



ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Violencia familiar y adherencia terapéutica en pacientes
con tuberculosis de los servicios de salud, Lima-2014**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

DOCTOR EN PSICOLOGÍA

AUTORES:

Mgtr. Edgard Rolando Rivero Contreras
Mgtr. Mónica Marlene Molina Bustamante

ASESORA:

Dra. Isabel Menacho Vargas

SECCIÓN:

Humanidades

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

PERÚ – 2015

Dr. LUIS ALBERTO NUÑEZ LIRA

Presidente

Dr. ANGEL SALVATIERRA MELGAR

Secretario

Dra. ISABEL MENACHO VARGAS

Vocal

A nuestra familia y maestros, quienes en su afán por brindarnos una enseñanza de calidad, nos han otorgado la oportunidad de desarrollarnos como buenas personas y profesionales de la salud, tomando como referencia sus propias experiencias y modelo profesional.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser nuestro guía en el largo camino hacia el logro de nuestros sueños, y por darnos sabiduría, prudencia y fuerzas para no desfallecer a pesar de las dificultades presentadas en el recorrer académico.

A nuestra familia por brindarnos su apoyo incondicional y confianza, a nuestras parejas, por formar parte de nuestras vidas y compartir nuestros momentos agradables e incertidumbres también, pero que al final la comunicación y el amor resuelve todo.

A nuestros amigos y personas a quienes hemos conocido a lo largo de nuestras vidas, por enseñarnos que para tener éxito, hay que aprender de los errores, escuchar, ser empáticos, perseverantes y no perder nuestra identidad, pues la vida nos da nuevas oportunidades y sólo depende de nosotros el saber tomarlas.

A los Directores de las Redes de Salud del Ministerio de Salud que nos permitieron trabajar y atender una necesidad sanitaria de las poblaciones más vulnerables de nuestra región y así cumplir con una de las metas de nuestra investigación y a la vez contribuir en la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes.

Al equipo técnico de las estrategias sanitarias de salud mental y de control de tuberculosis de las redes de salud de Lima Este y Lima Norte que contribuyeron en la implementación de nuestra investigación.

A nuestra asesora, Dra. Isabel Menacho, por sus consejos brindados y paciencia a lo largo de la elaboración de nuestra tesis, así como por su motivación hacia el logro y consolidación de los productos de investigación.

DECLARATORIA DE AUTENCIDAD

Nosotros los doctorando Edgard Rolando Rivero Contreras con DNI n° 08470677 y Mónica Marlene Molina Bustamante con DNI n° 07688375, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de Post Grado de la Universidad César Vallejo, declaramos bajo juramento que toda la documentación presentada es veraz y auténtica.

Asimismo, declaramos bajo juramento que todos los datos e información presentados en la presente tesis cuentan con autenticidad y veracidad.

En tal sentido, asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada; por consiguiente, nos sometemos a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Los Olivos, Mayo de 2015

Edgard Rolando Rivero Contreras

Mónica Marlene Molina Bustamante

PRESENTACIÓN

El presente estudio se realizó con el propósito de determinar la relación entre violencia familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.

Se estableció el impacto de la variable violencia familiar en la adherencia terapéutica de los esquemas de tratamiento estandarizados para pacientes con tuberculosis entre los grupos etáreos de 15 a 80 años.

Para una mejor presentación del estudio de investigación del contenido, se ha detallado por capítulos. En el capítulo I, se presenta el planteamiento del problema, que corresponde a la descripción de la realidad problemática, formulación del problema, justificación del estudio, su relevancia y contribución; asimismo, se exponen los objetivos generales y específicos.

En el capítulo II, se presentan los antecedentes nacionales e internacionales, marco teórico y la perspectiva teórica del presente estudio de investigación.

En el capítulo III, se definen las hipótesis generales y específicas, identificación de variables, descripción de variables y la operacionalización de las variables.

En los capítulos subsiguientes se presenta el marco metodológico que dio el soporte técnico a nuestra investigación, se establecen las conclusiones del estudio, se proponen recomendaciones, se presentan las referencias bibliográficas consultadas y se adjuntan los anexos correspondientes.

ÍNDICE

	Pág.
Carátula	
Página del Jurado	
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Declaratoria de autenticidad	
Presentación	
Índice	
Resumen	
Abstract	
Introducción	
I. Planteamiento del Problema	14
Realidad Problemática	18
Formulación del Problema	21
Justificación, relevancia y contribución	22
Teórica	
1.1.1.Práctica	22
1.1.1. Metodológica	22
1.1.3.Social	22
1.1.4.Epistemológica	22
1.2.Objetivos	23
1.4.1.Objetivo General	23
1.4.2.Objetivos Específicos	23
II. Marco Referencial	25
2.1.Antecedentes	26
2.1.1.Antecedentes Nacionales	26
2.1.1. Antecedentes Internacionales	28
2.2. Marco teórico	31
2.3. Perspectiva Teórica	64
III. Hipótesis y Variables	66
3.1.Hipótesis	67

3.1.1.Hipótesis General	67
3.1.2.Hipótesis Específicas	67
3.2.Identificación de variables	68
3.2.1.Definición Conceptual	68
3.2.2.Definición Operacional	70
1.4. Operacionalización de variables	70
IV. Marco Metodológico	72
4.1.Tipo de investigación	73
4.1. Población, muestra y muestreo	74
4.2. Criterios de selección	75
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	75
4.4. Validación y confiabilidad del instrumento	79
4.5. Procedimiento de recolección de datos	81
4.6. Consideraciones éticas.	81
V. Resultados	82
5.1. Presentación de resultados	83
5.2. Contrastación de las hipótesis	98
VI. Discusión	105
VII. Conclusiones	113
VIII. Recomendaciones	115
IX. Referencias Bibliográficas	116
X. Anexos	127

Índice de Tablas

N°	Tablas	Pág.
1	Matriz de operacionalización de la variable Violencia Familiar	70
2	Matriz de operacionalización de la variable Adherencia Terapéutica	71
3	Distribución de la población y muestra	75
4	Resultados de la validez de contenido de los instrumentos	79
5	Resultados de la confiabilidad de los instrumentos	79
6	Niveles de confiabilidad	79
7	Frecuencia y porcentaje de la muestra por zonas	82
8	Servicio de procedencia de la muestra	82
9	Frecuencia y porcentaje de la muestra de acuerdo a la edad	82
10	Frecuencia y porcentaje de la muestra de acuerdo al sexo	84
11	Frecuencia y porcentaje de la muestra de acuerdo al grado de instrucción	84
12	Frecuencia y porcentaje de la muestra de acuerdo a la ocupación	85
13	Frecuencia y porcentaje de la muestra de acuerdo al estado civil	85
14	Niveles de Violencia Familiar en la muestra de estudio	86
15	Niveles de los diferentes tipos de violencia familiar	86
16	Niveles de violencia familiar por negligencia	87
17	Niveles de violencia física	88
18	Niveles de Violencia Sexual	89
19	Niveles de adherencia terapéutica	90
20	Niveles de adherencia terapéutica en el factor medio social	91
21	Niveles de adherencia terapéutica en el factor estilos de vida	92
22	Niveles de adherencia terapéutica en el factor medio laboral	93

23	Niveles de adherencia terapéutica en el factor antecedentes de salud	94
24	Niveles de adherencia terapéutica en el factor aspectos emocionales	95
25	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	97
26	Relación entre violencia familiar y la adherencia terapéutica	98
27	Correlación entre la violencia familiar y el factor adherencia terapéutica al medio social	99
28	Correlación entre la violencia familiar y el factor emocional de la adherencia terapéutica	100
29	Correlación entre la violencia familiar y el factor estilos de vida de la adherencia terapéutica	101
30	Relación entre la violencia familiar y el factor medio laboral de la adherencia terapéutica	102
31	Relación entre la violencia familiar y el factor antecedentes de salud de la adherencia terapéutica	103
32	Correlaciones de acuerdo a variables sociodemográficos	104

Índice de Figuras

N°	Figuras	Pág.
1	Modelo de Acción razonada	52
2	Modelo de Creencias sobre la Salud	53
3	Modelo de Acción social	55
4	Esquema del diseño de investigación correlacional	74
5	Niveles de violencia familiar	86
6	Niveles de violencia psicológica	87
7	Niveles de violencia física	88
8	Niveles de violencia sexual	89
9	Porcentaje de los niveles de adherencia	90
10	Porcentaje de los niveles de adherencia del factor social	91
11	Porcentaje de los niveles de adherencia a los factores de estilos de vida	92
12	Porcentaje de los niveles de adherencia al factor laboral	93
13	Porcentaje de los niveles de adherencia al factor antecedentes de salud.	94

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre violencia familiar y adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de las redes de Lima Norte y Lima Este.

Se realizó a través de la metodología de tipo básica y de nivel correlacional de diseño de corte transversal bajo el método hipotético deductivo. La muestra estuvo conformada por 211 pacientes con tuberculosis de 15 y 80 años de edad, de los servicios de salud de las redes de Lima Norte y Lima Este. Los instrumentos utilizados fueron la ficha de tamizaje de violencia familiar y el cuestionario de valoración a la adherencia terapéutica del Ministerio de Salud ambos instrumentos validados por la institución en mención. De los hallazgos se encontró una relación significativa entre violencia familiar y la adherencia terapéutica a los esquemas de tratamiento estandarizados de control de tuberculosis, así mismo, la violencia familiar afecta la dimensión del estado emocional, antecedentes de salud y de las variables sociodemográficas del proceso de adherencia terapéutica en los pacientes con tuberculosis ($p < ,001$).

Palabras clave: Violencia familiar, adherencia terapéutica, pacientes con tuberculosis, servicios de salud.

ABSTRACT

This study aimed to determine the relationship between family violence and adherence in patients with tuberculosis of health services networks in North and East Lima Lima.

It was performed using the methodology of basic type and level of correlational cross-sectional design under the hypothetical deductive method. The sample consisted of 211 patients with tuberculosis of 15 and 80 years old, health services networks in North and East Lima Lima. The instruments used were the record of domestic violence screening and assessment questionnaire adherence to the Ministry of Health both instruments validated by the institution in question. The findings of a significant relationship between family violence and adherence to standardized treatment schemes tuberculosis control was found, also, domestic violence affects the size of the emotional state, health history and sociodemographic variables of process adherence in patients with tuberculosis ($p < .001$).

Keywords: Domestic violence, adherence, patients with tuberculosis, health services.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010, p.21) define a la salud de una forma integral, puesto que no solo la determina como ausencia de enfermedad sino más bien como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, el cual abarca componentes objetivos y subjetivos del comportamiento de las personas. En tal sentido, la variable calidad de vida es aquella que se encarga de valorar el juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado el completo bienestar físico y psíquico; así como también la evaluación objetiva en aspectos como vivienda, alimentación, trabajo, vestido, seguridad social, entre otros.

Las enfermedades crónicas y terminales son padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida de los sujetos que las padecen, por lo tanto, las consecuencias y los tratamientos de ellas requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes que comprometen a todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida (Oblitas, 2006, p.37).

Según la OMS, la tuberculosis representó en conjunto 54% de la carga mundial de enfermedad en 2010 y se espera que superara el 65% de la carga mundial de morbilidad en el 2020; en este escenario el organismo mundial declaró a la tuberculosis una emergencia mundial de salud pública en 1993.

La situación epidemiológica en las Américas y en nuestro país presenta un escenario similar, donde las acciones de control y promoción de programas preventivos frente a este problema sanitario, no han presentado los resultados esperados; y con respecto a la problemática de la adherencia terapéutica los estudios se han centrado unilateralmente en la variable de reacciones adversas propias del esquema de tratamiento diversificado y de acuerdo a la naturaleza de la enfermedad y no a variables psicológicas.

El escenario de la violencia familiar a nivel mundial se ha constituido en un problema de salud pública, que según la Organización Mundial de la Salud, actualmente la tasa de prevalencia corresponde a un 69% de casos, las mismas que fueron reveladas a través de encuestas de poblaciones desarrolladas en diversos países del mundo (OMS, 2010, p102). La violencia familiar afecta la salud física, sexual y/o psicológica de las personas que la sufren, principalmente las mujeres y las niñas. La violencia en la familia afecta a todas las personas dentro del ámbito familiar.

La violencia es entendida según la OMS (2002) como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones y atenta contra el derecho a la salud y la vida de la población.

De otro lado, se sabe que es muy necesario que los pacientes afectados por la tuberculosis tengan altos niveles de adherencia terapéutica debido a la importancia de que ellos cumplan con las prescripciones médicas y de esta manera se pueda derrotar a los microorganismos de la enfermedad, cada vez más resistentes. También se necesitan tales niveles de adherencia debido a la necesidad de acatar la prescripción médica de mediano plazo.

Según Zaldívar (2003, p.59) la adherencia es:

Un conjunto de conductas en las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continua las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables.

Según el MINSA (2013), los ratios de desadherencia correspondió al 15% y en el primer semestre del 2013 el ratio correspondió al 18%. Es evidente que no se están logrando las metas de bajar los porcentajes de desadherencia en nuestro país, lo cual es preocupante y se debe seguir investigando para conocer las causas de tal desadherencia porque los costos en vidas, económicos, familiares y de salud son muy altos.

De acuerdo a los conceptos de la OMS (2010), la violencia afecta a la persona de diferentes maneras y en diferentes ámbitos, por lo cual es importante investigar cómo la violencia afecta a los pacientes con tuberculosis en sus formas y modalidades de adherencia. Se han realizado muy pocos estudios en relación a la adherencia de pacientes tuberculosis. Existen otros estudios de adherencia en otros tipos de pacientes crónicos, los que han resaltado el papel de la percepción de la estimación costos-beneficios y las expectativas para una mayor adherencia en estos pacientes.

Debido a que la violencia afecta a la emocionalidad también se afectaría la forma y nivel de adherencia, por lo cual es importante el estudio de la relación entre la violencia y la adherencia en pacientes tuberculosos de un ámbito poblacional con altos porcentajes de tuberculosis como es Lima Norte y Lima Este.

I Planteamiento del problema

1.1. Realidad problemática

El escenario de la violencia familiar a nivel mundial se ha constituido en un problema de salud pública, que según la Organización Mundial de la Salud actualmente las tasas de prevalencia corresponde a un 69% de casos, las mismas que fueron reveladas a través de encuestas de poblaciones desarrolladas en diversos países del mundo (OMS, 2010). La violencia familiar afecta la salud física, sexual y/o psicológica de las personas que la sufren, principalmente las mujeres y las niñas. La violencia en la familia afecta a todas las personas dentro del ámbito familiar, por lo que es importante precisar el concepto al que nos estamos refiriendo.

Este escenario no difiere sustancialmente en las américas y en nuestro país según la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES, 2012), la tasa de violencia familiar se ha presentado en un 74% de casos. En la jurisdicción de las redes de salud del ámbito de intervención del presente proyecto, se han registrado 8,415 casos de atenciones en violencia familiar al primer semestre del presente año, cifras contempladas de acuerdo al reporte epidemiológico de los establecimientos de salud.

De otro lado, la violencia familiar se ha definido como: Cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive amenaza o coacción graves y/o reiteradas, así como violencia sexual que se produzca entre: cónyuges, ex cónyuges, convivientes, ex convivientes, ascendientes, descendientes, parientes colaterales hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, quienes habitan en el mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales o laborales, quienes hayan procreado hijos en común, independientemente que convivan o no al momento de producirse la violencia; y

entre uno de los convivientes y los parientes del otro hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, en las uniones de hecho (Ley 26260).

Asimismo, se debe entender a la violencia familiar como: cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive la amenaza o coacción grave y/o reiterada; se caracteriza por el empleo comúnmente de la fuerza física contra la víctima (violencia física); el empleo de insultos, humillaciones, descalificaciones, indiferencia, desautorización, expulsión del hogar, amenazas de muerte o de matarse a sí mismo (violencia psicológica) y el abuso sexual en su grado extremo; la misma que puede ser ejercida entre los mismos miembros de la familia (padres, hijos, tíos, abuelos), ex – cónyuges, convivientes, ex – convivientes, quienes hayan procreado hijos en común, vivan o no en la misma vivienda. (Minsa, 2011, p17).

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud OMS (2002) define a la Salud de una forma integral, puesto que no solo la determina como ausencia de enfermedad sino más bien como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, el cual abarca componentes objetivos y subjetivos del comportamiento de las personas. En tal sentido, la variable calidad de vida es aquella que se encarga de valorar el juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la satisfacción en la vida; así como también la evaluación objetiva en aspectos como vivienda, alimentación, trabajo, vestido, seguridad social, entre otros.

Las enfermedades crónicas y terminales son padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida de los sujetos que las padecen, por lo tanto, las consecuencias y los tratamientos de ellas requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes que comprometen a todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida (Oblitas, 2006).

Como se aprecia, de las definiciones anteriores, la violencia familiar puede afectar a todos los miembros de una familia, especialmente cuando esta conducta afecta a un miembro de la familia que padece una enfermedad infecto contagiosa como la tuberculosis que afecta a muchas poblaciones, pero especialmente de los sectores económicamente desfavorecidos, las cuales por razones culturales profundizan el efecto del impacto de la tuberculosis en la calidad de vida de estos pacientes. En nuestro país es un grave problema de salud pública las altas tasas de pacientes infectados por el bacilo de Koch. Se ha observado en las instituciones de salud que el paciente tuberculoso también es violentado por un entorno familiar que lo percibe como un agente que puede transmitir la infección a otros miembros de la familia y lo apartan, por tanto, no sólo recibe el impacto de la enfermedad, sino también de sus propios familiares, por lo que es importante estudiar la percepción de este tipo de violencia en el seno familiar y tomar medidas preventivas.

Se sabe que es muy necesario que los pacientes afectados por la tuberculosis tengan altos niveles de adherencia terapéutica; sin embargo, los niveles de adherencia son deficientes. Los ratios de desadherencia en nuestro ámbito de estudio según fuente epidemiológica del MINSA (2013), tenemos que en el periodo 2013 correspondió al 15% y 18% respectivamente.

1.2. Formulación del problema

Vistos los planteamientos, conceptos y situaciones explicados en la descripción de la realidad problemática formulamos el siguiente problema de investigación:

Pregunta General

¿De qué manera se relaciona la violencia familiar con la adherencia terapéutica de este tipo de pacientes?

Preguntas Específicas

¿Cuáles son los niveles de violencia familiar en el ámbito de estudio?

¿Cuáles son los niveles de adherencia terapéutica a los programas de tratamiento de la tuberculosis en el ámbito de estudio?

¿De qué manera se relaciona la violencia familiar con el factor medio social de la adherencia terapéutica de este tipo de pacientes?

