



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

Riesgo familiar total según tipos de familia de personas afectadas con tuberculosis sensible de la Microred de Salud Los Olivos, 2016

PRESENTADO POR

Cañari Vasquez, Claudia Aquilina
Colquehuanca Huamani, Lumy Denisse
Valle Centeno, María Isabel

ASESOR

Matta Solis, Hernan Hugo

Los Olivos, 2018



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**RIESGO FAMILIAR TOTAL SEGÚN TIPOS DE
FAMILIA DE PERSONAS AFECTADAS CON
TUBERCULOSIS SENSIBLE DE LA MICRORED
DE SALUD LOS OLIVOS, 2016**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

CAÑARI VASQUEZ, CLAUDIA AQUILINA
COLQUEHUANCA HUAMANI, LUMY DENISSE
VALLE CENTENO, MARIA ISABEL

ASESOR:

Dr. MATTA SOLIS, HERNAN HUGO

LIMA - PERÚ

2018

SUSTENTADA Y APROBADA ANTE EL SIGUIENTE JURADO:

Mg. Millones Gómez, Segundo Germán
Presidente

Lic. Garcia Pretell, Nancy Emperatriz
Secretario

Lic. Gala Arroyo, Doris Luisa
Vocal

Dr. Matta Solís, Hernán Hugo
Asesor

**RIESGO FAMILIAR TOTAL SEGÚN TIPOS DE
FAMILIA DE PERSONAS AFECTADAS CON
TUBERCULOSIS SENSIBLE DE LA MICRORED
DE SALUD LOS OLIVOS, 2016**

DEDICATORIA

Esta investigación es el resultado del trabajo en conjunto que formamos para la elaboración de nuestra tesis. Agradecemos a todas aquellas personas que nos han apoyado. Al Dr. Hernán Hugo Matta Solís, brindando información relevante, a las licenciadas de cada centro de salud donde nos brindaron las facilidades para realizar el presente estudio. A nuestras familias por brindarnos su apoyo. A nuestros profesores, gracias a su paciencia y enseñanza. Finalmente, un eterno agradecimiento a la Universidad de Ciencias Humanidades la cual abrió sus puertas como futuros profesionales de la salud.

Índice

Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
Introducción	
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
1.3 OBJETIVOS.....	21
1.3.1 Objetivo general.....	21
1.3.2 Objetivos específicos.....	21
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	22
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	24
2.1 MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD	25
2.1.1 El distrito de Los Olivos	25
2.1.2 Microred de Salud Los Olivos	26
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	27
2.2.1 Antecedentes Internacionales	27
2.2.2 Antecedentes Nacionales	29
2.3 MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL.....	31
2.3.1 La Familia	31
2.3.2 Riesgo Familiar.....	38
2.3.3 La Tuberculosis	47
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	50
3.1 TIPO – DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	51
3.2 POBLACIÓN.....	51
3.2.1 Criterios de inclusión.....	52
3.2.2 Criterios de Exclusión	53
3.3 VARIABLE	53
3.3.1 Definición conceptual.....	53
3.3.2 Definición operacional	54
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	55
3.4.1 Técnicas de recolección de datos	55

3.4.2 Instrumentos de recolección de datos	55
3.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	62
3.5.1 Fase 1: Autorización para la Recolección de datos	62
3.5.2 Fase 2: Coordinación para la recolección de datos	63
3.5.3 Fase 3: Aplicación del Instrumento	64
3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y METODOS DE ANÁLISIS DE DATOS	64
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	65
3.7.1 Principio de la autonomía	65
3.7.2 Principio de beneficencia	66
3.7.3 Principio de no maleficencia	66
3.7.4 Principio de justicia	66
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	68
4.1 Resultado	69
4.2 Discusión	77
CAPÍTULO V:	85
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	85
5.1 Conclusiones	86
5.2 Recomendaciones	87
Referencias Bibliográficas	90
ANEXOS	101

Índice de Gráficos

- Gráfico 1.** Distribución del Riesgo Familiar Total según tipos de familia de personas afectadas con tuberculosis sensible de la Microred de Salud Los Olivos, 2016 (n=218) 69
- Gráfico 2.** Distribución de pacientes con tuberculosis sensible de acuerdo al riesgo familiar total de la Microred Los Olivos, 2016 (n°=218) 70
- Gráfico 3.** Distribución de Pacientes con tuberculosis sensible de acuerdo al tipo de Familia en la Microred Los Olivos 2016 (N=218)..... 71
- Gráfico 4.** Distribución del Riesgo familiar Total según su dimensión Psicoafectiva 72
- Gráfico 5.** Distribución del Riesgo Familiar Total según dimensión servicios y prácticas de salud 73
- Gráfico 6.** Distribución del Riesgo familiar total en su dimensión Condiciones de Vivienda y Vecindario 74
- Gráfico 7.** Distribución del Riesgo Familiar Total en su dimensión Socioeconómica 75
- Gráfico 8.** Distribución del Riesgo Familiar Total en su dimensión Manejo de Menores 76

Índice de Tablas

Tabla 1. Cuadro de la población de los centros de salud de la Microred Los Olivos.	52
Tabla 2. Caracterización del jefe de familia con Tuberculosis Sensible de la Microred de Salud de Los Olivos.....	119
Tabla 3. Caracterización de sexo del jefe de familia de la Microred de Salud de Los Olivos.....	119
Tabla 4. Caracterización de las edades del jefe de familia de la Microred de Salud de Los Olivos.	120
Tabla 5. Caracterización de la tendencia de la vivienda de la Microred de Salud de Los Olivos.....	120

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable	102
Anexo B. Instrumento de Riesgo Familiar RFT 5:33	104
Anexo C. Carta de aceptación de la Red San Martín de Porres – Los Olivos	109
Anexo D. Consentimiento Informado.....	111
Anexo E. Evidencias de la Recolección de Datos en los Establecimiento de salud de la Microred de Los Olivos	115

Resumen

Objetivo: Determinar Riesgo Familiar Total según tipo de familia de personas afectadas con tuberculosis en una Microred de Salud de Lima Norte.

Materiales y Métodos: Es de enfoque cuantitativo, el diseño es no experimental, descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por 218 familias con un integrante de la familia que tiene tuberculosis sensible, de los 11 Centros de Salud que pertenece a la jurisdicción de la Microred de Los Olivos. La técnica utilizada fue la entrevista, donde se entrevistó al jefe de familia. El instrumento empleado fue RFT 5:33.

Resultados: En el riesgo familiar total según el tipo de familia, predominan las familias amenazadas de tipo 1, que son 57 y representan el 26,1%. En cuanto al riesgo familiar total, predominan las familias amenazadas que son 108(50%), seguida de las familias con riesgo bajo que son 84(38%) y riesgo alto que son 26(12%). En cuanto a las dimensiones la que presento mayor riesgo alto es servicios y prácticas de salud (15,6%). En cuanto el tipo de familia predomino el de tipo 1 (56%).

Conclusiones: En el riesgo familiar total según el tipo de familia, predominan las familias amenazadas de tipo 1. En cuanto al riesgo familiar total, predominan las familias amenazadas. En cuanto a las dimensiones, la más afectada fue la de servicios y prácticas de salud, de todas es la que presento mayor riesgo alto. El tipo de familia 1 predominó sobre el tipo 2.

Palabras clave: Riesgo Familiar Total; Tipos de familia; Tuberculosis.

Abstract

Objective: To determine Entire Familiar Risk according to type of family of persons affected with tuberculosis in a Micronetwork of Health of Lima Norte.

Materials and Methods: It is of quantitative approach, the design is not experimental, descriptive and transverse. The population was shaped by 218 families with a member of the family that has sensitive tuberculosis, of 11 health Centers that it belongs to the jurisdiction of the Micronetwork of the Olive trees. The used skill was the interview, where one interviewed the family chief. The used instrument was RFT 5:33.

Results: In the entire familiar risk according to the type of family, the families threatened with type predominate over 1, which there are 57 and represent 26,1 %. As for the entire familiar risk, they predominate over the threatened families that are a 108 (50 %), followed by the families with risk under which there are 84 (38 %) and high risk that it is 26 (12 %). As for the dimensions the one that presented major high risk is services and practices of health (15,6 %). As soon as the type of family predominated over that of type 1 (56 %).

Conclusions: In the entire familiar risk according to the type of family, the families threatened with type predominate over 1. As for the entire familiar risk, they predominate over the threatened families. As for the dimensions, the most affected was that of services and practices of health, of all it is the one that presented major high risk. The type of family 1 predominated on the type over 2.

Key words: Entire Familiar risk; Types of family; Tuberculosis.

Introducción

La tuberculosis como enfermedad social y de alcance multidimensional es abordada por lo general en la mayoría de investigaciones; clínico, patológico, terapéutico o microbiológico, en pocos estudios se ve a la persona afectada y cómo evoluciona su enfermedad, enmarcada en su entorno familiar. Esta es uno de los aportes del trabajo investigación, donde se da un enfoque de salud familiar a esta enfermedad infectocontagiosa.

El presente informe final se realizó al observar que las familias de tipo nuclear han ido disminuyendo conformándose otros tipos de familias.

Con respecto a las investigaciones, se ha buscado mucho en la literatura científica sobre el tema de tuberculosis y el riesgo familiar según tipos de familia, pero existe pocas investigaciones sobre este tipo de investigación así que hemos abordado a la familia en sus dimensiones, la tipología para determinar el riesgo potencial y será una puerta de entrada para futuras investigaciones con lo que favorecerá mejorar en lo preventivo promocional.

El presente informe final consta de cinco capítulos.

En el primer capítulo, aborda el planteamiento del problema, donde describe los hechos sobre la familia y la enfermedad de la tuberculosis, la formulación del problema, resalta las interrogantes de los problemas que aquejan a la familia, los objetivos en la cual se priorizan de acuerdo con nuestro título de investigación y la justificación que determinan los fundamentos científicos por las cuales presentamos este trabajo de investigación.

En el capítulo II, donde se aborda el marco teórico, encontramos el marco contextual histórico social de la realidad de Los Olivos, los antecedentes de la investigación en donde se apoya en trabajos de investigación que anteceden a la nuestra y las variables de estudio de investigación.

En el capítulo III, se enfoca en la metodología, el tipo de diseño de investigación, la población donde se trabajó, las técnicas de procesamiento y recolección de datos, métodos de análisis y aspectos éticos.

En el capítulo IV se enfoca en los resultados obtenidos a partir de los datos recolectados con el instrumento de investigación y la discusión donde se enfoca sobre el desarrollo de los resultados obtenidos.

En el capítulo V se analizan las conclusiones del trabajo de investigación y de acuerdo con las recomendaciones sugerimos seguir continuando con las investigaciones para que futuros investigadores puedan guiarse para mejorar su investigación.

Las autoras.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años los estudios han evidenciado sobre el enfrentamiento marital de los cónyuges, donde experimentan cambios nocivos para los hijos, abarcando el dilema sobre la rivalidad, la disposición de sus emociones, la estima, el éxito en los estudios, la adaptación y el bienestar físico (1).

Los cambios dañan la integridad de la familia, ya que los niños son los que se perjudican al ver este tipo de conflictos y eso se reflejaría en su comportamiento y lo vemos alrededor del mundo, en los diferentes estratos sociales.

En Europa Occidental, la ruptura de los cónyuges con hijos menores, se incrementa apreciándose con un 5,9% que en dichos países han padecido una separación. En los estudios documenta que la ruptura conyugal contribuye a la falta del bienestar físico, intelectual, espiritual. No es efímero que la integración de la familia y la ejecución de sus funciones perjudican al bienestar de los integrantes de la familia; tal como el conocimiento y al ambiente social de los pequeños (2).

La separación de las parejas hace que se componga familias nuevas o familias con una madre con hijos o padre con hijos, es posible que los sentimientos, la autoestima, el bienestar psicológico de los integrantes de la familia están alterados por los cambios repentinos de la ruptura.

En el entorno familiar con diferentes dificultades están predispuestos a padecer imprevistos trascendentales de impresión grave y que son agobiantes tal es el caso del abuso conyugal (3).

Los hijos sometidos en este tipo de problemas conyugales son los que llevan la peor carga; así mismo los padres descuidan a sus hijos porque el que se queda con los hijos es el que lleva la mayor responsabilidad.

En diferentes estados los menores que conviven con ambos padres y los que no conviven existe cierta similitud; pero a la vez no, como aquellos niños

que viven con padres desunidos están más insatisfechos en la relación de convivencia con los demás integrantes de la familia (4).

Estos conflictos a nivel familiar en la vida conyugal, hace referencia que la desarmonía conyugal acarrea un desequilibrio en la satisfacción de la familia, un desequilibrio en la salud, en lo social y económico.

Actualmente una nación con buenos recursos y con un régimen liberalista, se mantiene y perdura, pero también existe la recesión económica por la diversificación de los precios y los bienes (5).

El recurso global ha recobrado cierto aumento en la mitad del 2016, el incremento de la industria, los recursos humanos y el recurso económico se está reduciendo. El aumento de la economía internacional después de la recesión (2013-2017) no superó el índice en el tiempo esperado. Como resultado perjudicó el crecimiento global (6).

Estos desequilibrios económicos globales influyen en las economías de los hogares, y en el bienestar familiar.

Por ello surgen problemas como en el caso de proporcionar una casa un lugar donde vivir, y preocupa en cuanto a la accesibilidad y condición del inmueble y sobre todo el acceso inmueble (7).

Existe una disminución en el ofrecimiento de un hogar, donde se relaciona con las familias que tienen bajos recursos económicos, y que a su vez no tienen la oportunidad de arrendar una casa, por lo cual se desplazan en zonas urbanas marginales y como en las ciudades existe un incremento en los costos de las propiedades, esto ha sugerido que las familias se desplacen en otros lugares, y estas variaciones afectan a las familias de bajos recursos (8).

El déficit de la vivienda para adquirirla y mantenerla, hace que la familia se sienta vulnerable en encontrar un lugar adecuado para que puedan desarrollarse y busquen su tranquilidad.

Ahora bien, se puede meditar acerca del nivel socioeconómico de los moradores y que como influyen en los menores de edad, donde el padre juega un papel muy importante en su educación, dependiendo cuan instructivos sean los padres también, ya que en los suburbios se ha notado que los padres no vigilan a sus hijos y por lo tanto son presa fácil de las malas conductas de los amigos y las presiones que ellos causan, esto generaría cambios en su comportamiento (9).

Si vemos que los problemas que conlleva a la familia, es de no tener un buen manejo de los hijos porque los padres no han tenido una buena educación, esto dificultaría crear buenas prácticas de comportamiento de los hijos ya que están expuesto al peligro que surgen en las calles.

La persona desvalida y con deficiencia económica, aparenta tener buen estado físico, pero por alguna razón esta se ve resquebrajada, con la afinidad de las limitaciones que existen a su alrededor, como el aislamiento, la pena y el desconocimiento de cuidarse a sí mismo, incluso de usar bien las prestaciones sanitarias (10).

Las condiciones de vida que tienen aquellas personas con recursos limitados para subsistir, hacen que se vulneren de forma holística al individuo, donde contraen enfermedades.

El acceso en usar un servicio sanitario no es un punto excluido, más bien existe vincular ciertos impedimentos a la hora de requerir la asistencia sanitaria con la aptitud de los pobladores en sobrepasar las dificultades (11).

Si la distancia que tiene una persona es inaccesible para adquirir un servicio de salud, es difícil que esta persona mejore su condición física.

La prestación sanitaria, se describe como el desplazamiento de las personas en acoger el cuidado médico. La escasez de provisiones, el requerimiento de un cuidado técnico con experiencia a la especialidad requerida, la distancia hacía los nosocomios, la discapacidad de trasladarse, el empleo, son circunstancias que limitan al individuo a dirigirse a otro lugar para examinarse (12).

De acuerdo con las ineficiencias que tienen la persona de adquirir una prestación sanitaria, cabe señalar que esto daría como consecuencia a que más personas se enfermen y compliquen su salud, si esto sucede afectaría tanto económicamente como socialmente a la familia y al grupo de familias y por ende a toda la sociedad. Por ello, se relaciona con las enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis. Esta enfermedad tiene sus estragos muy complejos de acuerdo con todos estamos involucrados.

Se estima que la tuberculosis destruirá a 28 millones de individuos en 2015 – 2030, y puede producir un déficit en las finanzas globales, conforme a una investigación. El gasto sucedió en diferentes lugares del mundo como África y sureste de Asia. Dentro de 15 años quizás sea perjudicial. Además, dedujeron sobre el gasto general de la afección entre \$984 mil millones, donde una parte caería en África (13).

Se invertirá US\$ 6,9 mil millones para combatir la Tuberculosis en el mundo hasta el 2017. Pero se desconoce en realidad que tanto es efectivo el recurso utilizable en la población global (14).

Es una proyección muy clara en cuanto a los costos de inversión sobre la enfermedad, donde los gastos hacen que los recursos sigan limitándose. Se debería tener en cuenta con los datos estadísticos mundiales donde recabarían la información necesaria para que las autoridades regentes en salud puedan tomar las medidas necesarias para combatir esta enfermedad.

Este incremento deberá obstruir las grietas en cuanto al descubrimiento, documentación y la cura, ver en forma global el sistema de salud, ejecutar actividades con respecto a cómo encarar los problemas externos de la afección, e invertir exhaustivamente en la inspección y el avance del mismo (15).

En el mundo saben que la tuberculosis es una infección expuesta y tratable, no obstante, hay temor sobre la transmisión de la infección, el estigma y la probabilidad del efecto sobre el entorno de la sociedad y el empleo. Cuando empiezan el régimen de medicamentos, el sostén de la familia y la

interacción personal de salud con el enfermo es la combinación perfecta para ratificar la adhesión al régimen médico (16) .

Conocer acerca del tipo de cuidado del enfermo de tuberculosis se debió pasar de un nosocomio hospitalario a optar un cuidado en un centro de salud, por ende, se inclinaría que los establecimientos de salud han omitido acerca del entorno donde reside el sujeto que toma su medicación. Omitir sobre el entorno familiar y donde reside, esto representa sino comprenderlo, pero además no contar con su apoyo en el seguimiento de su medicación (17).

El servicio de atención ambulatoria en el primer nivel de atención es fundamental, ya que debería contar con profesionales calificados y de calidad de servicio para ofrecer una disposición sobre los cuidados en los pacientes con tuberculosis y a sus familias.

Sin duda, hablar de la tuberculosis en el mundo globalizado se podrá mencionar que causa decesos en todo el mundo. En el 2014, esta enfermedad termina con la vida de 1,5 millones de personas, 1,1 millones con VIH-negativos y 0,4 millones con VIH-positivas. La cantidad se interpreta con 890 000 hombres, 480 000 mujeres y 140 000 niños. La tuberculosis y el VIH se coloca conjuntamente como origen primordial de decesos en el mundo (18).

En Suramérica, el Perú se apodera de un segundo lugar seguido por Colombia, por eso es importante implementar tácticas para reducir los casos nuevos de tuberculosis en el país. Los hispanoamericanos dicen que la enfermedad está estrechamente asociada, la cual previene el peligro de la vivienda sobre la deserción del régimen es vital. Detrás de la recesión de los 80' hasta los 90', la dirección de las prestaciones en salud es el recurso primordial en las mejoras del establecimiento de salud (19).

En el Perú guarda estrecha relación sobre los factores socioeconómicos, sobre la vivienda, sobre la constitución de la familia y los problemas en que él ejerce y en la cual en ambos casos están predispuestos a adquirir algún tipo de enfermedad y más aún que es difícil poder sobrellevarla.

En 1990 comenzaron aparecer la incidencia de TBC-XDR a alcanzar el año 2013 con un crecimiento de 400 mil por 100 mil habitantes. En cada ciudad, el índice de la enfermedad en el 2013, la provincia constitucional del Callao ocupa el primer lugar con un porcentaje de 233.1; el cono este de lima ocupa un segundo lugar con 217,4; el departamento de Madre de Dios con 198,7; y en cuarto lugar esta lima metropolitana con 192,1, si lo clasificamos por su ciclo de vida desde 2011 a 2013 el índice de mortandad de tuberculosis ha ido aumentando en los niños y los adultos mayores (20).

Con un control específico evitarían la propagación de la enfermedad. Pero con el modelo que está implementado en los centros de salud, sigue siendo muy débil o todavía no existe un empoderamiento sustancial donde se previenen los peligros que aquejan a la familia y mejorar la condición de vida de cada individuo. El éxito en el tratamiento va a depender de los factores biológicos de la persona que también dependerá del entorno de la persona donde está la familia como apoyo en la parte del proceso de recuperación del paciente.

Se debe disminuir las incidencias de casos nuevos de tuberculosis pulmonar, casos de Multidrogoresistente y extremadamente resistente en Lima metropolitana, ya que estadísticamente se ha observado que en el distrito de los Olivos ocupa el octavo puesto en casos de tuberculosis por lo tanto hemos escogido la Microred de Los Olivos, siendo un distrito donde aparentemente económicamente es estable, y que en este distrito no se puede erradicar esta enfermedad.

En la Microred de Los Olivos la licenciada Edi Malpartida, quien se encarga de la estrategia sanitaria de TBC nos refirió: “Que nunca se han cumplido las metas del 5 por ciento sintomático respiratorio”, además nos proporcionó un cuadro estadístico y comparativo del año 2014 donde existe 119 sintomático respiratorio BK (+) y en el año 2015 existe 183 sintomáticos respiratorios BK (+). De lo anteriormente expuesto en el contexto internacional y local sobre la familia, los diferentes problemas inherentes a la familia, tipos de familia y la tuberculosis surgen las siguientes interrogantes: ¿En la familia existen factores de riesgo ante una enfermedad?

¿Cómo reacciona la familia ante un desequilibrio en la salud de algún integrante de familiar?

