

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**INCIDENCIA, FACTORES SOCIALES, ECONÓMICOS
Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DEL PACIENTE
CON TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE
GARATEA. NUEVO CHIMBOTE, 2019**

PRESENTADO POR:

Bach. Enf. SANCHEZ YON YELLITZA MARJORIE

ASESORA:

Dra. HUAÑAP GUZMAN MARGARITA

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN ENFERMERIA**

Nuevo Chimbote – Perú

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Revisado y V° B° de:

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Margarita Huñap Guzman'.

DRA. HUAÑAP GUZMAN, MARGARITA

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Revisado y V° B° de:



Dra. MELGAREJO VALVERDE, ESPERANZA

Presidenta



Lic. ORDOÑEZ FLORES, ANITA

Secretaria



Dra. HUAÑAP GUZMAN, MARGARITA

Integrante

DEDICATORIA

Agradecer a Dios por bendecir mi vida, por guiarme a lo largo de mi existencia y cuidarme en los gratos y benevolentes momentos.

Gracias a mis padres y mis abuelos por demostrarme el sinónimo de la lucha y el esfuerzo, los consejos y los valores que siempre me han inculcado.

A mi esposo por creer y confiar en mí, su amor constante. Por sentirse orgulloso al ver mis logros y apoyarme en mis nuevos sueños y metas propuestas.

Y a mi hijo hermoso por ser el motor de mi vida, por darme fuerzas en todo momento y por ese amor infinito que me brinda.

SANCHEZ YON

AGRADECIMIENTOS

A nuestra casa de estudios, la Universidad Nacional del Santa, por formar parte de recuerdos y anécdotas estudiantiles durante estos años de formación con el único deseo de lograr nuestra formación profesional.

A nuestros queridos docentes de la Escuela Profesional de Enfermería por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, quienes nos mostraron lo grandioso que fue elegirla, orientarnos no solo en aspectos académicos sino también en valores, todo a fin de encontrar el verdadero servicio de vocación.

De manera especial a mi asesora, Dra. Margarita Huañap Guzmán, por su apoyo, paciencia, y gran aporte a nivel académico que fueron necesarios para la edificación y realización de mi investigación.

A los profesionales de Enfermería que accedieron formar parte del estudio de manera autónoma y compartieron con nosotras información valiosa.

YELLITZA

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE	vi
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
I. INTRODUCCION	12
II. MARCO TEORICO	26
III. MATERIALES Y METODOS	32
IV. RESULTADOS Y DISCUSION	44
4.1 RESULTADOS	44
4.2 ANALISIS Y DISCUSION	52
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59
5.1 5.1. CONCLUSIONES	59
5.2 5.2. RECOMENDACIONES	60
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	61
VII. ANEXOS	70

INDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA 1	INCIDENCIA DE LA TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE GARATEA. NUEVO CHIMBOTE, 2019.	44
TABLA 2	FACTORES SOCIALES DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE GARATEA. NUEVO CHIMBOTE, 2019.	46
TABLA 3	FACTORES ECONÓMICOS DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE GARATEA NUEVO CHIMBOTE, 2019.	48
TABLA 4	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE GARATEA. NUEVO CHIMBOTE, 2019.	50

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA 1	45
INCIDENCIA DE LA TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE GARATEA. NUEVO CHIMBOTE, 2019.	
FIGURA 2	47
FACTORES SOCIALES DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE GARATEA. NUEVO CHIMBOTE, 2019.	
FIGURA 3	49
FACTORES ECONOMICOS DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE GARATEA. NUEVO CHIMBOTE, 2019	
FIGURA 4	51
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE GARATEA. NUEVO CHIMBOTE, 2019.	

INDICE DE ANEXOS

		Pág.
ANEXO 1	CONSENTIMIENTO INFORMADO	71
ANEXO 2	ESCALA SOCIAL DE ORESTES BOTTO	72
ANEXO 3	TEST ECONOMICO DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS	74
ANEXO 4	TEST DE APGAR FAMILIAR	75
ANEXO 5	FORMULA PARA LA INCIDENCIA	78
ANEXO 6	CONSOLIDADO DE RESULTADOS DE LOS FACTORES SOCIALES, ECONOMICOS Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.	79

RESUMEN

El presente trabajo de investigación cuantitativo-descriptivo tuvo como objetivo conocer la incidencia, factores sociales, económicos y funcionamiento familiar del paciente con tuberculosis en la comunidad de Garatea. Nuevo Chimbote, 2019. La muestra estuvo conformada por 23 pacientes, que reunieron los criterios de inclusión. Se aplicó la técnica análisis documental con los instrumentos: Escala Social de Orestes Botto, Test económico del paciente con Tuberculosis y el test de Apgar Familiar, utilizándose para el procesamiento de datos el software especializado SPSS versión 23, llegando a las siguientes conclusiones:

1. La incidencia de la Tuberculosis en la comunidad de Garatea. Nuevo Chimbote durante el año 2019 fue de 14,6 x 100 000 habitantes.
2. Los factores sociales en la variable edad predominó el adulto joven con el 44%, grado de instrucción secundaria con el 67%, el 65% no trabaja, la residencia urbano marginal con el 65% y el 87% cuentan con todos los servicios básicos.
3. El factor económico según la categorización apoyo económico insuficiente se estimó con el 91%.
4. El funcionamiento familiar predominó la disfunción familiar moderada con el 57%.

Palabras Claves: Incidencia, paciente con Tuberculosis, factores sociales, factores económicos, funcionamiento familiar.

SUMMARY

The aim of this quantitative-descriptive research was to find out the incidence, social, economic and family functioning factors of the TB patient in the community of Garatea, Nuevo Chimbote, 2019. The sample consisted of 23 patients. The instruments were applied: Orestes Botto Social Scale, Economic Test of the Tuberculosis Patient and Family Apgar Test, using for data processing the specialized software SPSS version 23, reaching the following conclusions:

1. The incidence of the patient with Tuberculosis in the community of Garatea, Nuevo Chimbote; during the year 2019 was 14,6 x 100 000 inhabitants.
2. The social factors with the variable age predominated the young adult with 44%, degree of secondary education with 67%, 65% do not work, the marginal urban residence with 65% and 87% have all the basic services.
3. The economic factor according to the categorization of insufficient economic support was estimated at 91%.
4. Family functioning according to the moderate family dysfunction categorization was 57%.

Keywords: Incidence, Tuberculosis patient, social factors, economic factors and family functioning.

I. INTRODUCCION

La Tuberculosis es una de las 10 principales causas de incidencia de enfermedades, se notificaron 558 000 millones de nuevos casos de Tuberculosis en el 2017 (frente a los 968 000 mil de 2019), lo que equivale al 12.5% de la incidencia a nivel mundial, siendo su ritmo de disminución anual de 2% (OMS, 2019).

Según la Organización Panamericana de la Salud y La Organización Mundial de la Salud, las incidencias estimadas en el 2016 por 100 000 habitantes con la enfermedad de la Tuberculosis en el ranking de los 10 países fueron: Haití, Perú, Bolivia, Guyana, República Dominicana, El Salvador, Panamá, Ecuador, Nicaragua, Brasil. El Perú ocupa el segundo lugar con 116,400 por cada 100 000 habitantes (OMS, 2018).

Las metas específicas establecidas en la Estrategia “Fin a la Tuberculosis” que se fijaron para el 2020 consistieron en reducir la incidencia en un 20% y en lograr que ningún paciente con Tuberculosis ni su familia tenga que hacer frente a gastos catastróficos a consecuencia de esta enfermedad. Para alcanzarlas fue necesario prestar servicios de atención y prevención de la Tuberculosis en el contexto más general de la cobertura sanitaria universal, para que se adopten medidas multisectoriales para hacer frente a las consecuencias y los determinantes sociales y económicos de la enfermedad y se hagan avances tecnológicos que permitan que la incidencia disminuya a un ritmo más rápido que hasta ahora (OMS, 2017).

De la misma forma Pauro y Deza (2015) aseguraron que:

la Tuberculosis es una enfermedad social que por su vínculo con la pobreza, afecta mayormente a los países en desarrollo y a los sectores más vulnerables de los países desarrollados lo que hace difícil su control y erradicación. La pobreza y la falta de viviendas dignas en los núcleos urbanos también se asocian a la aparición de la Tuberculosis. Las

relaciones entre la tuberculosis, la vida urbana y la pobreza, se han puesto de manifiesto en los estudios llevados a cabo en lugares tan dispares como Dinamarca y Puerto Rico. El incremento del número de gente pobre y malnutrida que padece situaciones de hacinamiento y falta de higiene facilita la transmisión. En los barrios pobres, la combinación de hacinamiento y escasa ventilación implica con frecuencia que una persona con Tuberculosis, si no recibe los cuidados requeridos, transmitirá la infección a otros 10 o 15 individuos. La mejora de las condiciones socioeconómicas y familiares puede reducir el riesgo de infección e incidencia en un 4-6 % anualmente. La situación de la Tuberculosis en el siglo XXI reflejó las diferencias sociales y económicas imperantes entre países mundiales, también entre las clases sociales existentes en el interior de cada nación, lo que evidencia que el 95 % de los casos de enfermedad y el 98 % de las muertes se dan en los países y grupos sociales con menos recursos económicos (Citado en Pauro A. 2015).

En el Perú la tasa de incidencia entre el 2000 y el 2016 por 100000 habitantes fue de 133.600 y 86.400 habitantes, se concluyó que la incidencia de la enfermedad de la tuberculosis ha disminuido en un 25 % aproximadamente. La mayor morbilidad e incidencia de tuberculosis se dio en la periferia de capitales departamentales de litoral del país, donde se presentó el 52% de la población nacional. Lima y Callao tienen en términos epidemiológicos el 58% aproximadamente de la incidencia por tuberculosis (MINSa, 2017).

En la Costa peruana en el año 2015, se encontró el 90% de los casos de tuberculosis, Lima ocupó el tercer lugar en incidencia y morbilidad, la provincia de Ica presentó una de las mayores tasas de incidencia en el país, con 164 x 100.000 habitantes (MINSa, 2016).

En ese sentido la tuberculosis genera en el paciente diferentes alteraciones en una o más esferas de su vida cotidiana: familiar (separación física), laboral (dejar de trabajar o cambiar de trabajo), social (reducción de sus entornos sociales), económica (reducción de ingresos

salariales), educativa (dejar de estudiar o disminución del rendimiento), psicológico (vergüenza o culpa, discriminación); el menor o mayor impacto que estos determinantes puedan influir en el paciente, genera el incremento de la incidencia de la enfermedad (MINSA, 2015).

Un abordaje familiar en la atención sanitaria proporciona mayor capacidad para comprender la enfermedad al considerar que una familia con un funcionamiento adecuado o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de su salud (Pinto, 2017).

Según el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI, 2015) las infraestructuras físicas de las viviendas particulares fueron de material predominante (ladrillo o bloque de cemento con un 52,2%, piedra, adobe o tapia con un 33,6%, madera con 7,6%, quincha (caña de barro) con 1,8%, piedra con barro un 0,9%, sillar con cal o cemento un 0,7% y estera un 0,4% (INEI, 2015).

Según el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI, 2018) en su estudio “Formas de Acceso al Agua y Saneamiento Básico, el 76.3% de las personas presentaron red pública dentro de la vivienda, manantial o similar con un 8.7%, acequia o similares 3,6% (agua de lluvia, agua de nieve derretida, red pública de la casa de un vecino), pozo 2,5%, río pilón de uso público con un 2.1%, camión cisterna con un 2.0%. La eliminación de excretas fue en red pública de desagüe dentro de la vivienda con un 63%, pozo ciego /letrina por un 12.3%, pozo séptico con un 4.5%, río, acequia o canal con un 1.1% y el que no tiene o incluye otro método 8.7% (INEI, 2018).

En Ancash, El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2015) en lo que corresponde al área urbana, el 24,2 % de los hogares se encontraron en el quintil superior de riqueza y 2,4 % en el quintil inferior; en el área rural el 52,8% de los hogares se ubicaron en el

quintil inferior y el 0,4 % en el quintil superior. Asimismo, el 35,6% de los hogares se encontraron en el segundo quintil de riqueza. Es sabido que la mayoría de la población en Ancash vive en zonas rurales y más del 50% de las personas pertenecen al quintil inferior de riqueza (INEI, 2015).