¿De qué manera se relaciona la violencia familiar con el factor emocional de la adherencia terapéutica de este tipo de pacientes?

¿De qué manera se relaciona la violencia familiar con el factor estilos de vida de la adherencia terapéutica de este tipo de pacientes?

¿De qué manera se relaciona la violencia familiar con el factor medio laboral de la adherencia terapéutica de este tipo de pacientes?

¿De qué manera se relaciona la violencia familiar con el factor antecedentes de salud de la adherencia terapéutica de este tipo de pacientes?

¿De qué manera se relaciona la violencia familiar con la adherencia terapéutica teniendo en cuenta las condiciones sociodemográficas de este tipo de paciente?

1.3. Justificación

El presente trabajo de investigación clínica tiene como sustento la justificación siguiente:

1.3.1. Justificación Teórica

Desde el punto de vista teórico, la investigación va a contribuir al enriquecimiento del conocimiento sobre la violencia familiar y su dinámica en el proceso de salud y enfermedad, así mismo sobre el proceso de la adherencia terapéutica en sus seis áreas: medio social, emocional, de estilo de vida, medio laboral y de antecedentes de salud, tratados desde el punto de vista psicológico.

La teoría con la cual se desarrolla la presente tesis está basada en la teoría ecológica y la sistémica de Bronfrenbrenner. Esta teoría señala que el hombre se desarrolla en un medio ecológico y que los fenómenos se producen por efecto sistémico, todos los fenómenos son complejos e interactuantes entre ellos, de allí el efecto sistémico. La violencia familiar es producto de muchos factores, tanto externos como internos y del individuo propiamente dicho.

1.3.2 Justificación Metodológica

La investigación es importante metodológicamente debido al tipo, nivel, método y diseño de investigación que será un referente metodológico para futuras investigaciones en poblaciones en las que muy poco se ha estudiado el tema de la violencia de la familia en la adherencia terapéutica. El método que emplea la presente investigación es hipotético deductivo, es decir, el nuevo conocimiento se produce mediante la contrastación de las hipótesis.

1.3.3 Justificación Social

El estudio evidencia dos problemas de salud pública que viene impactando negativamente en la salud de la población en nuestro país, por un lado tenemos la prevalencia de la violencia familiar en grupos de riesgos y por otro lado el proceso de adherencia terapéutica de los pacientes en alto riesgo que impacta en la tasa de abandono de tratamiento en pacientes de tuberculosis de nuestra región.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre violencia familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.

1.4.2. Objetivos específicos.

Objetivo específico 1

Establecer los niveles de violencia familiar en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este

Objetivo específico 2

Establecer los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este

Objetivo específico 3

Determinar la relación entre violencia familiar y la adherencia terapéutica en el factor medio social en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.

Objetivo específico 4

Determinar la relación entre violencia familiar y la adherencia terapéutica en el factor emocional en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.

Objetivo específico 5

Determinar la relación entre violencia familiar y la adherencia terapéutica en el factor estilos de vida en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.

Objetivo específico 6

Determinar la relación entre violencia familiar y la adherencia terapéutica en el factor laboral en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.

Objetivo específico 7

Determinar la relación entre violencia familiar y la adherencia terapéutica en el factor antecedentes de salud en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.

Objetivo específico 8

Determinar la relación entre violencia familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este, de acuerdo a variables sociodemográficas.

CAPÍTULO II
MARCO REFERENCIAL

2.1. Antecedentes

De la revisión de algunos estudios del contexto internacional y nacional, que guardan relación con la presente investigación, tenemos:

2.1.1. Antecedentes Nacionales

Chen, Iglesias, Chafloque, Herrera, Quiñones-Tafur, Aguilar, I, Torres-Anaya, Peña-Sánchez, Díaz-Vélez (2013), investigaron sobre los Factores asociados a multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis, un estudio analítico, retrospectivo y transversal de casos y controles realizado en 41 pacientes multidrogorresistentes (casos) y 3 controles por cada caso (tuberculosis pulmonar no MDR). Se recolectaron los datos directamente de las historias clínicas y de las fichas empleadas por la DIRESA de Lambayeque, donde se llega a las conclusiones: La mayor fuerza de asociación para el desarrollo de multidrogorresistencia corresponde a la irregularidad en el tratamiento, además, el desempleo, el contacto con TB y, la presencia de comorbilidad son también factores de riesgo en paciente con TB para desarrollar TB-MDR.

Collazos (2012), investigó sobre la relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la ESN-PCT - C.S. San Luis – 2012, en referencia a los conocimientos que tienen los familiares de la ESN-PCT no conocen las medidas preventivas, acerca de las actitudes aceptan los aspectos de que la tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, la necesidad de una detección rápida y que es necesaria la orientación a las familias sobre las medidas preventivas y rechazan que es necesario realizarse un descarte de la TBC, expresan que les resulta incómodo aplicar las medidas preventivas y que no es necesario mantener cierta distancia con el paciente, en términos generales, la mayor parte de la población acepta la aplicación de mencionadas medidas.

Bedón (2012), en su estudio sobre resiliencia y adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA/TBC del hospital San Juan Bautista de Huaral planteó como finalidad determinar la relación entre la Resiliencia y la Adherencia al TARGA, en una muestra de pacientes del hospital San Juan Bautista de Huaral. La muestra no probabilística estuvo conformada por 64 pacientes con el TARGA del Hospital San Juan Bautista de Huaral, cuyas edades fluctúan entre los 18 a 59 años. Los instrumentos aplicados fueron el Cuestionario de Resiliencia (RS) y el Cuestionario de Valoración de la Adherencia. Los resultados revelaron que los participantes presentan un nivel de resiliencia Alto y un nivel de adherencia Media, se encontró una relación significativa y positiva entre resiliencia y adherencia al TARGA ($r=0.453$, $p < 0.001$) así como una relación significativa entre los factores de la resiliencia competencia personal y aceptación de sí mismo y de la vida con la adherencia al TARGA, también se encontró una relación significativa y positiva con las áreas de la adherencia medio social y estilo de vida con el nivel de resiliencia.

Rodríguez (2010), investigaron sobre las “Características psicosociales de los trabajadores de la salud de la región de salud Huancavelica frente a la prevención de la violencia familiar”. La investigación se define como descriptiva analítica, describe y analiza las características psicosociales en lo afectivo emocional, socio familiar y motivación intrínseca de los trabajadores de salud. Las técnicas e instrumentos fueron la ficha epidemiológica de VIF, la escala de autoestima de adultos de Stanley Coopersmith y un Cuestionario de habilidades Psicosociales y entrevista a profundidad. El aporte de la investigación demuestra que las condiciones y características psicosociales de un importante número de trabajadores de la región de salud de Huancavelica no son adecuadas para la labor de atención y prevención de la VIF a nivel comunitario conforme son las prioridades epidemiológicas de la región, esta es un propuesta de nuevas políticas públicas que favorezcan el desarrollo integral de recursos humanos de salud de manera continua y sostenida.

Rojas (2006), realizó el estudio titulado “Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el centro de salud Tablada de Lurín” Noviembre - Diciembre 2005, cuyo objetivo es: Conocer la atención Integral a la persona y familia en riesgo a enfermar y morir por tuberculosis (MINSA, 2001) el estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, el método es el descriptivo de corte transversal, la población en estudio estuvo conformado por los familiares de todos los pacientes que pertenecen al esquema de retratamiento de tuberculosis pulmonar multidrogoresistente (TB MDR) que está compuesta por 16 familiares (uno por paciente); en conclusión: al realizar el análisis de los datos recogidos mediante la aplicación de la escala likert se pudo encontrar que: Existe un porcentaje (62.5%) considerable que tiene una actitud de aceptación seguido de una actitud de indiferencia de 37.5% y 0% de una actitud de rechazo, hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar; con un porcentaje significativo de dirección positiva (100%) relacionados a aspectos clínicos para el diagnóstico y tratamiento.

2.1.2. Internacionales

Ortiz-Barreda y Vives-Cases (2012), presentaron el estudio de “Violencia contra las mujeres: el papel del sector salud en la legislación” donde el objetivo es identificar y describir las responsabilidades que se atribuyen a las administraciones sanitarias en materia de prevención y atención de la violencia contra las mujeres en la legislación internacional sobre este tema. Es así que se concluye que la cuarta parte de las leyes sobre la violencia contra las mujeres estudiadas incorporan intervenciones específicas del sector salud. Esto sugiere que todavía es incipiente el abordaje integral del problema. Se requiere un mayor aprovechamiento de las potencialidades de este sector en intervenciones previas a las consecuencias de la violencia contra las mujeres.

Cruz (2012), estudió los factores de riesgos socioeconómicos en pacientes TBC pulmonar mayores de 15 años del Hospital Corea, en la ciudad de El Alto, donde los resultados encontrados en esta investigación, que identifican como factores de riesgo de tuberculosis a: El hacinamiento, el tipo de ocupación, la migración por trabajo y la desnutrición se explican porque son determinantes sociales de la salud que influyen tanto en la posibilidad de exponerse al contagio, como en el desarrollo final de la tuberculosis asimismo de mostrar el mapa de la pobreza 2011 ubicaba a la ciudad de El Alto con un elevado porcentaje de pobreza (67% de la población) y un mayor índice de vulnerabilidad social. Esto explicaría en gran parte la asociación encontrada entre tuberculosis y factores socioeconómicos.

Carvajal (2012), investigó sobre la perspectiva crítica de las barreras al tratamiento de la tuberculosis, donde definió como objetivo general: identificar las barreras sociales administrativas e individuales para el tratamiento de la tuberculosis, encontrando los siguientes hallazgos: La alta carga de TB, la no-adherencia y abandono al tratamiento y la fármaco resistencia en Buenaventura, necesita que además de entender la infección y la provisión del tratamiento farmacológico, se entiendan y atiendan las condiciones sociales e institucionales que propician la enfermedad, y su inadecuado abordaje como prioridad en salud pública. Por esas razones es necesario adoptar una perspectiva amplia en la atención a la TB que abarque los determinantes sociales de la TB, desde el fortalecimiento del Estado como autoridad sanitaria y rector del sistema de salud.

Cadena (2011), demostró la eficacia de una intervención promotora de salud en la adherencia al tratamiento y estilo de vida en enfermos de TBC, tuvieron como objetivo general: Determinar si una intervención educativa de enfermería promotora de salud, mejora la adherencia al tratamiento y los estilos de vida específicos promotores de salud, en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. Emplearon el diseño cuasiexperimental con preprueba y postprueba y

grupo control y experimental. Entre sus conclusiones: Después de la intervención educativa se encontró que el apego al tratamiento tuberculoso, la responsabilidad en salud y la percepción del estado de salud mejoró significativamente en el grupo intervención. Además concluyen que, después de la intervención educativa promotora de salud, el conocimiento de la enfermedad, la interacción con el personal de salud y la participación de la familia mostraron diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo control ($p=.000$), así mismo las medias y medianas más altas fueron para el grupo intervención.

Carvajal, Leder, Varela, Moreira y Forero (2010) realizaron el estudio de enfoque cualitativo en referencia a la “Perspectiva crítica de las barreras al tratamiento de tuberculosis en Buenaventura: un análisis de inequidades en salud” siendo este lugar, el principal puerto marítimo de Colombia, centro urbano del Pacífico, y es una de las ciudades de Colombia con mayor incidencia de tuberculosis (TB) regular y fármaco resistente. Se realiza la investigación con el objetivo de identificar las barreras al tratamiento de tuberculosis (TB) según la experiencia de pacientes y personal administrativo y asistencial de salud; donde se encontraron tres tipos de barreras: individuales, por vulnerabilidad social de los pacientes, e institucionales, que analizadas desde una perspectiva contextual socio-histórica, permite observar cómo estas barreras están mediadas por problemas estructurales de inequidad social, económica y étnica. A diferencia de otros estudios con hallazgos similares, se documenta el proceso de reemplazo del estado por organizaciones de ayuda humanitaria, académicas y de pacientes de TB, dado la confusión y evasión de responsabilidades frente al control de la TB, entre los actores del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). Se sugiere adoptar una perspectiva amplia en la atención a la TB que además del abordaje clínico, abarque los determinantes sociales de la TB, desde el fortalecimiento del Estado como autoridad sanitaria y rector del sistema de salud.

2.2. Marco teórico

2.2.1. Variable Violencia Familiar

El proceso de la violencia en su escenario y dimensión como fenómeno psicosocial demanda en la actualidad un abordaje y análisis más integral que pasa por la revisión de los modelos teóricos y la contrastación con la realidad, asimismo analizar las relaciones con otros elementos que determinan la dinámica de este fenómeno, y por ende evaluar la eficacia de los programas de prevención propuestos para el abordaje de este problema de salud pública que afecta a nuestro país, en este contexto revisaremos los modelos propuestos (OMS, 2010).

Teoría del aprendizaje social de Bandura de la conducta violenta

De acuerdo a la teoría del aprendizaje social trata de dar respuesta al funcionamiento del comportamiento violento enmarcándose dentro del estudio del aprendizaje, la autorregulación, la autoeficacia y la conducta moral (Bandura, 2001). En relación a la aparición de la conducta violenta, propone que ésta se ve influida por la confluencia de factores biológicos, la experiencia directa y el aprendizaje observacional, teniendo un mayor peso este último, y planteando, a su vez, un determinismo recíproco entre estos tres factores.

En primer lugar, considera que las variables biológicas se ven representadas por factores genéticos y hormonales que influyen en el desarrollo físico y éste a su vez puede influir en la conducta del individuo. En segundo lugar, la experiencia facilita la formación de pautas de conducta nuevas, si bien considera que los elementos más rudimentarios de la conducta humana tienen que ver con la dotación natural (esto es, las respuestas instintivas), por último, considera que los procesos de aprendizaje son factores mediadores para la adquisición de un conocimiento social sobre el uso de la violencia, que parten de la observación (aprendizaje vicario), la imitación del comportamiento y las instrucciones directas de los padres (Bandura, 1987), determinando así el origen de esquemas que guían la acción del niño y

permiten la incorporación de modelos de comportamiento (mencionado en: Garrido, Herrero y Massip, 2001).

Bandura atribuye el peso no solo a la experiencia directa con conductas de violencia, sino al modelado de éstas por la observación e imitación de modelos familiares y del ambiente. Es decir, el aprendizaje no se basa sólo en las consecuencias de las conductas que el propio individuo experimenta, sino también en la observación (el modelado). Por tanto, considera que el individuo genera pautas nuevas de conducta y, posteriormente, esta información codificada es empleada como guía para la acción, evitando así errores innecesarios o cometidos por el propio individuo, puesto que se aprende a través del comportamiento de otros cómo se deben hacer las cosas, antes de hacerlas por uno mismo (Bandura, 1987).

Algunos datos empíricos que consolidan esta posición muestran que la observación de modelos agresivos facilita que más adelante éstos se reproduzcan a través de respuestas sustancialmente idénticas a las del modelo, dándose el proceso de igual modo con las respuestas no agresivas. Pero además, se facilita la transmisión de creencias de permisividad hacia la violencia, inhibiendo así las respuestas no agresivas y aumentando la probabilidad de reacciones agresivas futuras.

Este autor profundiza, por tanto, en el estudio del aprendizaje por observación para proponer cuatro procesos que intervienen en el mismo y son, la observación/atención, retención, reproducción y consecuencias o motivación, de tal forma que la conducta se aprende y se ejecuta en base a dichos mecanismos explicados a continuación.

Procesos de atención:

Los procesos atencionales hacen referencia a qué modelos se seleccionan de entre todos aquellos disponibles y qué aspectos se extraen de los mismos.

Considerando que, la cantidad de experiencias observacionales, se regula en base a las características del observador, los rasgos de las conductas emitidas por el modelo y la organización estructural de las interacciones humanas (Bandura, 1987).

En este sentido, las personas con las que se da una interacción periódica, determinan qué tipo de conductas se observan más y se aprenden mejor. Además, el valor funcional de las conductas emitidas por los modelos determina, en gran parte, a qué modelos atienden las personas y a cuáles no. Pero por otro lado, la atención que prestamos a un modelo está delimitada por la atracción interpersonal, considerando Bandura que ciertas clases de modelado resultan por sí mismas tan gratificantes que atraen la atención de las personas durante largos periodos de tiempo.

Otro factor individual que influiría en este proceso, es la capacidad para procesar la información del observador, influida por el impacto de las experiencias previas en las disposiciones perceptivas del individuo y la línea interpretativa de los hechos llevada a cabo por parte de éste.

Procesos de retención:

Este concepto, según Bandura (1987), hace referencia a la necesidad de que el individuo retenga las características de las conductas que han servido como modelo con el fin de poder reproducirlas cuando éste no esté presente. Por ello, dichas características deben ser representadas en la memoria de forma simbólica, manteniéndose así la experiencia de modelado de forma permanente.

Otro mecanismo igualmente relevante sería la repetición, que constituiría una ayuda fundamental para la memoria ya que, la repetición mental a partir de la cual los individuos se ven a sí mismos efectuando la conducta de manera apropiada, aumenta su pericia y también la retención de la misma.

Una prueba de esta necesidad de retención se pondría de manifiesto según Bandura en el hecho de que, en los primeros años de vida, los modelos se evocan de manera directa e inmediata mientras que, posteriormente, estos comportamientos se realizan sin que los modelos estén presentes, por lo que la imitación inmediata no requiere funcionamiento cognitivo previo, mientras que la imitación diferida requiere una representación interior de aquellos sucesos que no se tienen presentes.

Procesos de reproducción motora:

Este tercer componente del modelado hace referencia a la conversión de las representaciones simbólicas en secuencias conductuales que se logran a partir de la organización espacial y temporal de las propias respuestas en base a las pautas que sirven de modelo. Este proceso, tendría que venir dado por la organización cognitiva de la respuesta, la iniciación y comprobación de la misma, y el perfeccionamiento a través del feedback informativo.

Procesos motivacionales:

Bandura distingue entre la adquisición y la ejecución de la conducta dado que todo lo que el ser humano aprende no lo pone en marcha. De hecho, considera que la ejecución de las conductas depende de las consecuencias de las mismas, es decir, las conductas que parecen ser efectivas para los demás, serán seleccionadas frente a aquellas que parecen tener consecuencias negativas.

Por tanto, en el aprendizaje del comportamiento agresivo los mecanismos de refuerzo o castigo se postularían, igualmente, como elementos fundamentales, dado que a partir de las consecuencias positivas de la conducta se puede incrementar la tendencia a comportarse agresivamente, bien sea por refuerzo positivo o negativo (Patterson, Littman, y Bricker, 1987). Estos procesos, además, son mecanicistas siendo necesario tener en cuenta las funciones de los mismos

que serían, la función informativa, motivacional, reforzante y de reforzamiento autoproducido.