¿Qué tipos de familia tienen mayor riesgo en contraer una enfermedad?

¿Qué tipo de familia podrá manejar una enfermedad infectocontagiosa?

En nuestro país las estadísticas reflejan una disminución de casos, pero seguimos ocupando el segundo lugar con respecto a la tuberculosis, entonces debemos preguntarnos. ¿Cuáles son las condiciones por las cuales ni podemos disminuir la tasa de casos nuevos o que pueda llegar a incrementarse los casos de Tuberculosis Multidrogoresistente y extremadamente resistente?

Existen muchas investigaciones al respecto, pero ninguna de ellas parece llegar a una solución del problema.

Por esta razón, el presente es un estudio donde se busca conocer cuál es la relación de riesgo familiar según el tipo de familia de personas afectadas con tuberculosis sensible de la Microred de Salud Los Olivos, 2016.

1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el riesgo familiar total según el tipo de familia de personas afectadas con tuberculosis sensible de la Microred de salud Los Olivos, 2016?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Determinar el riesgo familiar total según el tipo de familia de personas afectadas con tuberculosis sensible de la Microred de salud Los Olivos, 2016.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar el Riesgo Familiar Total de personas afectadas con tuberculosis sensible de la Microred de Salud Los Olivos, 2016.
- Determinar el tipo de familia de personas afectadas con tuberculosis sensible de la Microred de Salud Los Olivos, 2016.
- Determinar el riesgo familiar total en su dimensión condiciones psicoafectivas según tipo de familia, en personas afectadas con tuberculosis sensible de la Microred de Salud Los Olivos, 2016.
- Determinar el riesgo familiar total en su dimensión servicios y prácticas de salud según tipo de familia, en personas afectadas con tuberculosis sensible de la Microred de Salud Los Olivos, 2016.
- Determinar el riesgo familiar total en su dimensión condiciones de vivienda y vecindario según tipo de familia, en personas afectadas con tuberculosis sensible de la Microred de Salud Los Olivos, 2016.
- Determinar el riesgo familiar total en su dimensión condiciones socioeconómico según tipo de familia, en personas afectadas con tuberculosis sensible de la Microred de Salud Los Olivos, 2016.

- Determinar el riesgo familiar total en su dimensión manejo de menores según tipo de familia, en personas afectadas con tuberculosis sensible de la Microred de Salud Los Olivos, 2016.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Debido a que el Perú es el segundo país de Latinoamérica donde hay más incidencia de contagio de la tuberculosis y donde sigue siendo una de las causas de muerte en nuestro país.

A pesar de que nuestro país cuenta con estrategia sanitaria para el control de la tuberculosis donde se trata de erradicar la enfermedad, vemos que no se están cumpliendo las metas para el control de esta enfermedad, asimismo también se ve relacionado la salud psicológica, ambiental y el cuidado de los menores en nuestra familia, la implicación por parte de la familia para poder sobrellevar con la recuperación de la persona afectada.

Haciendo un reconocimiento de la literatura científica, hemos podido encontrar que hay pocos estudios sobre el conocimiento de los riesgos familiares de las familias de las personas afectadas con tuberculosis, la mayoría de ellos se centra en la persona afectada y más se enfatizan los aspectos patológicos y de tratamiento. El aporte de este estudio es que aparte de la persona afectada, se analiza su familia y contexto en que esta se desenvuelve. Busca además llenar el vacío de conocimiento existente para la carrera de enfermería porque enfoca los cuidados de la salud en las familias afectadas en una patología infectocontagiosa y en cuanto a no conocer los riesgos familiares y su relación con la tipología familiar. Esto quiere decir que nos ayudara a comprender la realidad del entorno familiar en un paciente con tuberculosis y una vez evidenciado el riesgo familiar de las familias de los pacientes se podrá proceder a la intervención sanitaria del profesional de enfermería evitando que se complique hasta este momento más allá su diagnóstico inicial.

Esto permitirá que el equipo multidisciplinario de la estrategia sanitaria para el control de la tuberculosis podrá intervenir a tiempo con el paciente y su familia de forma integral, entonces contribuirá a que se mejore la interacción del profesional de enfermería – paciente – familia.

Los hallazgos beneficiaran de forma directa a los pacientes con tuberculosis sensible y permitirá que sus familias sean orientadas de la mejor manera sobre la tuberculosis y las complicaciones que podrían tener si no completan su tratamiento.

Por último, el método de investigación apporto en la búsqueda de información para desarrollar la línea de investigación, ya que el estudio fue de enfoque cuantitativo por lo que se utilizó el instrumento RFT 5:33, su diseño fue descriptivo y transversal, en la cual apporto en la recolección de datos estadísticos donde se comprobó con los resultados obtenidos la problemática del entorno familiar y la tuberculosis.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD

2.1.1 El distrito de Los Olivos

A. Historia

Entre 1977 y 1979 el trabajo de los líderes comunales y sus residentes, perseveraron en mantener la ambición de tener un nuevo distrito, que se necesitaba por las necesidades de los conjuntos vecinales de las Av. Tomas valle y el margen del río chillón. Se realizaron las asambleas con las autoridades del momento para elaborar documentos y obtener los informes aprobados ante el poder Ejecutivo y Legislativo. El gabinete ministerial de la presidencia de Fernando Belaunde Terry, recibió los trámites de la población de Lima Norte, con el patrocinio del Vicepresidente el Dr. Javier Alva Olandini. Después de 4 años en la presidencia de Alan García Pérez después de seguir con el trámite, el 4 de abril de 1989, el pleno del congreso aprobó la ley N° 25017 , donde hace legítima el distrito Los Olivos, firmando el documento el Presidente del Congreso (21).

B. Población y su caracterización

En los años de 1950 cada cien personas, 42 personas eran menores de 15 años, y 6 % fueron adultos de 60 años. Los adolescentes de 15 años fueron el 28% de los habitantes, las personas seniles 10%. Dentro del año 2025, los adolescentes de 15 años serán 24% y las personas seniles será el 13%. En el Perú se acrecentará los adultos mayores de 60 años a más entre 3,0 a 4,3 millones, se mantendrá los adolescentes (22).

C. Salud

El distrito de los olivos causó gran impacto, su dinámica familiar es desconocida, siendo receloso en la parte socioeconómica. Es importante organizar las familias de acuerdo con su dinámica para así organizarse viendo sus ventajas y desventajas para así tener un modelo familiar de Los Olivos (23).

D. Desarrollo urbano, vivienda y saneamiento básico

Los residentes de los olivos: Sus viviendas son aceptables con sanidad y apilamiento (24).

2.1.2 Microred de Salud Los Olivos

A. Historia

En el año 2003, la Red de Salud V – Rímac-SMP-LO, dando cumplimiento, a las Resoluciones Ministeriales N^o 122-2001-SA/DM, en la que se ha señalado la numeración del censo asignado en el perímetro geográfico de la gerencia de Salud, gerencia de Red de Salud y Micro redes de Salud da marcha a toda la parte organizativa para el funcionamiento de las tres Microredes de Salud.

La Microred de salud Los Olivos, su apertura en marzo del año 2004. Inicialmente desarrolla sus actividades en un espacio cedido por el Centro de salud “Carlos Cueto Fernandini”, con un equipo de Salud, compuesto por el médico Jefe de Microred, por la Enfermera Coordinadora de la etapa de vida niño, inmunizaciones y el programa de Control de Tuberculosis, así como, por el obstetra coordinador de salud reproductiva y planificación familiar. Todos ellos dedicando un tiempo parcial al trabajo en la Microred, y dedican tiempo parcial al Centro de Salud “Carlos Cueto Fernandini”.

El 12 de agosto del año 2005, se inauguró el ambiente construido en el segundo piso del Centro de Salud “Carlos Cueto Fernandini”, siendo el médico jefe, el M.C Alex Téllez Garate. Los padrinos el M.C Dante Gamarra Gonzales y la madrina la M.C Mariela Seguil Legua, para el funcionamiento exclusivo de la Microred.

A inicio del año 2006, médico jefe de la Microred, se organizó en la enfermera coordinadora (Lic. Doris Gala Arroyo) y la responsable de estadística (Señorita, Hermelinda Flores Flores), para dedicar el tiempo completo a las actividades de supervisión a los once establecimientos de salud, con la finalidad de facilitar los procesos, capacitar en servicio, para de esa forma fortalecer que en cada centro o puesto de salud se brinde un servicio de calidad.

El Equipo de Salud, mencionado, también seguía contando con un Psicólogo, Obstetra, Nutricionista, Trabajadora Social y Cirujano Dentista que dedicaba un tiempo parcial al trabajo en la Microred.

A través del tiempo, la Microred Los Olivos ha tenido hasta la fecha diez Médicos Jefes. Siendo la jefa actual del M.C Carlos Humberto Gonzales Orbegoso, quien conjuntamente con los coordinadores de las diferentes Estrategias Sanitarias de Salud, lideran un trabajo en equipo, promoviendo, esta forma de trabajo en los otros equipos de los Centros y Puestos de Salud, a través de las reuniones técnicas mensuales, supervisiones y evaluaciones periódicas de la Microred 2016.

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 Antecedentes Internacionales

Soto Gonzales María y Velásquez Vilma, en Colombia, en el año 2015, realizaron estudios sobre “Riesgo Familiar total de familias desplazadas residentes en el municipio de Bugalagrande” (Valle del Cauca,

Colombia) con el propósito de Determinar el riesgo familiar total y el grado de salud familiar de las familias desplazadas, su método de estudio fue descriptivo transversal, de naturaleza cuantitativa, la muestra fue realizada por 59 familias desplazadas. El instrumento de evaluación fue RFT 5:33, la muestra fue escogida aleatoriamente, con aproximación de confianza el 90%. La conclusión fue la siguiente : Las causas de mayor riesgo que se encontró dentro de familias desplazadas que tienen relación con las condiciones socioeconómicas y de acceso a servicios de salud, sin embargo se viene examinando la comodidad que se pide un conflicto sobre la tenacidad en estudios sobre estas familias en las distintas circunstancias de flaqueza, contribuyendo de esta forma en las políticas provinciales con alusión clara y precisa para seguir con los planes de trabajo y las intervenciones (25).

Vargas Ruby, Méndez Maira y Aceros Myriam, en Colombia, en el año 2012, realizaron un estudio sobre “Riesgo familiar total en salud y grado de salud familiar en las familias de los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario”, su objetivo fue establecer el riesgo familiar total en salud y grado de salud familiar de los pacientes de la Clínica San José de Cúcuta. El método fue cuantitativo, descriptivo y transversal. La población de 165 familias por muestreo no probabilístico de la Clínica San José de Cúcuta. El instrumento que se utilizó fue RFT 5:33 y ISF GEN-21 donde se clasifico el riesgo familiar total y se percibió el grado de salud familiar. Concluyeron: los factores de riesgo biológicos, sociales y del medio ambiente que clasifican a la población estudiada dentro de riesgo familiar bajo. Se evidenció un alto grado de organización y satisfacción asegurando en gran medida la adaptación y el éxito de las familias frente al proceso de salud- enfermedad porque atravesasen algunos de los miembros especialmente en pacientes coronario (26).

Charrys Bravo Nancy, en Colombia, en el año 2016, realizó un estudio sobre “Riesgo familiar total en familias con mujeres diagnosticadas con neoplasia de mama”. Con el objetivo de Determinar el riesgo familiar

total de las familias que asisten a un centro de salud oncológico de la ciudad de Barranquilla. El método que utilizaron es de tipo descriptivo, transversal con abordaje cuantitativo. La muestra se realizó de 41 familias que integraron a 154 miembros; se abordó el estudio de manera censal. Se utilizó el instrumento Riesgo Familiar Total RFT 5:33. Concluyeron: las familias se encontraban en nivel bajo riesgo, creando pautas de desarrollo y seguimiento, las familias que se encontraron amenazadas introdujeron de manera integral la promoción y prevención de la salud (27).

2.2.2 Antecedentes Nacionales

Becerra Wister, Díaz Juana y Rocha Juan, en los Olivos- Perú, en el 2013 realizaron un estudio sobre “Riesgo Familiar Total en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II”, su objetivo fue objetivo determinar el Riesgo Familiar Total en las familias. El método que utilizaron estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo y transversal. La población estuvo conformada por 55 familias. El instrumento que utilizaron fue el cuestionario RTF: 5-33 de Pilar Amaya, concluyeron: El riesgo total de las familias amenazadas, en las dimensiones de manejo de menores y prácticas de servicios de salud con niveles de familias de alto riesgo (28).

Cerquin Iris, Flores Janett y Guerrero Juan, en Perú, en el año 2015, realizaron un estudio sobre “Riesgo Familiar Total en familias de personas afectadas con tuberculosis de tres Establecimientos de Salud de la Microred de salud de Los Olivos” su objetivo fue determinar el riesgo familiar total en familias de personas afectadas con tuberculosis. El método que utilizaron fue cuantitativo, descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por 51 familias, la técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento es el RFT 5:33. Concluyeron lo siguiente: El Riesgo Familiar Total tiene riesgo bajo en los tres establecimientos que se realizaron para la investigación. En las

dimensiones, las familias de pacientes afectados con tuberculosis tienen riesgo amenazado (24).

Pérez Rosa, Matta Hernán y Fuentes Wilmer en Perú, en el año 2016, realizaron un estudio sobre “La mujer como jefe de hogar en familias de condiciones emergentes se asocia con mayor satisfacción y comunicación familiar” con el objetivo de evaluar la relación del género del jefe de la familia con la cohesión, flexibilidad, satisfacción y la comunicación en las familias emergentes. Este estudio fue transversal, la población estuvo conformada por 207 familias que habitan en pueblos jóvenes de Carmen Alto. Se utilizó los instrumentos de FACES IV y la encuesta de Riesgo Familiar Total RFT 5-33. Concluyeron lo siguiente: La mujer como jefe de familia se asocia a mayores niveles de satisfacción y comunicación en las familias emergentes (23).

Cabello Erica, Francisco Jesusa y Mayta Silvia, en Perú, en el año 2015, realizaron un estudio de “Riesgo Familiar Total de las Familias con niños Preescolares de la institución educativa inicial Semillitas de Amor I”, el objetivo fue determinar el riesgo familiar total de las familias con niños preescolares. El método que utilizaron fue de estudio cuantitativo descriptivo, de corte transversal; la población fue por 60 familias. El instrumento que utilizaron es el RFT 5:33 de Pilar Amaya; Concluyeron: las familias están con riesgo familiar total alto, y la dimensión con más alto riesgo, es práctica y servicios de salud (29).

Millan Miriam y Sangay Elizabeth, en Perú, en el año 2017, realizaron un estudio sobre “Riesgo Familiar Total en el Asentamiento Humano Santa Rosa alta sector VII”, tiene el objetivo de determinar la relación entre el riesgo familiar total y tipo de familia. El método que utilizaron fue enfoque cuantitativo, de diseño correlacional y transversal. La población fue conformada por 115 familias que habitan en el sector VII. El instrumento que utilizaron fue el cuestionario RTF: 5-33 de Pilar Amaya, concluyeron: No existe relación entre el riesgo familiar total y el tipo de familia, Riesgo Familiar Total predominan las familias amenazadas siendo la mayoría familias tipo1 (30).

2.3 MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

2.3.1 La Familia

A. Definiciones

La familia abarca a toda persona donde habitan en un mismo lugar tornándose en la unión esencial de toda sociedad. Compartiendo experiencias, intereses comunes para asegurar desarrollo intelectual, social y reproductivo de cada integrante (31).

El significado de la familia es acerca de la unión de dos personas en matrimonio, la relación de los descendientes está limitado con la consanguinidad (32).

El linaje tiene un vínculo familiar fuerte, con recuerdos que han construido juntos como grupo, caracterizándose al compartir tiempo, grado de intimidad y emociones fuertes (33).

La familia se dedica a un destino esencial en prevenir hábitos en algunos de sus integrantes, el pedagogo ayuda en la reducción de hábitos de riesgo, siendo importante que reconozcamos la universalidad y familia están dentro del sistema, con el apoyo y asistencia de ambas partes, para solucionar el asunto abordado, resolviendo los obstáculos con acciones edificantes que incluyan al individuo de la familia (34).

La familia es parte fundamental en la prevención de muchos sucesos, o problemas que brindan la sociedad, cuando hay un buen entorno familiar, apoyo emocional, social y psicológico podemos prevenir episodios que puedan trascender a problemas de gran magnitud, tal es el caso de episodios importantes, se requiere el apoyo de un profesional para reducir estos sucesos que pueden contribuir en la disminución y en la prevención de hábitos de riesgo, como el tabaco, alcoholismo, etc.

La familia ejerce influencia al inicio de la vida, en forma directa y duradera para la formación de cada individuo. Transmitiendo valores, creencias y la conducta de una generación a otra. El periodo de la adolescencia en los hijos, porque presenta cambios físicos, psíquicos y sociales, con disponibilidad a una actitud de rechazo a las normas, autoridad de los padres (35).

Siendo la esencia básica fundamental de la sociedad donde el hombre nace, crece y se desenvuelve, manteniendo relaciones interpersonales sólidas, colaborando y complaciendo sus necesidades básicas. Desarrollándose como una pareja en matrimonio, por cognación o afiliación estableciéndose como unidad doméstica, interaccionándose y comunicándose cada uno, cumpliendo cada uno con su rol social (36).

B. Tipos de familia

Pilar Amaya clasifica a las familias según su composición:

- Familias Tipo 1: Conformadas por familias nucleares y dentro de ellas se encuentran la familia nuclear, nuclear modificada, nuclear reconstituida y el emparejamiento (37).
 - a. La familia nuclear: Trata al conjunto de allegados consanguíneos establecidos por los padres y los hijos (38).
 - b. La familia nuclear modificada: este tipo de familia está integrado por el padre o la madre y los herederos (37).
 - c. La familia nuclear reconstruida: también llamada familia reconstituida es aquella familia conformada por una pareja conyugal, donde uno de los hijos de la familia es del matrimonio anterior. En este tipo de familias existe la presencia de padrastros y madrastas por salvaguardar la integridad familiar (39).

- d. Las parejas: Conformada por dos sujetos, que tienen un vínculo de tipo matrimonial o solo sean convivientes; relación de pareja actual como aquella que motiva cambios, pero se consolida en la estabilidad como aquella que ofrece, crecimiento personal, bienestar y salud (40).

- Familias Tipo 2: Conformada por familias extensas dentro de ella están las familias: extensas, extensas modificadas y las atípicas (37).
 - a. La familia extensa: es la que está compuesta por la cantidad de integrantes sino también a su constitución de dos o varias generaciones habitadas en un mismo lugar, como los abuelos, padres, hijos y nietos dentro del mismo hogar (38).
 - b. La familia extensa modificada: Es el hogar donde aparte de vivir los padres e hijos, también viven otros integrantes de tipo sanguíneo que pertenecen a la procreación de los padres y de los hijos como parientes secundarios o también de la generación que pertenece de los abuelos y nietos.
 - c. La familia atípica: No está dentro de ninguna familia anteriormente mencionada. Se dice que posiblemente son parejas o está conformado por personas unidas por o lazos consanguíneos (37).

C. Funciones de la familia

Conservación Física: Incorpora cubrir los cuidados básicos de una vivienda adecuada, vestido y proporcionar alimentos adecuados de parte de los padres (41) .

Asignación de los Recursos: El requerimiento comprende de retribución económica, periodo, dinamismo y vínculos personales (31).

Socialización de los miembros de la familia: aquí se tiene la obligación de vigilar y orientar el crecimiento de los hijos, en ser personas capaces de discernir en lo que es correcto e incorrecto y ser captados por la sociedad (41).

Formadora: constituido para el entendimiento de sus deberes y sus derechos en un entorno de autonomía y de liberalismo.

Socializadora: la edificación de las uniones con las demás personas y su entorno social, restableciendo la relación afectuosa, la relación sociocultural del hombre con su familia por medio de ella con la comunidad. Esta preparación sostiene los valores, los principios y las normas de convivencia, y de tal manera el individuo se identifica de que es pieza fundamental de la sociedad (24).

El cuidado: es la actividad que proporciona la asistencia y la ayuda a cada integrante de la familia para tratar las diferentes carencias de los familiares

Estatus: Es la posición social que tiene cada persona dentro de la sociedad o dentro de un conjunto de personas que se establece en la comunidad (30).

Reproducción: es la integración, aparición y nacimientos de seres vivos dentro del entorno familiar (31).

D. Ciclo evolutivo de la familia

- El ciclo fundamental de la familia está sujeta por la inseguridad y la alteración del joven que discute y se opone a la disciplina que se ha regido por la familia, contribuyendo a crear un enfrentamiento con los padres, donde ellos tiene la poca destreza de manejar la situación y siendo así con el tiempo podría llegar a generarse conflictos crónicos (42).

- En la formación de la pareja: Con la constitución de las parejas se da el inicio de una nueva familia, los individuos que conforman la nueva pareja aportaran nuevas costumbres y algunas creencias heredadas de sus antepasados. En las parejas ocurren distintas etapas como momentos de tranquilidad y conflictos, una de ellas es el nacimiento del primogénito que ocasiona en la pareja una lucha constante para obtener el cariño del otro (30).
- El alumbramiento y la instrucción de los hijos: Las parejas experimentan la paternidad como un cambio en sus vidas donde deben ajustarse a sus respectivos roles como padre y madre (43).
- Los hijos en la etapa escolar: Es un ciclo importante para la familia, es el comienzo del alejamiento de los hijos de la protección familiar. Los niños irán a instituciones donde conocerán nuevas personas donde ellos aprenderán y realizarán nuevas actividades fuera del hogar y aprenderá a socializarse con distintas personas (30).
- Adolescencia: es una etapa de vulnerabilidad que tiene muchas oportunidades, en general para las niñas, en esta etapa los hijos gozan de la mejor educación y se brinda una buena salud (44).
- La salida de los hijos del hogar: Esta es una etapa con el que los hijos deben desprenderse del seno familiar para poder estudiar, trabajar y formar su propia familia e incorporar a nuevas personas conformadas por la pareja y sus familiares (30).
- La madurez: en esta etapa viene a la inteligencia, las condiciones de vida, la importancia en la capacidad que tiene cada individuo para una buena perspectiva en su calidad de vida, con el goce de sus seres queridos, nietos (45).
- Ancianidad: En este momento de la existencia suele hacer cambios físicos, emocionales, económicos y afrontar el abandono de los hijos. También en esta etapa los ancianos son los que se encargan de relatar las leyendas, anécdotas y transmitir las costumbres a las

nuevas generaciones de la familia, contribuyendo así para que se identifiquen como individuo y familia (30).