Al respecto se reportan los siguientes estudios de investigación

En el **Ámbito Internacional**

En Cuba, Aldereguia, G. (2017) realizó el estudio “Tuberculosis Pulmonar: clínico-epidemiológico sobre la situación clínico epidemiológica de la Tuberculosis y el comportamiento de determinados indicadores operacionales seleccionados de la estrategia de control y prevención de la Tuberculosis en la provincia de Cienfuegos 2015”; obtuvo tasas de incidencia con tendencia a la fluctuación, siendo el año 2014 el de mayor incidencia con una tasa de 7,7 por 10⁵ habitantes. La edad que predominó fue de 60 años y el año más relevante fue el 2014 representando el 80,6 % del total de casos (Aldereguia, 2017).

En México, Espinoza, Y. (2017) estudió “Factores familiares y socioeconómicos relacionados con la incidencia de la Tuberculosis”, encontró que los pacientes que lograron la curación, el 71% tenían familia funcional; 31.5% presentaban disfunción familiar leve, 5.2% disfunción moderada y 2.6% disfunción severa. Los pacientes que abandonaron el tratamiento, 37.5% presentaba disfunción familiar leve, 25% disfunción moderada y 12.5% disfunción severa. En relación con su ocupación, 22% de los pacientes era operador, 11% ama de casa, 7% empleado, 7% jubilado y 2% trabajador de la salud y de 22% se ignoraba su profesión. En tanto, 21% de los pacientes tenía un nivel socioeconómico muy bajo, 37% bajo, 25% medio bajo, 14% medio alto y 3% alto, lo que evidencia que la mayoría de los pacientes tiene un nivel socioeconómico por debajo de la media nacional (Espinoza, 2017).

En Colombia, Medellín, Hernández et al., (2015) en su investigación titulada “Factores asociados al desarrollo de Tuberculosis en contactos domiciliarios de pacientes con Tuberculosis, Medellín 2015”, encontró que la mediana de la edad de los casos fue de 30 años. El 51.9 % pertenecían al régimen contributivo, seguido del subsidiado con un 44.3 %, los desempleados con un 16,7 % seguido de oficios del hogar con un 16,1 %. El 41,2 % de los casos residían en la zona nororiental de la ciudad (comunidades pobres). Al analizar los contactos según el desarrollo de tuberculosis se identificó que predominaron las mujeres tanto en los contactos que desarrollaron tuberculosis con un 54,4 % como en los que no desarrollaron el evento con 55,4 %. Cerca del 50 % de los casos índices y contactos con tuberculosis pulmonar y más del 60 % de los casos índices con diagnóstico de tuberculosis extra pulmonar eran del régimen contributivo, sin embargo, más del 65 % de los contactos con tuberculosis extra pulmonar eran del régimen subsidiado. Según la ocupación de los casos índices con desarrollo de formas pulmonares y extra pulmonares de la enfermedad, se identificó que alrededor del 50 % eran trabajadores, mientras que en los contactos evaluados con desarrollo de tuberculosis pulmonar el 31 % eran estudiantes y trabajadores, los factores ambientales con respecto a los contactos que desarrollaron tuberculosis, se identificó que en el 27,1 % faltaba iluminación y ventilación en la vivienda y el 14,6 % vivían en hacinamiento.

En Cuba, La Habana: Muñoz, S. & Fernández, A. (2014) estudiaron “Factores Sociales de tuberculosis pulmonar en el municipio, de la Facultad de Ciencias Médicas 10 de octubre” observaron que la familia funcional en las personas sanas tenía una marcada diferencia a su favor, con el 90,4 %, frente a los enfermos que no alcanzaban el 60 %. Solo el 26,9 % de los enfermos habitaban en viviendas en buenas condiciones, mientras que era mucho mayor el porcentaje de los sanos, con el 60,6 %. La buena higiene del hogar mostró un porcentaje mayor en los sanos con 81,7 %, mientras en los enfermos fue 51,9 %. La mala higiene del hogar fue superior en los enfermos, con el 9,6 %, ante solo el 2,9 % en los sanos. Una marcada diferencia

en el porcentaje de los enfermos con hacinamiento, que fue el 34,6 %, superior al 17,3 % alcanzado por los pacientes sanos. Mientras que, fue mayor el porcentaje de los sanos sin hacinamiento, con el 82,7 % frente al 65,4 % en los enfermos (Muñoz y Fernández, 2014).

En el Ámbito Nacional

En Perú, Loreto. Dávila, A. (2015) estudió “Apoyo familiar frente al diagnóstico del paciente con tuberculosis atendidos en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos – 2015”, obtuvo que el 62,8% de familiares presentaron apoyo suficiente, el 50% de estas familias tenía conocimiento de la enfermedad, mientras que el 38% el apoyo era insuficiente pero solo el 20% de estas familias tenía conocimiento de esta enfermedad (Dávila, 2017).

Perú, Lima. Quevedo, C., Sánchez, R. & Villalba, P. (2016) estudiaron “Relación del Soporte Familiar y social en pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud del Perú”. obtuvieron que un 40,4% de los pacientes encuestados pertenecen al grupo etario de 25 a 44 años de edad. Con respecto al grado de instrucción un 53% con estudios secundarios completos y un 1.9% con estudios universitarios. Un 81,8% de los pacientes recibieron un nivel alto de soporte familiar y social; mientras que un 36,4% de los pacientes tienen bajo nivel de soporte familiar y social continua respecto a su enfermedad (Sánchez, Villalba, 2016).

En Tacna, Choque, L. (2016) en el estudio titulado: “Perfil Epidemiológico y Clínico de pacientes con Tuberculosis en la Microred Cono Norte Tacna - 2016”. En sus resultados predomina el sexo masculino con el 53,8%, adultos jóvenes (53.8%), grado de instrucción secundaria (59.8%), ocupación estudiante (29.9%), estado civil soltero (64.1%), con Tuberculosis Pulmonar (74,4%), pacientes nuevos (87.2%).

En el Ámbito Local

Nuevo Chimbote, Manrique, I. & Maza, J. (2014) investigaron la “Relación entre el nivel de autoestima y los factores sociales de las personas atendidas en el programa de control de tuberculosis del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote”, observaron una proporción significativa de personas atendidas con un nivel de autoestima baja (64.5%), es decir dos de cada tres personas presentan un nivel de autoestima baja. Los factores biosociales se relacionan significativamente con el nivel de autoestima de las personas con tuberculosis pulmonar, como sexo; mujeres con 69% y hombres 31% el grado de apoyo social con 78%, la edad que predomina es de adultos mayores con 59%, y la situación laboral precaria donde casi el 70% deja de trabajar para auto cuidarse (Manrique, 2016).

Chimbote, Alva, G. & Jacinto, Z. (2014) estudiaron “Relación entre la autoestima y el funcionamiento familiar en pacientes con tuberculosis en el Puesto de Salud Miraflores Alto, 2014” obtuvieron como resultados que el 72.4% de los pacientes presento mayor frecuencia de autoestima alta en relación a un buen funcionamiento familiar, el 40% de los pacientes presentaron autoestima media en relación a la disfunción familiar moderada y un 12,3% de los pacientes disfunción familiar severa en relación con la autoestima baja. (Alva, 2014).

FORMULACION DEL PROBLEMA

Ante esta realidad de incidencia de la tuberculosis y los factores que giran en el entorno del paciente con tuberculosis, el profesional de enfermería asume un rol muy importante en las intervenciones preventivo promocionales de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis, Siendo necesario conocer cómo se da la realidad al respecto; motivo por el cual se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la incidencia, los factores sociales, económicos y funcionamiento familiar del paciente con tuberculosis en la comunidad de Garatea. Nuevo Chimbote, 2019?

1.1. OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la incidencia, los factores Sociales, Económicos y Funcionamiento Familiar del paciente con Tuberculosis en la comunidad de Garatea. Nuevo Chimbote, 2019.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar la incidencia de la tuberculosis en la comunidad de Garatea. Nuevo Chimbote, 2019.
2. Identificar los factores sociales del paciente con tuberculosis en la comunidad de Garatea. Nuevo Chimbote, 2019.
3. Identificar los factores económicos del paciente con tuberculosis en la comunidad de Garatea. Nuevo Chimbote, 2019.
4. Identificar el funcionamiento familiar del paciente con tuberculosis en la comunidad de Garatea. Nuevo Chimbote, 2019.

1.2. JUSTIFICACION

La Tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa y es considerada una enfermedad social, su propagación está íntimamente ligada a las condiciones de vida de la población. Este panorama es más crítico en el Perú donde el desempleo, la pobreza extrema, el déficit en saneamiento ambiental y la deficiente educación en la salud son el origen de los múltiples factores que condicionan la permanencia del foco infeccioso de la enfermedad y la incidencia.

La tuberculosis es producto de la combinación de una multiplicidad de factores: cambios demográficos (migraciones internas, urbanizaciones con hacinamiento), económicos (desempleo, bajo ingreso per cápita familiar), no solo tiene efectos sobre la calidad de vida y su contribución al perfil de la mortalidad, sino que constituye un serio riesgo para el desarrollo sostenible; produce enormes pérdidas en la productividad de las personas afectadas y genera enormes gastos para el país en su intención por controlar sus efectos. La tuberculosis contribuye en el empobrecimiento del individuo, familia y sociedad; no solo es consecuencia sino también condicionante de pobreza consecuente al aumento de la incidencia

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud entre el 60 al 70% de todos los hombres adultos y entre el 30 al 60% de las mujeres adultas están fuera de su hogar. El lugar de trabajo aún en sociedades relativamente modernas puede ser potencialmente peligroso para la salud humana. Cada año se informan más de 100 millones de casos de enfermedades relacionadas con el trabajo alrededor del mundo, tal es el ejemplo de la Tuberculosis, que se transmite de persona a persona; cuyas tasas de infección a menudo se ven elevadas en ambientes donde la gente permanece hacinada, con una ventilación escasa y una luz solar débil o sin ella (OMS, 2015).

Un abordaje familiar en la atención sanitaria podría proporcionar una mayor capacidad para comprender la enfermedad al considerar el hecho de que una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas (Pinto, 2017).

En los años 2013 - 2014 los departamentos de Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Lima, e Ica presentaron incidencia de tuberculosis por encima del nivel nacional, estos departamentos reportaron el 72% de los casos nuevos notificados en el país. Lima es el departamento que más casos de tuberculosis concentra en el país (60%) y, es el tercer departamento con la incidencia más alta; el mayor porcentaje de casos se concentran en la provincia metropolitana de Lima, y en sus distritos de San Juan de Lurigancho, Rímac, La Victoria, El Agustino, Ate, San Anita y Barranco (MINSA, 2015).

El Ministerio de Salud, a través de la ESN-PCT (Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis), garantiza que las personas afectadas accedan en forma gratuita en todo el territorio nacional para la detección y el tratamiento oportuno de la enfermedad, asegurando las buenas prácticas de atención con un enfoque humano, sin ningún tipo de discriminación, ya sea de género, edad, nivel socioeconómico, raza o etnia y otros. La tuberculosis es una enfermedad social totalmente curable que afecta a la población económicamente activa, siendo los grupos de edad más afectados los comprendidos entre los 15 y 54 años, resaltando que los adolescentes y adultos mayores constituyen alrededor de la tercera parte del total de casos (MINSA, 2016).

La situación del paciente se torna más crítica; no solo tiene una enfermedad física muy contagiosa, sino que tiene que adaptarse a nuevos estilos de vida, convivir con la enfermedad, recibir tratamiento prolongado y supervisado, el proceso de adaptación se hace difícil la mayoría de las veces, más si carece de apoyo familiar, lo que finalmente repercute en forma negativa en la recuperación de la salud. Por ello es fundamental la participación de la familia, durante el proceso de enfermedad, ya que la familia va a intervenir en las decisiones y responsabilidades para llevar a la práctica las intervenciones preventivas, de promoción y terapéuticas, y a su vez será el encargado de brindar amor y cuidados.

En Ancash, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2015) en lo que corresponde al área urbana, registra el 24,2 % de los hogares en el quintil superior de riqueza y 2,4 % en el quintil inferior; en el área rural el 52,8% de los hogares se ubicaban en el quintil inferior y el 0,4 % en el quintil superior. Asimismo, el 35,6% de los hogares se encuentra en el segundo quintil de riqueza. Sabemos que la mayoría de la población en Áncash vive en zonas rurales y observamos que más del 50% de las personas pertenecen al quintil inferior de riqueza (INEI, 2015).