En primer lugar, la función informativa hace referencia a las hipótesis que los individuos se generan sobre cuáles son las respuestas más adecuadas en determinados ambientes en base a los efectos de las mismas, adquiriendo así información que posteriormente les guiará en acciones futuras. De este modo, cuando las hipótesis son adecuadas, llevan al éxito, por lo que se ven reforzadas o refutadas en función de las consecuencias.

En segundo lugar, la función motivacional se manifiesta a partir de la capacidad anticipatoria del individuo, que permite que pueda motivarse a partir de las consecuencias que prevé de su comportamiento. De hecho, las personas también representan simbólicamente estas consecuencias previsibles, de modo que acaban siendo motivadores de su comportamiento. Así, Bandura considera que la mayor parte de las acciones están bajo un control anticipatorio, lo cual proporciona un estímulo para efectuar la acción apropiada y unos alicientes que la mantienen.

Por su parte, la función reforzante pone de relieve que el reforzamiento opera, sobre todo, por su valor informativo y motivacional y no fortaleciendo automáticamente respuestas. Es decir, puede haber un aprendizaje sin conciencia, pero es lento e ineficaz, sin embargo, al aumentar las respuestas correctas, es más fácil discernir qué es lo que se está reforzando y se efectúa con mayor facilidad la conducta apropiada. Las investigaciones sobre este punto se han centrado fundamentalmente en las consecuencias externas e inmediatas, sin embargo, no son las únicas, ya que las personas guían sus acciones también en base a las consecuencias observadas en otros (vicarias) y a las consecuencias que crean para sí mismos (autoproducidas).

De hecho, y en último lugar, la función autoproducida resalta el hecho de que la conducta está controlada por la interacción de factores externos y factores

generados por el propio individuo, es decir, Bandura considera que algunos comportamientos se mantienen por la anticipación de las consecuencias, pero, la mayor parte de ellos, están bajo el control del autorreforzamiento. Este mecanismo, por tanto, es un proceso por el que los sujetos mejoran y mantienen su propia conducta aplicándose a sí mismos recompensas, siempre que su comportamiento se asemeje a ciertas normas preescritas. En este sentido, Bandura considera que la mayor gratificación que puede obtener un ser humano vendría dada por dicho autoreforzamiento, administrado al conseguir lo deseado, y no sólo por la alabanza personal, sino por el hecho de que la discrepancia entre la ejecución y los esquemas de acción dan lugar a insatisfacciones y disonancias y a un aumento de la motivación para hacerlo mejor (Garrido et al., 2001).

Otro de los mecanismos que inicialmente se planteaban fundamentales de cara a explicar la adquisición y mantenimiento de comportamientos agresivos tiene que ver con lo que Bandura denominó *autoeficacia*. Este factor enlaza con los procesos psicológicos que considera que intervienen en el control de las conductas por parte de la propia persona, que incluyen la monitorización de la conducta, el establecimiento de metas, la valoración de la ejecución y el premio personal, en función de dicha valoración.

En este sentido, el autor define la autoeficacia como la creencia que la persona tiene sobre la capacidad que posee para realizar de manera apropiada un determinado comportamiento (mencionado en: Carrasco y Del Barrio, 2002, p.27) Así, ésta actuaría como regulador de la conducta incidiendo en los procesos de pensamiento, motivación y estados afectivos, relacionándose de este modo con la agresividad (Carrasco y Del Barrio, 2002, p.38), dependiendo a su vez para su constitución de las acciones, el modelado social y la evaluación de los demás.

Por último, a estos factores reguladores de la conducta agresiva, Bandura incluye una última variable que hace referencia a la regulación de la conducta moral, la cual se adquiere por los procesos de aprendizaje previamente expuestos,

influyendo a su vez la autoeficacia en la regulación de la misma. Este autor considera que la desvinculación moral se ve representada por los mecanismos que el individuo pone en marcha para explicarse su propio comportamiento violento, tales como la justificación moral, eufemismos, comparación ventajosa, desplazamiento de la responsabilidad, difusión de la misma, alejamiento de las consecuencias de la conducta, echar la culpa a la víctima y deshumanizarla (Garrido et al., 2001) y que se basan en creencias que legitiman la agresión, es decir, la creencia de que la agresión es buena.

Modelo Ecológico de la violencia familiar

El modelo ecológico definido por (Bronfenbrenner, 1987), señala que hemos de entender a la persona no sólo como un ente sobre el que repercute el ambiente, sino como una entidad en desarrollo y dinámica, que va implicándose progresivamente en el ambiente y por ello influyendo también e incluso reestructurando el medio en el que vive. Precisamente por ello, como se requiere de una acomodación mutua entre el ambiente y la persona, Bronfenbrenner señala que la interacción entre ambos es bidireccional, caracterizada por su reciprocidad. Por último, el autor señala que el concepto de “ambiente” es en sí mismo complejo, ya que se extiende más allá del entorno inmediato para abarcar las interconexiones entre distintos entornos y la influencias que sobre ellos se ejercen desde entornos más amplios. Por ello, Bronfenbrenner concibe el ambiente ecológico como una disposición seriada de estructuras concéntricas, en la que cada una está contenida en la siguiente. Concretamente, Bronfenbrenner postula cuatro niveles o sistemas que operarían en concierto para afectar directa e indirectamente sobre el desarrollo del niño. Microsistema: corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado en el que participa. Mesosistema: comprende las interrelaciones de dos o más entornos (microsistemas) en los que la persona en desarrollo participa (por ejemplo, para un niño, las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de pares del barrio; para un adulto, entre la familia,

el trabajo y la vida social). Exosistema: se refiere a los propios entornos (uno o más) en los que la persona en desarrollo no está incluida directamente, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en los entornos en los que la persona sí está incluida (para el niño, podría ser el lugar de trabajo de los padres, la clase del hermano mayor, el círculo de amigos de los padres, las propuestas del consejo escolar, etc.). Macrosistema: se refiere a los marcos culturales o ideológicos que afectan o pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden (micro-, meso- modelo ecológico/modelo integral) y que les confiere a estos una cierta uniformidad, en forma y contenido, y a la vez una cierta diferencia con respecto a otros entornos influidos por otros marcos culturales o ideológicos diferentes.

En general se acepta el modelo ecológico propuesto por Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. (1999), para entender los múltiples determinantes de la violencia interpersonal al interior de la familia. Este modelo se basa en la interacción de factores que operan en el individuo (ya sea el perpetrador o la víctima) la relación, la comunidad y la sociedad.

Algunos factores, como la exposición a la violencia, operan en todos los niveles de este modelo. Así, la exposición a la violencia durante la niñez es un factor de nivel individual, aunque al mismo tiempo el asociarse con amigos que preconizan el control del varón sobre la mujer y que usan la violencia contra sus mujeres es un factor relacional que se va a sumar con el antecedente individual. Al nivel comunitario, se sabe que altas tasas de violencia callejera se correlacionan a una mayor frecuencia de violencia intra-familiar y a nivel social, la tolerancia hacia la violencia como una forma lícita de solucionar los conflictos incrementa la posibilidad que las mujeres sufran violencia física.

Las relaciones asimétricas y el patriarcalismo operan a nivel individual limitando la educación y la autonomía de las mujeres. A nivel de la relación, la asimetría de poderes se manifiesta a través del control del patrimonio familiar y la toma de decisiones familiares por parte de los hombres y a través de los conflictos

maritales. A nivel comunitario y social, el patriarcalismo se expresa a través de normas que apoyan la dominación masculina de las mujeres y en la escasez de roles públicos para las mujeres.

El modelo ecológico define que, en un primer nivel se encuentra el macrosistema, en donde el hombre incorpora a partir del proceso de socialización de género, un conjunto de valores, actitudes y creencias propias de victimarios. De esta manera se configura la denominada “mística masculina”, con sus respectivas características: restricción emocional, homofobia, modelos de control, poder y competencia, obsesión por los logros y el éxito, entre otros aspectos (Corsi, 1995). Pero así como en el hombre se configuran determinadas características orientadas hacia el poder, en la mujer y en los niños sucede lo contrario. Estos actores sociales asumen creencias, valores y actitudes orientados hacia la obediencia.

El segundo nivel de análisis constituye el Exosistema, en el cual se observa una legitimación institucional de la violencia. Corsi (1994) señala que las instituciones escolares no ofrecen alternativas a la solución violenta de conflictos. Dentro de esa misma línea, este autor plantea que las instituciones religiosas, independientemente del credo del que se trate, suelen alentar la resignación frente al maltrato intrafamiliar y siguen sosteniendo un modelo patriarcal. Otro aspecto importante a considerar lo constituyen los medios de comunicación, en donde se observan modelos plásticos que influyen en el aprendizaje de la agresión.

Un tercer nivel lo constituye el microsistema, en donde se enfocan los elementos estructurales de la familia y los patrones de interacción familiar, tanto como las historias personales de quienes constituyen la familia (Corsi, 1994).

Finalmente, se ubica el nivel individual, en donde se encuentran las siguientes dimensiones:

Conductual: en el caso del varón, en el ámbito privado se comporta de manera amenazante, utiliza agresiones verbales, actitudinales y físicas como si se transformara en otra persona, ya que en el ámbito público se muestra como una persona equilibrada. Según Corsi (1994) en el caso de la mujer, ella se muestra temerosa y tiende al aislamiento.

Cognitiva: a decir de Corsi (1994) el hombre violento tiene una percepción rígida y estructurada de la realidad. En el caso de la mujer maltratada, se percibe a sí misma con posibilidades de salir de la situación. Cuando el maltrato es muy grave, puede tener ideas suicidas, incluso puede llegar a dudar de sus propias ideas o percepciones.

Interaccional: la violencia en la pareja se desarrolla a partir de fases. Aunque al inicio es probable que las expresiones de la violencia sean reducidas conforme se avanza la relación, estas manifestaciones aumentan. En ese momento puede producirse un juego de roles complementarios, según el cual una mujer es socializada para la sumisión y la obediencia (Corsi, 1994).

Psicodinámica: la identidad masculina tradicional se construye sobre la base de dos procedimientos psicológicos simultáneos y complementarios: un hiper desarrollo del “yo exterior” y una represión de la esfera emocional. En el caso de la mujer maltratada es probable que haya incorporado modelos de dependencia y de sumisión.

Definiciones de violencia familiar

Para Freud (1985, citado en Montse, 2005), El psicoanálisis considera que la violencia es producto de los mismos hombres, por ser desde un principio seres instintivos, motivados por deseos que son el resultado de apetencias salvajes y primitivas. Los pequeños -señala Anna Freud-, en todos los períodos de la

historia, han demostrado rasgos de violencia, de agresión y destrucción. Las manifestaciones del instinto agresivo se hallan estrechamente amalgamadas con las manifestaciones sexuales.

Según el Psicólogo Sears (1989, Ferrer, Bosh y Capilla, 2008), Los niños que sufren castigos físicos y psíquicos son los que demuestran mayor agresividad en la escuela y en las actividades lúdicas, que los niños que se desarrollan en hogares donde la convivencia es armónica.

Según Bandura (1960, citado por Remedios, 2007) estima que el comportamiento humano, más que ser genético o hereditario, es un fenómeno adquirido por medio de la observación e imitación. En idéntica línea se mantiene Montague (2008), para quien la violencia de los hombres no es una reacción sino una respuesta: el hombre no nace con un carácter agresivo, sino con un sistema muy organizado de tendencias hacia el crecimiento y el desarrollo de su ambiente de comprensión y cooperación.

Rodriguez (2006), señala que la mujer es objeto de comportamientos violentos en diferentes etapas de su vida: niñez, adolescencia, juventud, adultez y en cada uno de los ámbitos en que se desenvuelve: familia, escuela, trabajo y hogar conyugal.

Corsi (1995) en cuanto a la violencia familiar, señala que este término alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia. Se denomina relación de abuso a aquellas formas de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluye conductas de una de las partes que, por acción o por omisión, ocasionan daño físico o psicológico a otro miembro de la relación. Asimismo, delimita las siguientes categorías de violencia familiar: maltrato infantil (formas activas, formas pasivas y niños testigos de violencia), violencia conyugal (maltrato hacia la mujer, violencia cruzada y maltrato hacia el hombre) y maltrato a ancianos (formas pasivas y activas).

La violencia es entendida según la OMS (2002) como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones y atenta contra el derecho a la salud y la vida de la población.

Dimensiones de la variable violencia familiar.

Maltrato físico

Para la OMS (2002) son todas aquellas acciones intencionales que causan daño a la integridad física. Cualquier acto de agresión que se ejerza contra tu cuerpo, causado con objetos, armas o sustancias; ya sea para sujetar, inmovilizar o provocar daño. Las personas que resuelven sus problemas a golpes con seguridad también golpearán a sus parejas sentimentales.

Para Lagerspetz (1994, citado por Rodríguez, Sánchez y Gonzales 2006) la violencia física se refiere a aquellos actos o acciones como pegar, golpear, empujar, etc., que implican daño o dolor físico hacia la víctima. Este tipo de conducta agresiva es directa y fácilmente observable.

Maltrato psicológico

Según la OMS (2002) es toda acción dirigida a desvalorar, intimidar o controlar sus acciones, comportamientos o decisiones que pueden concretarse en prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, insultos, amenazas, celos, desdén, indiferencia, descuido reiterado, chantaje, humillaciones, comparaciones destructivas, abandono, o cualquier otra acción que provoque desvalorización o daño a la autoestima. Este tipo de violencia no permite el

desarrollo en un ambiente agradable, sano y tranquilo.

Generalmente los agresores que incurren en este tipo de violencia suelen tener repentinos cambios de humor, opinan negativamente sobre la apariencia de su pareja, su forma de ser o lo que hace tanto en público como en privado.

Maltrato sexual

Según la OMS (2002) es toda acción u omisión que amenaza, pone en riesgo o lesiona tu libertad, seguridad, integridad y desarrollo psicosexual. Puede consistir en miradas o palabras lascivas, hostigamiento, prácticas sexuales no voluntarias, acoso, violación, explotación sexual comercial o el uso denigrante de tu imagen.

Maltrato por negligencia

Es toda acción u omisión de uno o más miembros de la familia que impide la satisfacción de las necesidades básicas (biológicas, emocionales y sociales) de otro integrante de la familia en forma oportuna y adecuada (pudiendo hacerlo). Se presenta, por lo general, en caso de niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y discapacitados. A ellos se les observa sin protección, alimentación, cuidados higiénicos, vestimenta, educación, atención médica, afecto, control y supervisión de sus tareas o en estado total de abandono. (Ministerio de Salud-Perú, 2011, p.20).

Componentes de la violencia

Para Sacrista, 1999 (Citado por Díaz, 2004) los componentes de la violencia se dividen en:

El componente cognitivo de la violencia: Consiste en percibir a los miembros que forman parte de determinados grupos como si fueran un único individuo, sin

reconocer las diferencias que existen entre ellos, ni las semejanzas con el propio grupo. Otra de las características de este componente es la confusión de las diferencias sociales o psicológicas existentes entre grupos con las diferencias biológicas ligadas, por ejemplo, a la raza o al sexo, al creer que aquellas surgen automática e inevitablemente como consecuencia de éstas, sin tener en cuenta la influencia de la historia, la cultura, el aprendizaje.

Estas dificultades cognitivas están estrechamente relacionadas con una serie de deficiencias que subyacen a todo tipo de violencia, como la dificultad para comprender los problemas sociales en toda su complejidad, reduciéndolos a categorías absolutas y dicotómicas (en términos de blanco y negro), las dificultades para inferir adecuadamente, son las causas que originan los problemas, o la tendencia a extraer conclusiones excesivamente generales a partir de informaciones parciales y sesgadas.

En función de la relevancia que este componente cognitivo tiene en las actitudes intergrupales de los adolescentes, puede explicarse por qué éstas suelen mejorar al incluir en la enseñanza actividades sobre el origen histórico de las diferencias entre grupos, y al superar la invisibilidad del grupo con menos poder en el currículum.

El componente afectivo o valorativo: Subyace a estos problemas la asociación de la violencia con valores con los que el adolescente se identifica, el sentimiento de haber sido injustamente tratado que lleva a desear compensar dicha situación empleando la violencia contra los demás, la tendencia a considerar superiores los valores del propio grupo, o la asociación sexista de los valores femeninos con la debilidad y la sumisión, y los valores masculinos con la fuerza, el control absoluto, la dureza emocional, o la utilización de la violencia. Este componente permite explicar las relaciones observadas desde hace décadas y también en los estudios recientes entre la forma sexista de construir la identidad masculina y la mayor parte de la violencia que ejercen los hombres, incluyendo no sólo la que ejercen

contra las mujeres sino también la que ejercen contra otros hombres e incluso contra sí mismos; así como la superior tendencia de los adolescentes a comportarse y a justificar la violencia en mayor medida que las adolescentes. En el aprendizaje de este componente tienen una especial influencia los valores observados en las personas que el adolescente utiliza como modelo de referencia para construir su identidad.

Componente conductual de la violencia : La tendencia a llevar dichos problemas a la práctica a través de la discriminación y la agresión tiene riesgo a que se incrementen cuando faltan alternativas positivas con las que dar respuesta a determinadas funciones psicológicas y sociales sin recurrir a dichas conductas destructivas.

El componente cognitivo de la violencia parece adquirir en la adolescencia una gran importancia; y se caracteriza por la dificultad cognitiva para reconocer sus propias emociones y controlarlos. Lo que diferencia a los adolescentes con alto nivel de prejuicio de los que no lo tienen no es la percepción de diferencias entre los diversos grupos étnicos sino la explicación que se da a dichas diferencias.

Clasificación de la violencia en función de sus objetivos

Según Newcome 1965 (citado por Rodríguez, Sánchez y Gonzales, 2006) la violencia en función de sus objetivos se clasifica en:

Violencia instrumental: La violencia instrumental se refiere a aquellos casos en los que los agresores asaltan a otras personas, pero no con un fuerte deseo de verles sufrir, sino principalmente para alcanzar otros objetivos. Usan la violencia instrumental no para hacer daño como un fin en sí mismo, sino que emplean acciones agresivas como una técnica para obtener varias recompensas.

Este tipo de violencia es utilizada por individuos que ocupan o mantienen una posición de superioridad respecto a las personas que la sufren. Esta superioridad

suele ser tanto física como social, es decir, nos encontramos ante una situación, en la cual el más fuerte por sus características físicas, sus mecanismos disponibles para causar daño y por su situación social, recurren a una conducta teóricamente innecesaria para conseguir sus objetivos.