E. Estructura y dinámica familiar

La dinámica familiar en pacientes con hábito del tabaco puede llevar a una crisis en la familia provocando divorcios, enfermedades crónicas, muerte, descuido de sus vástagos y relación interpersonal en descuido. Estos sucesos ocasionan alteración en el aprendizaje en los niños con coeficiente normal (34).

Podemos ver que la dinámica familiar está vinculada con un buen entorno familiar, si se altera, transcurre sucesos como la alteración en el aprendizaje de los hijos, otros episodios afectan el buen estado familiar generalmente los condicionados a enfermedades en la alteración social como la ingesta de tabaco, alcohol, drogas, llevando a una crisis en la familia ocasionando divorcios, haciendo que el lazo familiar se rompa, descuidando a los hijos durante su crecimiento, siendo como un antecedente a futuro, de ellos, tener problemas en su entorno, en la familia.

La funcionalidad familiar conlleva a la facultad que tiene el sistema para afrontar y anticipar los periodos del ciclo de la vida y la dificultad por las que se puedan interponer. Su significado implica seguir con los deberes que se le hayan encomendado, y que esto no produzca confusiones graves en su conducta; y además los padres no peleen constantemente por este tipo de dificultad (33).

F. Medición del tipo de familia según Amaya

Se denomina familia de bajo riesgo a aquel significado que detalla por en los percentiles 1 y 29 y en PE menores a 54, familia tipo 2 está en los percentiles 3 a 26 y puntuación E menor a 53, en las familias

amenazadas en el tipo 1 está en los percentiles 37 a 77 y PE de 66 a 68, tipo 2 los percentiles de 33 y 76 y PE de 55 a 68. Familias con riesgo alto las de tipo 1 están en lo percentiles mayores de 81 y PE mayores a 70, la familia tipo 2 percentiles mayores de 80 y PE mayores a 70 (37).

G. Situación de la familia en el Perú

La reglamentación jurídica familiar del código civil del Perú en 1984 del artículo 233, tiene como fin de cooperar en la estabilización y fortalecimiento, en armonía de los principios y normas, divulgado en la Constitución Política del Perú (32).

El tribunal constitucional con el N° de expediente 09332-2006/PA/Tribunal Constitucional, implemento la Tutela Constitucional de las familias acopladas y se emitió sobre el vacío legal sobre los vínculos jurídicos legales, además sobre los derechos y los deberes que existen en el entorno familiar y a sus integrantes. En nuestro territorio existen diferentes disposiciones sobre las normas con respecto del derecho familiar normativo por un lado no hay resolución sobre los vínculos jurídicos en la familia cuando se encuentran con nueva reestructuración de los integrantes (32).

En el Perú se describe la situación económica que está relacionada a la educación del jefe de hogar y al número de miembros que dependen de él. Se podría decir que el grado de educación es menor del jefe de familia, los ingresos económicos serán menos y cuanto más sean los miembros que conforman la familia y dependan del jefe del hogar, mayor será la posibilidad de vivir en situación de extrema pobreza (30).

H. La labor de Enfermería en la atención del cuidado en la familia y comunidad.

Enfermería es un recurso valioso en la intervención con las familias, ya que cambia la visión que tiene sobre la enfermedad o el problema y modifica la conducta de los participantes, también tiene la ventaja de implementarse de manera sencilla. Por su parte, enfermería como profesión brinda cuidados y atención de manera autónoma a individuos en todas las etapas de la vida y su entorno social, estén o no con dolencias, en todo momento intervenir en la promoción y prevención de enfermedades ; brindando interés al discapacitado, enfermos y personas con enfermedades terminales (46).

Se entiende que el personal de Enfermería es una fortaleza indispensable para la atención de la familia, solucionando problemas que pueden trascender a sucesos de gran magnitud, con la prevención, brindando consejería a cada integrante de la familia.

Reconoce e investiga sobre el rol que ejerce en la comunidad usando la metodología, utilizando los conocimientos adquiridos en el cuidado, favoreciendo la formación de los integrantes del grupo profesional de salud, estableciendo compromisos con el marco social, planificando la programación participativa local basadas en las necesidades de la persona, familia y comunidad; aplicando herramientas epidemiológicas en la planificación sanitaria (29).

2.3.2 Riesgo Familiar

A. Definiciones

El riesgo familiar es la posibilidad donde pueda ocurrir algún efecto adverso particularmente de un individuo (morbimortalidad) o el caos de la unión familiar. Se relacionan, se aglomeran y son de condición exponencial. Esto quiere decir que hay riesgos discrepantes de

posición que son habituales en los problemas de salud individual y familiar en el momento de la valoración (29).

El significado de riesgo es antiguo, así como la existencia del ser humano. Se puede mencionar, desde la probabilidad de la pérdida de algo o de alguien o de obtener una consecuencia no deseada, perjudicial o peligrosa. El riesgo de una acción puede presentar dos factores: la posibilidad o probabilidad de que un efecto negativo suceda y la magnitud de dicho resultado. Entonces, cuando más grande sea la probabilidad y la pérdida sea mayor, el riesgo será más potencial (30).

Todas las familias están expuestas a que suceda cualquier eventualidad y esto conlleva a problemas que aquejan dentro del entorno familiar, estos riesgos pueden ser circunstanciales como lo biológico, ambiental, demográfico, biopsicosocial (enfermedad, desorganización o disfunción) debidas a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración (29).

B. Postulados de riesgo familiar total

La perspectiva de Riesgo Familia Total enunciado por Pilar Amaya donde afianza sus resultados en la investigación y en la práctica familiar.

Los catorce postulados son:

- El riesgo familiar es la circunstancia de algo pueda ocurrir, que pueda ser, o que pueda ser cierto, dentro del contexto familiar ya sea por enfermedad o que este suceso fuera por la muerte. También se asocia por la desunión familiar
- Los riesgos se pueden agrupar, reunir, y que se pueden exponer dependiendo de ciertas categorías que son habitadas a diferentes problemas aquejando la integridad de la persona y de la familia en el momento de la valoración

- La investigación sugiere que los riesgos son comprobables, medible, cuantificable y algunos se puede modificar.
- La evaluación de riesgo familiar total se vincula en precedentes familiares y la enfermedad.
- El riesgo familiar total se vincula a los tipos de familia estandarizados y sus componentes y como se desarrollan.
- Hay diversidad de influencias en riesgos y sus resultados, merece la evaluación permanente, conceptual y metodológica.
- Los conceptos entre el riesgo familiar total y el grado de salud familiar son temas opuestos el total de las dimensiones de la estructura familiar sistémica y el grado de satisfacción familiar.
- Todas las familias están expuestas a que suceda cualquier eventualidad y esto conlleva a problemas que aquejan dentro de los entornos familiares (Por su composición, trayectoria de enfermedad-mortalidad) económicos, sociales, psicoafectivas, al estilo de vida, prácticas de salud, y servicios sociales.
- Los servicios sociales y de salud tienen que ser usados por el integrante de la familia de acuerdo a su estado de vida.
- Los problemas familiares se ponen en forma conjunta por la situación que vida actualmente la familia.
- Las condiciones de riesgo siempre repercuten de familia a familia ya se al ingerir alcohol, mala ingesta de alimentos y maltrato emocional o físico.
- Los riesgos son asociados a la edad de cada integrante de la familia con sus características propias, autocuidado.
- El RFT ayuda para que el integrante de la familia este orientado dentro de su hogar.

- El RFT elabora la organización de servicios de salud en los centros de atención en nivel municipal y regional (37) .

C. Medición de riesgo familiar total

La investigación y la medida que se obtienen de los riesgos son de conveniencia para la salud humana según los autores Ezzati, Vander, Rodgers, López y Mathers, al saber de los riesgos y de obtener la evidencia del efecto de los factores de riesgo de la carga por la enfermedad y la expectativa de vida, que contiene cierta importancia sobre este aspecto. De otra parte, se han propuesto algunos instrumentos como guías para la evaluación de la familia con miras a identificar condiciones de las mismas, que orientan la práctica familiar (37).

Dentro de esta gama se mencionan dos guías: la guía para la evaluación de la familia, propuesta por Reuter, quien considera que los patrones de autocuidado son una función de la familia, vista como sistema e incluye cinco categorías de información relevante para la enfermería familiar:

- Información medioambiental.
- Estructura familiar.
- Modelo de autocuidado del grupo familiar adaptados al cambio.
- Percepción de sus condiciones de salud.

El RFT: 7-70 utiliza una escala tricótoma (si/no/no aplica) desarrollada como instrumentos de tamizaje para diferenciar las familias y clasificarlas según el riesgo. De esos modo, se ha usado en la práctica familiar y se ha revisado y encontrado clínicamente útil como conocimiento fundamental para la planificación y toma de decisiones en salud pública. El estudio de Pilar Amaya, fue parte del registro

familiar para recopilar la información socio demográfica de las familias, y así poder hacer las comparaciones entre grupos (37) .

El instrumento de riesgo familiar RFT 5:33 se modificó después de realizar varias investigaciones en el país de Colombia, por Pilar Amaya en el año de 1992, que se realiza mediante 5 dimensiones, con 33 ítems respectivamente (24).

El instrumento que se utilizó por su amplio contexto en encontrar los problemas que pueden presentar en la familia.

D. Dimensiones del riesgo familiar total según el RFT 5:33

– Condiciones psicoafectivas

Las condiciones psicoafectivas se relacionan según la autora del instrumento:

- Falta de amor y fidelidad de los cónyuges.
- Falta de cariño de padres a hijos mediante presencia de maltrato sea verbal o físico.
- Dificulta en enfrentar los problemas del hogar, falta de protección a los hijos, riñas y discusiones dentro del hogar.
- Separación de la pareja, suicidio de algún integrante del hogar, abandonos de algún integrante de la familia (24).

El instrumento RFT define como desarmonía o riñas entre el hombre y mujer, priva y problema articulado como el nerviosismo, uso de psicoactivos y roles no gratificantes. Para que se obtenga un buen desarrollo familiar es necesario tanto hombre como mujer que cumplan los roles del hogar equitativamente (37).

Los miembros de la familia van asumiendo diferentes roles según las necesidades de la familia. Y para que haya un buen

funcionamiento familiar se tiene que trabajar conjuntamente en equipo para facilitar la armonía entre los miembros de familia (24).

En una familia funcional están satisfechas todas esas necesidades. Si hay conflictos o crisis, sus integrantes se complementan y apoyan para hallar las soluciones, alcanzar el desarrollo pleno y, en esencia, ser felices. En la familia disfuncional la situación es opuesta. Otro aspecto importante para la ruptura de una relación es el divorcio, donde afecta a toda la familia y con ello tienen la probabilidad de que el padre o la madre se aleje de casa, se desentiendan de los hijos, provocando inestabilidad emocional en los niños.

– **Servicios y prácticas de salud**

Está relacionada a:

- Los servicios de salud no disponibles para la familia
- No tienen información sobre los servicios de salud
- Falta de cuidado en la mujer y en la etapa prenatal.
- Desconocimiento en lo nutricional y mal manejo médico.
- Familia se niega de tener riesgo familiar.
- Inadecuado manejo en la salud bucal (24) .

Se debería tomar en cuenta las necesidades de consulta y sus opiniones al respecto sea positivo o negativo en el proceso de búsqueda de información y sobre la educación , formación y expectativas de los usuarios (47).

La multidisciplinariedad en la familia de la salud es un proyecto innovador, aunque la dinámica para la interprofesional de la educación en el trabajo todavía necesita ser mejor sistematizada para garantizar la seguridad (48).

La mayor parte de atención en salud se centra en el ámbito familiar y su aporte es importante ya que ayuda en la prevención y el tratamiento de las enfermedades. La totalidad de las familias exigen y demanda bienestar, influenciadas por el cambio súbito que afecta su entorno inmediato. Afecta su entorno biopsicosocial, su economía, la comunicación efectiva entre ellos, todo se volvería crítico e inestable (49).

La familia se debe apoyar entre ellos, en lo bueno y lo malo. Lamentablemente nos damos cuenta que durante una enfermedad crónica o temporal no solo sufre el paciente también la familia, en algunos casos ocasionando una alteración en la estructura familiar. Más aun cuando no existe una buena educación e información sobre la cartera de servicios que tiene un establecimiento de salud y como adquirir un servicio de salud se hace engorroso el conocer que diagnóstico clínico tiene la persona enferma, tener un tratamiento clínico y poder sanarse por completo.

– **Condiciones de vivienda y vecindario**

Está relacionado a:

- Inadecuado uso en la educación ambiental.
- Vecindario en condiciones de falta de salubridad.
- Vivienda hacinada con falta de higiene.
- Sin recursos de agua potable, electricidad y eliminación de basura.
- No presenta ventilación, iluminación y inadecuado almacenamiento de alimentos (24).

Los elementos ambientales establecen condicionantes importantes para la salud del individuo y su entorno. El efecto de los riesgos ambientales en la salud está condicionado en gran escala sobre la

vulnerabilidad del individuo y de los grupos en la población. Las modificaciones de los riesgos incidirán en la salud y en el grado de susceptibilidad de la población (50).

Según las investigaciones la vivienda se ha establecido por antonomasia en un objeto de atención específica en el campo de la salud ambiental con la posibilidad de convertirse en promotora de la salud de una comunidad; los recursos en favor de la salud están presentes en los espacios domésticos en los que se reúne una actividad social establecida en los miembros del hogar, económica en los recursos de vida, cultural en las tradiciones y ambiental en el contexto físico que permite su utilización (29).

Prevalece la evidencia sobre las condiciones de vivienda que repercuten en la salud física y mental de las personas. La consecuencia en la crisis económica sobre la vivienda adecuada ha conllevado en un incremento de problemas en los hogares, por lo que no pueden costear una casa y por lo tanto se incrementa el número de personas desalojadas de sus viviendas arrendadas (51).

Las condiciones de vivienda en el ámbito de la salud tienen consecuencias fundamentales no sólo en el individuo sino también en la tranquilidad de las comunidades. Los grupos de hogares que experimentan la seguridad de vivir en una vivienda adecuada cuentan con la mayor probabilidad de crear sus propios negocios creando oportunidades para ellos y su comunidad. También por ello ayuda a reducir el riesgo a contraer diferentes tipos de enfermedades. En el mundo globalizado, las personas de extrema pobreza tienen la dificultad de poder tener acceso a los recursos de salud, se encuentran más enfermos y corren el riesgo de morir.

– Situación socioeconómica

Se está refiriendo a:

- Falta de recurso económico para sus necesidades.
- Ingreso menor de 800 soles para las necesidades básicas de la familia
- Sin recreación en el hogar.
- Trabajo en exceso para un miembro de la familia.
- Salud inadecuada y no controlada.
- No tiene acceso a servicios de salud (24).

Fueron décadas en las que muchas familias se desunieron, haciendo que los padres fueran a buscar mejores opciones a las fábricas, y los niños quedaran con las mamás en sus casas, para que pronto las mismas mujeres y niños pasaran a engrosar las filas de la población económicamente activa. El proceso de tránsito de los padres hacia las líneas de producción fue cada vez más grande (52).

Se sostiene que la economía tiene una deficiencia por los obstáculos que compone las empresas. Por ello los negocios se compongan, mientras tanto vociferan en contra de la intervención del estado (53).

Las finanzas en la sociedad contribuye en la solución del problema cuando se asigna los recursos bajo la modalidad de su liberación (austeridad-redistribución) y con el impuesto que se genera para realizar funciones económicas y no por el mecanismo de los precios. La economía social anula de cierta forma la recesión y prueba de ello son los cambios de la dinámica en los sistemas sectoriales, interviniendo la institución con mayor de cooperativismo.

– Manejo de menores.

Nos estamos refiriendo a:

- 4 a más Integrantes dentro de la familia menores de 12 años
- Niños menores de 12 años no estudian.
- Desconocimiento en casos de EDA, IRA y CRED.
- Inseguridad en el cuidado de menores de edad.
- Alto riesgo en los niños desde 1 año a 12 años de edad.
- Falta de conducta en el niño y adolescente (24).

La violencia familiar puede causar variados agravios físicos y mentales, presenta alta prevalencia y por los daños que conlleva y es registrada por el ente rector de la salud a nivel mundial como un problema de la salud pública. Los jóvenes, ancianos, niños y adolescentes presentan mayor susceptibilidad a este tipo de violencia. En este contexto, aquellos que necesitan cuidados complejos y continuos, como niños y adolescentes con discapacidad, se encuentran aún más susceptibles a los maltratos de cualquier índole (54).

2.3.3 La Tuberculosis

A. Definición

La tuberculosis es una enfermedad tratable que se identifica por la presencia del bacilo de Koch, la cual ataca principalmente a los pulmones, pero también a otros órganos del cuerpo; su transmisión se produce de individuo a individuo por las gotitas de saliva contaminada del bacilo, esto se produce cuando hablan, tosen o estornudan (55).

B. Cuadro clínico

Los primeros síntomas, a veces demora en captarlos, es insidioso y poco expresivo cuando se encuentra en los inicios de la enfermedad,

para el diagnóstico se demora 3 semanas hasta un aproximado de 3 meses, por la demora en el diagnóstico el aumento de las secuelas ocasionando morbilidad y sobre todo el incremento de casos mediante el contagio, los síntomas que asocian a la tuberculosis en el paciente, es presentar tos más de 15 días, pérdida de peso, anorexia, sudoración nocturna, fiebre (56).

C. Diagnóstico

Para diagnosticar la tuberculosis se debe realizar la confirmación bacteriológica (baciloscopia) mediante la muestra de esputo cuando se sospecha que un paciente tenga la enfermedad indicando la presencia de granulomas o tejidos altamente sugestivos; además se realizan cultivo al inicio del tratamiento para corroborar si los medicamentos son adecuados para combatir la enfermedad (el resultado del cultivo tarda de 3 a 6 semanas) (57).

Otro de los diagnósticos es el desarrollo de una placa de tórax que presenta calcificaciones en los lóbulos del pulmón (56).

D. Tratamiento

Si hablamos de la primera fase consta de dos meses, 50 dosis con los medicamentos de toma diaria (Rifampicina, Isoniacida, Etambutol, Pirazidamida) si la evolución es buena, hay mejoría en el paciente, sus muestras de esputo salen negativo en estos dos meses de tratamiento, pasa a la segunda fase donde el tratamiento es por 4 meses, toma interdiaria (3 veces por semana), 54 dosis (58).

Los medicamentos de la tuberculosis se dividen en dos grupos en relación a su eficacia y efectos tóxicos, medicamentos de primera línea bactericidas tenemos a la Rifampicina, Isoniacida y Estreptomina, bacteriostáticos tenemos a la Pirazidamida y Etambutol. Medicamentos de segunda línea en caso de MDR, XDR, y MR, tenemos Capreomicina, Kanamicina, Amikacina, Acido Paraaminosalicilico

(PAS), Cicloserina, Etionamida, Claritromicina, Ciprofloxacino, Lovofloxacino y Moxifloxacino (56).

E. Cuidados de Enfermería con un paciente con Tuberculosis

El profesional de enfermería de la ES PCT en la norma técnica determina que es responsable de organizar la atención integral de la persona afectada por TB, su familia y la comunidad, para lo cual deberá organizar la búsqueda de casos nuevos, educando, aconsejando al paciente antes de iniciar el tratamiento, además de organizar la administración del tratamiento de la TB sensible promoviendo su adherencia al tratamiento, previniendo la irregularidad al tratamiento y coordinando el seguimiento del mismo (59).

En la intervención la Licenciada en enfermería encargada de ESN – PCT sigue las pautas determinadas en la “Guía para las buenas prácticas de consejería en Tuberculosis”; la cual, se entrena para que realice una buena intervención. Es importante aplicar la consejería de manera adecuada durante todo el proceso del tratamiento para la mejora a la adherencia al tratamiento antituberculoso, evitando así el aumento de la morbimortalidad, la probabilidad de contagio a otras personas, aparición de la resistencia bacteriana y el aumento de costo del tratamiento antituberculoso (60).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO – DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de enfoque cuantitativo, ya que tiene una secuencia y un orden específico, inicia con la idea, elaboración de variables, análisis de datos, recolección de datos, análisis de datos y elaboración de reporte de datos por lo tanto es objetivo y medible (61).

Su diseño es descriptivo porque ha alcanzado cierto nivel de claridad, pero aún se necesita información para poder llegar a establecer caminos que conduzcan al esclarecimiento de relaciones causales y está siempre en la base explicativa (62).

3.2 POBLACIÓN

El presente estudio se realizó con las familias de los pacientes con tuberculosis sensible de los 11 establecimientos de salud de la microred de Los Olivos. Se consideró desde el inicio del tratamiento, cambio de fase o termino de tratamiento, siendo pacientes que reciben tratamiento del esquema 1, con el resultado de prueba de sensibilidad a los medicamentos. Utilizando el libro de ingreso del 2016, si el paciente salía de alta se realizaba la visita domiciliaria. Está distribuida de la siguiente manera.