En el 2018, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática en sus estudios estadísticos presenta que el acceso de agua por red pública en Ancash ocupa el 96.6% en los hogares, sin embargo, la red de alcantarillado es el 67.5%. Las condiciones de los hogares según la construcción son: las paredes de cemento ocupan el 40.1%, techo aligerado con un 25.3%, techo de calamina con un 76.4% (INEI, 2018).

En Nuevo Chimbote en el 2018, la Red de Salud Pacifico Sur, notificó 124 casos de tuberculosis, siendo la más frecuente la tuberculosis con confirmación bacteriológica (61.3%) y menor proporción la tuberculosis miliar (0.81%). Los distritos que notifican

con frecuencia mayor casos de tuberculosis en la vigilancia epidemiológica son el distrito de Nuevo Chimbote y Casma, con el 62,9% y 20.1% respectivamente. La Red Pacifico Sur de Nuevo Chimbote ha observado un descenso en las tasas de incidencia de tuberculosis desde el año 2011 al año 2015, reduciendo de 95 a 49 x 100 000 habitantes. La tasa de incidencia de la enfermedad de tuberculosis en el año 2017, ha disminuido en comparación al año 2016, en 18.1 x 100 000 habitantes, siendo la tasa de incidencia en el año 2016 y 2017, de 55 y 36.9 x100 000 habitantes, respectivamente. Los distritos con más incidencia de tuberculosis son: distrito de Buenavista, Comandante Noel y Nuevo Chimbote (Red de Salud Pacifico Sur, 2018).

En relación a los factores familiares, la revisión de las historias clínicas de los pacientes con tuberculosis del Puesto de Salud Garatea, casi el 70% provienen de familias disfuncionales y 30% de familias funcionales, refiriendo que tienen apoyo emocional y económico de las personas que viven solo con ellos (test afectivo-familiar - Historia Clínica de los pacientes con Tuberculosis sensibles, 2018)

Según el factor socioeconómico, casi el 90% de los pacientes viven cerca del Puesto de Salud, y 10% reciben apoyo de sus familiares. En los meses de enero- diciembre, hubo ingresos y egresos de pacientes, a la fecha tenemos solo 23 pacientes nuevos con tuberculosis, con edades entre los 15 y 60 años aproximadamente, de clase social mediana – baja. Según las encuestas socio afectivas que realizaron las enfermeras del programa a sus hogares, el 18% tienen apoyo familiar y económico, dentro de ello el 39.5% provienen de núcleos familiares funcionales (Historias clínicas de la ESPCT, 2018).

En el Puesto de Salud Garatea (2019), según la evaluación de las historias clínicas en los pacientes durante los meses enero – diciembre con Tuberculosis, durante los años

2017 y 2018, el 100% refieren aislarse a causa de su enfermedad, por lo tanto, dejan de trabajar de 2 a 4 meses aproximadamente.

El control de la tuberculosis, no solo depende de la acción preventiva / promocional sino también depende de los factores como la sociedad, el apoyo económico y familiar y la voluntad propia del paciente de asumir las normas y protocolos brindados por el personal sanitario. También contribuyen al control de la enfermedad dependiendo de los hábitos aprendidos de cada paciente para fomentar su salud y prevenir el contagio de la enfermedad. Todo ello se llevará a cabo gracias a la participación familiar de manera trascendental.

El profesional de Enfermería es el responsable de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis; organiza la atención integral a la persona afectada por tuberculosis, su familia y la comunidad, contribuyendo a evitar su incidencia futura en la escala epidemiológica de Salud.

1.3. IMPORTANCIA

La presente investigación es importante porque los resultados obtenidos pretenden servir para diseñar y promover estrategias destinadas a fortalecer los mecanismos que permitan la prevención de la incidencia, factores sociales, económicos y funcionamiento familiar del paciente con Tuberculosis dentro las estrategias de Control y Prevención de la tuberculosis en cada establecimiento de Salud.

Así mismo fomentará un nuevo campo en la investigación para el desarrollo de estudios que permitirán un diagnóstico oportuno involucrando la incidencia, factores sociales, económicos y funcionamiento familiar en los pacientes con tuberculosis.

Se utilizará la información obtenida en el estudio para posteriores investigaciones a nivel cultural y social de los pacientes que presenten esta enfermedad para llegar hacia ellos y comprendan la gravedad de su desarrollo, contagio y prevención. Es posible complementar el estudio con investigaciones de tipo cualitativas que posibiliten indagar en los resultados obtenidos.

A nivel de formación de futuros profesional en la Universidad Nacional del Santa, se constituye en fuente de investigación bibliográfica de una situación real a aplicar en el diagnóstico situacional del abordaje comunitario, al ubicar al estudiante frente a la incidencia y factores que rodean al paciente con tuberculosis.

Por lo mencionado anteriormente, el estudio tiene como propósito dar a conocer la incidencia, los factores sociales, económicos y funcionamiento familiar del paciente con tuberculosis en la comunidad de Garatea. Nuevo Chimbote, 2019.

II. MARCO TEORICO

La presente investigación se fundamenta en la teoría propuesta por Virginia Henderson en relación al paradigma: persona y sus 14 necesidades básicas.

Desde la perspectiva teórica de Virginia Henderson la incidencia como enfoque epidemiológico comunitario toma la enfermedad de la Tuberculosis como un diagnóstico de salud medible. El aumento o la disminución de la incidencia de la Tuberculosis evaluado en un grupo poblacional implica una observación epidemiológica general de los pacientes con Tuberculosis en una comunidad (Modelos y teorías de Enfermería Comunitaria, 2010).

Virginia Henderson es una teórica enfocada en el cuidado integral del paciente y se refleja en sus conceptos y modelos que verbaliza y redacta en sus notas. Considera a la persona y/o paciente con un enfoque de cuidar, no solo físico, sino considera sus sentimientos, emociones y entorno influenciado por los factores sociales, económicos y el buen funcionamiento familiar. La persona es un todo complejo en relación a sus 14 necesidades básicas. Las mismas que se constituyen en los factores involucrados en el bienestar de la salud del paciente con tuberculosis.

El cuidado integral que se brinda al paciente debe ser muy completo, de la mano esta la enfermera, la familia y la sociedad, por lo cual establece tres niveles de relación: i) el nivel de sustitución; el paciente al no poder lograr su autocuidado, la enfermera y la familia lo sustituyen. ii) nivel de ayuda; La gran mayoría de pacientes durante el primer mes del proceso infeccioso deben mantenerse aislados en un ambiente limpio, ventilado y con una buena alimentación, pero tienen que dejar de trabajar, es por ello que la ayuda económica y familiar es vital en esta etapa para su recuperación. iii) nivel de acompañamiento; El buen

funcionamiento familiar es vital para disminuir la ansiedad y mejorar la salud del paciente en casa (Marriner, A. & Raile, M. 2011).

Según el paradigma persona, considerado en la presente investigación, la Persona, es un ser biopsicosocial, que además de una estructura biológica, posee una psicológica lo que define a la persona como ser integral. El paciente con Tuberculosis visto como ser de cuidado involucra en el proceso de su enfermedad factores sociales, económicos y el buen funcionamiento familiar como: la edad, la cultura educativa, trabajo, salario económico, saneamiento básico, construcción y limpieza de la vivienda, apoyo familiar, entre otros (Marriner, 2011).

Cuando una persona está enferma es totalmente dependiente, cuando la recuperación se aproxima comienza la independencia e interdependencia donde la enfermera y el familiar cumplen el papel importante en el cuidado para su pronta mejoría (Marriner, 2012).

Durante la convalecencia, la enfermera ayuda al paciente a adquirir o recuperar su independencia. Henderson afirma que la independencia es un útil termino relativo; ninguno de nosotros es independiente de los demás, aunque luchamos por una interdependencia sana, no por una dependencia enferma. los factores externos como la economía, sociales y las carencias emocionales familiares afectan la evolución adecuada de la enfermedad asimismo la independencia (Marriner, 2012).

La relación entre enfermera y paciente es un conjunto de planes terapéuticos donde las necesidades básicas existen a pesar del diagnóstico, aunque se hallan modificadas por la patología y otras circunstancias como la edad, el temperamento, el estado emocional, el nivel sociocultural y la capacidad física e intelectual. La enfermera debe ser capaz de apreciar no solo las necesidades del paciente con Tuberculosis sino también las circunstancias y factores que la alteran. La norma técnica de la Estrategia Sanitaria de Prevención y control de la

Tuberculosis abarca el control, seguimiento y erradicación de la enfermedad mediante protocolos y leyes que necesita el paciente para ser curado (La unión, 2017).

Cuando hablamos de las 14 necesidades básicas presentadas por Virginia Henderson aplica al entorno del paciente con Tuberculosis. Estas necesidades básicas son requisitos esenciales cuya satisfacción está condicionada por los aspectos biológicos, sociales, económicos y familiares interrelacionándose entre sí. Las primeras nueve necesidades se refieren al plano fisiológico, la décima y decimocuarta son aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje, la undécima necesidad está en el plano moral y espiritual, finalmente, las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo.

Detallando, las necesidades:

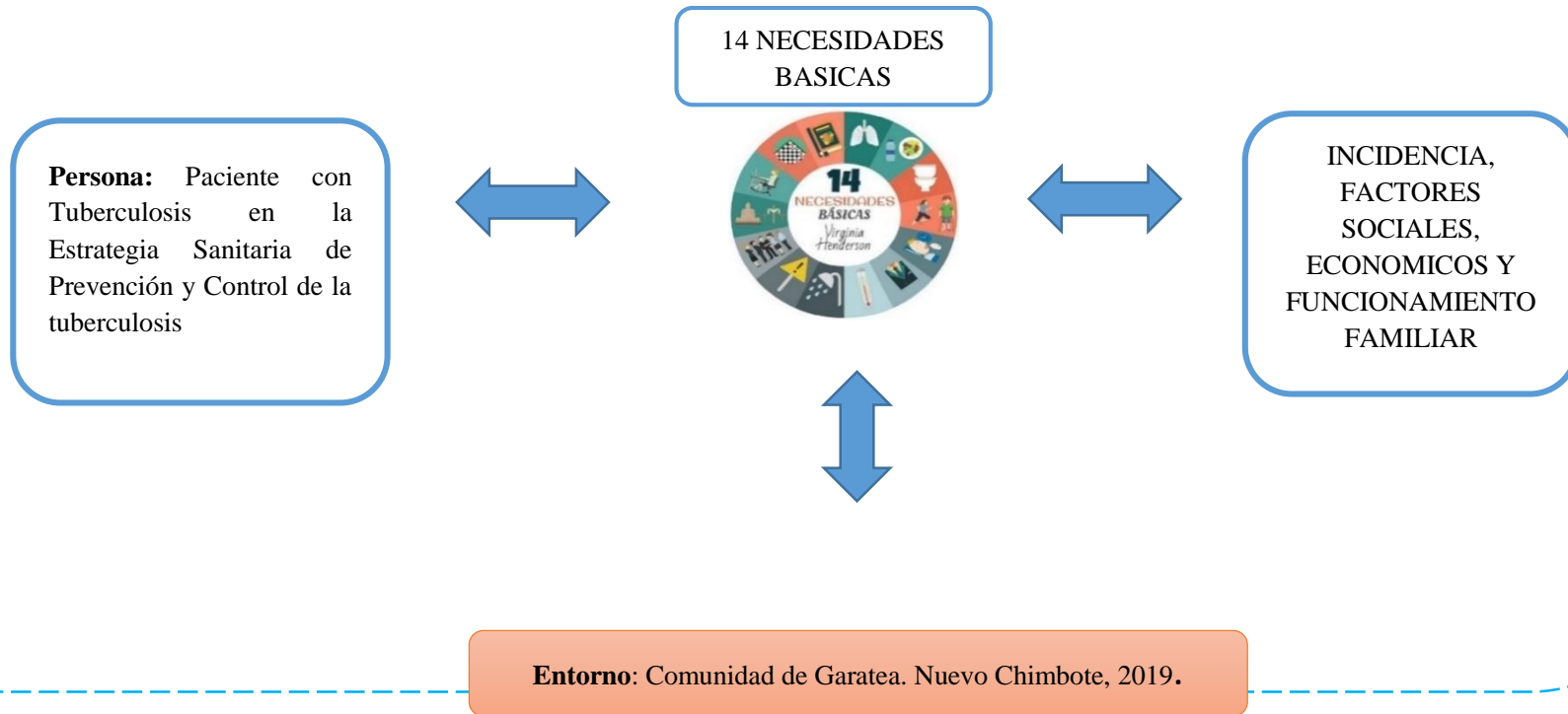
- i) Respirar normalmente: mantener la ventilación adecuada del paciente y el ambiente donde habita. Los factores sociales como la edad nos indica cómo podría evolucionar la enfermedad, la construcción de la vivienda y su ventilación, saneamiento básico para mantener la limpieza del hogar, ventilación de la habitación.
- ii) Comer y beber de forma adecuada: Mantener una dieta adecuada implica gastos económicos, es por ello que el factor económico se ve involucrado y la salud afectada.
- iii) Eliminar los residuos corporales adecuadamente es evitar problemas intestinales o estreñimiento en el paciente. El paciente necesita apoyo constante de la familia para mejorar su calidad de vida.
- iv) Moverse y mantener la posición deseada: El paciente al estar aislado en una pequeña habitación hace que limite movimientos. El proceso evolutivo infeccioso también depende del factor social: edad, mientras tenga más edad habrá más complicaciones respiratorias y menor los movimientos y posiciones adecuadas dentro de una habitación.