Los objetivos a medio y largo plazo de este tipo de violencia consisten en asentar la posición de dominio o superioridad, al mismo tiempo que la opresión de la víctima.

Presentarse como amenaza ante futuras situaciones para que la víctima se mantenga en esa posición y no intente salir de ella ni, por supuesto, recurrir a la violencia. Todo ello indica que el agresor, más que ser violento, lo que hace es comportarse como tal, y que, por tanto, adopta voluntariamente formas de actuar que dejan ver que se trata de una persona que utiliza la violencia. Es por eso que el agresor necesita mostrarse como violento para conseguir los beneficios de ese estatus, sin necesidad de acudir en todo momento y ante cualquier situación a la violencia.

Violencia hostil o emocional: El término violencia emocional se aplica a los casos de violencia en los que el principal objetivo o meta que busca el agresor es el de causar a la víctima sufrimiento o hacer daño deliberadamente a otro. Los individuos envueltos en la agresión hostil, buscan hacer daño o provocar dolor a las personas que atacan.

Las frustraciones tienen un papel importante en la formación de la violencia como, “un acto cuya respuesta-objeto es hacer daño a un organismo”, En otras palabras, la meta del acto es hacer daño, el agresor quiere herir a la víctima.

Baron (1977, citado por Heras y Ubillos, 2006) parafrasea la misma idea, para él la agresión es, cualquier forma de comportamiento directa hacia la meta para herir o hacer daño a otro individuo el cual está motivado a evitar dicho dolor. Esto significa que el agresor ataca a la víctima la cual evita dicho comportamiento, lo

más importante es que el agresor sabe que a la víctima no le gusta lo que le están haciendo.

La noción de violencia emocional sugiere que la agresión puede ser satisfactoria para algunas personas. Muchas personas quieren herir a otras cuando están afligidas o heridas, y se gratifican cuando cumplen su meta. Incluso pueden encontrar placer y gratificación del daño hacia sus víctimas.

El resultado es que encuentran placer y se divierten hiriendo a otros tanto por placer como para obtener otros beneficios. No sólo atacan a otros cuando están emocionalmente activados, simplemente han aprendido que es divertido. Si están aburridos o son infelices, pueden ver la violencia como una salida o como algo divertido. A veces los adolescentes pueden querer mostrar al mundo (y probablemente a ellos mismos) que son poderosos y que les deben prestar atención.

2.2.2. Adherencia terapéutica

Los términos *compliance* y *adherence*, traducidos, respectivamente, por “cumplimiento” y “adhesión” o “adherencia” (preferimos emplear el término “adhesión”, en cuanto que se refiere a una “acción”, en detrimento del vocablo “adherencia”, que indicaría una “propiedad”), suelen utilizarse indistintamente, si bien existe cierta polémica en torno a las implicaciones de cada término.

Alternativamente, el término *adherence* se emplea para implicar “un compromiso de colaboración activa e intencionada del paciente en un curso de comportamiento, aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado” (DiMatteo y DiNicola, 1982, p.41). Ahora bien, establecer la diferencia entre ambos términos en el énfasis que se ponga en la participación del paciente no es correcto. Autores como Raven (1988), Karoly (1993) o Ewart (1993) emplean el término cumplimiento aun cuando aluden expresamente a un proceso de cambio de conducta que implica analizar la

competencia de la persona y las condiciones de la situación para manejar el tratamiento. Otros autores consideran que el cumplimiento y la adhesión son simplemente dos fases consecutivas en un proceso de autorregulación cuyo objetivo es la incorporación en el estilo de vida de una persona de una serie de conductas no supervisadas relacionadas con la salud (Kristeller y Rodin, 1984).

No obstante parece evidente que existe mayor acuerdo en analizar el hecho que nos ocupa como una conducta compleja que se desarrolla en la interacción del enfermo y los agentes de la salud que en el término que debe utilizarse para referirnos a este hecho. Sin embargo, esto no quiere decir que exista acuerdo respecto a los componentes de la conducta de cumplimiento o adhesión ni en las condiciones que la explican (como muestran los distintos modelos que se han ocupado de esta cuestión). Entre los más aludidos cabe citar los modelos biomédicos y los cognitivo – conductuales.

Modelos biomédicos

Se asume que existen una serie de condiciones de la persona y de la enfermedad que permitirían predecir el no cumplimiento. Haynes y colaboradores en sucesivos trabajos (2008 p.16) han señalado una serie de características del paciente, de la enfermedad y de la relación terapéutica como parámetros predictores del incumplimiento terapéutico y, alternativamente, han indicado las condiciones que favorecerían un incremento de la adhesión terapéutica. Cabe señalar que, si bien esta información es valiosa, no permite explicar cómo se implantan o modifican esas referidas condiciones en los contextos que las harían pertinentes.

Podría ocurrir que los parámetros que se describen como condiciones, por ejemplo, de la persona (piénsese en la comprensión o las expectativas) no fuesen más que conductas específicas resultantes de un contexto particular.

Modelos conductuales

En los últimos años se han propuesto en el ámbito de la psicología de la salud y, en particular, en el campo de la prevención, distintos modelos comportamentales para explicar el comportamiento de salud de los individuos. A estos modelos se han recurrido, generalmente, para dar cuenta de la adhesión terapéutica enmarcado a una conducta saludable.

No obstante, retomando la exposición de Leventhal (1993) sobre los modelos conductuales que se han ocupado de la adhesión, se identifican los que han dado en llamarse modelos operantes, los modelos de comunicación y los modelos cognitivos.

Modelos operantes

Basados en la aplicación de los principios operantes, han promovido la utilización del moldeamiento de conductas, la planificación ambiental y el manejo de las contingencias de reforzamiento como estrategias centrales en el desarrollo de conductas de adhesión. Son numerosos los programas conductuales para la promoción de la adhesión a distintos tratamientos crónicos, en hospitales y en el hogar. No obstante, se ha reiterado (en particular, desde posiciones cognitivas) que la complejidad del problema no se resuelve a través del control ambiental y el refuerzo de las conductas implicadas y se han enfatizado el papel que desempeñan las variables cognitivas desatendidas desde este planteamiento.

Modelos de Comunicación

Buscan cómo mejorar los procesos de recepción, comprensión y retención de mensajes como condición y estrategia para la promoción de la adhesión. Estos modelos son los que han tenido mayor repercusión en las campañas informativas para la promoción de la salud en distintos ámbitos.

Modelos cognitivos

Basados fundamentalmente en el modelo del aprendizaje social (Bandura, 1987) y en los modelos cognitivos de decisión. Se describen a continuación las propuestas más representativas. Aunque hay que señalar que, en los últimos años, pueden encontrarse distintas propuestas específicas para explicar e intervenir sobre problemas concretos. Un ejemplo es el Modelo de la Adhesión a la Medicación de Johnson (2002) aplicado a la hipertensión y que sostiene que el seguimiento de la medicación depende de una decisión deliberada conforme a las expectativas del sujeto y a su propia capacidad de actuación.

Teoría de la Autoeficacia

Este concepto hace referencia a la convicción de la persona de ser capaz de realizar con éxito la conducta requerida para producir ciertos resultados (Bandura, 1977). Las expectativas de eficacia se proponen como un determinante fundamental en la elección de actividades, de cuánto esfuerzo se empleará y cuánto tiempo se mantendrá al enfrentar las situaciones que producen tensión.

Teoría de la acción razonada

El supuesto básico es que las personas antes de decidir llevar a cabo una acción consideran las implicancias de sus actuaciones (Ajzen y Fishbein, 1980). Según el modelo, el determinante inmediato de una conducta es la intención que la persona tiene que realizarla.

A su vez, la intención está en función de dos componentes que tienen un valor relativo que depende de la actuación y de la persona en cuestión. Uno, la actitud hacia la acción está en función de la creencia sobre los resultados más probables de esta conducta (creencia conductual) y de la valoración de esa conducta (valoración de resultados). Y dos, la creencia que la persona tiene de que existen

presiones sociales para que realice (o no) la conducta en cuestión (creencia normativa). Esta teoría tampoco toma en consideración las variables contextuales o sociodemográficas a las que se refiere como variables externas y que, aun admitiendo que pueden influir en la conducta, no postula que exista una relación necesaria entre ellas y la conducta.

No cabe duda que esta teoría cognitiva, al igual que otras, tiene el interés de enfatizar el papel mediador de lo que la persona se dice a sí misma sobre su conducta manifiesta (de adhesión en este caso). Ahora bien, en tanto que ni conceptual ni empíricamente se pueden explicar las creencias conductuales y normativas independientemente de la disponibilidad de la conducta a la que se alude ni de las contingencias presentes en esa situación (condición a la que aluden los autores) se plantea qué utilidad reporta indagar en una variable (creencias) que en sí misma no es autónoma. En este sentido podría entenderse cómo Miller, Wikoff y Hiaff (1992) observaron que la Teoría de la Acción Razonada sólo parecía predecir el seguimiento de alguna de las prescripciones del programa de tratamiento hipertensivo. En el caso de la medicación, por ejemplo, las intenciones no tuvieron valor alguno como parámetro predictor. Sin embargo, por lo que concernía a dejar de fumar, la motivación y la intención se relacionaron negativamente. Se diría que son, precisamente, las condiciones que definen la conducta (administración de medicación) o fumar, seguir dieta, hacer ejercicio) las claves para explicar tanto las creencias como la propia conducta de adhesión.

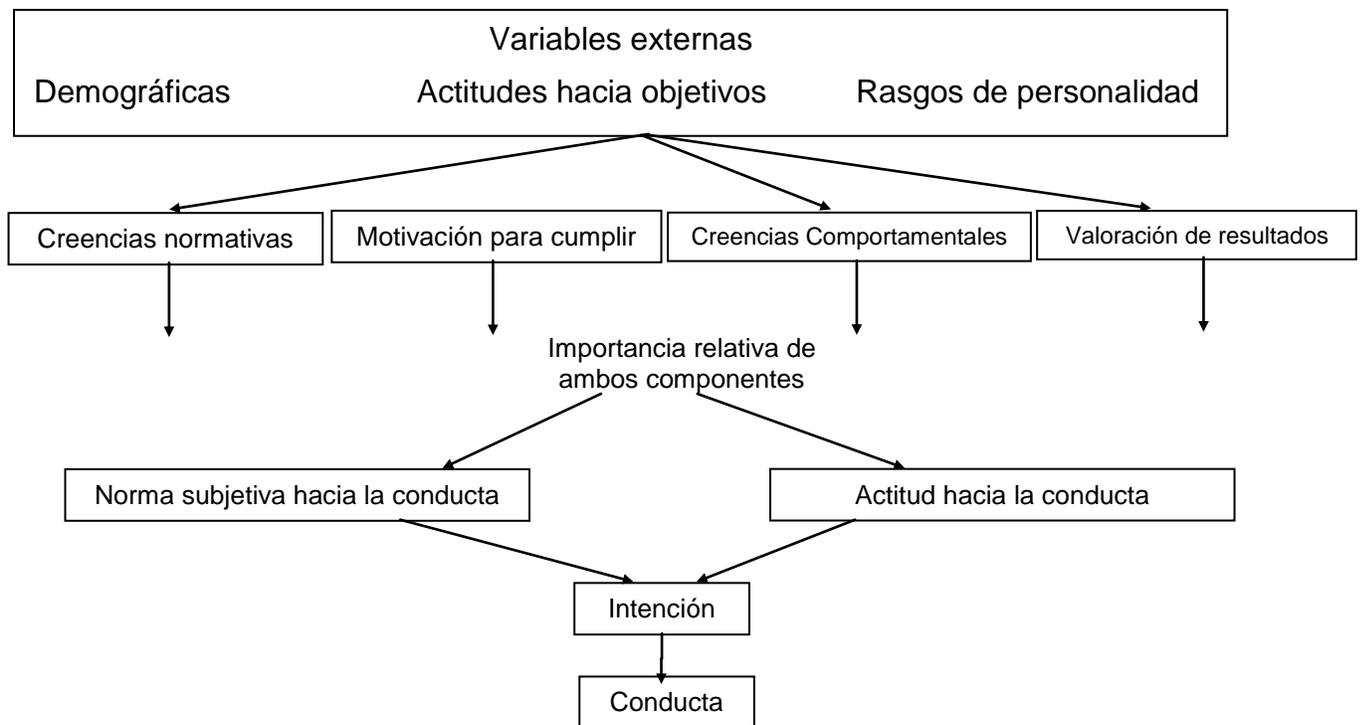


Figura 1. Modelo de Acción razonada

Modelos Relacionados entre el Contexto Social, Familiar y la Adherencia.

Modelo de Creencias de Salud

El planteamiento central es que una persona no llevará a cabo un comportamiento de salud (de prevención, de participación, de cumplimiento o rehabilitación) a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevantes para su salud, se vea a sí misma como vulnerable o potencialmente susceptible de padecer esa enfermedad, vea la enfermedad como potencialmente amenazante o grave, esté convencida de la eficacia de la intervención (estimación de costos y beneficios) y vea pocas dificultades para la puesta en marcha de la conducta de salud (acontecimientos claves para la acción, como síntomas, campañas informativas, prescripciones). No obstante, se señala el importante papel que juegan otras variables adicionales, como son la estructura del régimen de tratamiento o las condiciones ambientales y sociales que regulan el cumplimiento.

Se reconoce que, aunque las expectativas del paciente son importantes, no son suficientes para predecir la adhesión en todos los casos (Rosenstock, 1974).

Becker y Maiman (1975), realizó una detallada revisión del modelo y defendió su capacidad explicativa y utilidad para promocionar el cumplimiento de las prescripciones. Sin embargo, los estudios que han analizado estadísticamente la interacción entre las variables propuestas no sostienen las mismas conclusiones. Así, por ejemplo, Bond, Aiken y Somerville (1992), estudiaron la capacidad del modelo para predecir la adhesión al tratamiento de diabéticos juveniles y concluyeron que sólo la estimación de costos – beneficios y las claves para la acción (podríamos decir que sus expectativas acerca del resultado) daban cuenta del cumplimiento terapéutico. La amenaza percibida no actuaba en la dirección esperada. La cuestión es que las expectativas (lo que la persona se dice a sí misma) no se pueden explicar, y por lo tanto modificar, al margen de la propia ejecución y de las contingencias que controlan esa conducta. Cualquier actuación encaminada a la promoción de la adhesión no puede centrarse en las creencias de las personas sin examinar las contingencias que las explican.

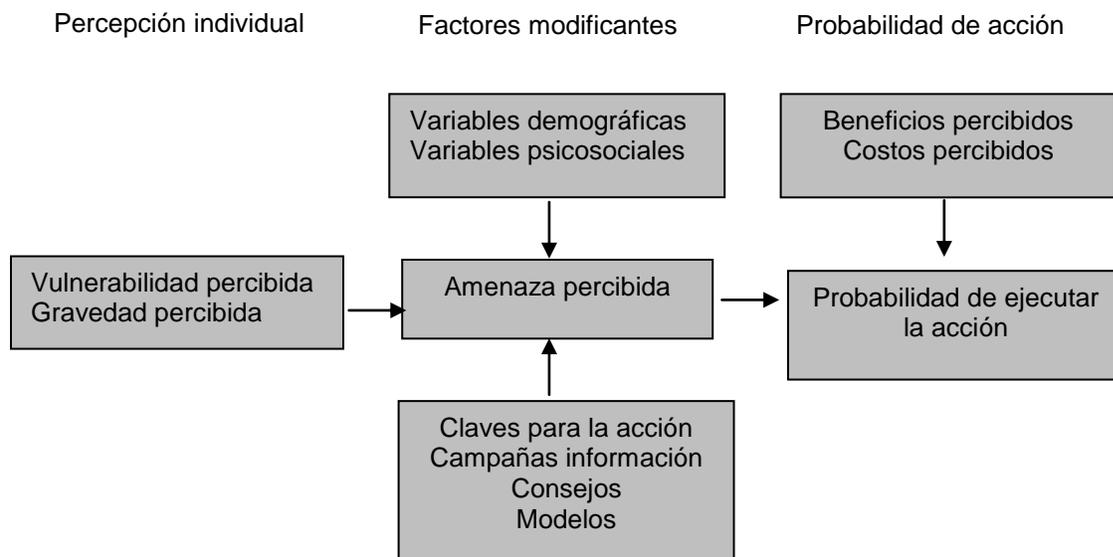


Figura 2. Modelo de Creencias sobre la Salud (Becker y Maiman, 1975).

Teoría de la acción social

Ewart (1993) defiende que la adhesión debe analizarse simultáneamente como un hábito deseable o “acción estado” que es el objetivo de la intervención conductual, como un “proceso de cambio” a través del cual se modifican los hábitos y como el resultado de unos “contextos” en los cuales se producen los cambios. El modelo defiende que la clave del mantenimiento de un hábito saludable radica en la “autorregulación” entre las actividades autoprotectoras y sus consecuencias biológicas, emocionales y sociales experimentadas. Así, el punto de partida para cualquier intervención en la promoción de la salud requiere el análisis de las conductas objetivo y los efectos que producen. Es decir, la creación de hábitos saludables implicaría el establecimiento de cadenas conductuales muy rutinizadas (guiones en los que cada acontecimiento refuerza las conductas antecedentes y guía las consecuentes) integradas (o que pueden ejecutarse al mismo tiempo) en otras conductas habituales y que disminuyen el riesgo personal. Otra clave del cambio y mantenimiento de hábitos saludables radica en que las acciones personales estén interconectadas con las de los miembros de la familia o personas relevantes, de forma que cuanto mayor sea la interconexión, mayor dificultad tendrá alterar una rutina en tanto que supone cambiar las rutinas de muchos.