Tabla 1. Cuadro de la población de los centros de salud de la Microred Los Olivos.

Establecimientos de salud	Cantidad de familias participantes que tienen un familiar con tuberculosis sensible
C.M.I Juan Pablo II	25
C.S. Villa del Norte	20
C.S. Carlos Cueto Fernandini	22
C.S. Primavera	40
C.S.B Los Olivos	21
C.S. Laura Caller Confraternidad	14
C.S San Martin Confraternidad	20
C.S Enrique Milla	6
C.S Los Olivos	19
C.S Sagrado Corazón	25
C.S Rio Santa	6
Total de familias	218

**Sus características son que todos tienen tuberculosis sensible y viven dentro de la jurisdicción de la Microred de Los Olivos.*

3.2.1 Criterios de inclusión

- Jefe de familia que tengan un familiar con diagnóstico de tuberculosis sensible y que cumpla su tratamiento en los centros de Salud de la Microred de Los Olivos.
- Jefes de familia sin alteraciones en su capacidad física y/o mental para contestar durante la entrevista.
- Jefes de familia que vivan en su hogar mayor de un año.
- Jefes de Familia que deseen participar y que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

- Familias de personas afectadas con tuberculosis que tengan BK positivo y tratamiento de 6 meses.

3.2.2 Criterios de Exclusión

- Jefes de familia que no deseen participar o niega firmar el consentimiento informado para la participación en el estudio.
- Jefe de familia que no tenga un familiar con diagnóstico de tuberculosis sensible.
- Jefes de familia sin presentar alteraciones en su capacidad física y/o mental para contestar durante la entrevista.
- Individuos que no vivan en el hogar.
- Jefes de familia que vivan en su hogar menos de un año.
- Familias de personas afectadas con tuberculosis que tengan tuberculosis extrapulmonar, MDR y XDR.

3.3 VARIABLE

3.3.1 Definición conceptual

VARIABLE 1: Riesgo Familiar Total.

– Definición conceptual de la variable 1

El riesgo familiar total viene hacer la posibilidad de presentar en la familia consecuencias de algún integrante o de toda la familia, detectando en el momento que nosotros realizamos nuestra entrevista (37).

VARIABLE 2: Tipo de familia.

- Definición conceptual de la variable 2

El tipo de familia es de acuerdo a la tipología que presenta en su hogar, detectándose en el momento de realizar la encuesta (37).

3.3.2 Definición operacional

- **Definición operacional de la variable 1**

El riesgo familiar total es el sumatorio total donde vemos los problemas que presentan la familia y los integrantes de ella en la parte emocional, en su hogar (material e higiene) comunidad, el manejo de su economía, la presencia de menores dentro del hogar, con el desarrollo del formulario RFT 5:33 de las 218 familias evaluadas de la Micro red de los Olivos (37).

- **Definición operacional de la variable 2**

El tipo de familia está conformado a las características definitorias que presenta cada familia según su tipología, tipo uno y tipo dos. En el momento de la encuesta a las familias de la Microred de los Olivos utilizando el instrumento RFT 5:33 (37).

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 Técnicas de recolección de datos

La entrevista es un modo de comunicación desarrollándose entre individuos, para que el entrevistador obtenga la información que desee, eso puede cambiar dependiendo del tiempo de la conversación. La entrevista no es una comunicación normal sino algo formal con objetivos de investigar (63).

3.4.2 Instrumentos de recolección de datos

– Ficha de recolección de tipo de familia

Para la obtención de datos se desarrolló en forma básica, recopilando la información con fines para el estudio. Para poder copiar y trasladar la información inscrita (37).

– Formulario RFT 5:33

- Historia del instrumento

El instrumento de Riesgo Familiar Total RFT: 5-33 es instrumento elaborado al realizar varias investigaciones en el país de Colombia desde el año de 1992. El instrumento de origen es (RFT: 7-70) se realizó debido a trabajos con perfil de asistir en línea de la salud familiar, enfermería familiar en el año de 1996, realizando en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. El instrumento se utilizó a comienzos de 1995 - 1998 con el desarrollo de tres instrumentos: Riesgo Familiar Total (Sistema 7-70), instrumentos de salud familiar IPSF-GG: Salud Familiar General (ISF: GEN25) y de Salud Familiar en Gestación (ISF: GES19) de Pilar Amaya (37).

- Uso del instrumento

El uso del formulario durante el desarrollo de la investigación crea un ambiente académico para discutir la parte teórica, metodológica para la medición, con planes en el apoyo para una protección social. En el país de Argentina utilizaron una muestra piloto sin alterar el contenido de la autora de RFT 5:33 (37).

- Descripción general del instrumento

- Contenidos del RFT

El instrumento de Riesgo Familiar Total, RFT 5:33 tiene 5 secciones, las 4 primeras nos ayudan a identificar aspectos del conocimiento, el tipo de familia. El RFT 5:33 consta de 33 ítems (37).

a) Identificación de la familia

Consta de 15 elementos para recolectar datos de la familia y de cada integrante, el papel que desempeña en la familia. Identificando su tipología tipo 1 y tipo 2 (37).

- Composición de la familia y riesgos individuales

Cada miembro de la familia, se logra identificar el género, edad, el rol dentro del hogar, alteraciones personales de riesgo. También identifica antecedentes de riesgo como integrantes fallecidos, debido a un factor epidemiológico de salud (37).

- Antecedentes de patologías de carácter familiar

Consta de 19 elementos sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales presentando dentro del hogar y en la actualidad, epidemiológico que puede causar un riesgo dentro de la familia (37).

- Instituciones de apoyo familiar

Las instituciones, organizaciones o grupos sociales y de salud pueden apoyar a los integrantes de la familia. La vinculación de los grupos de la comunidad y otras organizaciones adquieren importancia para la familia que presenta alteraciones psicoafectivas con riesgo en alterar el funcionamiento familiar (37) .

- Factores de riesgo

Los 33 ítems, evalúan el Riesgo Familiar Total. Siendo la puntuación de “1”, “0” y NA (el NO es para los ítems de manejo de menores). Están distribuidos en 5 dimensiones (37).

- Características psicométricas del instrumento

Presentan algunas características psicométricas del RFT: 5-33. Mediante la estimación de la confiabilidad y la validez, así como a la construcción de tablas de conversión estandarizadas que fueran útiles en la interpretación de los resultados y su medición. La validez depende del propósito con que se use el instrumento y del grupo en el cual se aplica; por consiguiente, antes de realizar un proceso de medición se debe indagar acerca de para quien y para qué es válida la prueba. Al momento de hacer una medición debe conocerse el comportamiento del instrumento dentro del grupo objetivo; se requiere delimitar el atributo que se está midiendo, para así establecer sus características, alcances y limitaciones. Al establecer la validez de un instrumento, se cuenta con información suficiente para realizar interpretaciones adecuadas de los resultados obtenidos mediante un proceso de medición. El grado de validez debe conocerse para utilizar sus resultados de manera significativa. Apareciendo la confiabilidad (37) .

La confiabilidad está referida a la exactitud con el que el instrumento mide el atributo definido; con la replicación de los datos. Es decir, si un instrumento de medición es aplicado dos veces a la misma persona en condiciones idénticas, los resultados de la segunda aplicación deben

ser análogos a los de la primera. En este sentido, se espera que los resultados de una aplicación dependan del atributo que se está midiendo, no de las características de construcción del instrumento. Anotar que la confiabilidad es una condición necesaria para la validez, pero que la confiabilidad por sí sola no abunda en validez. Así, pueden existir instrumentos confiables y no válidos, más no instrumentos válidos sin confiabilidad (37) .

- Validez

Validez de constructo

La validez se constituye como una propiedad indispensable para toda prueba, ya que está en relación con que el instrumento mide realmente lo que pretende medir. El uso del análisis factorial como método de estimación de la validez interna de un instrumento se sustenta en el hecho del que este procedimiento aísla en factores los diferentes elementos que en conjunto están midiendo un constructo común (37).

En conclusión, esta prueba se encuentra conformada por sub escalas relacionadas entre sí, a pesar de estar aisladas mediante métodos factoriales; además, cada una de estas presenta índices elevados de consistencia interna, como se vio apartado de confiabilidad.

Validez de Contenido

Se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico del contenido de lo que se quiere medir, se trata de determinar hasta dónde los ítems o reactivos de un instrumento son representativos del universo de contenido de la característica o rasgo que se quiere medir, responde a la pregunta cuán representativo es el comportamiento elegido como muestra del universo que intenta representar (64).

- Estandarización del instrumento

En este apartado se presentan las normas en la interpretación de los resultados obtenidos, así como la manera de presentación de estos a las familias evaluadas (37).

- Conceptos específicos para estandarización de la prueba

- Puntaje Bruto: también conocido como Puntaje Directo o Puntaje Bruto Directo. Se encuentra a la sumatoria de las respuestas positivas a los ítems de una dimensión o de la totalidad de la prueba.
- Percentiles: Son medidas estadísticas de localización que indican el punto por debajo se encuentra el porcentaje de datos. En el contexto de estandarización de pruebas, un percentil es el puntaje bruto que está debajo del porcentaje de personas de la muestra normativa.
- Puntaje: Es una unidad directa sin estandarizar a cada puntaje corresponde una puntuación en una escala particular.
- Puntuación: Hace referencia a una unidad ya estandarizada.
- Puntuación Z: Cada unidad de la escala de la curva normal, la cual siempre tiene una mediación igual a cero y una desviación estándar igual a uno. Una puntuación Z indica la distancia es entre un punto determinado y la media.
- Puntuación estandarizada: El desarrollo lineal de la escala Z, donde la media y la desviación estándar pueden ser cualquiera. Estas determinaciones son opcionales. La transformación lineal implica la aplicación de la fórmula $PE = (Z \times DS \text{ escogida}) + x \text{ escogida}$, donde Z es la puntuación Z, DS es la desviación estándar que en este caso es 10, y x es la media, que en este estudio equivale a 60 (37).

- Normas de aplicación

La aplicación del instrumento depende básicamente del manejo que haga el profesional de la salud, desde el momento de la identificación

y selección de la familia evaluada y de la persona encargada de suministrar la información, hasta el diligenciamiento y calificación del cuestionario. A continuación, se presentan los pasos y recomendaciones para la aplicación del instrumento por parte del evaluador (37).

- Pasos preliminares

Los pasos preliminares son actividades que se deben realizar antes de la aplicación propiamente dicha; de esta fase depende la correcta elección de la familia y del participante. Tales pasos son:

- a. Elección del participante
- b. Información sobre la prueba
- c. Solicitud de consentimiento informado.

Elección del participante

El instrumento puede ser aplicado a personas que cumplan con las siguientes características:

- Jefe de familia que tengan un familiar con diagnóstico de tuberculosis sensible y que cumpla su tratamiento dentro de los centros de Salud de la Microred de Los Olivos.
- Jefes de familia que estén en disposición física y/o mental para desarrollar la entrevista.
- Jefes de familia que vivan no menor de un año en la vivienda.
- Jefes de Familia que deseen participar y que firmen el consentimiento informado para la aceptación del estudio.

- Información sobre la prueba

Si el integrante de la familia cumple con las condiciones antes descritas puede participar como la persona que informe, explicándole claramente

y en lenguaje apropiado para su edad y nivel educativo en que consiste la prueba, cuál es su propósito y que tipo de resultados arroja (37).

C. Puntaje Bruto

La calificación de cada uno de los factores de riesgo o cálculos de los puntajes brutos (PB), como se explicó en secciones anteriores, consiste en la suma total de los ítems como $PB = It1a + It2a... + Itna$, donde $It a$ es el 1 ítem componente del factor e $Itna$ es el último ítem del factor. Posteriormente, estos PB deben ser transformados a puntuaciones que hagan posible la comparación de la familia con el grupo normativo. El PB total se expresa como la sumatoria de los PB de los factores de riesgo. Transformación del puntaje bruto en puntuaciones estandarizadas (PE). El RFT 5:33 tiene 2 sistemas de conversión PB: percentiles y puntuaciones estandarizadas (PE); los percentiles dan un cambio de porcentaje, las PE la brindando resultados de desviación estándar, como se vio con más detalle en la sección de variación y se verá en la sección de interpretación de resultados. El PB debe ser localizado dentro de la base de datos para la formación según el tipo de familia; luego el PB es cambiado por el resultado que corresponda. El profesional de la salud puede escoger cualquiera de los dos sistemas de conversión, o ambos, dependiendo de cómo quiera interpretar e informar los resultados (37).

D. Interpretación de las Escalas

– Familias con Riesgo Bajo

Familia tipo 1: tiene los percentiles del 1 al 29 y en PE inferior de 54, y familia tipo 2 los percentiles 3 a 26 y en puntuaciones inferiores e inferiores a 53. Una familia en bajo riesgo es aquella que tiene una composición y ambiente psicoafectiva, tiene el apoyo del personal de salud. La organización del hogar y el ambiente dentro de la comunidad

no presentan problemas, tienen vigilancia y un buen manejo en la presencia de riesgo de salud personal y familiar (37) .

– Familias Amenazadas

Aquella familia tipo 1 tiene los percentiles 37 a 77 y PE entre 56 a 68. La familia tipo 2 percentiles entre 33 y 76 con un PE entre 55 y 68. Una familia amenazada es por una composición de alteraciones emocionales, afectivas dificultando la crianza de menores de edad dentro del hogar. Las familias amenazadas tienen un apoyo parcial y bajo uso de los servicios de salud, viven en condiciones inadecuadas dentro de su hogar y comunidad siendo una amenaza individual y familiar (37).

– Familias con Riesgo Alto

La familia tipo 1 tiene los percentiles superiores a 81 y PE superiores a 70, para la familia tipo 2 percentiles superiores a 80 con un PE superior a 70. Una familia en alto riesgo tiene las condiciones de la familia amenazada. Demuestran alteración en su composición, relaciones psicoafectivas, manejo de menores, con riesgo en dañar su integridad personal y familiar. Tienen estilos de vidas riesgosas, no tienen accesibilidad a los servicios de salud por desconocimiento, condiciones de vivienda insalubre (37) .

3.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1 Fase 1: Autorización para la Recolección de datos

En la recolección de datos y la elaboración del informe final, el primer paso se requirió la aceptación del proyecto de investigación encargado de la unidad de investigación de la Universidad de Ciencias y

Humanidades. Una vez aprobado el proyecto de investigación, el director de la Escuela Profesional de enfermería otorgó la carta que nos permitiera la red Rímac San Martín Los Olivos dar las facilidades para la recolección de información del trabajo de investigación. Luego se realizó la presentación de proyecto al director de la red Rímac San Martín Los Olivos Dr. Luis Enrique Ríos Olivos, y siendo aceptado la solicitud del proyecto de investigación, se procedió a entregar el documento al director de la microred de Los Olivos, M.C Carlos Gonzales Orbegoso la solicitud para poder realizar la recolección de datos de los establecimientos de la Microred, se esperó 30 días para que nos entreguen la autorización para el levantamiento de información y dirigirnos a cada establecimiento de salud.

3.5.2 Fase 2: Coordinación para la recolección de datos

Se procedió a entregar a cada centro de salud la autorización de la Microred de Los Olivos para la recolección de datos y se conversó con el médico jefe de cada establecimiento, así como también con los licenciados de la estrategia sanitaria para el control de la tuberculosis de los Centros de salud que correspondan a la jurisdicción de la Micro Red de Los Olivos; esto con la finalidad de obtener la colaboración de la institución para el consolidado de datos. Se le explicó a los licenciados sobre el título del proyecto de investigación ya que se iba a trabajar con las familias de los pacientes con tuberculosis sensible y nos proporcionarían las cartillas de los pacientes que estaban en tratamiento y su historial clínico para dar mayor información, además nos proporcionaron los datos personales, las direcciones, los teléfonos para poder dar mayor seguimiento y así poder contactarnos con las familias de los pacientes.

3.5.3 Fase 3: Aplicación del Instrumento

El instrumento utilizado fue el formulario RFT 5:33 de Pilar Amaya para la recolección de datos y la aplicación, se obtuvo previa coordinación con los jefes de familia de cada paciente con tuberculosis sensible, se explicó a cada integrante de la familia de qué se trataba el proyecto de investigación que estábamos realizando y que estaban en todo el derecho de autonomía si deseaban o no brindarnos los datos que requeríamos en dicha investigación. Se procedía a ser lectura del consentimiento informado y una vez entendido, el jefe de familia firmaba el consentimiento para poder realizar el cuestionario de preguntas; se llenaban los datos del paciente, los datos del entrevistador, la codificación respectiva y se procedió a realizar la entrevista y la aplicación de la encuesta, una vez culminada la entrevista y el llenado de datos, agradecíamos su participación.

3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y METODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

El desarrollo de la investigación involucro a las familias de los pacientes con tuberculosis que correspondan a la Microred de Los Olivos, siendo seres humanos que merecen respeto y un trato digno de nuestra parte como futuros profesionales de la salud donde estuvo presente durante nuestra recolección de datos los aspectos éticos. El instrumento donde se registró los datos clasificados de acuerdo con los códigos que se elaboró en los centros de Salud de la Microred de Los Olivos.

Los datos que se recolectaron fueron digitados en la base de datos del programa SPSS 24 (Statistical Package for the Social Sciences), programa estadístico para el ingreso y el análisis de datos. El programa tiene unos módulos (base y anexos) donde fueron adjudicando los ítems de las 33 preguntas del instrumento RFT 5:33.

Abierto el programa SPSS versión 24 se desarrolló en crear 3 tablas, uno es donde se desarrolló los 33 ítems del instrumento RFT5:33; la otra tabla fue para los datos de identificación de familia de acuerdo con su tipología viendo el tipo de riesgo (bajo riesgo, amenazadas y alto riesgo) y la otra tabla fue para ingresar la información de cada integrante de las familias. Finalizando el cuadro para los 33 ítems con las 5 dimensiones.

Se trabajó de manera coordinada con el equipo de investigación de la facultad, en forma simultánea junto con nuestro asesor y el estadístico para la elaboración de las variables para así clasificar los datos. Luego se registró a cada una de las familias, en la tabla elaborada del programa de SPSS 24. Una vez terminada la elaboración del llenado de datos en las 3 tablas, se procedió a concatenarlas de acuerdo con la codificación de las fichas.

Los resultados se utilizan con los criterios de puntuación del instrumento que son de "1", "0" y NA (el No Aplica es exclusivo para los ítems de manejo de menores). Después se procedió a sumar para el puntaje bruto (la suma total de los ítems que componen de cada factor $PB = It1a + It2a.. + Itna$, donde $It1a$ es el 1 ítems contiene del factor e $Itna$ es el último ítems del factor) (37).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Belmont (1978-1979), consideró 3 principios (autonomía, beneficencia y justicia) después de 1 año Beauchamp y Childress en el año de 1979, introdujeron la no maleficencia, teniendo en la actualidad 4 principios la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (65).

3.7.1 Principio de la autonomía

Es un derecho de virtud que tiene el ser humano y que los demás respetan sus opciones personales. Este principio tiene un fundamento como un consentimiento libre e informado del cual se asume al paciente como la persona única de decidir sobre su propio bien ni en

contra de su voluntad mediante la fuerza o aprovechándose de su ignorancia (65).

Antes de empezar la entrevista y la realización del cuestionario de preguntas, se le informa a la persona porqué se está realizando el cuestionario, el cual la persona considera en participar o no, si desea participar firma el consentimiento informado por voluntad propia para realizar el cuestionario.

3.7.2 Principio de beneficencia

Se realiza el bien, no solo es desearlo sino expresarlo, mediante conceptos éticos para evitar el daño al individuo, promoviendo un buen balance positivo (66).

En este principio se le explica los beneficios que implica apoyar en el trabajo de investigación con los datos que nos brinde el participante, decirle la importancia que amerita.

3.7.3 Principio de no maleficencia

Es no maltratar a otros. Los médicos tienen la obligación de que sus pacientes no reciban daño alguno (no matar, no causar dolor, no incapacitar, privatización de bienes de vida) (66).

El presente estudio no interviene en el daño físico y psicológico, ya que sólo se interviene en desarrollar el cuestionario de preguntas.