- v) Dormir y descansar correctamente ayudara a mejorar nuestro ritmo cardiaco y bajar niveles de estrés: Sabemos que el factor económico está involucrado porque el paciente pierde su trabajo y no genera ingresos generando ansiedad como consecuencia el insomnio.
- vi) Verse bien mejora la autoestima. El proceso de aceptación de esta enfermedad conlleva a disminuir nuestro nivel de estrés por la apariencia física (delgadez) en los pacientes. Uno de los factores presentes es el buen funcionamiento familiar porque ayudara a superar cualquier dificultad psicológica.
- vii) Mantener la temperatura corporal: Los familiares deben estar atentos ante cualquier evento adverso en el paciente. La comunicación entre la enfermera y los familiares es vital en estos casos.
- viii) Para evitar infecciones debemos mantener el cuerpo limpio y cuidado con los tegumentos protegidos: Los factores sociales como el saneamiento básico y la residencia demuestran que la limpieza y construcción de la vivienda son vitales para el manejo de la ventilación en la habitación del paciente con Tuberculosis.
- ix) Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros protegiendo nuestra integridad y de los pacientes con Tuberculosis: La medición de incidencia de la Tuberculosis en la comunidad es importante para valorar riesgos del entorno de la población controlando focos de infección.
- x) Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades temores u opiniones para mejorar las interrelaciones personales. El apoyo familiar y de los amigos es fundamental para sobrellevar la enfermedad de la Tuberculosis.
- xi) Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno. La enfermera jefa de la estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis debe realizar todos los esfuerzos necesarios para valorar y comprender la incidencia y los factores, sociales, económicos

y funcionamiento familiar de las personas contagiadas con esta enfermedad. Es probable que la persona pierda la voluntad, el conocimiento y la fuerza, pero la familia y la enfermera son el apoyo sustancial de este proceso.

Por lo expuesto, las necesidades básicas propuestas por la teórica, se enlazan con los factores sociales, económicos y funcionamiento familiar influyendo entre sí, contribuyendo a generar una incidencia de Tuberculosis en un entorno de la comunidad de Nicolás Garatea, expresado en los resultados de la presente investigación, siendo la persona: el paciente con tuberculosis, sujeto de la presente investigación.

INCIDENCIA, FACTORES SOCIALES, ECONOMICOS Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD DE GARATEA. NUEVO CHIMBOTE, 2019.



ESQUEMA BASADO EN LA TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON ADAPTADA A LA INVESTIGACION

III. MATERIALES Y METODOS

3.1. METODO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo de corte transversal.

- Cuantitativo: las variables se estudiaron en base a una cantidad.
- Descriptivo: Se basó en recoger información con respecto a una situación determinada
- Transversal: Porque las variables se midieron una sola vez en un periodo determinado

3.2. DISEÑO DE ESTUDIO

$$\boxed{N} \quad \frac{X}{t}$$

Donde:

N: Paciente con tuberculosis en la comunidad de Garatea.

X: Incidencia, factores sociales, económicos y funcionamiento familiar del paciente con tuberculosis en la comunidad de Garatea. Nuevo Chimbote, 2019.

t: año 2019.

3.3. POBLACION Y MUESTRA

a. Población

La población estuvo conformada por el total de habitantes (157 443) mayores de 15 años que residen en la Urbanización Nicolás Garatea. Nuevo Chimbote, 2019.

b. Unidad de análisis:

- Paciente nuevo con Tuberculosis en la comunidad de Garatea. Nuevo Chimbote, 2019 que cumplen con los criterios de inclusión.
- Padres y/o apoderados responsables de los adolescentes entre 15-17 años de la ESCPT en el Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2019.

c. Muestra

La muestra fue constituida por 23 pacientes nuevos con diagnóstico de Tuberculosis (casos nuevos) sensibles (pacientes que pertenecen al I esquema de tratamiento no multidrogos resistentes) que pertenecen a la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Puesto de Salud Garatea año 2019

d. Marco Muestral:

- Registro de pacientes nuevos (23) que pertenecen a la Estrategia sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis del Puesto de Salud Garatea, que cumplen con los criterios de inclusión.

a. Criterio de Inclusión:

- Pacientes nuevos con diagnóstico de Tuberculosis sensibles (I esquema de tratamiento no multidrogo resistente) en la comunidad de Garatea durante el año 2019.
- Paciente nuevo con Tuberculosis sensibles sin alteraciones mentales.
- Paciente nuevo con Tuberculosis sensibles mayores de 15 años.

- Paciente nuevo con tuberculosis sensibles que aceptaron participar en el estudio.
- Padres y/o apoderados responsables de los adolescentes entre 15-17 años de la ESCPT en el Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote, 2019.

b. Diseño Muestral

Se trabajó con 23 pacientes nuevos con Tuberculosis sensibles que pertenecen a la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis en la comunidad de Garatea. Nuevo Chimbote, 2019.

c. Aspectos Éticos

Se dio cumplimiento a los principios éticos (UNS, 2017):

Protección de la Persona: Implica el respeto hacia la dignidad de los pacientes con tuberculosis, la identidad, la diversidad, la libertad, el derecho de autodeterminación informativa, la confidencialidad y la privacidad de las personas que participaron en la investigación. Los Cuestionarios y test que se aplicaron a los adolescentes menores de 18 años se realizó bajo la supervisión y aceptación del padre y/o apoderado.

Consentimiento informado y expreso: En la investigación se manifestó la voluntad informada, libre, inequívoca y específica a través de la cual los pacientes con tuberculosis que cumplieron con el criterio de inclusión consienten el uso de su información para los fines específicos de la investigación (anexo 1). Los padres y/o apoderados de los adolescentes menores de 15 años llenaron y firmaron los consentimientos informados de los pacientes con Tuberculosis.

Cuidado al medio ambiente y al respeto de la biodiversidad: La investigación evita acciones lesivas a la naturaleza y a la biodiversidad, comprende la integralidad del sistema socioeconómico y cultural que interactúan entre sí con los individuos y con la comunidad en la que viven, en busca de la conservación racional de la salud y de los recursos.

Responsabilidad, Rigor Científico y Veracidad: Durante la investigación, se actuó con responsabilidad en relación a la pertinencia, los alcances y las repercusiones de la investigación, tanto a nivel institucional, individual y social.

Bien Común y Justicia: En la investigación se rescató el bien común y la justicia antes que el interés personal, impidiendo efectos perjudiciales que pueda generar la investigación en las personas, en el medio ambiente y en la sociedad en general.

Divulgación de la Investigación: La autora del informe de investigación difundirá los resultados de la investigación realizado en un ambiente de ética, pluralismo ideológico y diversidad cultural. Se comunicará los resultados a las personas, grupos y comunidades participantes en la investigación.

Respeto a la normatividad nacional e internacional: La autora de la investigación respetó la legislación que regula el campo objeto de investigación. Es necesario asumir el espíritu de las normas, tener convicción interna y reflexionar sobre las consecuencias de nuestros actos como investigador.

3.4. DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

3.4.1 Incidencia

La incidencia se define como el número de casos nuevos (pacientes nuevos) de la enfermedad Tuberculosis dividido por la población en riesgo de la

enfermedad (población expuesta) en un lugar y período de tiempo específico (Anexo 5)

Los casos nuevos son las personas que obtuvieron la enfermedad por primera vez.

La población expuesta está constituido por aquellas personas en riesgo que debido a ciertas características, ya sean biológicas, físicas o sociales tienen mayor probabilidad de contraer la tuberculosis (OPS, 2016).

Definición Operacional:

- I semestre de enero-junio del 2019
- II semestre de julio-diciembre del 2019

3.4.2 Factores Sociales

Definición Conceptual: Son comportamientos, actitudes, o hechos que concierne al entorno social donde influyen la ocurrencia de problemas de salud y los factores de riesgo de la población (INEI, 2012).

Definición Operacional

- Edad

Definición Conceptual: Cuantificación de años que tiene el paciente. Etapa cronológica existente de una persona que pertenece a un grupo poblacional demográfica en el momento de estudio (INEI, 2012).

Definición Operacional: Se utilizó la escala nominal

- Adolescencia (15 a 17 años)
- Adulto Joven (18 a 35 años)

- Adulto Maduro (35 a 60 años)
- Adulto Mayor (60 a más años)
- **Grado de Instrucción**

Definición Conceptual: Es el nivel de estudios o instrucción educativa de una persona en el momento que se aplica la encuesta. (INEI, 2015)

Definición Operacional: Se midió en escala nominal

 - Primaria
 - Secundaria
 - Superior
- **Trabajo**

Definición Conceptual: Actividad intelectual o física retribuida económicamente en un tiempo programado (OPS, 2014).

Definición Operacional: Se midió en escala nominal

 - Trabaja
 - No trabaja
- **Residencia**

Definición Conceptual: Lugar donde habita o reside una persona.

Definición Operacional: Se midió en escala nominal

 - Urbano
 - Urbano Marginal
 - Rural

- **Saneamiento Básico**

Definición Conceptual: Es el mejoramiento y la preservación de las condiciones sanitarias óptimas como; fuentes y sistemas de abastecimiento de agua y luz para uso y consumo humano, disposición sanitaria de excrementos y de orina. (OMS, 2015).

Definición Operacional: Se midió en escala nominal

- Cuenta
- No cuenta

3.4.3 Factores Económicos

Definición Conceptual: son actividades que tienden a incrementar o disminuir la capacidad productiva de bienes y servicios de una economía, para satisfacer las necesidades socialmente humanas. (INEI, 2012).

Definición Operacional: mediante la escala nominal

- Apoyo económico suficiente: 18-24 puntos
- Apoyo económico insuficiente: 1-17 puntos
- Apoyo económico nulo: 0 puntos.

3.4.4 Funcionamiento Familiar

Definición Conceptual: Es el adecuado desarrollo de las relaciones interpersonales familiares promoviendo la calidad de salud, amor, valores y buenas conductas.

Definición Operacional: Se midió mediante escala nominal

- Buena función Familiar: Recibir apoyo familiar de manera incondicional en todo el proceso de la enfermedad.

- Disfunción Familiar Leve: Recibe apoyo familiar de la mayoría de los familiares.
- Disfunción Familiar Moderada: Recibe apoyo familiar del 50% de los familiares.
- Disfunción familiar severa: Esta completamente solo. No presenta apoyo emocional.

3.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

En el presente trabajo de investigación, se empleó la técnica de Análisis de datos y la recolección de datos se aplicó mediante los siguientes instrumentos:

a) Escala Social de Orestes Botto

El presente instrumento elaborado por Carlos Orestes Boto Bonivento (1997), mide los factores sociales que involucra a la persona con Tuberculosis. Este instrumento consta de 5 indicadores con sus respectivos ítems y fue ejecutado en el Puesto de Salud Garatea, Nuevo Chimbote 2019.

Permitió recolectar datos sobre la edad, grado de instrucción, residencia, trabajo y saneamiento básico basado por las respuestas referidas de los pacientes y familiares (Anexo 02).