El modelo establece, por lo demás, que los individuos se motivan a sí mismos a partir de sus expectativas sobre los resultados, evaluando su autoeficacia y estableciendo metas que influyen sobre los actos de resolución de problemas. La Teoría de la Acción Social sostiene que el cambio de hábitos no se iniciaría a menos que la persona crea que es capaz de ejecutar dicha acción y que dicha acción sea compatible, además, con sus proyectos vitales. Las elecciones comportamentales estarían influidas, en definitiva, por esquemas de control cognitivo que dirigen nuestra atención hacia aspectos específicos de situaciones y que proporcionan rutinas procedimentales para realizar tareas familiares. La teoría

también analiza cómo afectan las influencias contextuales (escenarios del medio físico y social inmediato, relaciones sociales y estructuras organizacionales) en el establecimiento de metas y estrategias comportamentales:

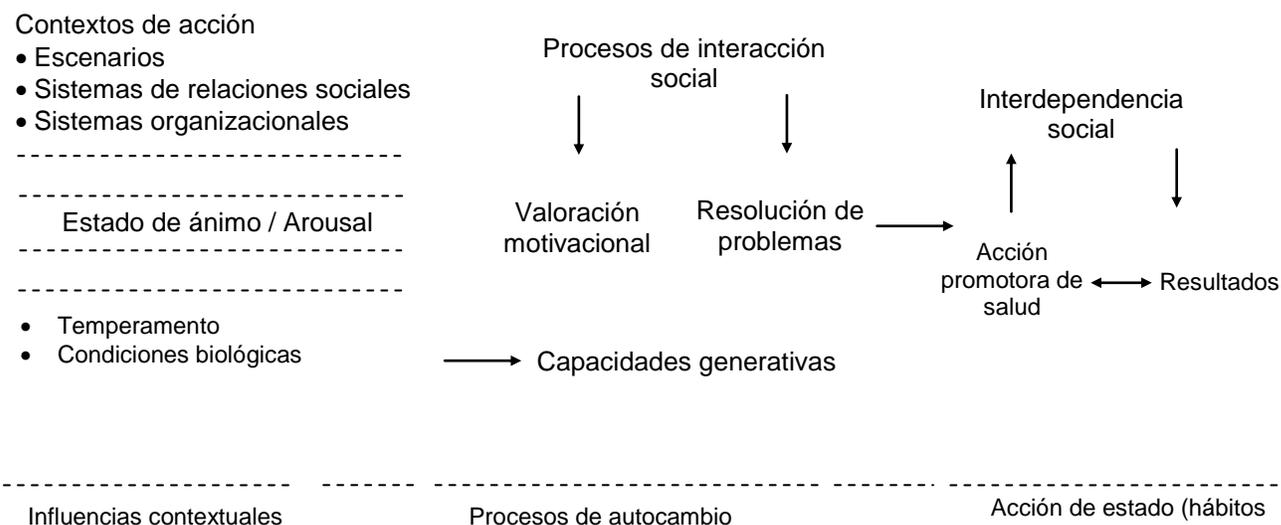


Figura 3. Modelo de Acción social

El modelo propuesto por Ewart (1993) ofrece criterios adecuados para diseñar intervenciones comportamentales encaminadas a la promoción de la adhesión. Dentro de la lógica operante, enfatiza el análisis topográfico y funcional de la conducta (hábito saludable) como “la estrategia” de intervención; sin embargo, alude a un proceso de autorregulación como condición explicativa. El término autorregulación, más próximo a planteamientos cognitivos que operantes, si bien no supone que deba hacerse otra cosa que no sea la descripción operativa de la conducta y sus consecuencias, sí estaría presuponiendo (al menos conceptualmente) que existe un proceso externo a la propia conducta que es el responsable final de que un determinado hábito (por ejemplo, ingerir una pastilla) se haga más probable ante determinadas condiciones antecedentes (por ejemplo, a la hora de la comida estando el envase anudado a la servilleta) y consecuentes (por ejemplo, eliminación de la flatulencia). Es decir, aun cuando se reconoce la utilidad práctica de los modelos de autorregulación para diseñar intervenciones, la

dificultad estriba en buscar un mecanismo de funcionamiento psicológico “por encima” de la conducta y, especialmente, cuando sus fuentes de información son la propia conducta y las condiciones que la definen. Esta misma crítica se hace extensiva a los procesos motivacionales y esquemas cognitivos a los que alude Ewart para explicar la activación de la conducta. No se discute, en modo alguno, que lo que las personas se dicen a sí mismas module lo que hacen, sino la necesidad de crear estructuras psicológicas que, por otra parte, no pueden explicar esa mediación si no es aludiendo, en último término, a la propia ejecución. Por otra parte y como ya se dijo, la conducta verbal puede ser perfectamente analizada dentro del modelo operante. Más aún, cabría describir la adhesión terapéutica como un tipo de conducta controlada por reglas verbales instruidas y moldeadas (Luciano y Herruzo, 1992).

Definiciones de adherencia terapéutica

En la literatura encontramos diferentes términos para referirnos a este concepto como son: adherencia, cumplimiento, alianza terapéutica, seguimiento, entre otros, en mención al término “cumplimiento”, se define como: “acción y efecto de cumplir”, “ejecutar o llevar a cabo”. En la práctica médica este concepto, suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos por parte del paciente.

El término adherencia se relaciona con otros similares, especialmente con cumplimiento pero también con mutualidad, alianza terapéutica, concordancia, mantenimiento, cooperación y autocuidado (Bissonnette, 2008).

La adherencia implica la toma de decisiones compartida por el paciente y el profesional de la salud con respecto al régimen de tratamiento (Rapoff, 2006).

Asimismo aparece, la discusión acerca del vocablo adherencia, en cuanto a sus

implicancias semánticas para la lengua española se define como “convenir en un dictamen o partido utilizando un recurso entablado por la parte contraria. En este caso se suma de responsabilidad al profesional, como la “parte contraria”, lo cual haría depender la conducta del paciente no solo de su propia responsabilidad, sino también de las acciones efectuadas por el profesional de salud, en cuanto a la claridad de las indicaciones, uso adecuado de los recursos de comunicación, entre otros aspectos, muchos autores se han pronunciado sobre la definición del término Adherencia, es así que se recoge de la literatura las siguientes definiciones:

Rodríguez (1995), La adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo. Al constituir una conducta de salud para su explicación se ha partido de los modelos de comportamientos de salud. Especialmente el modelo de creencias de salud ha sido el más utilizado y considerado adecuado para predecir el cumplimiento con la medicación, porque tienen en cuenta la motivación por la salud, la vulnerabilidad y gravedad percibida, la valoraron diferencial costos-beneficios y las claves para la acción.

Los modelos de comunicación, de aprendizaje social y cognitivos de decisión, entre los que se incluyen los modelos de creencias en salud y la teoría de la acción razonada, son los más empleados para explicar el origen y mantenimiento de la adherencia (Rosenstock, 1982).

Tales modelos teóricos constituyen intentos valiosos pero aún insuficientes para explicar en toda su magnitud la complejidad de este fenómeno psicosocial relacionado con la salud. Aun siendo el modelo de creencias de salud uno de los más utilizados en la investigación y en el trabajo de intervención en el tema de adherencia terapéutica, se le señalan importantes problemas metodológicos, así como limitaciones teóricas en su concepción (Vargas y Robles, 1996).

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, entendiéndose como un comportamiento humano que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza, entre los cuales se menciona: los relacionados con la interacción del paciente y profesional de salud, el régimen terapéutico en sí mismo, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente.

Zaldívar (2003, p.59), hace referencia a “un conjunto de conductas en las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continua las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables”. La Organización Mundial de la Salud, lo define como el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones.

Haynes (2008), la definen como “la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida, coinciden con las indicaciones dadas por los profesionales sanitarios”, siendo por tanto, la no adherencia el grado en que no se realizan estas indicaciones.

Para Kyngas, H., Duffy, M. y Kroll, T. (2000), El concepto de adherencia terapéutica es un concepto complejo, definiéndolo como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo (con el profesional de la salud), cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado”.

De acuerdo a la Norma técnica sobre adherencia (MINSa, 2007) se define la adherencia como el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuye al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas. Asimismo para la evaluación de la adherencia terapéutica se han propuesto diversos métodos: auto-informes y auto-registros de los pacientes, informes de personas próximas a éstos, las evaluaciones del médico, mediciones bioquímicas

y del consumo de medicamentos. Con relación a la utilización del método ideal, se plantea que lo idóneo es combinarla entrevista directa al paciente, la valoración de los logros con el tratamiento y la asistencia a las citas programadas (Ferrer, 1995).

Dimensiones de la variable adherencia terapéutica

Medio social

Desde el punto de vista estructural, Ley (1981), definen “el medio social como provisiones instrumentales o expresivas reales o percibidas, aportada por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos” (p.82).

Según la OMS es “el conjunto de influencias externas, físicas, químicas, biológicas y sociales que ejercen un efecto significativo y perceptivo sobre la salud y el bienestar del individuo en la comunidad”.

Aspecto emocional

Estado afectivo, reacción subjetiva del ambiente acompañada de cambios, influida por la experiencia y que tiene la función adaptativa del medio.

Saavedra (2004) sobre el aspecto emocional manifiesta que:

“El concepto de emoción se ha considerado como un complejo de sensaciones que constituyen el aspecto afectivo de cualquiera de los instintos esenciales, de carácter intenso, resultante de mecanismos viscerales y glandulares, de base hereditaria, y que puede derivar en pasiones” (p.49).

Estilo de vida

Pender, N., Walker, S., Sechrist, K., & Stromborg, M. (1988) manifiestan que:

El estilo de vida es un patrón multidimensional de acciones auto iniciadas y percepciones que sirven para mantener o ampliar el nivel de bienestar, la autorrealización del individuo. Los estilos de vida promotores de salud le han dado un nuevo sentido a los sistemas de salud, cambiando los viejos esquemas de atención por algo más personalizado, donde el paciente enfrenta la enfermedad y los cambios que debe hacer en su estilo de vida para lograr recuperarse de la enfermedad, llevando una vida más plena, con apoyo de todo el personal y de su familia. (p.26).

Medio laboral

Hace referencia propia de la naturaleza, toma como base los factores de seguridad y salud en el logro del desempeño del trabajador.

“El medio ambiente en el trabajo se entiende como la parte del tiempo que el hombre va a dedicar a la actividad laboral y en la que realiza todas las funciones de interrelación de su organismo en un entorno laboral concreto” (Llaneza, 2009, p.271).

Antecedentes de salud

Constituye al historial de diversas co-morbilidades que pudiera condicionar los efectos adversos, asimismo como los estilos de vida, los cuales sean condicionantes de la salud.

Factores relacionados con la adherencia terapéutica

En el trabajo de Villa y Vinaccia (2006), se toma la propuesta teórica denominada los 5 factores clásicos de la adhesión (adherencia) la cual sintetiza los factores que influyen en la adherencia. Los factores relacionados con los pacientes y todo cuanto traen ellos al tratamiento: sus características personales, la aceptación de la enfermedad y todo cuanto ello implica, su historia previa de adherencia, la presencia de otros trastornos, sus creencias sobre su salud, sus expectativas frente al tratamiento y la enfermedad, el apoyo familiar y social, la situación socio-económica. Los factores relacionados con la enfermedad, si es que se trata de una enfermedad de carácter crónico con síntomas apenas visibles, o aguda y que presenta sintomatología evidente. El grado de incapacidad y malestar físico inherente a la enfermedad también condiciona la adherencia.

Los factores relacionados con el tratamiento, la complejidad del esquema terapéutico, la cantidad de medicamentos distintos que deben tomarse, los horarios de administración, los efectos secundarios que pudieran presentarse, la duración del tratamiento y el modo de aplicación. Se cumple que mientras más complejo es el tratamiento es más difícil la adherencia. Los factores relacionados con la institución que brinda el tratamiento, la continuidad o discontinuidad del cuidado médico, el tiempo de espera, el intervalo entre consultas y el tiempo para las mismas, el trato del personal, la reputación de la institución y la accesibilidad de su ubicación.

Los factores relacionados con el personal de salud que atiende a los pacientes, la comunicación, e interacción con los pacientes, las actitudes y conductas verbales y no verbales que muestran, la capacidad del personal de salud para elicitar preocupaciones, sentimientos o emociones negativas en los pacientes, la interacción y relación del personal de salud (comunicación, actitudes, conductas verbales y no verbales, satisfacción del paciente con la atención recibida).

La OMS (2003), clasifica los determinantes de la adherencia en cinco dimensiones o factores: sociales y económicos, relacionados con el sistema y el equipo de salud, con la enfermedad, con el tratamiento y con el paciente.

Tuberculosis

La tuberculosis ha sido conocida con el término de consunción o tisis, que significa enfermedad que consume, denominada también la plaga blanca, afectó a la humanidad por milenios, ya que no había cura, hasta aproximadamente los años de 1940.

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa producida por el *Mycobacterium Tuberculosis* o conocido también como el bacilo de Koch, se localiza generalmente en el pulmón, transmitida de persona a persona por inhalación de aerosoles contaminados por el bacilo eliminados por los individuos enfermos al toser, hablar o estornudar, eliminan pequeñas gotas de saliva el cual contiene los bacilos, que podrán ser aspirados por individuos susceptibles. Los factores determinantes del contagio incluyen la localización de la tuberculosis ya sea pulmonar o no, características de la enfermedad, es decir, mayor o menor cantidad de bacilos en el esputo, la duración y frecuencia del contacto entre la persona sana y la enferma, las características del ambiente en que ocurre, presencia de una inadecuada ventilación y las condiciones del individuo expuesto a inadecuada nutrición y otras enfermedades (MINSAs, 2006).

A nivel mundial se conoce que la tuberculosis pulmonar es el tipo más común de tuberculosis. Matos (1985), refiere que la tuberculosis se manifiesta con rapidez en grupos de jóvenes, siendo está considerada como una de las segundas causas de muerte entre los grupos etarios de 15 a 44 años de edad y en algunos lugares como la primera causa con cifras absolutas. A esto se suma la condición de abandono al tratamiento, donde los pacientes manifiestan la aparición de

resistencias secundarias a las drogas usadas en los programas de salud, adquiriendo entonces gravedad en poblaciones de escasos recursos económicos. Si bien es cierto la tuberculosis se presenta en todo el país, esta adquiere una condición de mayor riesgo en el grupo de migrantes provenientes de zonas rurales tanto de la sierra como de la selva, o hacia áreas urbano marginales de la costa.

Síntomas de la Tuberculosis

Los bacilos tuberculosos se transmiten en el aire cuando una persona tose, estornuda, grita o canta, a través de gotitas de saliva muy pequeñas, es decir, en micras, las cuales pueden transmitir la enfermedad al resto de personas que están en contacto y las inhalan. Los síntomas que se presentan en esta enfermedad son: tos con expectoración, se evidencia pérdida de peso, fiebre, sudoración, cansancio, dolores en el pecho y de espalda, dificultad para respirar, así como también la expectoración de sangre. Si la tuberculosis compromete otros órganos aparte de los pulmones como: los nódulos linfáticos, huesos y articulaciones, tracto genitourinario, meninges, pleura, o intestinos, se la denomina tuberculosis extrapulmonar, normalmente no es infeccioso, y en su mayoría la tuberculosis pulmonar y la tuberculosis extrapulmonar afectan a una persona al mismo tiempo (MINSAL, 2006).

Los pacientes con un sistema inmunológico deprimido son los más propensos a desarrollar la enfermedad, ya que se encuentra bajos en defensas, no obstante, no todo el que se expone sin protección a un paciente con tuberculosis pulmonar se infecta, va a depender de los siguientes factores: ¿Qué tan infeccioso o contagioso es esa persona con tuberculosis? Es decir cuántos bacilos propaga al aire, ¿En qué tipo de medio ambiente ocurrió la exposición? ¿Qué tan prolongada fue la exposición? ¿Qué tan virulentos o fuertes son los bacilos tuberculosos que posee el paciente? ¿Qué tan susceptible es el huésped? Los contactos cercanos del paciente con tuberculosis tienen mayor riesgo de infectarse, pueden ser

miembros de la familia, compañeros de cuarto, amigos, compañeros de trabajo u otros.

Tipos de tuberculosis

La tuberculosis pulmonar se localiza en los pulmones en la mayoría de casos, los pacientes con tuberculosis pulmonar generalmente tienen tos y la radiografía de tórax es anormal, y se los deberá considerar como posibles transmisores de dicha enfermedad, hasta que cumplan ciertos criterios. Otro tipo es la tuberculosis extrapulmonar ocurre en lugares que no son los pulmones, tales como la laringe, los nódulos linfáticos, la pleura que es la membrana que envuelve a cada pulmón, el cerebro, los riñones o en los huesos y articulaciones. La TB extrapulmonar ocurre más a menudo en personas infectadas con VIH y en personas con otro tipo de inmunosupresión o en niños pequeños. En las personas infectadas con VIH la tuberculosis extrapulmonar está, a menudo, acompañada por la tuberculosis pulmonar, y en la mayoría de tipos no se considera como posible de ser transmitida (MINSa, 2006).

2.3. Perspectiva teórica

Adherencia terapéutica

Un conjunto de conductas en las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continua las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables. Zaldívar (2003, p.59).

Factores sociales y económicos de la adherencia

La pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la falta de apoyo social, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro sanitario, las dificultades para desplazarse, el elevado coste de la medicación, el

ambiente adverso y estresante, los prejuicios culturales, las creencias erróneas sobre la enfermedad y el tratamiento, los problemas familiares, etc., afectan la adherencia. (Alcázar, Olivares-Olivares y Olivares, 2012, p.54).

Violencia

“Etimológicamente “violencia”, significa “fuerza”, y se corresponde con verbos como “violentar”, “violar”, “forzar”. La violencia sería una forma extrema de agresión interpersonal” (Ministerio de Salud-Perú, 2011, p.17).

Tuberculosis

Según la norma técnica del MINSA, la tuberculosis es una enfermedad infecto contagiosa producida por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis* que afecta principalmente a los pulmones de las personas; se trasmite por vía respiratoria de persona a persona, cuyo síntomas principales se reflejan a través de la presentación de tos persistente, fiebre alta, decaimiento total, bajo de peso, bajo apetito y cefaleas recurrentes. (Ministerio de Salud-Perú, 2013, p.8).

CAPÍTULO III
HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

La violencia familiar se relaciona con la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.

3.1.2 Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

La violencia familiar sí se relaciona con la adherencia terapéutica en el factor medio social en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.

Hipótesis específica 2

La violencia familiar sí se relaciona con la adherencia terapéutica en el factor emocional en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.

Hipótesis específica 3

La violencia familiar sí se relaciona con la adherencia terapéutica en el factor estilos de vida en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.

Hipótesis específica 4

La violencia familiar sí se relaciona con la adherencia terapéutica en el factor medio laboral en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.

Hipótesis específica 5

La violencia familiar sí se relaciona con la adherencia terapéutica en el factor antecedentes de salud en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.

Hipótesis específica 6

La violencia familiar se relaciona con la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este, de acuerdo a las variables sociodemográficas.

3.2 Identificación de Variables

Variables:

Variable 1: Violencia familiar

Variable 2: Adherencia terapéutica

3.3 Descripción de variables

3.3.1 Definición conceptual

Variable 1: Violencia Familiar.

Llamada también Violencia Doméstica o Intrafamiliar, alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de la familia, se caracteriza por el uso de la fuerza deliberadamente o no, en forma crónica o permanente, ejercida individual o grupalmente para someter a uno o más

miembros de la familia imponiéndoles formas de sentir, pensar, actuar. (Ministerio de Salud-Perú, 2011, p.17).