3.7.4 Principio de justicia

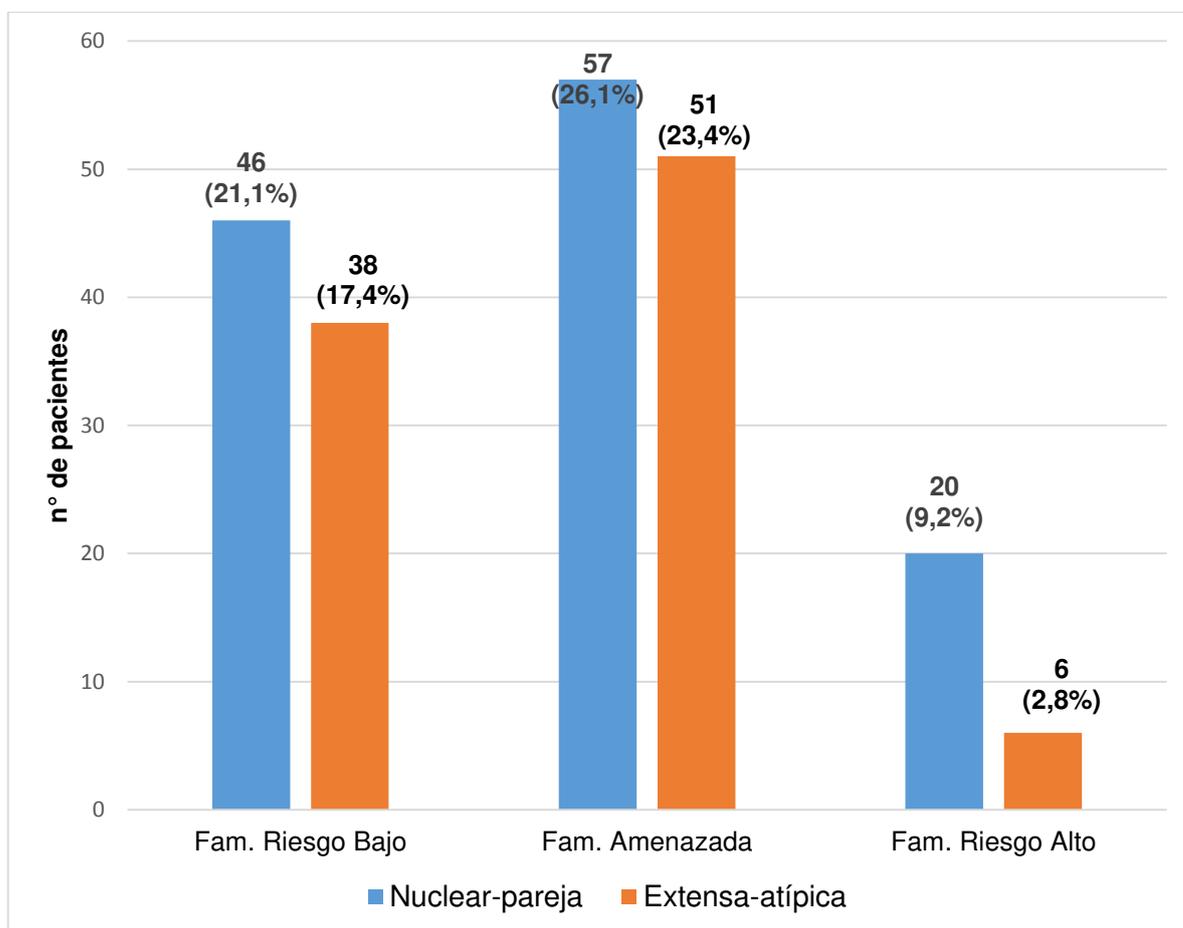
Se expresa la ética de la relación entre individuos dentro de la sociedad, comunidad. Hay varios conceptos para explicar que está en la bioética dentro del aspecto social y político (66).

En esta presente investigación se aplicaron los principios bioéticos en el transcurso de recolección de datos para así poder garantizar un correcto proceder y armoniosa relación con los participantes en este trabajo de investigación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultado

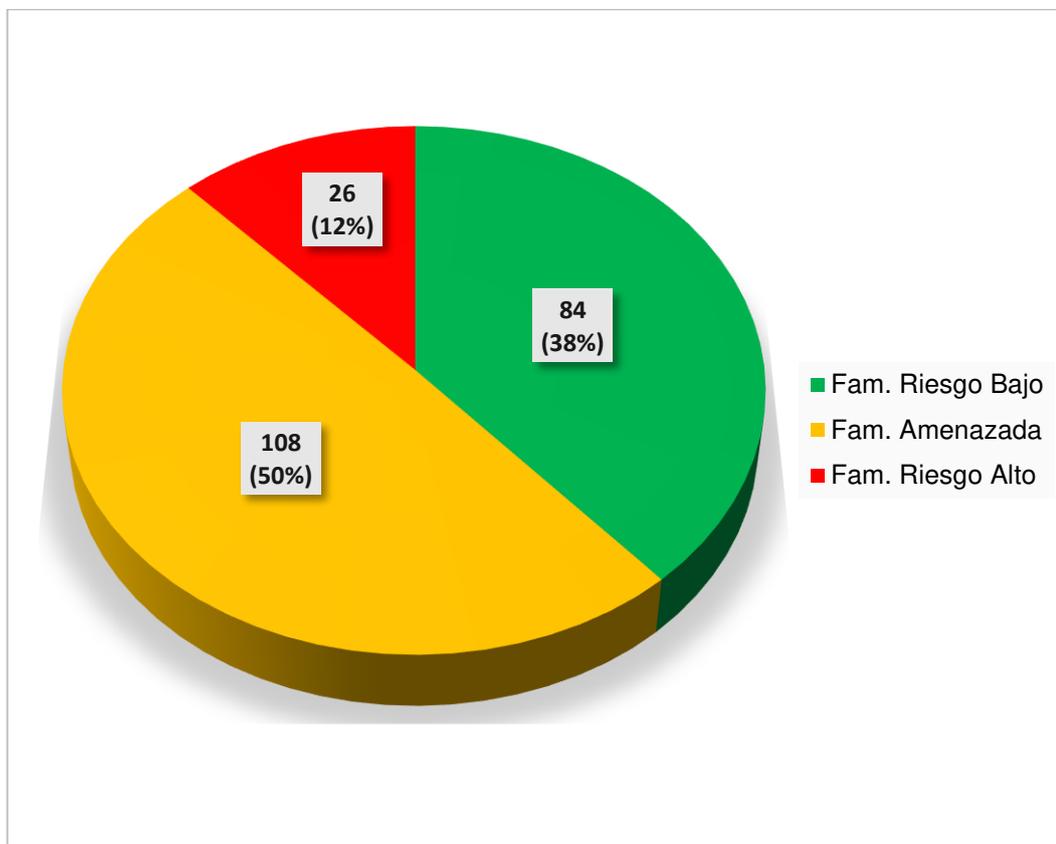
Gráfico 1. Distribución del Riesgo Familiar Total según tipos de familia de personas afectadas con tuberculosis sensible de la Microred de Salud Los Olivos, 2016 (n=218)



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EPE-UCH

En el gráfico se observa el Riesgo Familiar Total según tipo de familia nuclear, donde se encuentran 57 familias que representan el 26,1% son familias amenazadas; 20 familias que representan el 9,2% son familias en riesgo alto y 46 familias que representan 21,1% son de riesgo bajo. En el riesgo familiar según tipo de familia extensa se observa que 51 familias que representan el 23,4% son familias amenazadas, 6 familias que representan el 2,8% son familias en riesgo alto y 38 familias que representan el 17,4% son familias en riesgo bajo.

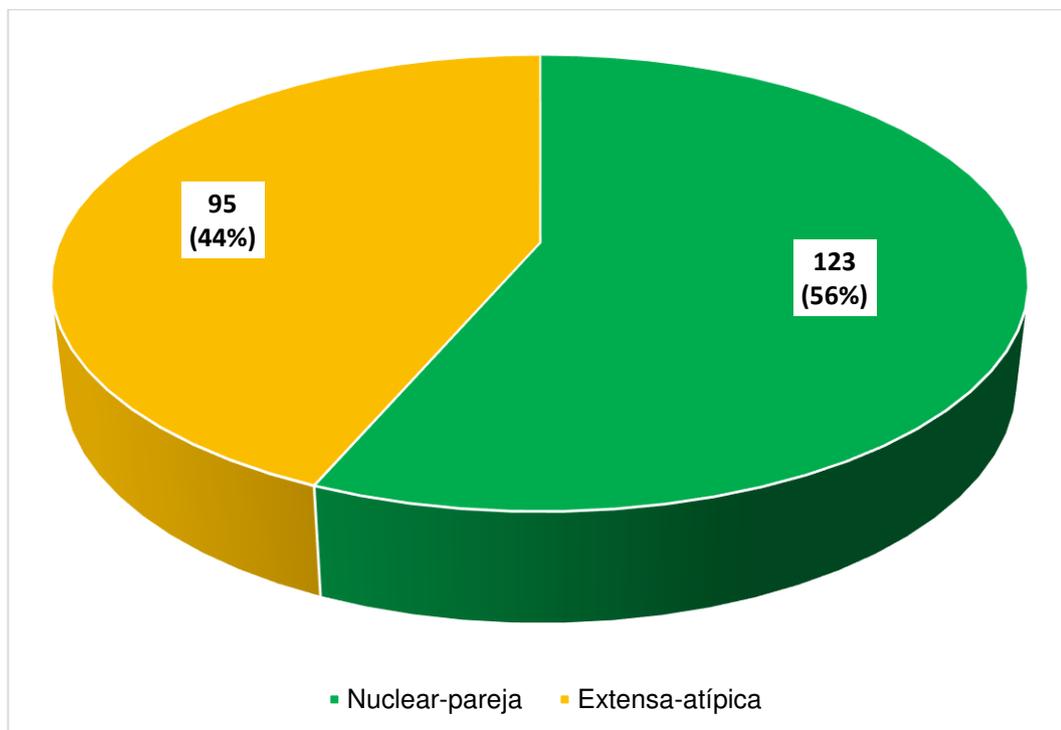
Gráfico 2. Distribución de pacientes con tuberculosis sensible de acuerdo al riesgo familiar total de la Microred Los Olivos, 2016 (n°=218)



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EPE-UCH

En el gráfico se observa la distribución de Riesgo Familiar Total, donde se encuentra, que 108 familias que representan el 50% son familias amenazadas; 26 familias que representan 12% son familias con riesgo alto y 84 familias que representan el 38% son familias de riesgo bajo.

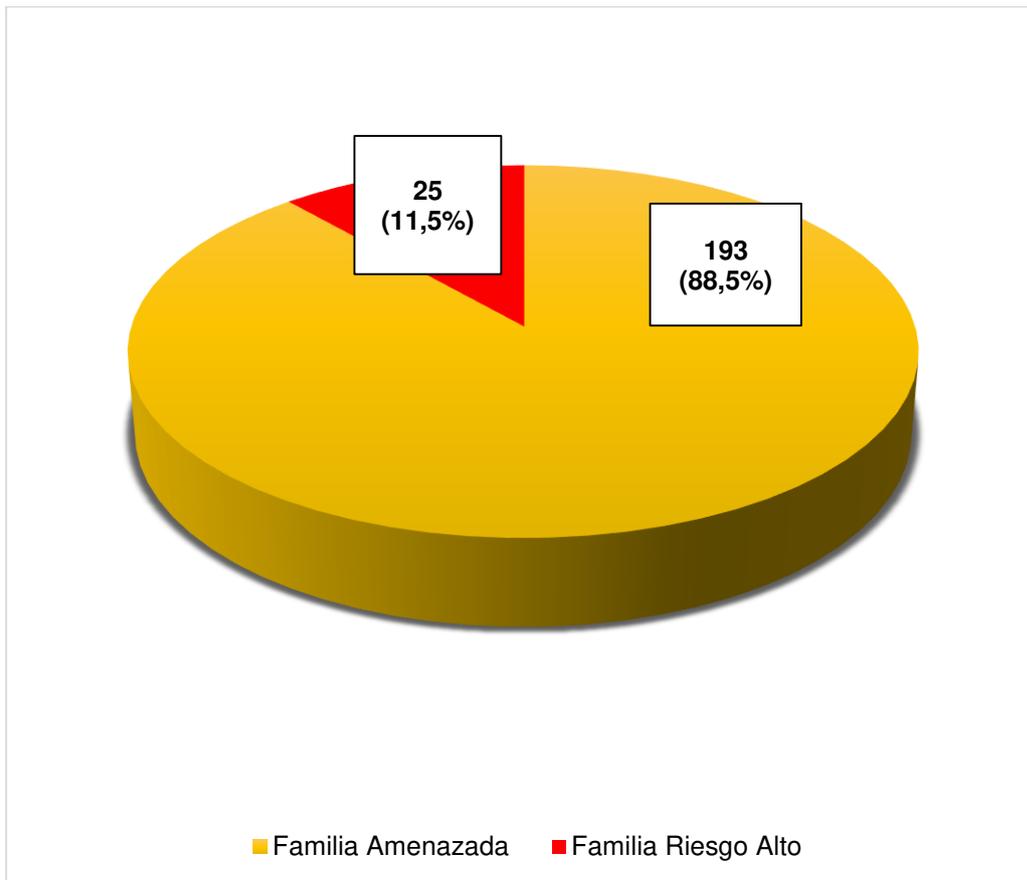
Gráfico 3. Distribución de Pacientes con tuberculosis sensible de acuerdo al tipo de Familia en la Microred Los Olivos 2016 (N=218)



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EPE-UCH

En el gráfico se observa el Riesgo Familiar Total según tipo de familia la cual se distribuye de la siguiente manera, que 123 familias que representan el 56% son familias nucleares y 95 familias que representan el 44% son familias extensas.

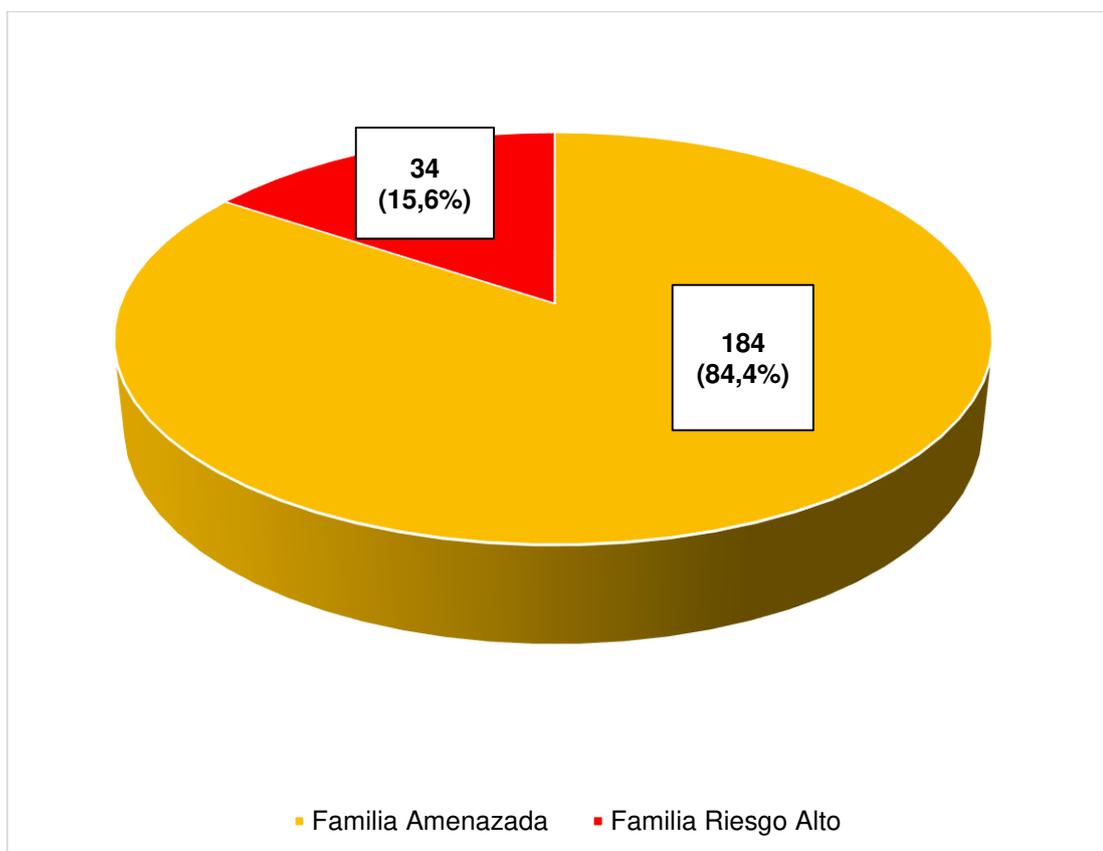
Gráfico 4. Distribución del Riesgo familiar Total según su dimensión Psicoafectiva



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EPE-UCH

En el gráfico se observa el Riesgo Familiar Total según su dimensión psicoafectiva, que 193 familias que representan el 88,5% son familias amenazadas y 25 familias que representan el 11,5% son familias con riesgo alto.

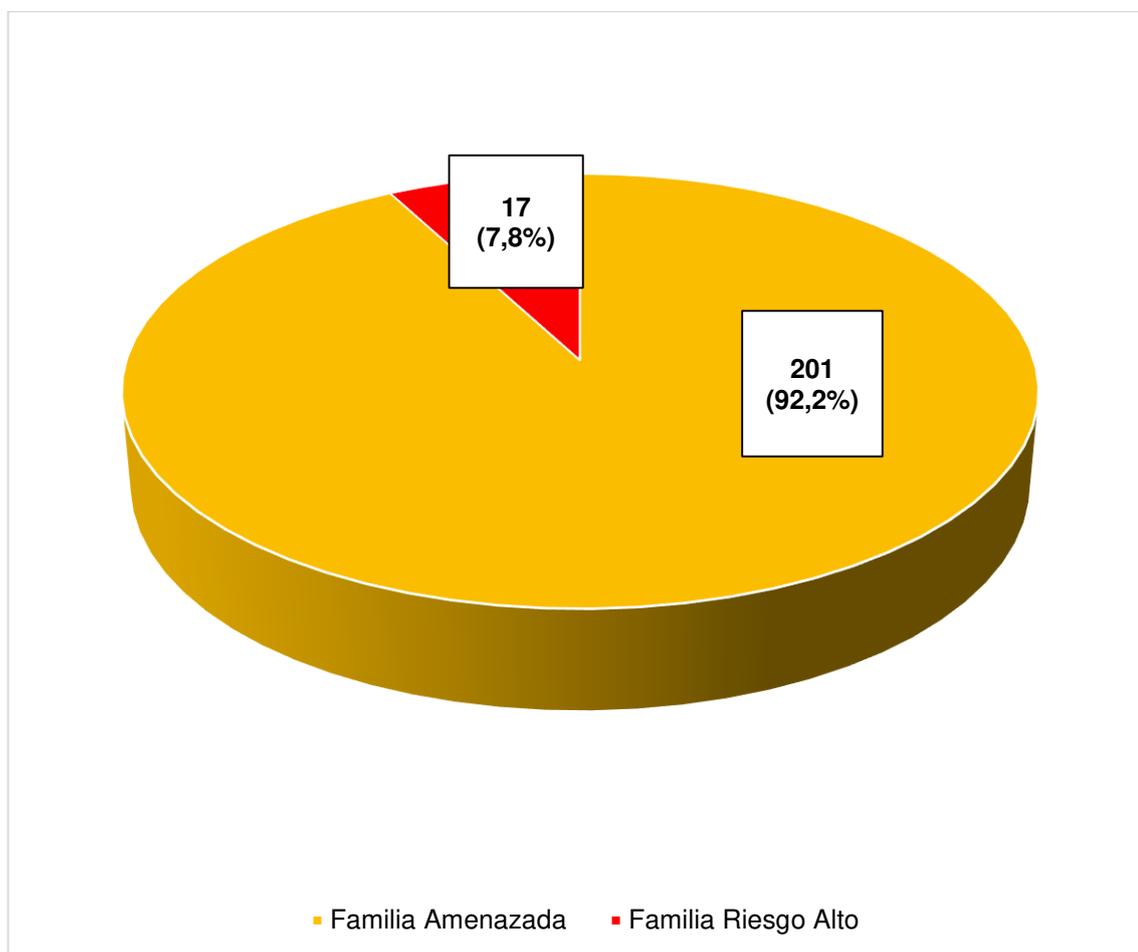
Gráfico 5. Distribución del Riesgo Familiar Total según dimensión servicios y prácticas de salud



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EPE-UCH

En el gráfico se observa el Riesgo Familiar Total según su dimensión servicios y prácticas de salud, que 184 familias que representan el 84,4% son familias amenazadas y 34 familias que representan el 15,6% son familias con riesgo alto.

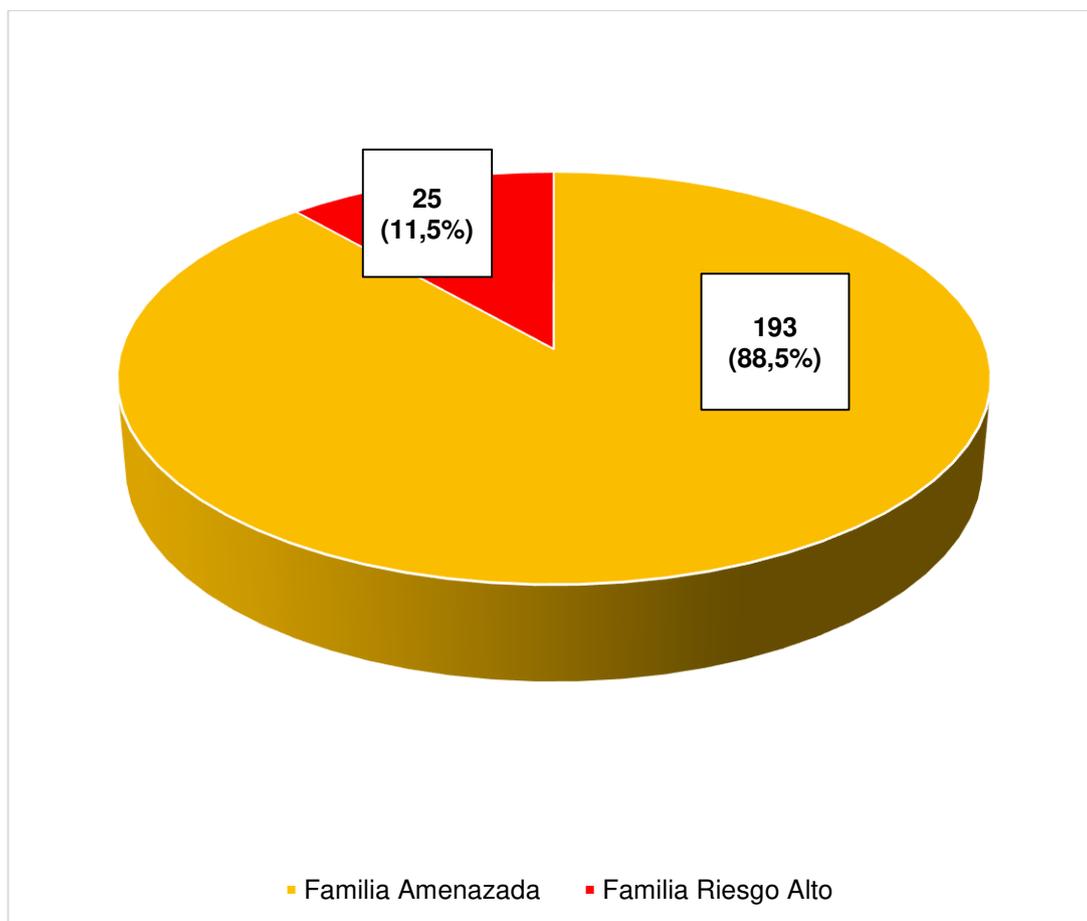
**Gráfico 6. Distribución del Riesgo familiar total en su dimensión
Condiciones de Vivienda y Vecindario**



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EPE-UCH

En el gráfico se observa que el Riesgo Familiar Total en su dimensión Condiciones de Vivienda y Vecindario, que 201 familias que representan 92,2% son familias amenazadas y 17 familias que representan 7,8% son familias con riesgo alto.