Esta organizado en 5 indicadores que se describen a continuación:

Edad (4 ítems)

- Adolescencia (15 a 17 años)
- Adulto Joven (18 a 35 años)
- Adulto Maduro (35 a 60 años)
- Adulto Mayor (60 a más años)

Grado de Instrucción (3 items)

- Primaria
- Secundaria
- Superior

Trabajo (2 items)

- Trabaja
- No trabaja

Residencia (3 items)

- Urbano
- Urbano Marginal
- Rural

Saneamiento Básico (2 items)

- Cuenta
- No cuenta

b) Test económico del paciente con tuberculosis.

El presente instrumento elaborado por la investigadora basándose en la Norma técnica de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis para los pacientes con Tuberculosis. Con la finalidad de medir los factores económicos de la persona con tuberculosis en la comunidad de Garatea, Nuevo Chimbote 2019.

Este **instrumento** consta de 12 preguntas con tres indicadores para cada premisa (Anexo 03), a cada premisa se le asigna 3 valores: 2 puntos “siempre”, a veces con 1 punto y nulo con cero puntos, lo que permitió categorizarlo por niveles en una puntuación de:

- Apoyo económico suficiente: de 18 – 24 puntos.
- Apoyo económico insuficiente: de 1 – 17
- Apoyo económico nulo: 0 puntos.

c) Test del Apgar Familiar (anexo 04)

El presente instrumento elaborado por Virginia Apgar (1909-1974) mide el Funcionamiento Familiar de la persona con tuberculosis en la comunidad de Garatea, Nuevo Chimbote 2019.

Este instrumento consta de 7 preguntas determinado por 5 indicadores: Nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre, con puntajes: 0, 1, 2, 3 y 4 puntos.

Para medir la función familiar se categoriza en 4 items:

- Buena función familiar (18 a 20 puntos)
- Disfunción familiar leve (14 a 17 puntos)
- Disfunción familiar moderada (10 a 13 puntos)
- Disfunción familiar severa (menos de 9 puntos)

3.6. VALIDACION Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Validación

Las recolecciones de datos fueron validados a través de los instrumentos: La Escala social de Orestes Botto obtuvo un $r = 0.38$. El Test económico del paciente con Tuberculosis un $r = 0.33$; y el Test de Apgar Familiar con $r = 0.38$ considerándose instrumentos válidos.

Confiabilidad

Los instrumentos fueron sometidos a la prueba estadística Alfa de Cronbach (α), para determinar su confiabilidad. La Escala social de Orestes Botto obtuvo un $\alpha = 0.75$, El Test económico del paciente con Tuberculosis un $\alpha = 0.71$; y el Test de Apgar Familiar con $\alpha = 0.76$ considerándose instrumentos confiables.

3.7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de datos se solicitó la autorización correspondiente a la Dirección del Puesto de Salud Garatea a través de la Dirección de Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa, luego se coordinó con la enfermera jefe de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Posterior a ello se identificó a las personas con tuberculosis sensibles registrados en la ESN PCT que cumplían con los criterios de inclusión y se le informó que los datos brindados serían anónimos, entregándoles la ficha de Consentimiento Informado (Anexo N°1), el cual fue firmado bajo su responsabilidad. En el caso de los pacientes entre 15 y 17 años se entregó a sus familiares o apoderados para que puedan leer y firmar el documento legal.

Se aplicó los instrumentos a todos los pacientes registrados en la ESN PCT

Los padres o apoderados de los pacientes entre 15 y 17 años respondieron la mayoría de las preguntas de las encuestas y test aplicados.

Luego de haber seleccionado a los participantes, la autora de esta investigación leyó la Escala social de Orestes Botto (Anexo N°2), mediante preguntas con sus respectivas alternativas con palabras sencillas y de fácil comprensión, a fin de que los participantes mencionen la respuesta que consideren correcta. Luego leyó el Test económico del

paciente con tuberculosis (Anexo N°3), así mismo las alternativas de cada pregunta, con palabras sencillas y de fácil comprensión, a fin de que los participantes mencionaron la respuesta correcta.

Para finalizar se hizo lo mismo con el siguiente instrumento Test de Apgar Familiar (Anexo 04) y las alternativas de cada pregunta con palabras a fin de que comprendan y mencionen correctamente.

Luego de aplicar los instrumentos, se procedió al conteo de las respuestas para obtener los resultados requeridos.

3.8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento y análisis estadístico se realizó mediante el software especializado en estadísticas (SPSS versión 23), previa codificación de los datos obtenidos.

Estadística descriptiva: tablas unidimensionales de frecuencia relativa y simple, estimación de la incidencia. Así como la medida descriptiva según definición y operacionalización de variables.

IV. RESULTADOS Y DISCUSION

1.1 RESULTADOS

Tabla 1.

Incidencia de la Tuberculosis en la Comunidad de Garatea. Nuevo Chimbote, 2019.

SEMESTRE	POBLACION	CASOS DE TB	INCIDENCIA
I	157443	11	7
II	157443	12	7.6
POBLACION	157443	23	14,6

Fuente: Según INEI – N° poblacional 2019.

Figura 1.

Incidencia de la Tuberculosis en la Comunidad de Garatea. Nuevo Chimbote, 2019.

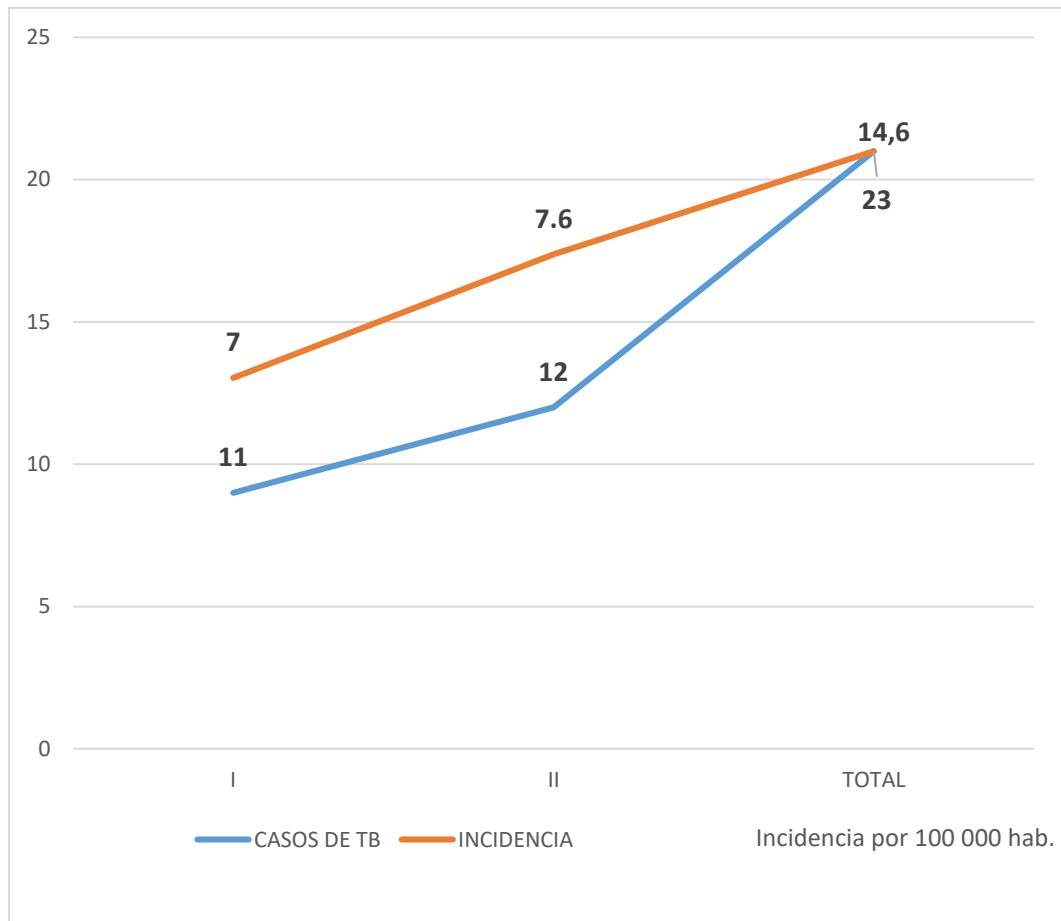


Tabla 2.

Factores Sociales del paciente con Tuberculosis en la Comunidad de Garatea. Nuevo Chimbote, 2019.

Factores sociales	N	%
TOTAL	23	100
Edad		
Adolescentes	05	22
Adulto joven	10	44
Adulto maduro	05	22
Adulto mayor (60 a más)	03	12
Grado de Instrucción		
Primaria	02	11
Secundaria	16	67
Superior	05	22
Trabajo		
Trabaja	08	35
No trabaja	15	65
Residencia		
Urbano	06	24
Urbano marginal	15	65
Rural	02	11
Saneamiento Básico		
Cuenta	20	87
No cuenta	03	13

Fuente: Datos sociales obtenidos del registro del paciente de la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis de la comunidad de Garatea. Nuevo Chimbote, 2019.

Figura 2.

Factores Sociales del paciente con Tuberculosis en la Comunidad de Garatea.

Nuevo Chimbote, 2019.

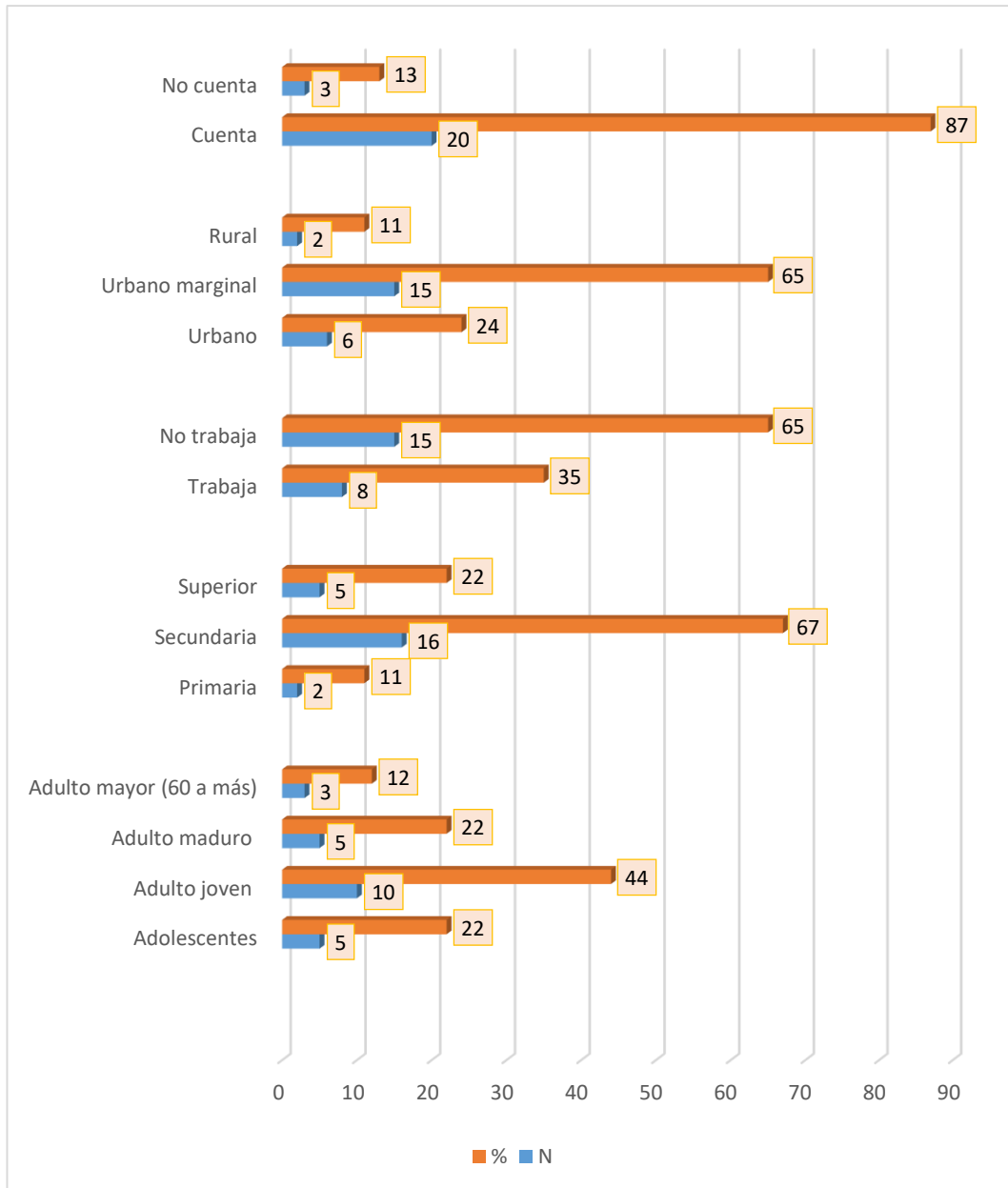


Tabla 3.