Variable 2: Adherencia terapéutica.

De acuerdo a la Norma técnica sobre adherencia (MINSA, 2004) se define la adherencia como el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuye al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas establecidas por los operadores de salud.

Un conjunto de conductas en las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continua las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables. (Zaldívar, 2003, p.59).

3.4. Operacionalización de las variables

Tabla 1

Matriz de operacionalización de la variable Violencia Familiar

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala y valores	Niveles y Rangos
Maltrato físico	- Marcas de golpes en el cuerpo. - Quejas crónicas sin causa física. - Problemas en el apetito.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9		
Maltrato Psicológico	- Problemas de autoestima. - Problemas de depresión. - Piensa en el suicidio. - Se cobija en las drogas u otras formas que lo tranquilizan.	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 17	Sí hay maltrato (1) No hay maltrato (0)	Alto [18;26] Medio [9;17] Bajo [0;8]
Maltrato Sexual	- Maltrato en zona genital. - Problemas de embarazo precoz, abortos y contagios de enfermedades de transmisión sexual.	18, 19, 20, 21 y 22		
Maltrato por Negligencia	- Descuido en alimentación y salud. - Descuido en higiene.	23, 24, 25 y 26		

Tabla 2

Matriz de operacionalización de la variable Adherencia Terapéutica

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala y Valores	Niveles y rangos
Área Medio Social	- Apoyo amical para tomar medicinas. - Relación con personas que tienen la misma enfermedad.	1, 2 y 3		
Área Emocional	- Sentimiento de rechazo al diagnóstico. - Estado anímico por el diagnóstico.	4, 5 y 6		
Área de Estilo de Vida	- Descanso adecuado. - Alimentación adecuada. - Responsabilidad en tomar las medicinas. - Planteamiento de metas.	7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15	Sí (1) No (0)	Alta [16;22] Media [8;15] Baja [0;7]
Área de Medio Laboral	- Dificultad para tomar medicamentos en el trabajo. - Discriminación en el trabajo.	16, 17, 18 y 19		
Área de Antecedentes de Salud	- Antecedentes de enfermedades familiares. - Reacción violenta y agresiva.	20, 21 y 22		

CAPÍTULO IV
MARCO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación es básica. Valderrama (2013) sobre la investigación básica manifiesta: “Porque auscultaremos las diferentes teorías científicas existentes en relación al problema de estudio. Estas teorías constituirán los soportes teórico-científicos del Marco teórico; luego, formulamos las hipótesis y contrastaremos con la realidad problemática para arribar a conclusiones teóricas” (p. 164).

El nivel o alcance de investigación es correlacional. Yuni y Urbano (2006) señalan:

En los estudios correlacionales se quiere demostrar la relación que existe entre dos o más variables, sin que se pueda identificar cuáles son las variables independientes y dependientes. Un estudio correlacional pretende determinar si existe relación entre las variables A, B, C y D. El propósito de un estudio de este tipo es saber cómo se puede comportar una variable, conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas. (p.81).

Diseño de investigación

El diseño de la investigación es no experimental, de corte transversal.

Se denomina no experimental porque no se realizó experimento alguno, no se aplicó ningún tratamiento o programa, es decir, no existió manipulación de variables, observándose de manera natural los hechos o fenómenos, es decir tal y como se dan en su contexto natural.

Hernández, Fernández y Baptista (2010) sobre el corte transversal señalan:

Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar

su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede. (p.151).

El esquema del diseño no experimental, transversal, correlacional que se utilizará es el siguiente:

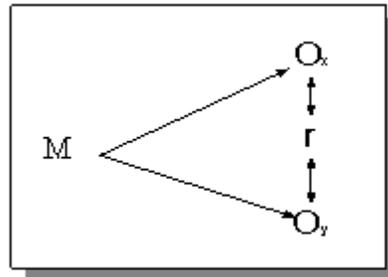


Figura 4. Esquema del diseño de investigación correlacional

Método de investigación

El método a utilizar en el presente estudio es hipotético deductivo, debido a que se utilizará la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

4.2 Población, muestra y muestreo

Población

En el presente estudio, la población está conformada por 494 pacientes con Tuberculosis de las MicroRedes de Salud de Lima Norte y Lima Este.

Muestra

En esta investigación se trabajó con una muestra probabilística y representativa, usando la fórmula de Arkin y Kolton, resultando 211 pacientes al 0.05 de error.

Muestreo

En la presente investigación se aplicará la técnica del muestreo aleatorio simple.

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)N}{e^2(N-1) + Z^2 p(1-p)}$$

Tabla 3

Distribución de la población y muestra

Red de salud	Población	Muestra
Red de Salud Lima Norte	342	143
Red de Salud Lima Este	152	68
Total	494	211

4.3 Criterios de selección

Criterios de inclusión y exclusión : Se seleccionarán únicamente a los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis con tres meses de inicio de tratamiento entre las edades de 15 a 80 años de ambos sexos de las micro redes de Salud de Lima Norte y Lima Este.

Los criterios de exclusión corresponden los que no cumplen los criterios de inclusión.

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos utilizados para el presente estudio, son la Ficha de Tamizaje de Violencia Familiar y el Cuestionario de Valoración de la Adherencia Terapéutica, ambos instrumentos se encuentran actualmente validados para el ámbito nacional por el equipo técnico del Ministerio de Salud.

Las fichas técnicas de estos instrumentos utilizados en la presente investigación son descritas a continuación:

4.5 Validación y Confiabilidad del Instrumento

Ficha Técnica del Tamizaje - Violencia Familiar.

Ficha Técnica

Nombre	: Ficha de Tamizaje - Violencia Familiar.
Autor	: Ministerio de Salud del Perú
Procedencia	: Perú
Administración	: Individual y colectiva
Duración	: Sin límite de tiempo
Aplicación	: Adolescentes y adultos
Materiales	: Hoja de aplicación y lapicero

Administración y Calificación de la Ficha de Tamizaje - Violencia familiar.

Descripción de la Ficha de Tamizaje

Es de fácil aplicación. Ficha de Tamizaje - Violencia familiar, lleva de 15 a 20 minutos para terminar de aplicarla. La forma completa del tamizaje consta de 36 ítems y 4 dimensiones y debe ser administradas en una sola ocasión.

Validez y confiabilidad

Fue elaborada y validada por el Ministerio de Salud a través del Subprograma de Salud Mental. Puede ser aplicada a cualquier persona adolescente y adulta, padre

o madre de familia. Evalúa los diferentes tipos de maltrato: físico, psicológico, sexual y abandono / negligencia.

Para la presente investigación el tamizaje de violencia familiar ha sido modificado por un proceso estadístico, quitándole los siguientes ítems 7, 8, 9, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 los cuales son problemáticos para medir lo que debería medir en esta población teniendo repercusiones en el análisis de fiabilidad, por esta razón se decide sacar los ítems ya mencionados, teniendo como consecuencia el mejoramiento de los resultados.

Para esta investigación se realizó el análisis de confiabilidad con una muestra de 100 adultos de 15 a 55 años de edad, revelándose moderadamente alto Kuder Richardson (KR20) del tamizaje; obteniéndose un coeficiente de 0,80 el cual nos da un porcentaje significativo de los reactivos de la prueba utilizada.

Instrumento de Adherencia Terapéutica

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA

a) Ficha Técnica

Nombre	: Cuestionario de valoración de adherencia
Autor	: Isabel Rocío Echevarría Vigo
Año	: 2008
Lugar	: Lima, Perú
Forma de aplicación	: individual y colectiva
Número de ítems	: 22 ítems, en formato dicotómico de 2 puntos de calificación en cada reactivo (del 1 al 2)
Tiempo de aplicación	: 25 minutos aproximadamente, de carácter aplicativo donde el evaluado debe marcar las alternativas según su experiencia personal (no, sí)
Áreas que evalúa	: los ítems están distribuidos en cinco áreas: Área del medio social (ítems 1, 2, 3), Área del aspecto emocional (ítems 4, 5, 6), Área del estilo de vida (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15), Área del medio laboral (ítems 16, 17, 18, 19), y el Área de antecedentes de salud (ítems 20, 21, 22).

b) Descripción del Cuestionario

El cuestionario de valoración de adherencia, fue construido en base a lo desarrollado por la red de psicólogos del MINSA, quienes lo elaboraron basándose en las áreas que García (2006) destacó por medio del estudio diagnóstico en usuarios que han fracasado al TARGA.

Este cuestionario evalúa seis áreas (social, familiar, emocional, laboral, estilo de vida y antecedentes de salud), las cuales son consideradas trascendentes e influyentes en la adherencia al TARGA. Se incrementó el número de ítems en determinadas áreas, obteniéndose 32 ítems, con los que se realizó la validez de contenido por criterio de jueces. Luego con el análisis de ítems y la confiabilidad se eliminaron 10 ítems, quedando finalmente la escala compuesta por 22 ítems.

La calificación se obtiene al sumar los puntajes alcanzados en cada alternativa teniendo en cuenta que el valor de cada uno de los ítems es de 1, 2, ó 3, dependiendo si es positiva o negativa.

c) Validez y Confiabilidad

Validez

El instrumento presenta la validez de los ítems a través del análisis de la correlación ítem/test, que alcanza correlaciones superiores a 20 lo cual cumple con la exigencia para que sea aceptado como valido (Echevarría, 2009).

La validez de contenido se realizó por criterio de jueces (9), cuyos resultados del valor de Aiken fueron entre 0.77 y 1.00, lo cual permite señalar que la prueba tiene validez de contenido (Bedón, 2012)

Confiabilidad

La confiabilidad de las mediciones por áreas se obtuvo a través del coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach, que se considera significativa cuando es igual o mayor a 60 (Echevarría, 2009). Obtuvo un alfa de consistencia de 0,819.

Tabla 4

Resultados de la validez de contenido por criterio de jueces (Bedón, 2012)

Cuestionarios	Resultado de aplicabilidad
Ficha sobre Violencia Familiar	Aplicable
Cuestionario de valoración a la Adherencia Terapéutica	Aplicable

Tabla 5

Resultados de la confiabilidad de los instrumentos

Cuestionarios	Prueba de confiabilidad	N° de ítems
Ficha sobre violencia familiar	Kuder Richardson (KR20) 0,85	26
Cuestionario de valoración a la Adherencia Terapéutica	Kuder Richardson (KR20) 0,87	22

Tabla 6

Niveles de confiabilidad

Valores	Nivel
De -1 a 0	No es confiable
De 0,01 a 0,49	Baja confiabilidad
De 0,5 a 0,75	Moderada confiabilidad
De 0,76 a 0,89	Fuerte confiabilidad
De 0,9 a 1	Alta confiabilidad

4.6 Procedimiento de Recolección de Datos

Para el presente proyecto, como procedimiento de recolección de datos se han utilizado técnicas observacionales y encuestas estructuradas de acuerdo las variables propuestas, como la ficha sociodemográfica, ficha de tamizaje de violencia familiar y el cuestionario de valoración a la adherencia terapéutica.

4.7 Método de análisis de datos

Para el análisis descriptivo se han elaborado tablas que revelen los resultados finales de las variables y dimensiones, además se presentan tablas de contingencia que relacionan a las dos variables de estudio.

Así mismo, para probar las hipótesis se ha empleado el *coeficiente de correlación de Spearman*. debido al carácter cualitativo de los datos y a su distribución no normal.

4.8 Consideraciones éticas

De acuerdo a las características de la investigación se consideró los aspectos éticos de consentimiento informado, que son fundamentales en el marco de los procesos del derecho por las características de la muestra de pacientes en riesgo. La investigación contó con la autorización correspondiente de las direcciones de las Redes de Salud investigadas, la disposición de los pacientes observados y evaluados. Asimismo, se mantiene la particularidad, el anonimato de los sujetos investigados, el respeto hacia el evaluado en todo momento y resguardando los instrumentos respecto a las respuestas minuciosamente sin juzgar sus resultados.

CAPÍTULO V
RESULTADOS

5.1 Presentación de los resultados

5.1.1. Descripción de las características de la muestra estudiada

Tabla 7

Frecuencia y porcentaje de la muestra por zonas

Zonas	Frecuencia	Porcentaje
LE	68	32.2
LN	143	67.8
Total	211	100.0

En la tabla 7 se aprecia que la muestra encuestada han sido 211 pacientes: 68 son de Lima Este y 143 de Lima Norte (32.2% y 67.8% respectivamente).

Tabla 8

Servicio de procedencia de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje
Servicio de Psicología	211	100.0

De acuerdo a la procedencia, todos los casos han sido seleccionados de los Servicios de Psicología (Tabla 8).

Tabla 9

Frecuencia y porcentaje de la muestra de acuerdo a la edad

Edades	Frecuencia	Porcentaje
15 - 28	116	55.0
29 - 43	52	24.6
44 - 59	22	10.4
60 - 74	16	7.6
75 - 80	5	2.4
Total	211	100.0

De acuerdo a la edad, las muestras estudiadas se distribuyen entre el rango de 15 a 80 años de edad. El intervalo más frecuente es entre los 15 a 28 años de edad con 116 casos (55%), en segundo lugar, es el intervalo de 29 a 43 años de edad con 52 casos (24.6%). El intervalo que contiene la menor muestra es el del 75 a 80 años con 5 casos (2.4%) (Tabla 9).

Tabla 10

Frecuencia y porcentaje de la muestra de acuerdo al sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	92	43.6
varones	119	56.4
Total	211	100.0

De acuerdo al sexo la muestra está representada en mayor porcentaje por varones (56.4%) vs (43.6%) de mujeres. (Tabla 10).

Tabla 11

Frecuencia y porcentaje de la muestra de acuerdo al grado de instrucción

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	5	2.4
Primaria	44	20.9
Secundaria	120	56.9
Superior	42	19.9
Total	211	100.0

De acuerdo al grado de instrucción la muestra está representada en mayor porcentaje por el nivel de educación secundaria (120 casos, 56.9%) y en segundo lugar el nivel de educación primaria (44 casos, 20.9%), pero seguido muy de cerca por el nivel de educación superior (42 casos, 19.9%) (Tabla 11).

Tabla 12

Frecuencia y porcentaje de la muestra de acuerdo a la ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Otros	3	1.4
Ama de casa	49	23.2
Obrero (a)	72	34.1
Empleado (a)	21	10.0
Estudiante	66	31.3
Total	211	100.0

De acuerdo al tipo de ocupación la muestra está representada en mayor porcentaje por los obreros (72 casos, 34.1%), seguido de los estudiantes (66 casos, 31.3%); en tercer lugar, las amas de casa (49 casos, 23.2%); por último, los empleados (21 casos, 10%). (Tabla 12).

Tabla 13

Frecuencia y porcentaje de la muestra de acuerdo al estado civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero (a)	129	61.1
Casado (a)	28	13.3
Conviviente	38	18.0
Separado (a)	16	7.6
Total	211	100.0

De acuerdo al estado civil la muestra está representada en mayor porcentaje por los solteros (129 casos, 61.1%), seguido de los convivientes (38 casos, 18.0%); en tercer lugar, los casados (28 casos, 13.3%); por último, los separados (16 casos, 7.6%) (Tabla 13).

5.1.2. Niveles de la Violencia Familiar en la muestra de estudio

Tabla 14

Niveles de Violencia Familiar en la muestra de estudio

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	195	92.4
Medio	13	6.2
Alto	3	1.4
Total	211	100.0

En la tabla 14 y figura 5 se aprecian los niveles de violencia familiar en la muestra de estudio; al respecto, el nivel más frecuente es el nivel bajo con 195 casos (92.4%); en segundo lugar, el nivel medio con 13 casos (6.2%) y el nivel alto con 3 casos (1.4%).

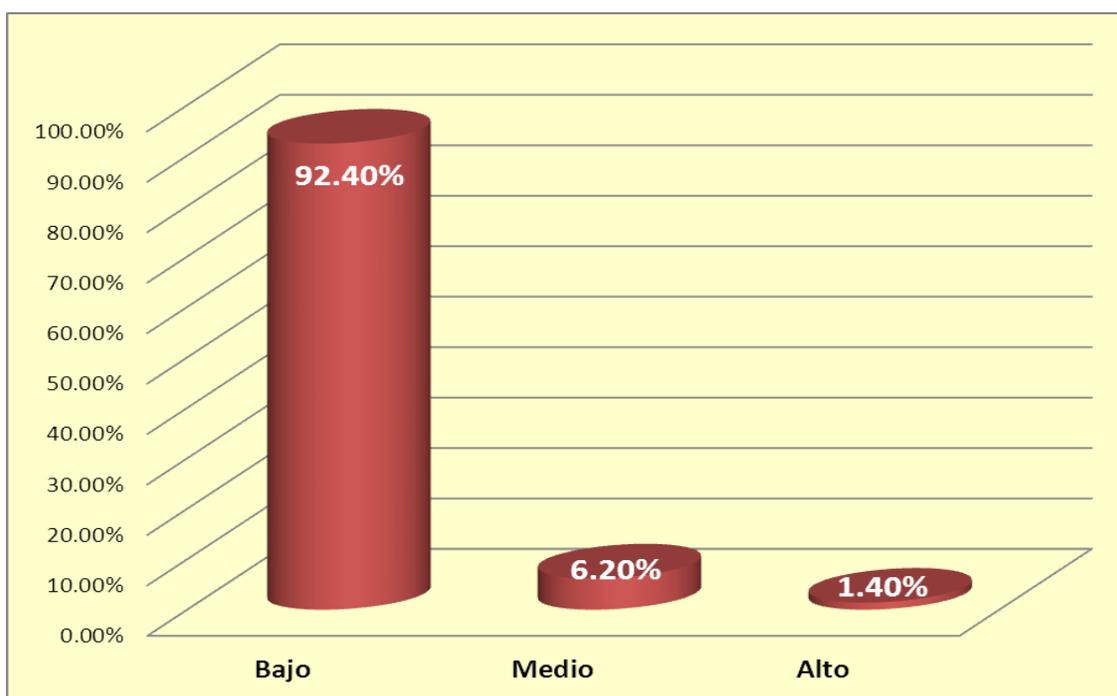


Figura 5. Niveles de violencia familiar

5.1.3. Niveles en los diferentes tipos de violencia familiar

Tabla 15

Niveles de los diferentes tipos de violencia familiar

Niveles de violencia psicológica

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	192	91.0
Medio	15	7.1
Alto	4	1.9
Total	211	100.0

En la tabla 15 y figura 5 se aprecian los niveles de violencia familiar en el ámbito psicológico. El nivel más frecuente es el nivel bajo con 192 casos (91.0%); en segundo lugar, el nivel medio con 15 casos (6.2%).