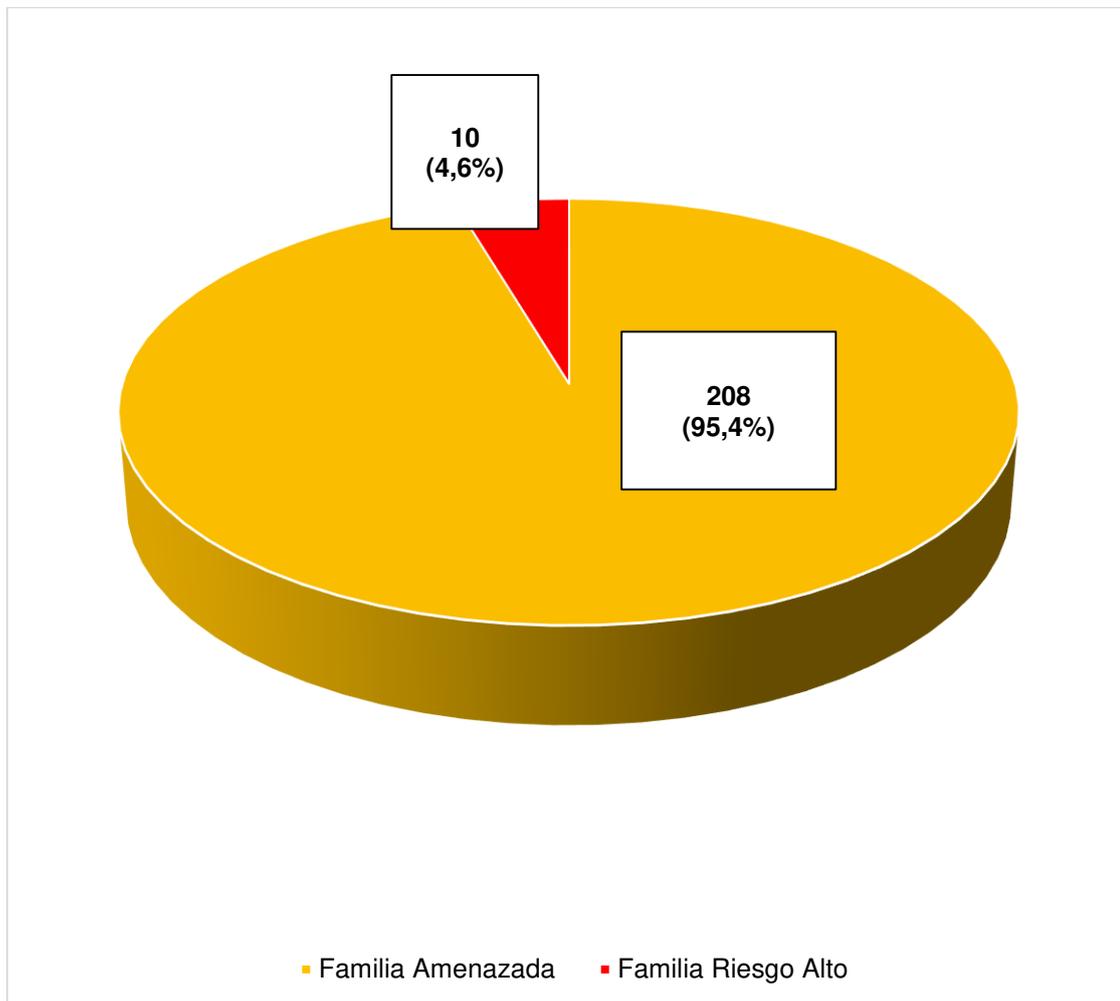
Gráfico 7. Distribución del Riesgo Familiar Total en su dimensión Socioeconómica



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EPE-UCH

En el gráfico se observa el Riesgo Familiar Total según su dimensión socioeconómica, que 193 familias que representa el 88,5% son familias amenazadas y 25 familias que representa el 11,5% son familias con riesgo alto.

Gráfico 8. Distribución del Riesgo Familiar Total en su dimensión Manejo de Menores



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EPE-UCH

En el gráfico se observa el Riesgo Familiar Total según su dimensión manejo de menores, que 208 familias que representan el 95,4% son familias amenazadas y 10 familias que representa el 4,6 % son familias con riesgo alto.

4.2 Discusión

La Tuberculosis causa un gran impacto en el paciente y esto hace que se sienta rechazado, excluido de la sociedad, deteriorando su autoestima. Por eso sabemos que el entorno afectivo y social que rodea al paciente va a influir en las decisiones que tomara con respecto a su recuperación (67).

La familia tiende a incidir favorable o desfavorablemente en el proceso de la salud y enfermedad. El funcionamiento de la familia es esencial en la realización del tratamiento (68).

En cuanto a los resultados sobre el riesgo familiar según tipo de familia, podemos decir que se encuentran 123 familias de tipo 1 y 95 familias de tipo 2 donde se determina que existe en mayor cantidad las familias nucleares, ahora la familia tipo 1 con 77 familias (62,6%); se encuentran amenazadas y con alto riesgo, seguido de familias de tipos 2 donde 57 familias (60%); están amenazadas y con riesgo alto, ya que uno de los integrantes de la familia tienen tuberculosis sensible y están expuestos a que incrementen sus problemas. Esto evidencia el riesgo amenazado y el riesgo alto en que están las familias de la Microred de los Olivos.

Con respecto al resultado de riesgo familiar total amenazado puede referirse sino se hacen intervenciones preventivas promocionales en las familias afectadas el riesgo familiar podría aumentar los casos de tuberculosis multidrogaresistente o los extremadamente resistentes, pero si se hacen adecuadamente las intervenciones el riesgo familiar podría bajar.

Nuestra investigación coincide con el estudio de Soto Gonzales Ana y Velásquez Vilma, quienes indican “que mayormente son familias nucleares con un 85%; con familias amenazadas 59% y en alto riesgo 27%; sin embargo las familias desplazadas están amenazadas y en alto riesgo, y esto requiere que tengan cuidados en su salud por su situación de vulnerabilidad” (25).

En cuanto al resultado del primer objetivo específico, podemos decir que el riesgo familiar total más predominante fue el riesgo familiar total amenazado, seguida por riesgo familiar bajo de la Microred de los Olivos. Lo cual hace

que necesite mejorar por parte en intervención de los servicios de salud, redes de apoyo, atención integral a la familia, para así reducir la amenaza encontrada.

Nuestra investigación coincide con los resultados de Millán Ambrosio Miriam y Sangay López Elizabeth, quienes indican que “en el Riesgo Familiar Total predominan las familias amenazadas (52.2%); la mayoría de las familias son tipo 1 (37.4%); las dimensiones más afectadas con riesgo alto son condiciones de vivienda y vecindario (41%); y servicio y prácticas de salud (27%). El alto porcentaje de las familias amenazadas se debe a que realizamos el estudio en un Asentamiento Humano, considerado una zona urbana marginal donde encontramos familias en su mayoría con ausencia de los servicios básicos (agua, luz y desagüe), ausencia de veredas, pistas, presencia de perros callejeros, basura a los alrededores de las viviendas, poca accesibilidad a los servicios de salud “ (30).

Otro estudio que coincide con nuestros resultados es de Velásquez Restrepo Luz y Velásquez Gutiérrez Vilma, quienes indican “que el 48%; son familias amenazadas y el resto como riesgo bajo, donde requieren un mejoramiento en la accesibilidad e intervención de los servicios de salud, con enfoque intersectorial, interinstitucional familiar e intercultural” (69).

Nuestra investigación tiene gran similitud en los resultados con estos estudios ya que la familia presenta diversas carencias económicas, de vivienda y de servicios lo cual hace que se encuentre amenazado y esto pone en riesgo la salud individual y de toda la familia, lo cual hace que se necesite atención y cuidado integral para así reducir sus riesgos.

Respecto a la tipología familiar el resultado más predominante fue en las Familias de Tipo 1, que están conformadas por familias nucleares y de pareja, lo cual se obtuvo a 56.4%; que representan 123 familias. Dónde su composición familiar y la presencia de tuberculosis en alguno de sus miembros, las hacen más vulnerables, especialmente por la complejidad de factores que interactúan.

Según la Encuesta Nacional de Hogares en el Perú señaló que un 60.5%; son hogares nucleares, el 21.7% son extendidos, el 10.4% son unipersonales, el 4.1% sin núcleo y el 3.3% compuestos (70).

La Encuesta Nacional de Hogares en el Perú nos respalda en nuestro resultado obtenido según la tipología familiar en cuanto al tipo de familia 1, ya que hubo más porcentajes en familias nucleares y de pareja.

Otro antecedente nacional similar fue de Cabello Huerta Erica, Francisco Yauri Jesusa, Mayta Guanilo Silvia, donde también predominaron las familias nucleares con un (71.7%) familias.

A comparación de nuestros resultados que predominó familias de tipo 1, otro antecedente internacional de Betancur Loaiza Diana y Amaya Rey María indican que “predomino las familias extensas (Tipo 2) con 54%; seguida de la nuclear (Tipo 1) con 46%; diferente en comparación con el resultado del DANE 2005 en cuanto a la organización familiar” (71).

Otro antecedente internacional que diferencia a nuestro resultado en la tipología familiar fue de Nancy Cecilia Charrys, “donde las familias son de tipo 2. Se evidenció que el promedio de integrantes por familia fue de 3 a 4 integrantes, en familias extensas, con un 56 %” (27).

En la dimensión condiciones psicoafectivas predomino las familias amenazadas. Esto se debe a la desarmonía que existe entre padres e hijos o entre hijos, privación afectiva, desprotección y roles no gratificantes. Durante la entrevista se evidenció que había problemas de pareja; donde también la familia manifestaba que no hay una buena armonía conyugal ya que había violencia verbal por parte de ellos.

Esto coincide por lo señalado por Cabello Huerta Erica, Francisco Yauri Jesusa, Mayta Guanilo Silvia, donde los resultados obtenidos en la dimensión condiciones psicoafectivas son familias amenazadas con 58.3%, en cuanto a sus ítems desarmonía conyugal con 61.7%; donde las familias manifiestan que siempre tienen problemas por diferentes factores como la falta de dinero, celos, consumo de alcohol, infidelidad. En cuanto a la violencia (física, psicológica y social) el resultado es de 38,3%; donde la

familia manifiesta que ha tenido violencia verbal, en algunas ocasiones violencia física por tal motivo ha llegado a denunciar a la comisaria y otras manifiestan que por miedo nunca denunciaron (29).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el 2011 reportó el 22,6% de mujeres que experimentaron violencia verbal a través de expresiones humillantes delante de los demás. Con todos estos antecedentes que viven las familias en su hogar optan por la separación o divorcio de sus parejas, en el estudio el resultado es 40%, por lo tanto, este tipo de situaciones llega afectar al preescolar en su desarrollo emocional durante su infancia en la sociedad (72).

Estos hechos requieren realizar actividades relacionados con la salud mental, que permitan favorecer la atención primaria en salud, la promoción de salud mental en los diferentes niveles de atención, para así brindar un mejor apoyo familiar.

En la dimensión servicios y Prácticas de salud fue la más afectada dentro de las 5 dimensiones, donde predominó las familias amenazadas. La mayoría de familias percibieron los servicios de salud como un sistema de apoyo, al interrogarles sobre las condiciones específicas se evidenciaron la falta de información que tenían sobre los servicios de salud y la subutilización de los servicios de salud, además, algunas personas no le prestan debido interés a su salud, por motivos de tiempo y trabajo.

Con respecto a los resultados en la dimensión servicios y Prácticas de salud el estudio de Becerra Cubas Wister; Díaz Pareja y Juana Rocha Durand, también coincide con nuestros resultados, quienes indican “que son más familias amenazadas ya que hay menos protección con respecto a la salud, en relación al deterioro del ambiente, la falta de servicios públicos y básicos, los cuales hacen que incrementan el riesgo de adquirir enfermedades” (28).

En nuestra dimensión condiciones de vivienda y vecindario, predominó las familias amenazadas. Lo cual se determinó ya que existe condiciones insalubres del vecindario por la acumulación de basura en las calles, otro dato importante es acerca de la tendencia de la vivienda de estas familias, es que 124 (56,4%); familias tiene casa propia y 94 (43%); familias tienen

otro tipo de vivienda (alquiler, cuidador, alquiler/venta). Estos resultados concuerdan con los datos estadísticos de APEIM (Asociación Peruana de empresas de investigación de Mercados), donde el tipo de vivienda en el nivel socioeconómico C determina casa independiente (78,4%); la vivienda que ocupa en el hogar es alquilado (15,2%) y propia totalmente pagada (58,2%) (73).

En las situaciones vulnerables de la población, afecta la problemática de un inadecuado manejo en el sistema de recolección y disposición de residuos, también la disponibilidad de agua potable. Según la Revista Panamericana de la Salud, la acumulación de los residuos puede causar distintas enfermedades que podrían ocasionar la muerte. Es por ello más vulnerables que pueden sufrir estas enfermedades infecciosas, parasitarias o respiratorias son los menores de 5 años, bebés y personas de mayor edad, como mayor riesgo en la población de escasos recursos.(74)

Con respecto a los resultados en la dimensión condiciones de vivienda y vecindario el estudio de Becerra Cubas Wister; Díaz Pareja y Juana Rocha Durand, también coincide con nuestros resultados, quienes indican” que hubo más familias amenazadas porque la mayoría de viviendas no son propias, están en condiciones de alquiler; también se pudo notar la precariedad en la construcción de las viviendas y la falta de seguridad ciudadana por el aumento de la delincuencia. También refieren los malos hábitos en el desecho inadecuado de basura en la comunidad.” (28).

En la dimensión condición socioeconómica predominó las familias amenazadas. Una familia por lo general se ve afectada cuando no tiene dentro de sus integrantes, personas que tengan trabajos estables, esto hace que su situación económica no esté garantizada. Una de las razones donde se evidenció esto fue en el momento de la visita, donde la mayoría de familias menciono no contar con integrantes que tengan trabajos estables, ya que no tenían estudios profesionales, es por ello que sus trabajos eran eventuales y más precarios. También se evidenció que la persona afectada por la tuberculosis era generalmente el jefe de familia. Esto hace que el familiar afectado por la Tuberculosis a causa del bajo o escaso ingreso económico haga que su salud se vea deteriorada.

Esto coincide con lo que dice el informe Black donde señala que las desigualdades socioeconómicas con respecto a la salud son un problema difícil de resolver ya que la economía y salud están estrechamente relacionadas, cuando las personas o las familias no encuentran medios necesarios para resolver adecuadamente sus problemas de salud y a causa de ello no pueden generar sus propios medios de subsistencia, sus problemas de salud se convierten en un problema colectivo, lo que hace que la economía de los países causen estragos en el funcionamiento de las instituciones y de la sociedad en su conjunto. Lo cual también la OMS refiere que la salud precaria es tanto una causa como una consecuencia de la pobreza. A su vez, los pobres están expuestos a mayores riesgos personales y ambientales y peor nutridos y tienen menos posibilidades de acceso a la información y a la asistencia sanitaria. Por lo tanto, sus riesgos de morbilidad y discapacidad son mayores (75).

Con respecto a los resultados en la dimensión condiciones de vivienda y vecindario el estudio de Becerra Cubas Wister; Díaz Pareja y Juana Rocha Durand, también coincide con nuestros resultados quienes indican “que la dimensión más afectada fue Situación Socioeconómica, 11 familias con Riesgo alto (10.7%). Las familias se vieron afectadas por el ingreso es escaso o insuficiente para poder cubrir las necesidades, como el alimento, el vestido o el estudio. Donde también el jefe de familia era incapaz de solventar los gastos para cubrir la canasta básica familiar” (28).

Esto coincide con el estudio internacional de Ana María Soto donde indica que las familias colombianas sus eventos críticos de mayor peso son el desempleo del jefe del hogar, seguido de una pérdida económica importante, la presencia de un enfermo grave, donde hace que haya carencias dentro del hogar y la salud del enfermo empeore (25).

La dimensión manejo de menores predominó las familias amenazadas. Ya que se evidenció en los resultados el manejo inapropiado de las IRAS y las EDAS ya que no tenían conocimientos de estas enfermedades (9,2%); y falta de seguridad de los menores (5%).

Es indispensable que los profesionales del área de la salud, tengan el objetivo de orientar sobre las distintas enfermedades o cuidados enfocados en los niños, para que así los padres tengan total conocimiento al ser informados claramente sobre la enfermedad, la causa de la enfermedad y posibles consecuencias, de tal manera que contribuyan y decidan qué hacer para combatir la enfermedad y estén preparados para futuras situaciones. (74)

El estudio de Betancourt, indica que esta dimensión resulta la menos afectada (7 %); y lo relaciona con el desconocimiento de las familia en el manejo inadecuado en EDAS, IRAS, la dificultad con respecto a la orientación y disciplina de escolares y adolescentes, y el manejo inadecuado en menores de 11 años (71).

Esto coincide con un antecedente nacional de Cerquin Iris, Flores Janett y Guerrero Juan, la razón es porque la mayoría de los jefes de familia son pacientes que reciben tratamiento, llevando que descuidan a sus hijos, al no tener una supervisión integral en el hogar (24). Los hogares donde presentan hacinamiento, desnutrición, siendo el jefe de familia desempleado ocasionan deterioro en el hogar, provocando disconformidad y ocasionando al adolescente conductas agresivas. En nuestro país se ha registrado muchos casos de adolescentes con problemas de conductas llegando a tener una problemática a nivel nacional.

Esto coincide con el estudio de Soto Ana, Velásquez Vilma donde indican en los resultados de manejo inapropiado de IRA y EDA son un 13 %. Este margen representa un bajo riesgo igual que nuestro estudio (25).

Si hablamos del manejo de menores a nivel internación en Colombia hay muchas dificultades sobre la inseguridad generando la delincuencia juvenil, al no tener un papel de padres responsables o por la presencia de los medios de comunicación, los adolescentes se incorporan a pandillas o grupos delictivos ocasionando desde joven al crimen (75).

Existe concordancia al comparar los resultados entre los antecedentes en las familias con tuberculosis, enfermedades coronarias, cáncer de mamas, presentando similitud en los resultados de las 5 dimensiones de nuestro

instrumento a diferencia de las familias con alumnos preescolares, esto quiere decir que los resultados van a variar de acuerdo con la población de estudio.

CAPÍTULO V:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Teniendo los resultados de nuestra investigación podemos concluir lo siguiente:

- En cuanto al Riesgo Familiar total según Tipo de Familia de personas afectadas con tuberculosis sensible de la Microred de Salud Los Olivos, predomino las familias amenazadas de tipo 1.
- En cuanto al Riesgo Familiar total de personas afectadas con tuberculosis sensible de la Microred de Salud Los Olivos, predomino las familias amenazadas.
- En cuanto al Tipo de Familia de personas afectadas con tuberculosis sensible de la Microred de Salud Los Olivos, predomino la de tipo I que son las nucleares y de pareja.
- En cuanto al Riesgo Familiar total en su dimensión condiciones psicoafectivas de la Microred de Salud Los Olivos, predomino las familias amenazadas.
- En cuanto al Riesgo Familiar total en su dimensión de servicios y prácticas de salud de la Microred de Salud Los Olivos, predomino las familias amenazadas.
- En cuanto al Riesgo Familiar total en su dimensión de vivienda y vecindario de la Microred de Salud Los Olivos, predomino las familias amenazadas.
- En cuanto al Riesgo Familiar total según Tipo de Familia en su dimensión condición socioeconómica de la Microred de Salud Los Olivos, predomino las familias amenazadas.

- En cuanto al Riesgo Familiar total según Tipo de Familia en su dimensión manejo de menores de la Microred de Salud Los Olivos, predominó las familias amenazadas.

5.2 Recomendaciones

- En cuanto al Riesgo Familiar total según Tipo de Familia de personas afectadas con tuberculosis sensible de la Microred de Salud Los Olivos, donde predominó las familias amenazadas de tipo 1, se recomienda socializar los resultados con los establecimientos de salud de la Microred de Los Olivos, para trabajar con la familia se debe tener en cuenta al paciente que se encuentra en tratamiento, teniendo en cuenta el liderazgo de enfermería para cumplir las estrategias.
- En cuanto al Riesgo Familiar total de personas afectadas con tuberculosis sensible de la Microred de Los Olivos, donde predominó las familias amenazadas, se recomienda seguir con la prevención y promoción de la salud aquellas familias que están expuestas a las deficiencias de su entorno.
- En cuanto al Tipo de Familia de personas afectadas con tuberculosis sensible de la Microred Salud de Los Olivos, donde predominó las familias tipo 1 que constituyen en las familias nucleares y de pareja, se recomienda realizar mayor seguimiento a las familias nucleares, ya que ellos presentaron amenaza en su entorno familiar, claro sin dejar de lado a las familias de tipo 2.
- En cuanto al Riesgo Familiar total en su dimensión condiciones psicoafectivas de personas afectadas con tuberculosis sensible de la Microred de Salud de Los Olivos, donde predominó las familias amenazadas, se recomienda socializar sobre los resultados al equipo multidisciplinario, ya que la salud mental de la familia y del paciente con

tuberculosis es fundamental, además ayudaría a seguir con el tratamiento del paciente.