Factores Económicos del paciente con Tuberculosis en la Comunidad de Garatea.

Nuevo Chimbote, 2019.

FACTORES ECONÓMICOS	N	%
APOYO NULO	02	09
APOYO ECONÓMICO INSUFICIENTE	21	91
TOTAL	23	100

Fuente: Test económico aplicado a los pacientes de la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Garatea distrito de Nuevo Chimbote, 2019.

Figura 3.

Factores Económicos del paciente con Tuberculosis en la Comunidad de Garatea.

Nuevo Chimbote, 2019.

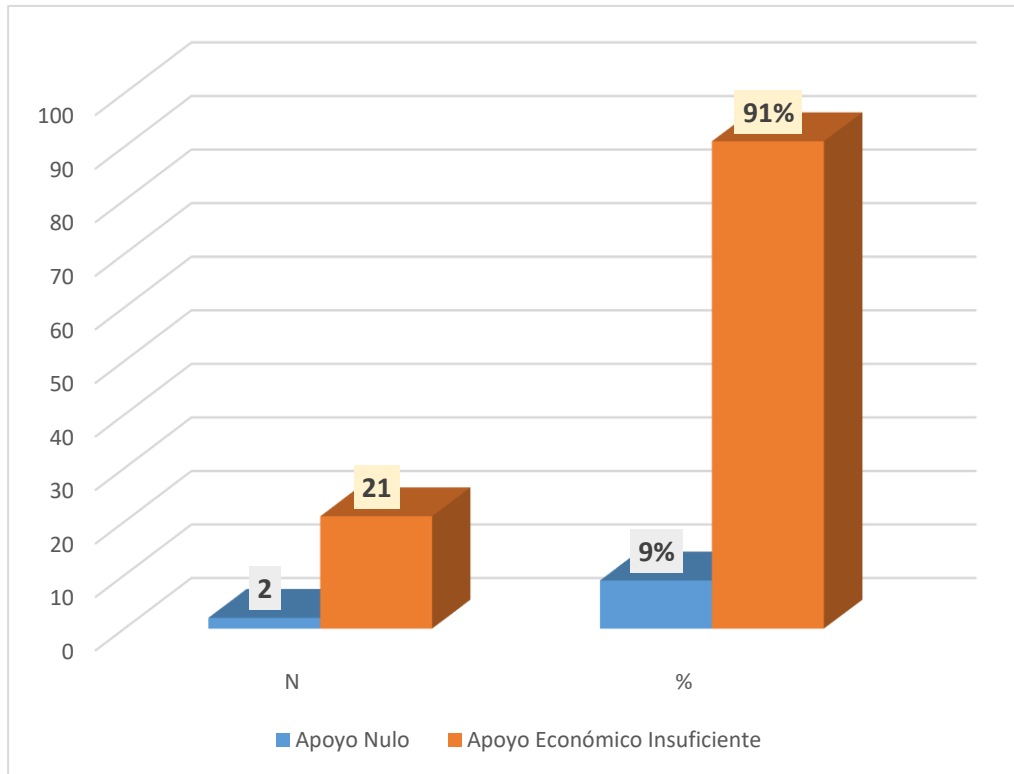


Tabla 4.

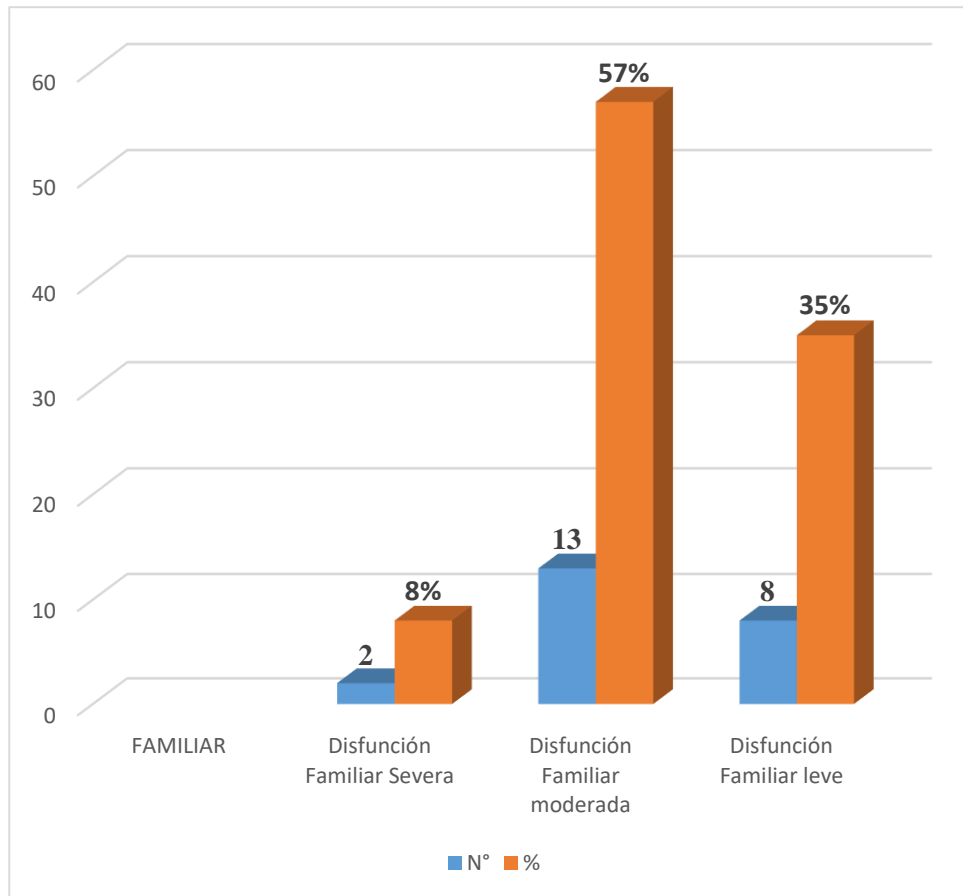
Funcionamiento Familiar del paciente con Tuberculosis en la Comunidad de Garatea. Nuevo Chimbote, 2019.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	Nº	%
Disfunción Familiar Severa	02	08
Disfunción Familiar moderada	13	57
Disfunción Familiar leve	08	35
Total	23	100

Fuente: Test de Apgar familiar aplicado a los pacientes de la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Garatea distrito de Nuevo Chimbote, 2019.

Figura 4.

Funcionamiento familiar del paciente con Tuberculosis en la Comunidad de Garatea. Nuevo Chimbote, 2019.



1.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En **la tabla 1**, La incidencia del paciente con tuberculosis en la comunidad de Garatea del distrito de Nuevo Chimbote, se observa que en el año 2019 se presentaron 23 casos nuevos de Tuberculosis representando una tasa de incidencia del 14,6 por 10 000 hab., la tasa mayor se encontró en el II trimestre (7.6 por 10 000 hab.). Sin embargo, en el I trimestre esta tasa decreció (7 por 10 000 hab.).

Los resultados obtenidos difieren con Aldereguia, G. (2017) quien en su investigación obtuvo una tasa de incidencia de 7,7 por 100 000 habitantes.

Las metas específicas establecidas por la Organización Mundial de la Salud en la Estrategia “Fin a la Tuberculosis” que se fijaron para el 2020 consistieron en reducir la incidencia en un 20% y en lograr que ningún paciente con Tuberculosis ni su familia tenga que hacer frente a gastos a consecuencia de esta enfermedad. En contexto de lo antes mencionado, en el 2020 la incidencia logró un puntaje con 12,4% similar al 2019 significativo al 12,5%, por lo tanto, no hay disminución de la incidencia.

En la **Tabla 2**, los Factores sociales del paciente con tuberculosis según la variable edad, con una población de 23 pacientes nos muestra que el 44% son adultos jóvenes entre 18 y 35 años, el 22% son adolescentes entre 15 y 17 años igualmente el 22% son adultos maduros entre 36 y 60 y el 12% son adultos mayores de 60 a más años.

Los resultados difieren totalmente con lo reportado por Aldereguia G. (2017) donde la edad que predominó fue de 60 años con un porcentaje de 65% en una población de 218 pacientes, a diferencia de los pacientes con Tuberculosis en la comunidad

de Garatea donde predomina los adultos jóvenes de 18 y 35 años con 44% del total de casos.

Los siguientes resultados se relacionan diferencialmente a unos pocos años con lo reportado por Quevedo C., Sánchez R., Villalba P. (2016), donde predominó el grupo etario de 25 a 44 años de edad.

Los resultados de la investigación difieren levemente con lo reportado por Choque, L. (2016), reportaron que predominan adultos jóvenes (53.8%), mientras que los pacientes con Tuberculosis en la ESPCT en la comunidad de Garatea predominó adultos jóvenes entre 18 y 35 años con 44% menor al estudio.

Las personas adultas jóvenes en la mayoría de veces son más propensas a enfermarse por que están en constante movimiento social, ya sea en el trabajo, estudios superiores, estrés, déficit alimenticio y por la contaminación ambiental. La evolución positiva de los pacientes con la enfermedad de la Tuberculosis depende de muchos factores entre ellos la edad. A diferencia de los adultos mayores, los jóvenes superan con mayor efectividad la enfermedad porque anatómica-fisiológicamente están más aptos (Cueva, 2015).

Los Factores sociales del paciente con Tuberculosis según la variable grado de instrucción en la comunidad de Garatea de Nuevo Chimbote 2019, se observa que el 67% tienen secundaria completa conformado con 16 pacientes, un 20% con grado superior y un 11% solo con grado de primaria.

Según los resultados difieren con lo reportado por Espinoza, Y. (2017) observando más del 50% de su población tienen secundaria completa y profesión, la cual recalca que el 22% son operadores, 7% empleados, 7% jubilados y un 2% trabajadores de

salud, pero un 22% ignoraba su profesión, en cambio los pacientes con Tuberculosis de la ESCPT en la comunidad de Garatea muestra que el 67% tiene secundaria completa, los profesionales se exponen con un 20% y con grado de primaria un 2%.

Esta investigación difiere con lo reportado por Quevedo C., Sánchez R., Villalba P. (2016), donde el grado de instrucción que predomina es secundaria con un 53% y un 1.9% con estudios universitarios.

Los resultados difieren levemente en relación con el estudio de Choque, L. (2016), donde predomina el grado de instrucción secundaria (59.8%) a diferencia del 67% con 16 pacientes de la ESCPT en la comunidad de Garatea.

La obtención de conocimientos acerca de la enfermedad, su desarrollo y evolución es muy importante para todos los pacientes que pertenecen a la estrategia de control y prevención de la Tuberculosis (ESCPT) sin embargo, la precariedad cultural e intelectual dificultan el interés y la obtención de conocimientos por parte de la población contribuyendo al abandono del tratamiento y pérdida de salud (Pauro, 2015).

Los Factores sociales del paciente con tuberculosis según la variable trabajo, se observa que el 65% de los pacientes no trabaja conformando por 15 personas, mientras que el 35% trabaja conformado por 08 personas.

Con respecto al estudio de Hernández et al., (2015) se relaciona en función al trabajo porque el 65% de la población es subsidiado, de la misma forma con los pacientes con tuberculosis en la comunidad de Garatea donde el 60% de los pacientes no trabajan.

Los Factores sociales del paciente con tuberculosis según la variable residencia,

presenta que el 65% de los pacientes viven en zonas urbano marginales conformado por 15 personas, el 24% viven en zonas urbanas conformado por 6 personas y el 11% viven en zona rural conformado por 2 pacientes.

Los resultados se relacionan según la investigación de Muñoz y Fernández, 2014 donde el 26,9 % de los enfermos habitaban en viviendas en buenas condiciones. Por el contrario, superior el porcentaje alcanzado por los enfermos que residían en viviendas con malas condiciones con 60%, en la comunidad Garatea el 68% donde los pacientes viven en las mismas condiciones.