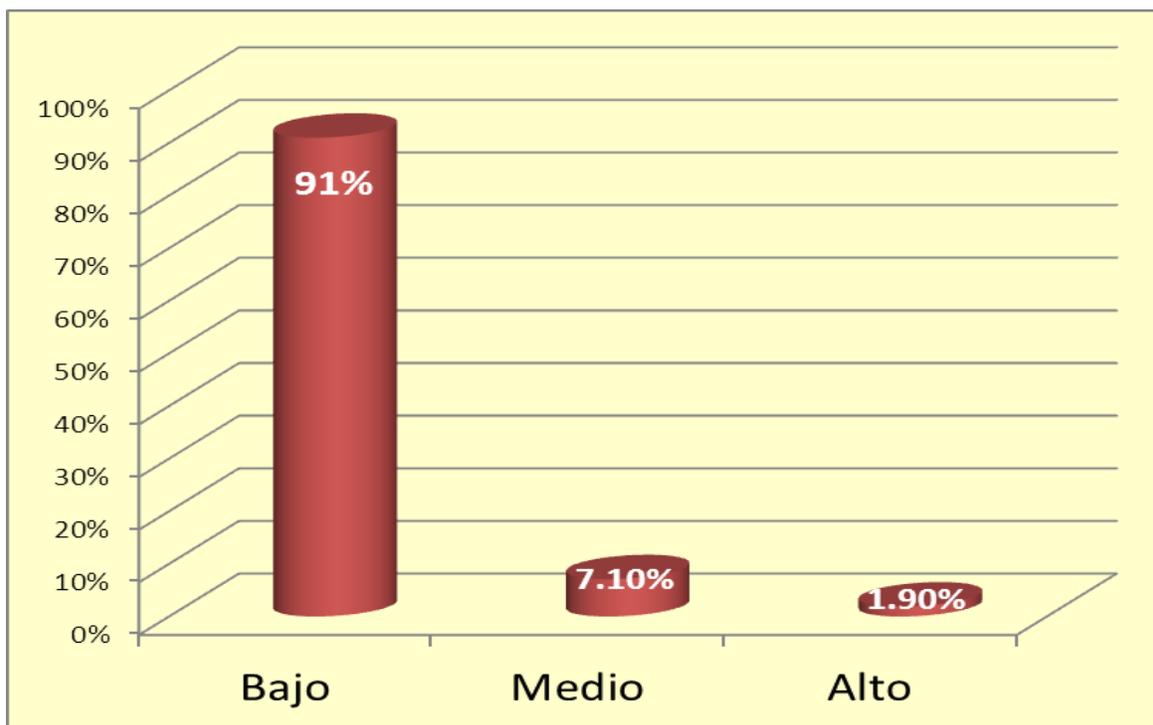


Figura 5. Niveles de violencia psicológica.

Tabla 16

Niveles de violencia familiar por negligencia

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	163	77.3
Medio	40	19.0
Alto	8	3.8
Total	211	100.0

En la tabla 16 y figura 6 se aprecian los niveles de violencia familiar por negligencia. El nivel más frecuente es el nivel bajo con 163 casos (77.3%); en segundo lugar, el nivel medio con 40 casos (19.0%) y en tercer lugar, el nivel alto con 8 casos (3.8%).

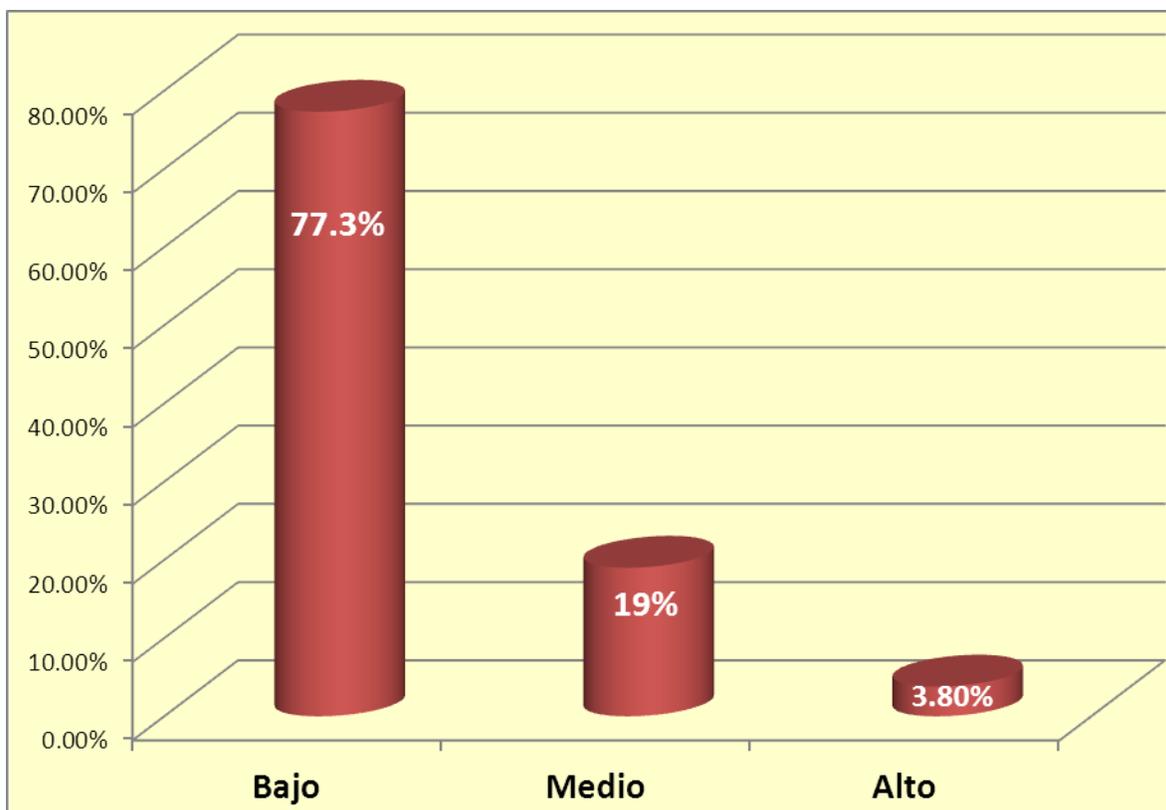


Figura 6. Niveles de violencia familiar por negligencia.

Tabla 17

Niveles de violencia física

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	209	99.1
Medio	1	.5
Alto	1	.5
Total	211	100.0

En la tabla 17 y figura 7 se aprecian los niveles de violencia física. El nivel más frecuente es el nivel bajo con 209 casos (99.1%); en segundo y tercer lugar, el nivel medio que coincide con el nivel alto (en ambos niveles con 1 casos, 0.5%).

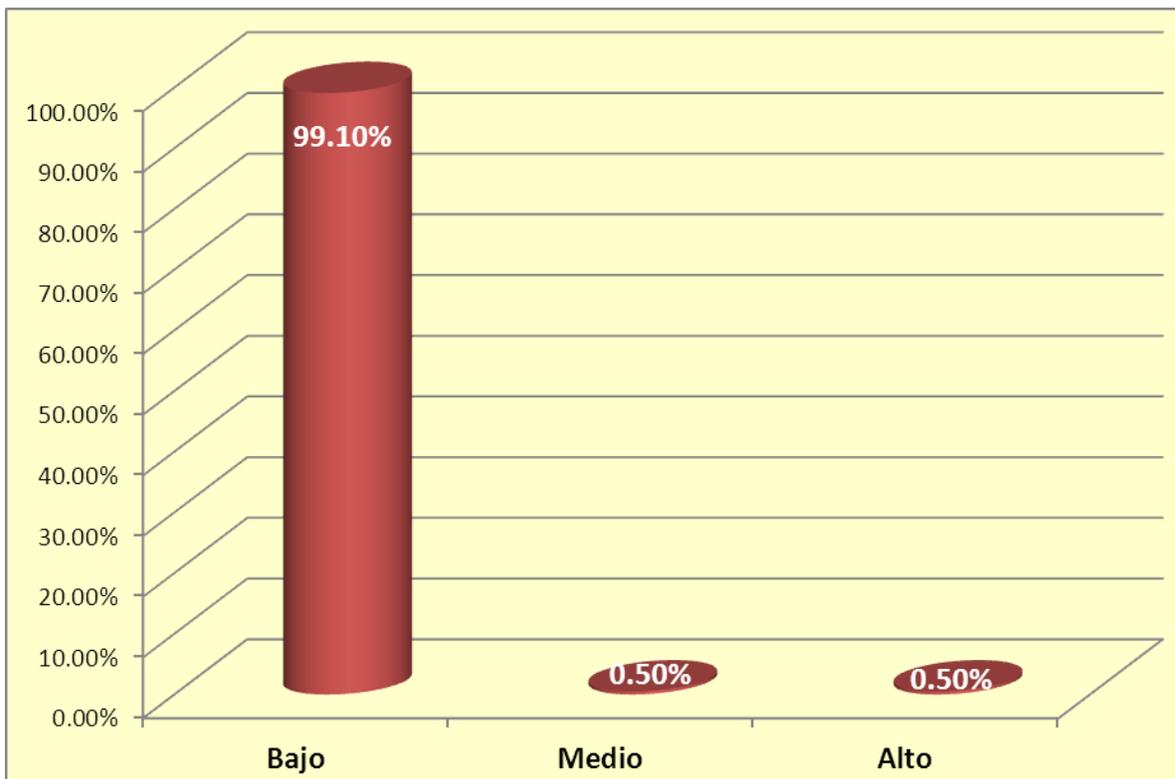


Figura 7. Niveles de violencia física.

Tabla 18

Niveles de Violencia Sexual

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	202	95.7
Medio	6	2.8
Alto	3	1.4
Total	211	100.0

En la tabla 18 y figura 8 se aprecian los niveles de violencia sexual. El nivel más frecuente es el nivel bajo con 202 casos (95.7%); en segundo lugar, el nivel medio con 6 casos, 2.8% y en tercer lugar, el nivel alto (con 3 casos, 1.4%).

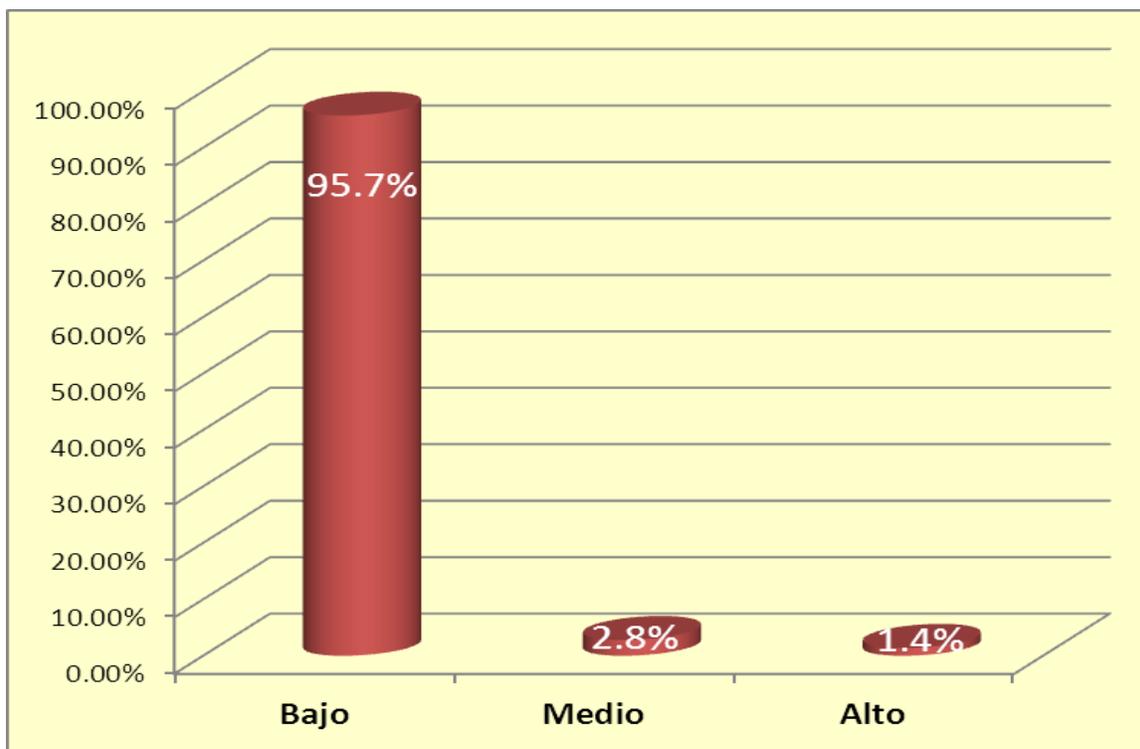


Figura 8. Niveles de violencia sexual.

5.1.4. Niveles de Adherencia Terapéutica

Tabla 19

Niveles de adherencia terapéutica

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	28	13.3
Medio	103	48.8
Alto	80	37.9
Total	211	100.0

En la tabla 19 y figura 9 se aprecian los niveles de adherencia terapéutica en la muestra de estudio; al respecto, el nivel más frecuente es el nivel medio con 103 casos (48.8%); en segundo lugar, el nivel alto con 80 casos (37.9%) y el nivel bajo con 28 casos (13.3%).

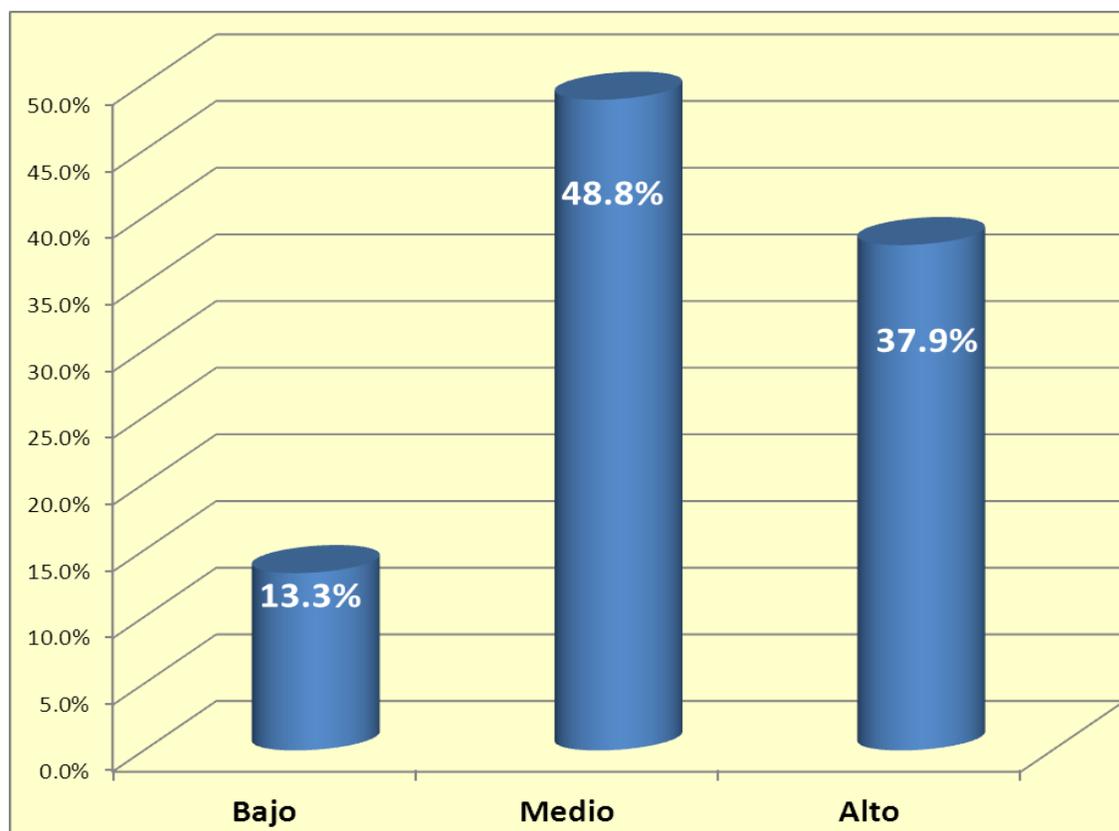


Figura 9. Porcentaje de los niveles de adherencia.

5.1.5. Niveles de los diferentes factores de la adherencia terapéutica

Tabla 20

Niveles de adherencia terapéutica en el factor medio social

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	143	67.8
Medio	55	26.1
Alto	13	6.2
Total	211	100.0

En la tabla 20 y figura 10 se pueden apreciar los niveles de adherencia terapéutica en el factor medio social de la muestra estudiada. El nivel más frecuente en este factor es el nivel bajo con 143 casos y un 67.8%. El segundo nivel es el nivel medio con 55 casos y un 26.1%, por último, el nivel alto con 13 casos y un 6.2%

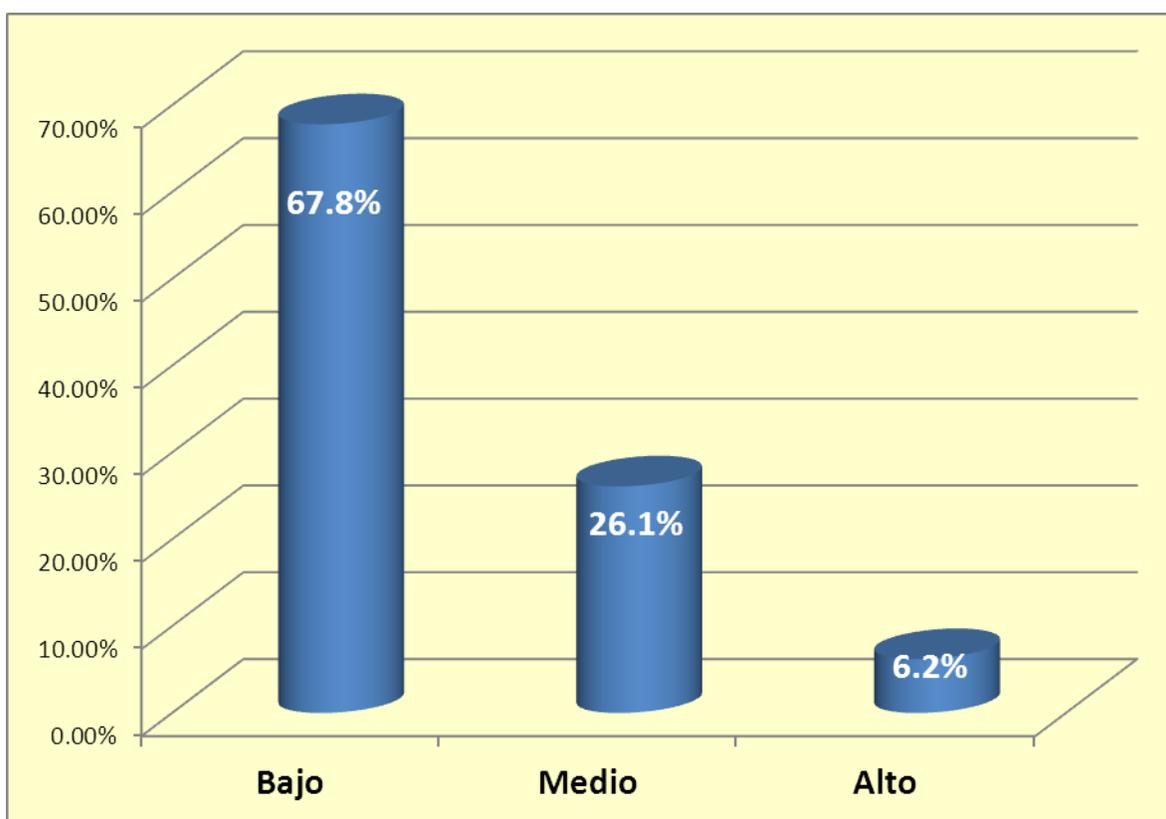


Figura 10. Porcentaje de los niveles de adherencia del factor social.