- En cuanto al Riesgo Familiar total en su dimensión de servicios y prácticas de salud de personas afectadas con tuberculosis sensible de la Microred de Salud Los Olivos, donde predominó las familias amenazadas, se recomienda socializar estos resultados con los establecimientos de salud de la Microred para seguir brindando una buena atención al paciente y a cada integrante de la familia.

- En cuanto al Riesgo Familiar total según en su dimensión condición socioeconómica de personas afectadas con tuberculosis sensible de la Microred de Salud Los Olivos, donde predominó las familias amenazadas, se recomienda socializar los resultados con las autoridades correspondientes y realicen seguimiento sobre los problemas económicos que afectan a la familia con un paciente que tiene tuberculosis sensible.

- En cuanto al Riesgo Familiar total en su dimensión de vivienda y vecindario de la Microred de Salud Los Olivos, donde predominó las familias amenazadas, se recomienda socializar los resultados con el equipo multidisciplinario y las autoridades correspondientes, ya que el ambiente donde se encuentra el paciente con tuberculosis tiene que estar en óptimas condiciones para su recuperación y evitar el hacinamiento de las familias.

- En cuanto al Riesgo Familiar total en su dimensión de manejo de menores de la Microred de Salud Los Olivos, donde predominó las familias amenazadas, se recomienda socializar la información con las autoridades correspondientes para llevar mayor seguimiento a este resultado.

- En el futuro realizar estudios donde relacionen el riesgo familiar con otras variables y escoger otro tipo de pacientes como XDR, MDR, con comorbilidad VIH o diabetes.

- Se sugiere que en futuros estudios involucren más variables que permitan relacionarlas y comprender el problema tratado en una mayor dimensión.
- Se sugiere que en futuros estudios se aborde este problema con enfoques cualitativos y mixtos, esto para poder profundizar la comprensión de este problema.

Referencias Bibliográficas

1. Lucas-Thompson R, Goldberg W. Family Relationships and children's stress responses. *Advances in Child Development and Behavior* [revista en Internet] 2011 [acceso 10 de febrero de 2017]; 40: 243-299. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21887964>
2. Martínón J, Fariña F, Corras T, Seijo D, Souto A, Novo M. Impacto de la ruptura de los progenitores en el estado de salud física de los hijos. *European Journal of Education and Psychology* [revista en Internet] 2017 [acceso 10 de febrero de 2017]; 10(1): 9-14. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1888899216300204>
3. Pannebakker N, Kocken P, Theunissen M, van K, Crone M, Numans M, et al. Services use by children and parents in multiproblem families. *Children and Youth Services Review* [revista en Internet] 2018 [acceso 10 de febrero de 2017]; 84: 222-228. Elsevier. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740917306278?via%3Dihub>
4. Dinisman T, Andresen S, Montserrat C, Strózik D, Strózik T. Family structure and family relationship from the child well-being perspective: Findings from comparative analysis. *Children and Youth Services Review* [revista en Internet] 2017 [acceso 20 de mayo de 2018]; 30(4): 105-115. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.06.064>
5. Kui L. Redefining Capitalism in Global Economic Development [artículo en internet]Canada [diciembre 2017]87-117. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/317508733_The_Top_10_World_Economies
6. World Bank Group. *Global Economic Prospects U.S.A*: Bill Pragluski ed ; 2017 P 1-241 [Internet]. Disponible en: <http://www.worldbank.org/en/publication/global-economic-prospects>
7. Amado M. Wall-Up: Method for the regeneration of settlements and housing in the Developing World. *Sustainable Cities and Society* [revista en Internet] 2018 [acceso 20 de junio de 2018]; 41: 22-34. Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.scs.2018.05.024>

8. Hui E, Zhong J, Yu K. Land use, housing preferences and income poverty: In the context of a fast rising market. *Land Use Policy journal* [revista en Internet] 2016 [acceso 20 de abril de 2018]; 58: 289-301. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.landusepol.2016.07.034>
9. Delgado A, Suárez L, Estévez R, Pascual D. Activos del Barrio y Ajuste Adolescente Neighborhood. *Psychosocial Intervention* [revista en Internet] 2012 [acceso 20 de enero de 2018]; 21(1): 17-27. Disponible en: <https://doi.org/10.5093/in2012v21n1a1>
10. Sierra I, Cabezas C, Brugulat P, Mompert A. Estrategia «salud en los barrios»: actuaciones focalizadas en territorios de especial necesidad social y de salud. *Med Clin* [revista en Internet] 2008 [acceso 10 de mayo de 2018]; 131(supl 4): 60-64. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(08\)76477-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(08)76477-7)
11. Olivet M, Aloy J, Prat E, Pons X. Oferta de servicios de salud y accesibilidad geográfica. *Medicina Clinica* [revista en Internet] 2008 [acceso 20 de mayo de 2018]; 131(supl 4): 16-22. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(08\)76470-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(08)76470-4)
12. Frigola D, Llla C, Elorza J. Utilización de servicios de salud y flujos asistenciales David. *Medicina Clinica* [revista en Internet] 2008 [acceso 20 de mayo de 2018]; 131(supl 4): 23-30. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(08\)76471-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(08)76471-6)
13. Grupo Global de TB. The global cost of Tuberculosis [Sede Web]U.S.A [acceso 24 de Noviembre de 2017] [Internet]. *The Lancet Respiratory Medicine*. Disponible en: https://docs.wixstatic.com/ugd/309c93_2709b6ff47c946fe97b94a72fd94e3.pdf?index=true
14. Kirwan D, Gilman R. A false economy: we cannot afford to be complacent when it comes to tuberculosis control. [Internet]. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30019-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30019-7)
15. Floyd K, Glaziou P, Zumla A, Raviglione M. The global tuberculosis

- epidemic and progress in care, prevention, and research: an overview in year 3 of the End TB era. *Lancet Respir Med* [revista en Internet] 2018 [acceso 3 de mayo de 2018]; 6(4): 299-314. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(18\)30057-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(18)30057-2)
16. Sànchez-Montalvà A, Salvador F, Molina Morant D, Molina I. Tuberculosis e inmigración. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [revista en Internet] 2017 [acceso 10 de mayo de 2018]; 30(2): 1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2017.10.006> www.elsevier.es/eimc
 17. Balcàzar-Rincon L, Ramìrez-Alcàntara Y, Rodriguez M. Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* [revista en Internet] 2015 [acceso 4 de mayo de 2018]; 20(2): 135-143. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47345917003>
 18. Organizacion Mundial de la Salud. Global Tuberculosis report 2015 [Sede Web]. Suiza 2015 [acceso 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/191102/9789241565059_eng.pdf;jsessionid=B66473017E8C13622B26BBAEB1B8B9B9?sequence=1
 19. Ministerio de Salud. Modelo de atención integral de salud basado en la familia y comunidad [Internet]. Lima, Perú: Minsa; 2011. Disponible en: <http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>
 20. Ministerio de Salud. Análisis de la Situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú [Internet]. Lima, Perú: Minsa; 2015. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/tbc/asistbc.pdf>
 21. Morillo V. Los Olivos, un sueño hecho realidad. Lima, Perú: Victor Manuel Morillo Aranedá; 2005.
 22. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Día Mundial de la Población [Internet]. Perú; 2015. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media>
 23. Perez R, Matta H, Fuentes W. La mujer como jefe de hogar en familias de condiciones emergentes se asocia con mayor satisfacción y comunicación familiar. Universidad de Ciencias y Humanidades Dirección de

- Investigación [Revista en Internet] 2016 [acceso febrero 2016]. Disponible en: <http://repositorio.uch.edu.pe/handle/uch/62>
24. Cerquin I, Flores J, Guerrero J. Riesgo Familiar Total en Familias de Personas Afectadas con Tuberculosis de tres Establecimientos de Salud de la Micro Red de Salud de Los Olivos [tesis Licenciatura]. Lima-Perù: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2015. [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.uch.edu.pe/handle/uch/137>
 25. Soto A, Velásquez V. Riesgo Familiar Total De Familias Desplazadas Residentes En el Municipio De Bugalagrande (Valle Del Cauca, Colombia) [Revista Internet] 2015 [acceso 15 de mayo de 2018]; 20(1): 126-139. Disponible en : <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v20n1/v20n1a09.pdf>
 26. Vargas R, Mendez M, Aceros M. Riesgo familiar total en salud y grado de salud familiar en las familias de los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo. Revista Ciencia y Cuidado [revista en Internet] 2012 [acceso 10 de enero de 2012]; 9(2): 52-56. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4114584.pdf>
 27. Charrys N. Riesgo familiar total en familias con mujeres diagnosticadas con neoplasia de mama. Revista Ciencia y Cuidado [revista en Internet] 2017 [acceso 16 de mayo de 2017]; 14(2): 8-21. Disponible en: <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciay>.
 28. Becerra W; Diaz J; Rocha J. Riesgo Familiar Total en Familias del Sector 1 del asentamiento humano Juan Pablo II Los Olivos [tesis licenciatura]. Perú: Universidad Ciencias y Humanidades; 2013. [Internet]. Disponible en : <http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/44/becerra-cubas-wister-riesgo-familiar-total-en-familias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 29. Cabello E, Francisco J, Mayta S. Riesgo Familiar Total De Las Familias Con Niños Preescolares De La Institucion Educativa Inicial Semillitas De Amor I Puente Piedra - 2015 [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Ciencias y Humanidades; 2017 [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.uch.edu.pe/handle/uch/114?show=full>
 30. Millan M, Sangay E . Riesgo Familiar Total y Tipo de Familia en el

- Asentamiento Humano Santa Rosa Alta Sector VII Del Distrito Del Rimac, Lima 2017 [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Privada Norbert Wiener ; 2018 [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1474>
31. Mercado L, Rengifo M. Correlacion De La Conducta Agresiva y Tipo de Familia en los Niños de tres Años de la Institucion Educativa Rafael Narvaez Cadenillas De La Ciudad De Trujillo [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Nacional De Trujillo; 2016. [Internet]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/5181>
 32. Ascurra A, Calua C. Las Familias Ensambladas y el Reconocimiento de sus Derechos Sucesorios en elCodigo Civil Peruano. [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Señor de Sipan; 2016 [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/4178>.
 33. De La Cruz J, Lima E. Funcionalidad Familiar y Riesgo de Transtornos Alimentarios en adolescentes de la Institucion Educativa Micaela Bastidas Puyucahua-Huancavelica, 2017 [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad nacional de huancavelica; 2017. [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1105>
 34. Gonzalez R, Cardentey J. Funcionamiento familiar en pacientes con hábito tabáquico. Rev. Arch Med Camagüey [revista en Internet] 2015 [acceso 12 de junio de 2018]; 19(6): 599-607. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000600006
 35. Higueta L, Cardona J. Percepción de funcionalidad familiar en adolescentes escolarizados en instituciones educativas públicas de Medellín Colombia, 2014. Revista CES Psicología [revista en Internet] 2016 [acceso 19 de Julio 2016]; 9(2):167-178. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3600>
 36. Pilaca M, Vallejos H. Funcionamiento familiar y actitudes frente a los hábitos de riesgo de cáncer cérvico - uterino en estudiantes del 4to y 5to grado del nivel secundario de la Institución Educativa Edelmira del Pando, Ate-

- Vitarte, 2016 [tesis licenciatur [Internet]. Disponible en: http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/389/Monica_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
37. Amaya P. Instrumento de Riesgo Familiar Total Manual RFT: 5-33 1a ed. Colombia 2004. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
 38. Navarrete C. La representacion de la familia nuclear y la Familia Extensa en seis historias de vida de habitantes de la calle en Bogota. Bogota, D.C 2010 p.26. 2010. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/5884/tesis582.pdf?sequence=1>
 39. Kattia Z, Walters P, Franchesca N, Cintron B, Irma S. Familia Reconstituida El Significado de la «Familia» en la Familia Reconstituida.psicologia Iberoamericana (Mexico)2006;16-27. Psicol Iberoam [Internet]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133920321003.pdf>
 40. Blando A, Lopez L.Comprensiones sobre pareja en la actualidad: Jóvenes en busca de estabilidad.Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud(Colombia).2016;505-517. Disponible en: http://revistalatinamericanaumanizales.cinde.org.co/wp-content/uploads/2016/03/Vol14n1_a34.pdf
 41. Úbeda, I.Educación sanitaria Atención a la familia ¿Utopía o realidad?Educacion sanitaria (Barcelona)1995. 203-204. Disponible en : <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/68911/1/131725.pdf>
 42. Chávez M. Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016. [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. [Internet]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4696>
 43. Hidalgo v, Menendez S.La familia ante la llegada de los hijos.Universidad Pontificia de Salamanca[internet]2001 [acceso 2001]23-42. Disponible en: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/12900/La_familia_ante_llegada_hijos.pdf?sequence=2

44. Céspedes J. Satisfacción con la Vida en los Internos Varones Sentenciados y Procesados por el Delito de Robo Agravado del Establecimiento Penal- Tumbes [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Católica Los Angeles Chimbote; 2017 [Internet]. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3705/Satisfaccion_con_la_vida_adulter_Cespedes_Calderon_Juliana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
45. Urviola R. Adolescencia Como Factor de Riesgo en Complicaciones Maternas y Perinatales [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2018 [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5990/MDMurlare.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
46. Cuevas J, Moreno N. Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. Enfermería Universitaria [revista en Internet] 2017 [acceso 8 de julio de 2017]; 14(3): 207-218. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1665706317300453>
47. Culebro R, Contreras N, Montiel A, Barragan R, Lopez G, et al. Satisfacción de los usuarios sobre las fuentes de información electrónica en un hospital de tercer nivel de atención médica. Educación Médica [revista en Internet] 2017 [acceso 18 de mayo de 2018]; 18(3): 188-194. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.06.017>
48. Soares G, Cunha I, Gomes K, Cavalcante A. Desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação [revista en Internet] 2017 [acceso 20 de enero de 2018]; 30(3): 1-7. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017005022117&script=sci_abstract&tlng=pt
49. Hirmas M, Poffald L, Jasmen A, Aguilera X, et al. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de la salud: una revisión sistemática cualitativa. Revista Panamericana de Salud Pública [revista en Internet] 2013 [acceso 20 de mayo de 2018]; 33(3): 223-229. Disponible en:

<http://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/49>

50. Ballester F, Llop S, Querol X, Espluges A. Evolución de los riesgos ambientales en el contexto de la crisis económica. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit [revista en Internet] 2014 [acceso 20 de mayo de 2018]; 28(S1): 51-57. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.004>
51. Novoa A, Bosch J, Díaz F, Malmusi D, Darnell M, Trilla C. El impacto de la crisis en la relación entre vivienda y salud. Políticas de buenas prácticas para reducir las desigualdades en salud asociadas con las condiciones de vivienda. Gac Sanit [revista en Internet] 2014 [acceso 20 de mayo de 2017]; 28(S1): 44-50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.018>
52. Balabarca Y. Contexto y propuesta del radio de acción de la familia. Apuntes Universitarios [revista en Internet] 2018 [acceso 1 de enero de 2018]; 8(2): 2225-7136. Disponible en: http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/ra_universitarios/article
53. Pérez A. ¿Por qué falla la economía? Revista UNAM [Revista en Internet] 2015 [acceso agosto 2015];82-98. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0185084915000298>
54. Wiering de Barros A, Ferreira S, Bastos O. A violência familiar e a criança e o adolescente com deficiências. Revista Cadernos de Saúde Pública [revista en Internet] 2016 [acceso Junio de 2017]; 32(6): 1-7. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/csp/2016.v32n6/e0>
55. Bossio J, Moral M, Arias S, Barrera L, Imaz S. Enfermedades Infecciosas, Tuberculosis. Guía para el Equipo de Salud [libro en internet] 2009 [acceso mayo 2009] 1-51. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/equiposcomunitarios/images/stories/Equipos/problemas-priorizados-salud/guia_tuberculosis.pdf
56. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis. 2 Edición: Ecuador; 2018. [Internet]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP_Tuberculosis-1.pdf

57. Gutierrez J, Torres C, Latorre P, Verano R. Tuberculosis Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia [Sede Web]Colombia: Asociacion Colombiana De Facultades de Medicina;2005 [acceso 2005] . [Internet]. Disponible en: <https://docplayer.es/88325668-Proyecto-iss-ascofame-enfermedad-guias-de-practica-clinica-basadas-en-la-evidencia-obstructiva-cronica.html>

58. Gonzáles L, Gonzáles P. Tuberculosis. 1 Edición. Canada: Editorial booksmedicos.org; 2013. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/contenido/5221.pdf>

59. Ministerio de Salud .Norma Técnica de Salud para La Atención Integral de Personas Afectadas por Tuberculosis [acceso 8 de noviembre del 2013].P1-128. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM715_2013_MINSA.pdf

60. Castañeda A, Sánchez D, Manchego M, Musayón Y. Efectividad de la consejería en enfermería en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con tuberculosis de la microred de salud Jaime Zubieta Calderón en San Juan de Lurigancho, Lima, Perú. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2857/2723>

61. Sampieri H. Metodología de la investigación. Mexico :Interamericana Editores ;2014.P 4-736 [Internet]. Metodologia de la investigacion. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

62. Jimenez R. Metodología de la investigación. Elementos básicos para la Investigación Clínica. Cuba: Editorial Ciencias Médicas;1998. P. 1- 95. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bioestadistica/metodologia_de_la_investigacion_1998.pdf

63. Carmin M. Técnicas de Entrevista y registro 1a ed, Huancayo: Soluciones Graficas, 2013. P. 1689-1699. Disponible en:

<http://www.academia.edu/29104881/>.-Tecnicas_de_Entrevista
y_Registro_upav_mexico

64. Corral Y. Validez y Confiabilidad de los Instrumentos de Investigacion para la Recoleccion de Datos[Revista en Internet]2009[acceso 9 de Febrero del 2009];19(33). Disponible en: servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n33/art12.pdf
65. Gomez P. Principios básicos de bioética.Rev Per Ginecol Obstet [revista en Internet] 2009 [acceso 20 de mayo de 2018]; 55: 230-233. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/a03v55n4.pdf
66. Escobar J, Aristizabal C. Los principios en la bioética: fuentes, propuestas y prácticas múltiples. Revista Colombiana de Bioética [revista en Internet] 2011 [acceso 20 de junio de 2018]; 6:76-109 [Internet]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189222553006>
67. Quevedo L., Sánchez R., Villalba F., Velasquez D. Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud .Relationship of family and social support in implementing the treatment of patients with pulmonary tuberculosis in health. Rev Hered. 2015;8(1):11-6. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1095>
68. Balcázar L, Ramírez Y, Rodríguez M. Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. Rev Esp Méd Quir [revista en Internet] 2015 [acceso 20 de mayo de 2018]; 20: 135-143. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq152c.pdf>
69. Velasquez V. Riesgo Familiar Total de Familias de Preescolares con enfermedades Prevalentes de la Infancia. Centro de Salud Villasantaana. Investigaciones Andina [revista en Internet] 2012 [acceso 20 de mayo de 2018]; 14(25): 530-545. Disponible en: <https://www.mendeley.com/research/disponible-en-httpwwwredalycorgarticulooaid239024339004/>

70. Profamilia, Ministerio de la protección social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, USAID. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS 2010.[Internet] 2011. p1-794. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr246/fr246.pdf>
71. Betancurth D. Riesgo Familiar Total y Salud Familiar: Familias con mujeres en Lactancia Materna, Villamaria [tesis maestria]. Caldas-Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2011. [Internet]. Disponible en: www.bdigital.unal.edu.co/5418/1/dianapaolabetancurthloaiza.2011.pdf
72. Instituto nacional de estadistica e informatica (INEI). Estado de la Población Peruana 2014. Revista informativa [Internet]. 2014;48. Disponible en: https://www.mendeley.com/research/estado-la-población-peruana-2014/?utm_source=desktop&utm_medium=1.15.3&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B7214d91e-6cc0-4acf-b1ce-b4ad2202b09d%7D
73. Asociacion Peruana de Empresas de Investigacion de Mercados. Niveles Socioeconómicos [Internet]. Perú; 2016. Disponible en: <http://www.apeim.com.pe/wp-content/themes/apeim/docs/nse/APEIM-NSE-2016.pdf>
74. Ceamse, Incociv. Condiciones de Salud y de Calidad de Vida de la Poblacion Ligada a los RSU. [Internet]. Uruguay; 2014. Disponible en: <https://www.entrerios.gov.ar/ambiente/userfiles/files/archivos/Plan Girsu/A - Area de Estudio/6 - Condiciones de salud/Salud.pdf>
75. Rodriguez U. Nivel Socioeconomico y Mortalidad. Revista Hospital Jua Mex [revista en Internet] 2015 [acceso 2015]; 82(2): 122-125. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2015/ju152i.pdf>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
TÍTULO: RIESGO FAMILIAR TOTAL SEGÚN TIPOS DE FAMILIA DE PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS SENSIBLE DE LA MICRORED DE SALUD LOS OLIVOS, 2016								
VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ÍTE MS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Riesgo Familiar Total	Tipo de variable según su naturaleza:	El riesgo familiar total es la probabilidad de sufrir consecuencias adversas individuales y familiares debido a la presencia de características detectadas en el momento de la entrevista dada a cada familia.	El riesgo familiar total es la suma global de las probabilidades de consecuencias adversas o hechos individuales o familiares debido a la presencia de características psicoafectivas, servicios y prácticas de salud, vivienda y vecindario, situación económica, y manejo de menores detectadas en familias de Personas afectadas con Tuberculosis sensible de la Microred de los Olivos, el cual será medido con el cuestionario RFT 5:33 al desarrollar la entrevista de las mismas.	Condiciones psicoafectivas	Desarmonía o riñas de parejas, privación afectiva y dificultades relacionadas como ansiedad, uso de psicoactivos y roles no gratificantes.	10	Familias Amenazadas	Puntaje para familia amenazada: Puntajes brutos ubicados entre los percentiles 1 79, o por debajo de una PE de 69 (por debajo de 1 desviación estándar sobre la media). Puntaje para familia con riesgo alto: Puntajes brutos ubicados entre los percentiles 80 y 99, o superiores a un PE de 70 (superiores a 1 desviación estándar sobre la media).
	Cuantitativa			Servicios y prácticas de salud	Disponibilidad, accesibilidad y uso de servicios de salud. Prácticas de cuidados de la salud y manejo de problemas prevalentes.	6		
	Escala de medición: Ordinal			Condiciones de vivienda y vecindario	Características ambientales de la vivienda y vecindario en cuanto organización, seguridad, distribución de espacios e higiene y salud ambiental.	5	Familias con riesgo alto	
				Situación socioeconómica	Ingresos familiares en relación con las necesidades básicas, las necesidades de salud, educación y recreación.	6		
				Manejo de menores	Presencia de niños menores de 12 años y manejos de riesgos biológicos y psicosociales individuales de los mismos.	6		