La tuberculosis es una enfermedad social por su vínculo con la pobreza, afecta mayormente a los países en desarrollo y a los sectores más vulnerables de los países desarrollados, lo que hace difícil su control y erradicación. La pobreza y la falta de viviendas dignas en los núcleos urbanos marginales y rurales también se asocian a esta nueva incidencia de la Tuberculosis. En mi investigación observé que más del 50% de los pacientes con Tuberculosis en la comunidad de Garatea no tiene viviendas dignas, por lo cual viven en hacinamientos y poca ventilación.

Los Factores sociales del paciente con Tuberculosis según la variable saneamiento básico con una muestra de 23 pacientes se observa que el 13% no cuentan mientras que el 87% si; de los cuales el 100% tienen agua potable, el 87% luz eléctrica y desagüe, respectivamente.

Según el aporte de INEI difiere en relación a mi estudio porque se observa que el 76.3% de las personas presentan red pública dentro de la vivienda, pilón de uso público con un 2.1%, camión cisterna con un 2.0%, en pozo 2.5%, rio, acequia, manantial o similar con un 8.7%, otros 3,6% (agua de lluvia, agua de nieve

derretida, red pública de la casa de un vecino) mientras que los pacientes con Tuberculosis en la comunidad de Garatea presentan 100% agua potable. Según la forma de eliminación de excretas difieren en relación a mi investigación demostrando; red pública de desagüe dentro de la vivienda con un 63%, pozo séptico con un 4.5%, pozo ciego /letrina por un 12.3%, rio, acequia o canal con un 1.1% y el que no tiene o incluye otro método 8.7% a diferencia en la comunidad de Garatea donde solo el 87% lo presenta.

En el estudio de Muñoz y Fernández, 2014 explica que la buena higiene del hogar mostró un porcentaje menor de la enfermedad de la Tuberculosis en los sanos con 81,7 %, mientras en los enfermos fue 51,9 %. La mala higiene del hogar fue superior en los enfermos, con el 9,6 %, ante solo el 2,9 % en los sanos. Se aprecia una marcada diferencia en el porcentaje de los enfermos con hacinamiento, que fue el 34,6 %, o sea, superior en dos veces al 17,3 % alcanzado por los sanos.

Está claro que el incremento del número de gente pobre y malnutrida que padece situaciones de hacinamiento y falta de higiene facilita la transmisión de la tuberculosis. En los barrios pobres, la combinación de hacinamiento y escasa ventilación implica con frecuencia que una persona con Tuberculosis, si no recibe los cuidados requeridos, transmitirá la infección a otros 10 o 15 individuos cada año (Pauro y Deza, 2015).

En **la tabla 3**, Los Factores Económicos de la Tuberculosis en la comunidad de Garatea de Nuevo Chimbote 2019, en una muestra de 23 pacientes presenta el 91% de apoyo económico insuficiente mientras que el 9% concreta el apoyo nulo.

Los resultados difieren con la investigación de Espinoza, Y. (2017) Donde

predomina el 21% de los pacientes con un nivel socioeconómico muy bajo. En el estudio obtenido predominó el nivel socioeconómico bajo con 37%, a diferencia mi investigación donde predominó el apoyo nulo con el 9%. Según el estudio de Espinoza el nivel socioeconómico medio bajo se presenta con el 25% y 14% nivel socioeconómico medio alto.

Las condiciones socioeconómicas y familiares adecuadas puede reducir el riesgo de infección e incidencia en un 4-6 % anualmente. La situación de la Tuberculosis en el siglo XXI refleja las diferencias sociales y económicas imperantes entre países mundiales y en el país. Se evidencia en que el 95 % de los casos de enfermedad y el 98 % de las muertes se dan en los países y grupos sociales con menos recursos económicos, la cual refleja que es el factor económico determinante para la salud de todos los pacientes con Tuberculosis (Deza, 2015).

En **la tabla 4**, El Funcionamiento familiar del paciente con Tuberculosis en la comunidad de Garatea de Nuevo Chimbote 2019, se observa el 57% presenta una disfunción familiar moderada (dfm), el 35% representa la disfunción familiar leve (dfl) y el 8% con una disfunción familiar severa (dfs).

Según los resultados difiere en la investigación de Espinoza, Y. (2017) quienes lograron la curación 71% tenían buen funcionamiento familiar y 31.5% presentaba disfunción familiar leve, la cual difiere en base a mi investigación presentando 57% de disfunción familiar moderada. Según Espinoza los pacientes que abandonaron el tratamiento, 37.5% presentaban disfunción familiar leve, 25% disfunción moderada y 12.5% disfunción severa.

Un abordaje familiar en la atención sanitaria podría proporcionar una mayor

capacidad para comprender la enfermedad al considerar el hecho de que una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas (Pinto, 2017).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La incidencia de la Tuberculosis en la comunidad de Garatea. Nuevo Chimbote durante el año 2019 fue de 14,6 x 100 000 habitantes.
2. Los factores sociales en la variable edad predominó el adulto joven con el 44%, grado de instrucción secundaria con el 67%, el 65% no trabaja, la residencia urbano marginal con el 65% y el 87% cuentan con todos los servicios básicos.
3. El factor económico según la categorización apoyo económico insuficiente se estimó con el 91%.
4. El funcionamiento familiar predominó la disfunción familiar moderada con el 57%.

5.2 RECOMENDACIONES

- Es importante considerar la información obtenida para diseñar y promover estrategias destinadas a fortalecer los mecanismos que permitan la prevención de la incidencia, factores sociales, económicos y funcionamiento familiar del paciente con Tuberculosis dentro las estrategias de Control y Prevención de la tuberculosis en cada establecimiento de Salud.
- Utilizar la información para realizar seguimientos de los factores sociales, económicos y el grado de funcionamiento familiar en la comunidad de Garatea e introducir programas de capacitación continua acerca de la enfermedad y su evolución.
- Se sugiere al profesional de enfermería considerar la información obtenida en el estudio para posteriores investigaciones en nivel cultural y social de los pacientes que presenten esta enfermedad para llegar hacia ellos y comprendan la gravedad de su desarrollo, contagio y prevención. Es posible complementar el estudio con investigaciones de tipo cualitativas que posibiliten indagar en los resultados obtenidos.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alarcón, V., Alarcón, E., Figueroa, C. & Mendoza, A. (2017) Tuberculosis en el Perú: Situación Epidemiológica, avances y desafíos para su control. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Publica*. Perú, Lima. Volumen 34 (2): Consultado el 25 de setiembre del 2018. ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2384/2777
- Aldereguia, L. (2017). Tuberculosis Pulmonar Estudio Clínico Epidemiológico *Revista Cubana de Medicina General*. Cuba, Cienfuegos, volumen 33(n 3): *versión impresa* ISSN 0864-2125, *versión Online* ISSN 1561-3038. Consultado el 25 de setiembre del 2018. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-2125201700030000
- Bezerra, F. (2013) Promoción de la Salud: La calidad de vida en las prácticas de Enfermería. Caerá, Brasil. *Rev. Enfermería Global Scielo*. Vol. 12(32); 1-7. Consultado el 30 de enero del 2019. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400016
- Carlos Orestes Botto (2010). Doctor Neurólogo Comunitario. EEUU. Nueva York, (biografía médica). (Publicado original en 2010) [Pg. 34]. Consultado el 22 de agosto del 2020. <http://cuerpomedico.hdosdemayo.gob.pe/files/journals/1/articles/131/submission/original/131-346-1-SM.pdf>
- Centro para el control y prevención de enfermedades (2018). Eventos adversos del tratamiento de la Tuberculosis. España, Madrid, revista online (24/7). Consultado el 28 de enero del 2019. <https://www.cdc.gov/tb/esp/topic/treatment/adverseevents.htm>

Chávez, L (2015). Actitud de la Familia frente al Paciente con Tuberculosis en Proceso De Tratamiento En La Micro Red De Salud Santa Adriana 2015 – Juliaca [Tesis para obtener el título profesional de segunda especialidad en promoción de la Salud y Terapia Familiar]. Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Ciencias Histórico Sociales. Unidad de Segunda Especialidad. Arequipa, Perú. Consultado el 28 de enero del 2019. [http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2246/HSchroml.pdf?sequence=.](http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2246/HSchroml.pdf?sequence=)

Cueva, A. (2014). Factores Socioeconómicos que influyen en el incumplimiento del tratamiento en pacientes del programa de prevención y control de la tuberculosis del hospital I La Esperanza, Essalud – 2014 [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Trabajo Social. Perú, Trujillo]. Consultado el 28 de enero del 2019.<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/3229/CUEVA%20ABURTO%20YOVANY%20JAQUELINE%28FILEminimizer%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos (2014). Manejo de Pacientes con Tuberculosis y mejora de la adherencia al tratamiento. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Georgia, Atlanta. Vol. (6: 1-98). Consultado el 28 de enero del 2019. <https://www.cdc.gov/tb/esp/publications/guides/ssmodules/spanishssmodule6.pdf>

Gerencia Regional de Salud (GERESA) (2016). Actualización del Plan de Equipamiento de establecimiento de Salud. Comisión intergubernamental de Salud-CIGS. Perú, La Libertad. Consultado el 28 de enero del 2019. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/ANEXOS%20RM%201842017/REGION%20LA%20LIBERTAD%201%20DE%201.PDF>.

Hernández, G.; Mosquera, Y.; Vélez, C. Montes, N. (2015). Factores asociados al desarrollo de tuberculosis en contactos domiciliarios de pacientes con tuberculosis, Medellín 2015. Colombia, Medellín. Ces Salud Publica. Vol. (1: 48-60). Consultado el 28 de enero del 2019. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6176878>

Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI (2014). Compendio estadístico Perú, vivienda y Hogar. Fuente: Ministerio de Vivienda, construcción y Saneamiento – Fondo Mivivienda. Unidad de Estadística – OGEL: pag. (197-254). Perú, Lima. Consultado el 28 de enero del 2019. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1173/cap04/cap04.pdf

Instituto Nacional De Estadística E Informática - INEI (2018) Formas de acceso al agua y saneamiento básico. Encuesta Nacional de Programas Presupuestales. Pag. (1-69). Lima, Perú. Consultado el 28 de enero del 2019. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_agua_y_saneamiento.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES. Lima - Perú. Consultado el 28 de enero del 2019. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI (2019) Compendio estadístico Ancash 2019. Oficina departamental. Perú, Ancash, Nuevo Chimbote. página (54). Consultado el 30 de enero del 2019.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0962/1ibro.pdf

La Unión (2017). El papel vital de las enfermeras en la atención y el tratamiento de la tuberculosis. Día Internacional de las Enfermeras. Estados Unidos. California. Red de noticias internacionales TB. Consultado el 30 de enero del 2019. <https://www.theunion.org/espanol/quienes-somos>.

Marriner, A. Y Raile, M. (2011). Modelos y Teorías de enfermería. Barcelona, España. (Libro original). Elsevier-Mosby.

Martínez, Y. (2014) Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de Tuberculosis Pulmonar. Atención Familiar. México, Tamaulipas. Elsevier. Vol. [(2). 47-49]. Consultado el 30 de enero del 2019. <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-factores-familiares-que-favorecen>
S140588711630013X

Medline Plus (2020). Test de Apgar. Servicios bibliotecarios de Salud. Inglaterra. Pag [308 cod, 32]. Consultado el 24 de agosto del 2020. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003402.htm>

Ministerio de Salud (2011). Categorías de establecimientos del sector Salud. Norma Técnica de Salud NTS N° 02183-MINSA/dgsp-v.03. Lima, Perú/Minsa. Vol. 3 (n°546-2011/); 1-12 Consultado el 30 de enero del 2019. http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/AtencionFarmaceutica/Categorizacion-UPSS_Farmacia.pdf

Ministerio de Salud (2012). Impacto socioeconómico de la Tuberculosis en el Perú 2012: Documento Técnico /Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las personas.

Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Biblioteca central del Ministerio de Salud: 152 pp. Lima- Perú. Consultado el 30 de enero del 2019. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1820.pdf>

Ministerio de Salud (2014). Informe de la Tuberculosis en el Perú. Evaluación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Pdf. Pag. (1-115). Perú, Lima.