Anexo B. Instrumento de Riesgo Familiar RFT 5:33

CÓDIGO:

--	--	--	--

I. Identificación de la familia

- 1 Departamento:** LIMA
- 2 Provincia:** LIMA
- 3 Distrito:** LOS OLIVOS
- 4 Centro poblado (AAHH, Urbanización):**
- 5 Dirección (Av. Jr. Pje. Lot. etc.):**

- Referencia:

- 6 Permanencia en Años:**
- 7 Teléfono familiar:**

II. Servicios Básicos de la Familia

8. Posee:

- (A) Electricidad
- (B) Televisión por cable
- (C) Refrigerador.
- (D) Internet
- (E) Cocina eléctrica
- (F) PlayStation
- (G) Motocicletas
- (H) Automóvil
- (I) Cocina a gas
- (J) Desagüe

9. fuentes de agua para beber:

- (A) Red pública dentro de la casa
- (B) Red pública fuera de casa
- (C) Agua de pozo sin tratar.
- (D) Cisternas
- (E) Embotellamiento
- (F) Otros:

10. Combustible usual para cocinar

- (A) leña, carbón.
- (B) Bosta
- (C) Kerosene
- (D) Gas
- (E) Electricidad

11. Disposición de la basura:

- (A) A campo abierto
- (B) Al río

- (C) En un pozo
- (D) Se entierra, quema
- (E) Carro recolector

12. Tendencia de la vivienda:

- (A) Propia
- (B) Alquiler
- (C) Cuidador/alojado
- (D) Plan social
- (E) Alquiler venta

13. Piso de la vivienda

- (A) Tierra
- (B) Entablado
- (C) Loseta
- (D) Cemento
- (E) Parquet

14. Materiales del techo

- (A) Estera
- (B) Paja de hojas
- (C) Madera y barro
- (D) Calamina
- (E) Noble (ladrillo y cemento)

16. Total de habitaciones:

(Sin contar baño o cocina)

17. Mascotas/ vacunas

	si	no
(A) Perro		
(B) Gato		
(C) Loros, pericos, aves		
(D) Exóticos, específicamente mono, etc.)		
(E) Otros		

18. Tipos de familia

Tipo 1	Tipo 2
() Nuclear	() Extensa
() Nuclear modificada	() Extensa modificada
() Nuclear reconstituida	() Atípica
() Pareja	

19. Total de miembros:

20. Parentesco con el jefe de hogar:

21. Resultado de la visita:

- (A) Efectiva
- (B) Hogar ausente
- (C) Aplazada
- (D) Rechazada
- (E) Vivienda desocupada
- (F) Vivienda destruida
- (G) Hogar presente pero entrevistado no competente.

Nombre del entrevistador:

Fecha de aplicación:

22. Establecimiento de Salud:

23. Nombre del Entrevistado:

II. COMPOSICION FAMILIAR Y RIESGO FAMILIAR

N°	Nombre y apellido	EDAD Y SEXO		DNI	(a)				Ocupación	(e) Condición de la Ocupación	SEGURO DE SALUD				CONTROL ODONTOLÓGICO (ULTIMO AÑO)		PROBLEMAS VISUALES		VACUNAS COMPLETAS		ENFERMEDAD (ULTIMOS 3 MESES)		ACUDIO AL SERVICIO DE SALUD		GESTANTE		
		M	F		VIVE	(b) PARENTESCO	(c) ESTADO CIVIL	(d) GRADO DE INSTRUCCIÓN			SIS	ESSALUD/FFA/PNP	PRIVADO	SIN SEGURO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											

(a) ROL/PARENTESCO: Jefe de familia (JF), Esposo o Esposa (E), Pareja (P), Padrastro (PA), Madrastra (MA), Hija/o (H), Hija/o Adoptiva/o (HA), Abuela/o (A), Tía/o (T), Nieta/o (N), Sobrina/o (S), Prima/o (PR), Bis-abuela/o (BA), Hermana/o (HM), Yerno (Y), Nuera (N), Sin Parentesco (SP). **(b) ESTADO CIVIL:** Soltera/o (S), Conviviente (CO), Casada/o (C), Separada/o (SP), Divorciada/o (D), Viuda/o (V). **(c) GRADO DE INSTRUCCIÓN:** Sin Instrucción (SI), Inicial (I), Primaria Completa (PC), Primaria Incompleta (PI), Secundaria Completa (SC), Secundaria Incompleta (SI) y Superior Completo (SUC), Superior Incompleto (SUI). **(d) CONDICION DE LA OCUPACION:** Trabajador/a Estable (S), Eventual (V), Sin ocupación laboral (SO) Jubilada/o (J), Estudiante (E), Ama de casa (AC), Independiente (I).

III. Antecedentes de carácter familiar

	si	no
1. Alcoholismo		
2. Anemia		
3. VIH		
4. Asma		
5. Cáncer		
6. Enfermedad Renal		
7. Diabetes		
8. Tuberculosis		
9. Enfermedad mental		
10. Neumonía		
11. Epilepsia		
12. Hipertensión arterial		
13. Infarto agudo al miocardio		
14. Retardo Mental		
15. Hemofilia		
16. Síndrome de Down		
17. Desnutrición		
18. Hepatitis B		
19. IRC		
20. EPOC		
21. Otros:		

IV. RFT: 5:33 Dimensiones

A. Condiciones Psicoafectivas

	si	no
3.1. desarmonía conyugal (infidelidad o riñas permanentes de pareja)		
3.2. desarmonía entre padres e hijos o entre hijos.		
33. violencia, abuso familiar, maltrato (físico, psicológico, social)		
34. la familia o algún integrante tiene ansiedad permanente por problemas familiares		
35. privación afectiva(falta afecto), desprotección		
36. roles no gratificantes o roles sustitutos de padres, hijos o ancianos.		
37. divorcio o separación conyugal		

38. fuga de menores o abandono de hogar(padre o madre)		
39. enfermedad mental (intento de suicidio, depresión, etc)		
40. ingesta de alcohol o psicoactivos(taba co, drogas, otros)		

B. Prácticas o servicios de salud

	si	no
41. Subutilización de servicios disponible (frente a un problema no acude, prefiere acudir a la abuela, alguna familiar o recomendaciones de la farmacia)		
42. Ausencia de información sobre servicios de salud		
43. Manejo inapropiado de control médico general/nutricional		
44. Manejo inapropiado de cuidado perinatal y salud de la mujer		

45. No detección de riesgo familiar (la familia no percibe los riesgos)		
46. manejo inapropiado de salud dental		

C. Vivienda y vecindario

	si	no
47. Falta de uso de saneamiento ambiental (No utiliza medios de saneamiento ambiental pese a que pasa el recolector de basura no lo bota)		
48. Condiciones insalubres del vecindario		
49. Higiene y organización deficientes del hogar		
50. Ausencia de servicio públicos (agua, recojo de basura, electricidad, desagüé, inadecuada iluminación)		
51. Problemas de ventilación iluminación o almacenamiento de alimentos (inadecuada ventilación natural e iluminación)		

D. Condición socioeconómica

	si	No
52. Ingreso escaso para cubrir necesidades de salud		
53. Ingreso menor de las necesidades básicas satisfechas		
54. Falta de recreación de familia		
55. Vagancia o sobrecarga de trabajo de algún miembro de la familia		
56. Problemas de salud no resueltos ni controlados		
57. Inaccesibilidad a servicios de salud		

E. Manejo de menores

	si	no
58. Tiene más de cuatro hijo menores de 12 años		
59. No escolaridad de menores de 12 años		
60. Manejo inapropiado de EDA IRA		
61. Falta de seguridad en actividad de menores		
62. Presencia de riesgo en niños de 1 a 11 años		

(problemas de conducta y adicción)		
63. dificultad en orientación y disciplina de escolar y adolescente		

V ENFERMEDAD ACTUAL:

1.Tuberculosis Pulmonar	
2.Tuberculosis Extrapulmonar	
3.Tuberculosis MDR	
4.Tuberculosis XDR	
5.Tuberculosis drogo resistente no MDR	
6.RAM	
7.Tuberculosis sensible	

A. Tuberculosis Pulmonar:

1.BK POSITIVO	
2.BK NEGATIVO	

B. Tuberculosis Extrapulmonar:

1.Osteoarticular	
2.Mamas	
3.Ganglionar	
4.SNC	
5.Pleural	
6.Genitourinario	
Otros:	

C. Tiempo que dura su tratamiento:

A.6 Meses	
B.9 Meses	
C.12Meses	

D. 18 Meses	
E. 24 Meses	

1. Fecha de inicio de tratamiento:

2. Condición de ingreso:

1. Nuevo	
2. Abandono recuperado	
3. Recaída o antes tratado	

3. Comorbilidad:

1. Ninguna	
2. Diabetes	
3. VIH	
4. Alcoholismo o drogadicción	
5. Asma	
6. Problemas hepáticos	
7. Otros:	

4. Toma de tratamiento:

1. Diario	
2. Tres veces por semana	

5. Inasistencia:

1. Ninguna	
2. De 1 a 3 veces durante el tratamiento	
3. De 4 a 6 veces durante el tratamiento	
4. De 7 a 10 veces durante el tratamiento	
5. Más de 10 veces durante el tratamiento	

6. Más de 6 veces	
-------------------	--

Motivo de las inasistencias:

.....

6. Relación con miembros de la familia:

	Pareja	Papá	Mamá	Hermanos	Hijos
1. Muy estrecha					
2. Estrecha					
3. Quiebre					
4. Distante					
5. Conflictiva					
6. Estrecha y conflictiva					

7. Relación con el equipo de la estrategia de TBC:

	Médico	Enfermera	Técnico
1. Muy estrecha			
2. Estrecha			
3. Quiebre			
4. Distante			

5. Conflictiva			
6. Estrecha y conflictiva			
7. Ninguna			

Anexo C. Carta de aceptación de la Red San Martín de Porres – Los Olivos

*Decreto de las Personas con Discapacidad en el Perú
"Año de la consolidación del Mar de Grau"

CIRCULAR Nº 009 -2017-MRLO-RED-SA-R-SMP-LO

A : Médicos Jefes de los EESS jurisdicción MRLO

ASUNTO : Facilidades para recolección de información para trabajo de investigación

REFERENCIA : CARTA Nº 035-2016-FCS - UCH

FECHA : Los Olivos, 12 de Enero del 2017.

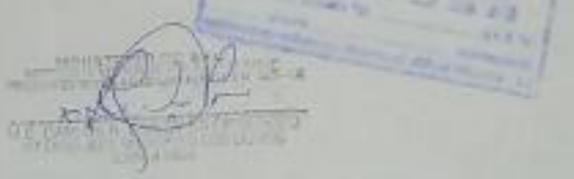
Es grato dirigirme a ustedes para saludarlos cordialmente, y agradecer la presentación y autorización de las siguientes estudiantes de la Universidad de Ciencias y Humanidades:

CAÑARI VASQUEZ CLAUDIA AQUILINA	Código Nº 12220056
COLQUEHUANCA HUAMANI LUMY DENISSE	Código Nº 12220015
VALLE CENTENO MARIA ISABEL	Código Nº 12220051

Que se encuentran desarrollando la tesis que lleva por título **RIESGO FAMILIAR TOTAL SEGUN TIPOS DE FAMILIA DE PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS SENSIBLE DE LA MICRORED DE SALUD LOS OLIVOS, 2016** para obtener el título de licenciado en enfermería por lo que solicitamos a ustedes tengan a bien brindarles las facilidades correspondientes para recolectar la información necesaria para el desarrollo de la tesis, comprometiéndose a hacerles llegar el informe final de dicho levantamiento de información.

Se otro en particular hago propia la ocasión para manifestarle mi estima personal,

Atentamente,



Colquehuanca Huamani Lumy
2:20 PM - 12/01/17

Órgano
Óficio

www.reddeestadimtac.gob.pe micronecolivos@yahoo.es Av. Las Palmeras Cora. 45 s/n
Telf. 523-9304

13 ENE 2017
RECIBIDO
11:02

Ministerio de Salud
Red de Salud Pinar - RSP
CENTRO DE SALUD "LOS OLIVOS DE PINAR"

18/1/17

RECIBIDO
13/1/17
11:00

RECIBIDO
13/1/17
11:00

~~RECIBIDO~~
CARRERA CUBANA FARMACÉUTICA
18/1/17

~~RECIBIDO~~
18/1/17

MINISTERIO DE SALUD
RED DE SALUD R-SMP-LO
C.S. "LOS OLIVOS"
17 ENE 2017
RECIBIDO
Nº Expediente: _____ Hora: _____
Firma: _____
La recepción de este documento implica conformidad

Anexo D. Consentimiento Informado

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Responsables del estudio de investigación: Cañari vasquez Claudia Aquilina Colquehuanca huamani Lumy Denisse Valle centeno Maria Isabel

Somos estudiantes de la escuela académico profesional de enfermería de la universidad ciencias y humanidades y estamos desarrollando nuestro trabajo de investigación titulado:

“Riesgo Familiar Total según tipo de familia de personas afectadas con tuberculosis de la Microred de salud Los Olivos 2016”

Justificación de la investigación:

Debido que en el Perú es el segundo país de Latinoamérica donde existe mayor incidencia sobre el contagio de la tuberculosis y sigue siendo una de las causas de muerte en nuestro país, nos hemos enfocado en las familias de las personas afectadas con tuberculosis ya que también se ve relacionado la salud psicológica, ambiental y el cuidado de los menores en nuestra familia, el involucramiento por parte de la familia para poder sobrellevar con la recuperación de la persona afectada. A pesar que nuestro país cuenta con estrategia sanitaria para el control de la tuberculosis donde se trata de erradicar la enfermedad, vemos que no se están cumpliendo las metas para el control de esta enfermedad.

Como sabemos si un miembro de la familia se encuentra afectado por una enfermedad, de una u otra manera esto afecta a cada uno de los integrantes, por esto es importante identificar de manera oportuna dichos riesgos para poder intervenir a tiempo y evitar cualquier tipo de complicación en estos pacientes, además al hablar de TBC, no debemos ceñirnos solo a la parte biológica sino también en los demás aspectos.

Por esa razón nos hemos enfocado no solo en la persona como individuo para diagnosticar la enfermedad, hacer seguimiento de su tratamiento, sino

también hemos incluido a la familia; ya que, como núcleo de la sociedad, la familia está relacionada en conllevar a la recuperación del individuo.

Además, al identificar el tipo de familia de un paciente con tuberculosis, podremos comprobar si hay o no algún tipo de relación y en base a esto poder actuar con los tipos de familia con más riesgos.

El estudio sobre el riesgo familiar total según tipos de familia definidos por su composición y estructura, lo que buscamos es identificar los riesgos que puedan estar llevando cada familia en relación a como están afrontando las necesidades de sus propios familiares afectados en su salud si es que está cumpliendo el rol como familia en el afrontamiento de la salud.

Haciendo una revisión de la literatura científica, pudimos encontrar que existen pocos estudios sobre el conocimiento de los riesgos familiares de las familias de las personas afectadas con tuberculosis, la mayoría de ellos se centra en la persona afectada y más se enfatizan los aspectos patológicos y de tratamiento.

El aporte de este estudio es que aparte de la persona afectada, se analiza su familia y contexto en que esta se desenvuelve, además busca llenar el vacío de conocimiento existente para la profesión de enfermería porque enfoca el cuidado de la salud en las familias afectadas en una patología infectocontagiosa y en cuanto a no conocer los riesgos familiares y su relación con la tipología familiar.

Los resultados de este estudio, serán socializados con las autoridades sanitarias de la Micro red de salud, en base a ellas se podrán sacar conclusiones para elaborar en un futuro líneas de trabajo que involucre no solo a la persona enferma, sino también a su familia y el conocimiento de su contexto y su realidad.

Propósito: El presente estudio permitirá determinar el riesgo familiar total según la tipología de familia en familias de personas afectadas con tuberculosis en la Microred de salud de Los Olivos en el distrito de Los Olivos. De esta manera, podremos identificarlos y plantear algunos mecanismos o

estrategias al personal de salud que favorecerán y evitarán riesgos familiares que puedan presentarse en los familiares de los pacientes con tuberculosis

Si usted acepta, le pediremos hacer los siguientes procedimientos:

A) Responder un cuestionario escrito y acceso a información existente, que contiene preguntas referentes a su familia, su tratamiento, el cual será realizado mediante una visita en su casa para obtener la información necesaria.

Inconvenientes y riesgos: ninguno, solo se pedirá responder

Beneficios para los participantes: A partir de su participación buscamos conocer las causas que puedan presentarse como un riesgo familiar después de enterarse sobre el diagnóstico de tuberculosis, y como le afecta a usted en el apoyo familiar; determinar cuál o cuáles situaciones son las que se asocian en todos los pacientes (La falta de conocimiento de la enfermedad, situación económica, falta de comunicación en la familia). Basado en los resultados se podrá sugerir al personal de salud, recomendaciones que favorezcan evitar riesgos en la familia, y el apoyo de cada uno de ellos a los pacientes que empiezan su tratamiento con el Esquema respectivo y que forman parte de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Confidencialidad: Solo los investigadores tendrán acceso a la información que usted proporcione. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificada cuando los resultados sean publicados.

Consultas posteriores: Si usted, tuviese alguna pregunta adicional durante el desarrollo de este estudio, acerca de la investigación o sus derechos como participante en la investigación, puede dirigirse a las responsables del estudio

Srta. Claudia Cañari Vasquez	TF	993275932
Srta. Lumy Colquehuanca Huamani	TF	936166229
Srta. María Isabel Valle Centeno	TF	939315330

Participación voluntaria y retiro: Su participación es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

HE LEIDO Y COMPRENDIDO.YO, VOLUNTARIAMENTE FIRMO
ESTA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACEPTO
PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.

Lugar.....de.....del 201....

Nombres y apellidos del (a) participante
Firma y/o huella digital

Anexo E. Evidencias de la recolección de datos en los establecimientos de salud de la Microred de Los Olivos



Centro de Salud Sagrado Corazón de Jesús, licenciada Lourdes Atoche encargada de la estrategia de tuberculosis.



En el Centro de Salud de Villa del Norte con la licenciada Rosa Yahaira encargada de la estrategia de tuberculosis.



Realizando trabajo de investigación en el Centro de Salud de Villa del Norte firma del consentimiento informado.

Llenado del instrumento RFT 5:33 en el Centro de Salud de Villa del Norte.





Desarrollo del instrumento RFT 5:33 del Centro de Salud Sagrado Corazón de Jesús.

Tablas

Tabla 2. Caracterización del jefe de familia con Tuberculosis Sensible de la Microred de Salud de Los Olivos.

Paciente con TBC	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si tiene TBC	111	50,5	50,9	50,9
No tiene TBC	107	48,6	49,1	100,0
Total	218	99,1	100,0	100,0

Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EPE-UCH.

En la tabla 2 se muestra la caracterización de los jefes de familia que padecen Tuberculosis Sensible, donde predominan los jefes de familia con tuberculosis (50,9%).

Tabla 3. Caracterización de sexo del jefe de familia de la Microred de Salud de Los Olivos.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	157	71,4	72,0	72,0
Femenino	61	27,7	28,0	100,0
Total	218	99,1	100,0	100,0

Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EPE-UCH

En la tabla 3 se demuestra el sexo del jefe de familia, donde predomina el sexo masculino como jefe de familia (72%).

Tabla 4. Caracterización de las edades del jefe de familia de la Microred de Salud de Los Olivos.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
20 a 30 años	13	5,9	6,0	6,0
30 a 40 años	77	35,0	35,3	41,3
40 a 50 años	61	27,7	28,0	69,3
50 a 60 años	47	21,4	21,6	90,8
60 a 70 años	20	9,1	9,2	100,0
Total	218	99,1	100,0	100,0

Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EPE-UCH

En la tabla 4 se muestra la caracterización de las edades de los jefes de familia, donde predomina la edad de 30 a 40 años (35,3%), seguido de las edades 40 a 50 años (28%).

Tabla 5. Caracterización de la tendencia de la vivienda de la Microred de Salud de Los Olivos.

Tipo de Vivienda	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
propia	124	56,9	56,9	56,9
alquiler	67	30,7	30,7	87,6
cuidador/alojado	16	7,3	7,3	95,0
alquiler/venta	11	5,0	5,0	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EPE-UCH

En la tabla 5 se muestra el tipo de vivienda donde predominan las familias que viven en casas propias (56,9%), seguido sobre las familias que viven en alquiler (30,7%).