Ministerio de Salud (2015). Análisis de la Situación epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú 2015. Dirección General de Epidemiología. Perú, Lima: Ministerio de Salud. Consultado el 15 de febrero del 2019. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3446.pdf>

Ministerio de Salud (2018). Norma Técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas con Tuberculosis. Resolución Ministerial República del Perú. Aprobada por R.M. N° 752-2018/MINSA. Modificatoria de la NTS N° 104 – MINSA/DGSP. Lima, Perú. Vol. 1 (752-2018); 1-38. Consultado el 15 de febrero del 2019. <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.PDF>

Ministerio de Salud (2019). Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de enfermedades. Sala de situación, Perú SE 5 – 2019. República del Perú, Minsa. Pág. (1-51). Consultado el 15 de febrero del 2019. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2019/SE062019/01.pdf>

Miñano, S. y Vilca, R. (2013). Funcionamiento familiar y autoestima asociado al cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculosos en el paciente con tuberculosis del centro de salud Yugoslavia [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Universidad Nacional del Santa, Nuevo Chimbote, 2013.

Montes, T. (2017). Incidencia de la investigación. Perú, Lima, revista Online. Consultado el 18 de febrero del 2019.

<https://metodologiadelainvestigacion31.wordpress.com/2017/12/05/incidencia/>

Muñoz, R. Fernández, A (2015). Factores sociales en la incidencia de Tuberculosis Pulmonar en el municipio 10 de octubre, Cuba - 2015. Seg. Rev. Cubana de Higiene y epidemiologia. La Habana-Cuba. Vol. [49 (3): 1-4]. Consultado el 18 de febrero del 2019. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300002

Organización Mundial De La Salud (2016). Estrategia de la OMS para acabar con la Tuberculosis. OMS Estrategia TB. Estados Unidos. Sinopsis. Consultado el 18 de febrero del 2019. http://www.who.int/tb/post2015_strategy/es/

Organización Mundial de la Salud (2016). Que es la Tuberculosis Pulmonar y Extra pulmonar y como se trata. Sitio web Mundial. Estados Unidos. Consultado el 18 de febrero del 2019. <https://www.who.int/features/qa/08/es/>

Organización Mundial de la Salud (2016). Informe Mundial sobre la Tuberculosis. Estados Unidos. Sinopsis. Consultado el 18 de febrero del 2019. <http://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/tuberculosis>.

Organización Mundial de la Salud (2016). Informe Mundial sobre la Tuberculosis. Estados Unidos Sinopsis. Consultado el 18 de febrero del 2019. <http://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/tuberculosis>.

Organización Mundial De La Salud (2017). Datos y cifras sobre la Tuberculosis a Nivel Mundial. Estados Unidos. Sinopsis. Consultado el 28 de febrero del 2019.

http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_executive_summary_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2018). Determinantes sociales de la Salud Sitio web Mundial. Estados Unidos. OMS. Consultado el 28 de febrero del 2019. https://www.who.int/social_determinants/es/.

Organización Mundial De La Salud. (2013) Informe sobre la Salud en el Mundo Forjemos el futuro. Sinopsis Ginebra, Suiza. Consultado el 28 de febrero del 2019. http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2016_executive_summary_es.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2016). Indicadores de la Salud: Incidencia. Aspectos conceptuales y operativos. EEUU. Artículo (3), pag, (3). Consultado el 28 de febrero del 2019. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&limitstart=2&lang=es

Organización Mundial de la Salud (1 de abril de 2009). Impacto de la crisis financiera y económica mundial en la salud. Consultado el 28 de febrero del 2019. https://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/financial_crisis_20090401/es/.

Pauro, H y Parillo, R. (2012). Factores personales, sociales y económicos que influyen en la prevalencia de Tuberculosis Pulmonar [Tesis para optar Maestría en Salud en Enfermería]. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Escuela de Post Grado. Juliaca, Perú. Consultado el 28 de febrero del 2019.

<https://www.monografias.com/trabajos93/factoresprevalenciatuberculosispulmonar/factores-prevalencia-tuberculosis-pulmonar.shtml>

Puesto de Salud Garatea, Nuevo Chimbote (2019) Informes mensuales de incidencia en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de La Tuberculosis. Archivos e informes mensuales sobre las incidencias relacionados a los factores socioeconómicas y el funcionamiento familiar. Nuevo Chimbote, Puesto de Salud Garatea.

Quevedo L, et al (2015). Relación del soporte familiar y social en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en Centros de Salud. Rev. Enfermería Herediana. Perú, Lima. Vol. [8 (1): 11-16]. Consultado el 28 de febrero del 2019. <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1095>

Red De Salud Pacifico Sur, Nuevo Chimbote (2017). Informe del Análisis de las intervenciones de prevención y control de la Tuberculosis en la Red de Salud Pacifico Sur 2017. PDF. Nuevo Chimbote – Perú. Páginas (1-12).

Ríos, J. (2016). Situación de Tuberculosis en el Perú y la respuesta del Estado (Plan de Intervención, Plan de Acción). Directora de Prevención y Control de TB – DPCTB.DGIESP-MINSA. Perú, Lima: Ministerio de Salud. Consultado el 13 de marzo del 2019. <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180605122521.pdf>

Universidad Nacional del Santa (2017). Código de Ética de Investigación de la Universidad Nacional del Santa. Transcripción de resolución N° 560-2017-CU-R-UNS. Nuevo Chimbote, Perú. Consultado el 14 de marzo del 2019. <https://uns.edu.pe/archivos/1.%20RESOLUCION%20Y%20CODIGO%20DE%20ETICA.pdf>

Valoración Enfermera de la Familia (2019). Funcionamiento Familiar. Guía básica Familiar.

Consultado el 13 de marzo del 2019. [https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-](https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-034564a4e1d00969/1/guiavaloracionenred_SCORM.zip/page_09.htm)

[0345 64a4e1d00969/1/guiavaloracionenred_SCORM.zip/page_09.htm](https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-034564a4e1d00969/1/guiavaloracionenred_SCORM.zip/page_09.htm)

ANEXOS



ANEXO N°1
CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente proyecto investigación está siendo conducida por Sánchez Yon Yellitza Marjorie, con la asesoría de la profesora Dra. Margarita Huañáp Guzmán de la Universidad Nacional del Santa.

Si accedo a participar en este estudio, (encuesta o lo que fuera pertinente), la que tomará 20 minutos de mi tiempo. Mi participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

En principio, las entrevistas o encuestas resueltas serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esa manera.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Gracias por su participación.

Yo, _____ doy mi consentimiento para participar en este estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con:

Nombre del investigador:

Nombre del asesor:

Nombre

Nombre

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

.....

.....

Firma del participante y fecha

Nombre del participante



ANEXO N°2
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL ENFERMERIA
ESCALA SOCIAL DE ORESTES BOTTO

A continuación, le presentamos un instrumento que servirá para identificar los factores sociales de los pacientes con Tuberculosis. Por lo cual pedimos su participación y sinceridad al responder las preguntas que se muestran a continuación. El presente instrumento es anónimo. Ud. Marque con un aspa (X) la que considere correcta

INDICADORES	ITEMS
EDUCACION	<input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/> Primaria Completa <input type="checkbox"/> Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Sin Instrucción
OCUPACION	De la Mujer: <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Obrera <input type="checkbox"/> Sin trabajo Del jefe de la familia: <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Obrero <input type="checkbox"/> Sin trabajo
VIVIVENDA	Paredes: <input type="checkbox"/> Material noble completo <input type="checkbox"/> Material noble incompleto <input type="checkbox"/> Adobe <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> estera/cartón Techo: <input type="checkbox"/> cemento <input type="checkbox"/> eternit <input type="checkbox"/> madera / adobe <input type="checkbox"/> estera Piso: <input type="checkbox"/> Acabado <input type="checkbox"/> Falso piso <input type="checkbox"/> Tierra N° de personas: <input type="checkbox"/> 05 personas por cuarto

	<input type="checkbox"/> 04 personas por cuarto <input type="checkbox"/> 02 a 03 personas por cuarto <input type="checkbox"/> 01 persona por cuarto
SANEAMIENTO	<p>Abastecimiento de Agua</p> <input type="checkbox"/> Caño en casa (propio) <input type="checkbox"/> red pública común (pileta) <input type="checkbox"/> camión cisterna <input type="checkbox"/> pozo / ríos
	<p>Eliminación de excretas</p> <input type="checkbox"/> Servicio higiénico propio <input type="checkbox"/> Servicio higiénico común <input type="checkbox"/> Letrina <input type="checkbox"/> Aire libre
	<p>Eliminación de Basura</p> <input type="checkbox"/> Camión recolector <input type="checkbox"/> Campo abierto y quema en pozo <input type="checkbox"/> Campo abierto
	<p>Alumbrado</p> <input type="checkbox"/> Eléctrico <input type="checkbox"/> Lámpara Petromax <input type="checkbox"/> Lámpara de Kerosene <input type="checkbox"/> Vela / mechero

La evaluación no tiene puntajes, los resultados son personales en una población medianamente pequeña.



ANEXO N°4
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL ENFERMERIA
TEST DE APGAR FAMILIAR

Fecha: Día..... Mes: Año.....

La información que se va a pedir es importante para el cuidado integral de su salud.

Este cuestionario debe contestarlo usted; no es necesario preguntarle a otra persona.

Números de miembros de la familia:.....

Posición del encuestado de la familia:.....

Parentesco:..... Sexo:..... Edad:.....

Grado de Instrucción:.....

Preguntas	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1. ¿Está contento con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema?					
2. ¿Le agrada como en su familia hablan y comparten los problemas?					
3. ¿Le gusta como su familia acepta y apoya sus deseos de emprender en nuevas actividades?					
4. ¿Le agrada como su familia expresa y responde emociones? ¿como?	Amor				
	Tristeza				
	Rabia				
5. ¿Está contento como comparten en su familia?	El tiempo para estar juntos				
	Los espacios de la casa				
	El dinero				
6. ¿Está contento con el apoyo que recibe de sus amigos(as)?					
7. ¿Tiene usted algún amigo(a) a quien puede buscar cuando necesite ayuda?					

EVALUACIÓN DEL TEST APGAR FAMILIAR
PARA EVALUAR (SOLO POR EL INVESTIGADOR) PUNTAJE

Nunca.....	0 Puntos
Casi Nunca.....	1 Punto
Algunas Veces.....	2 Puntos
Casi Siempre.....	3 Puntos
Siempre.....	4 puntos

Para preguntas de Función Familiar:

Buena función familiar	(18 a 20 puntos)
Disfunción familiar leve	(14 a 17 puntos)
Disfunción familiar moderada	(10 a 13 puntos)
Disfunción familiar severa	(menos de 9 puntos)

ANEXO 5

FORMULA PARA CALCULAR LA INCIDENCIA DE LA TUBERCULOSIS

$$\text{INCIDENCIA} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos nuevos}}{\text{Población en riesgo de la comunidad de Garatea Nvo. Chimbote 2019}} \times 10\,000\text{h}$$

ANEXO 6:

CONSOLIDADO DE RESULTADOS DE LOS FACTORES SOCIALES, ECONOMICOS Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Factores /Pacientes	Social															Económico		Funcionamiento Familiar (ff)			
	Edad				Grado Instrucción			Trabajo		Residencia			Saneamiento Básico.			Suf.	Insuf.	bff	dfl	dfm	dfs
	15-17	18-35	36-60	60	Pr	Sc	Sp	Trabaja	No	Urb	UM	Rural	Agua	Luz	Desag						
1				+	+			+				+	+				+				+
2				+	+			+				+	+				+				+
3				+		+		+			+		+				+			+	
4	+					+			+	+			+	+	+		+		+		
5	+					+			+		+		+	+	+		+		+		
6	+					+			+		+		+	+	+		+		+		
7	+					+			+		+		+	+	+		+		+		
8	+					+			+		+		+	+	+		+		+		
9			+				+	+		+			+	+	+		+		+		
10			+				+	+		+			+	+	+		+		+		
11			+				+	+		+			+	+	+		+		+		
12			+				+	+		+			+	+	+		+			+	
13		+	+				+	+		+			+	+	+		+			+	
14		+				+			+		+		+	+	+		+			+	
15		+				+			+		+		+	+	+		+			+	
16		+				+			+		+		+	+	+		+			+	
17		+				+			+		+		+	+	+		+			+	
18		+				+			+		+		+	+	+		+			+	
19		+				+		+			+		+	+	+		+			+	
20		+				+		+			+		+	+	+		+			+	
21		+				+		+			+		+	+	+		+			+	
22		+				+		+			+		+	+	+		+			+	
23		+				+		+			+		+	+	+		+			+	