Tabla 21

Niveles de adherencia terapéutica en el factor estilos de vida

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	14	6.6
Medio	61	28.9
Alto	136	64.5
Total	211	100.0

En la tabla 21 y figura 11 se pueden observar los niveles de adherencia terapéutica en el factor estilos de vida. El nivel más frecuente en este factor es el nivel alto con 136 casos y un 64.5%. El segundo nivel es el nivel medio con 61 casos y un 28.9%, por último, el nivel bajo con 14 casos y un 6.6%

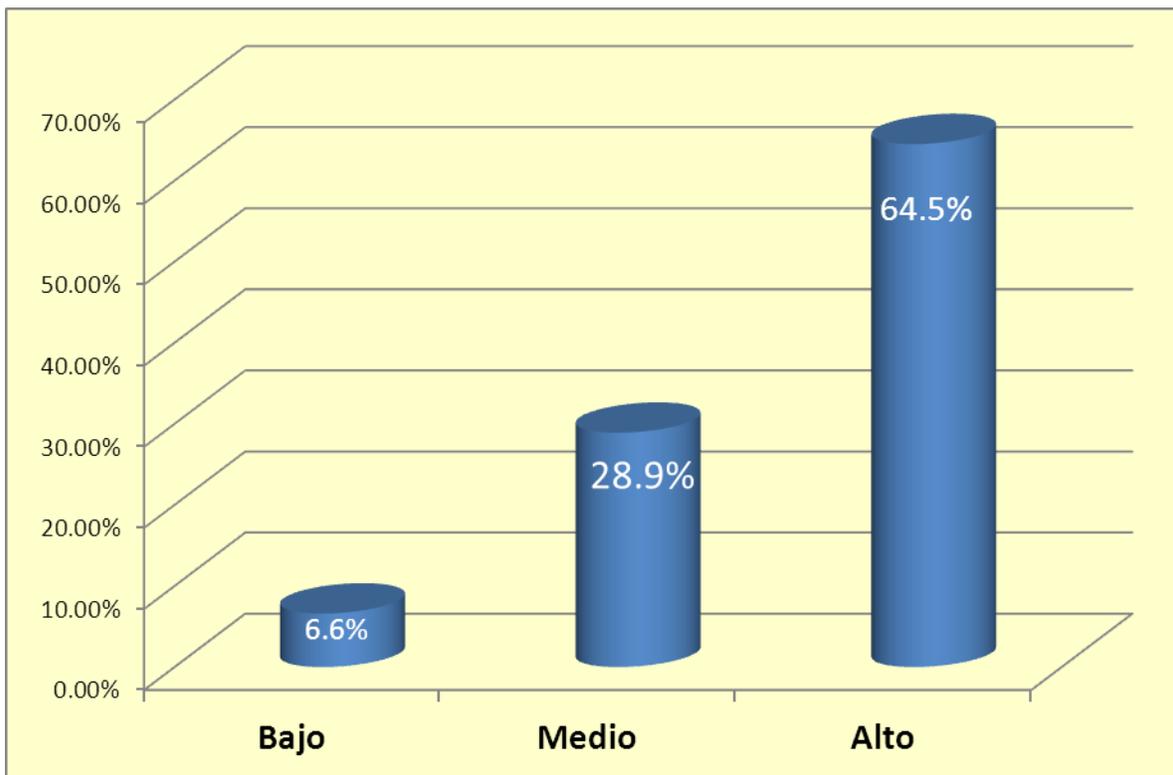


Figura 11. Porcentaje de los niveles de adherencia a los factores de estilos de vida

Tabla 22

Niveles de adherencia terapéutica en el factor medio laboral

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	133	63.0
Medio	42	19.9
Alto	36	17.1
Total	211	100.0

En la tabla 22 y figura 12 se pueden apreciar los niveles de adherencia terapéutica en el factor laboral. El nivel más frecuente en este factor es el nivel bajo con 133 casos y un 63.5%. El segundo nivel es el nivel medio con 42 casos y un 19.9%, por último, el nivel alto con 36 casos y un 17.1%.

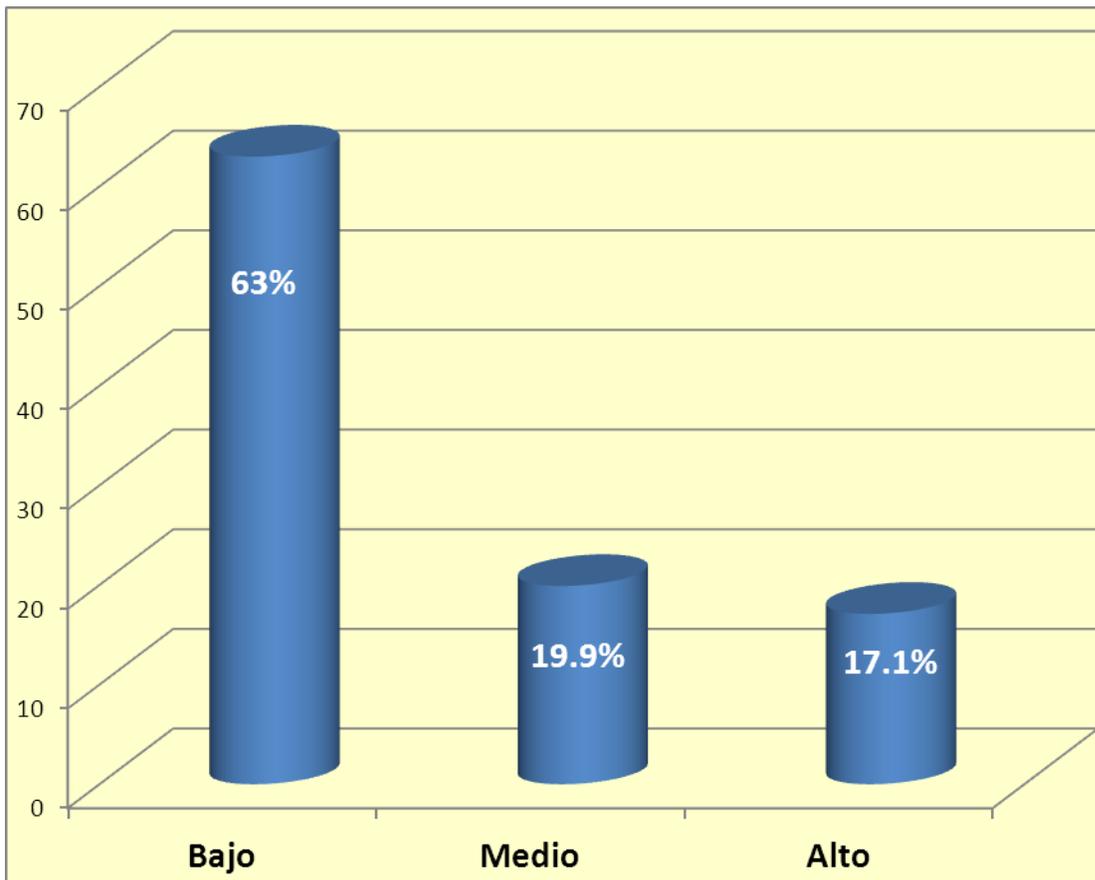


Figura 12. Porcentaje de los niveles de adherencia al factor laboral.

Tabla 23

Niveles de adherencia terapéutica en el factor antecedentes de salud

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	25	11.8
Medio	50	23.7
Alto	136	64.5
Total	211	100.0

En la tabla 23 y figura 13 se pueden apreciar los niveles de adherencia terapéutica en el factor antecedentes de salud. El nivel más frecuente en este factor es el nivel alto con 136 casos y un 64.5%. El segundo nivel es el nivel medio con 50 casos y un 23.7%, por último, el nivel bajo con 25 casos y un 11.8%.

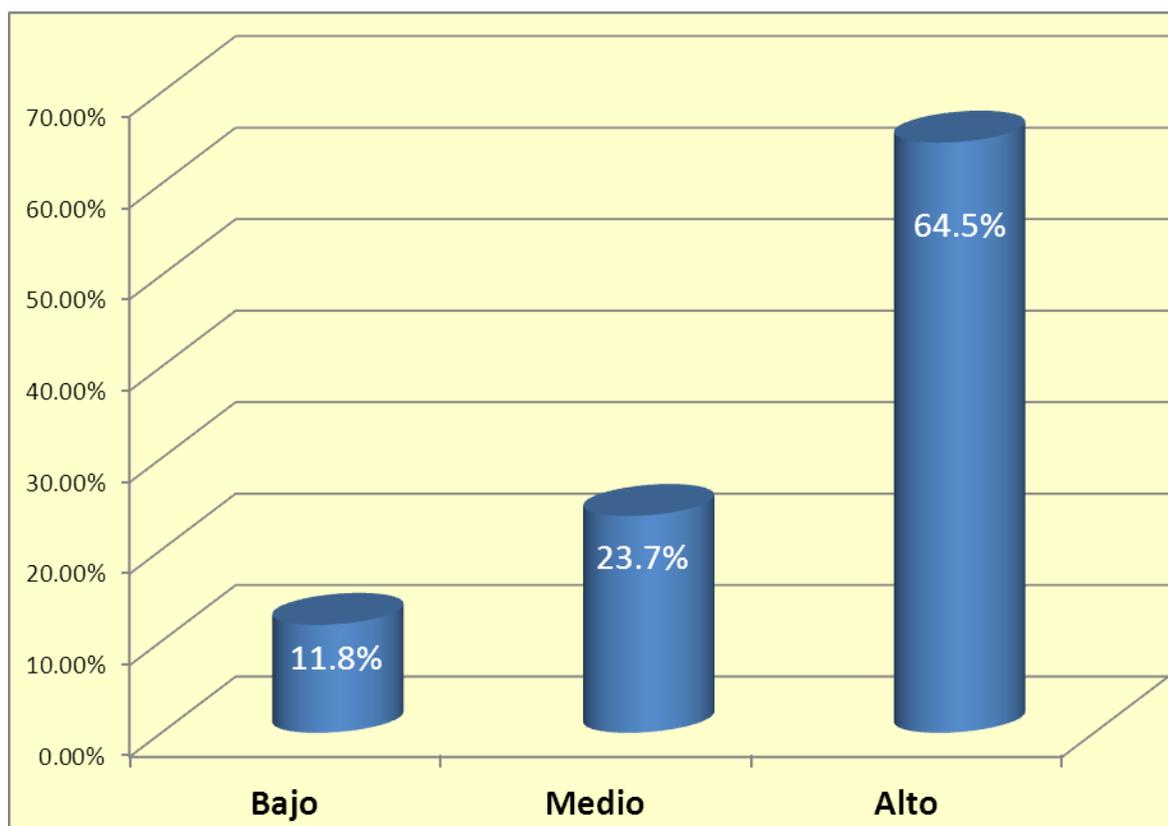


Figura 13. Porcentaje de los niveles de adherencia al factor antecedentes de salud

Tabla 24

Niveles de adherencia terapéutica en el factor aspectos emocionales

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	81	38.4
Medio	84	39.8
Alto	46	21.8
Total	211	100.0

En la tabla 24 y figura 14 se pueden apreciar los niveles de adherencia terapéutica en el factor aspectos emocionales. El nivel más frecuente en este factor es el nivel medio con 84 casos y un 39.8%. El segundo nivel es el nivel bajo con 81 casos y un 38.4%, por último, el nivel alto con 46 casos y un 21.8%

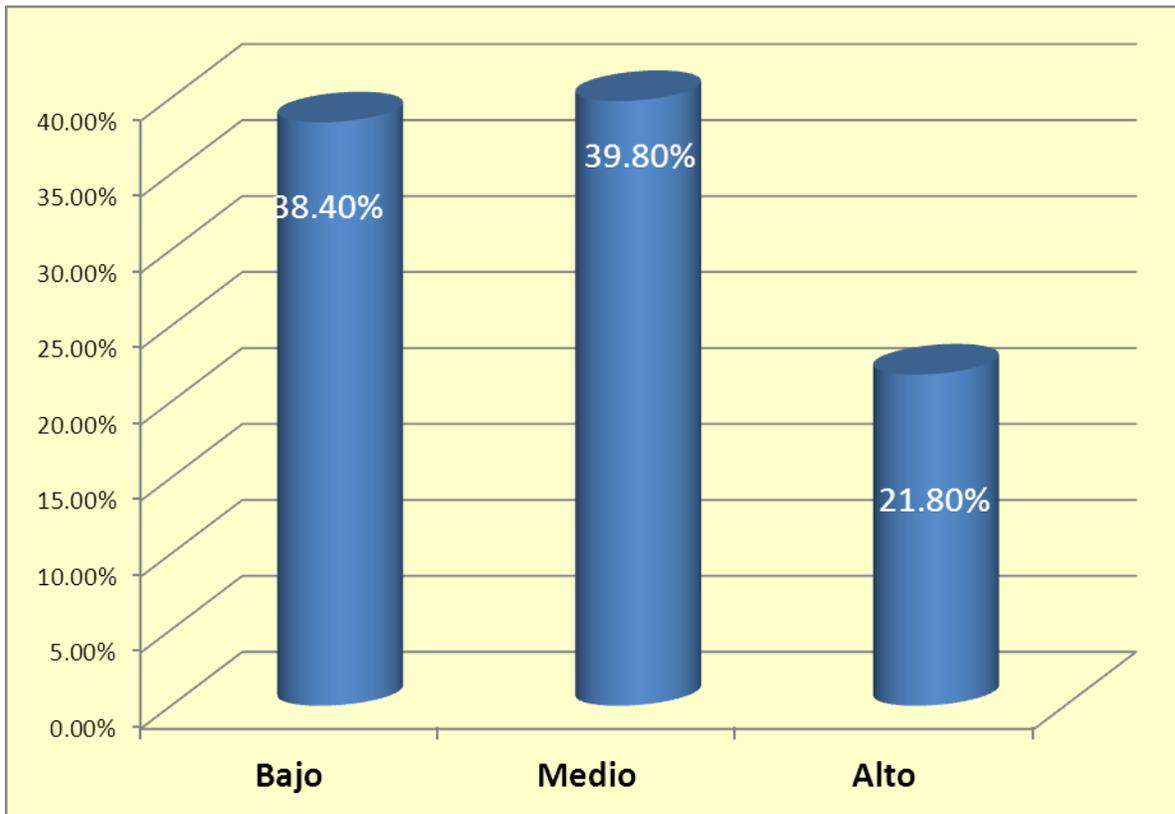


Figura 14. Porcentaje de los niveles de adherencia al factor emocional

5.1.6. Prueba de Hipótesis

Tabla 25

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Violencia Familiar	Adherencia Terapéutica
N ^a		211	211
Parámetros normales ^{a,b}	Media	9.64	14.25
	Desviación típica	14.322	3.165
Diferencias más extremas	Absoluta	.250	.123
	Positiva	.194	.064
	Negativa	-.250	-.123
Z de Kolmogorov-Smirnov		3.638	1.787
Sig. asintót. (bilateral)		0.000	.003

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

En la tabla 25 la prueba de Kolmogorov-Smirnov demuestra que los datos de las variables se distribuyen de una manera no normal, por tanto, el procedimiento para realizar la demostración de las hipótesis se realizarán mediante el índice de correlación de Spearman.

5.1.7. Resultados inferenciales

Contrastación de hipótesis general: Violencia familiar y adherencia terapéutica.

H₀: La violencia familiar no se relaciona con la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de las microredes de salud de Lima Norte y Lima Este

H₁: La violencia familiar se relaciona con la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de las microredes de salud de Lima Norte y Lima Este

p: <, 0.05 (p valor de determinación).

Tabla 26

Relación entre violencia familiar y la adherencia terapéutica (n: 211)

			Violencia Familiar	Adherencia Terapéutica
Rho de Spearman	Violencia Familiar	Coefficiente de correlación	1.000	-,178**
		Sig. (bilateral)		.010
	Adherencia Terapéutica	Coefficiente de correlación	-,178**	1.000
		Sig. (bilateral)	.010	

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 26 se puede apreciar que existe correlación entre la violencia familiar y la adherencia terapéutica, esta relación es inversa y es significativa ($r: -,178$; $p: ,01$), lo que quiere decir que cuando se presenta niveles altos de violencia, entonces, se tienen menores niveles de adherencia terapéutica, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

Relación entre la violencia familiar y los diferentes factores de la Adherencia Terapéutica

H₀: La violencia familiar no se relaciona con el factor medio social de la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de las microredes de salud de Lima Norte y Lima Este

H₁: La violencia familiar si se relaciona con el factor medio social de la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de las microredes de salud de Lima Norte y Lima Este

p : <, 0.05 (p valor de determinación)

Violencia Familiar y el factor adherencia terapéutica al medio social

Tabla 27

Correlación entre la violencia familiar y el factor adherencia terapéutica al medio social

			Violencia Familiar	Adherencia Terapéutica Medio Social
Rho de Spearman	Violencia Familiar	Coeficiente de correlación	1.000	-.025
		Sig. (bilateral)		.715
	Adherencia Medio Social	Coeficiente de correlación	-.025	1.000
		Sig. (bilateral)	.715	

En la tabla 27 se puede apreciar que no existe correlación entre la violencia familiar y la adherencia terapéutica (r : - ,025; p : ,715), lo que quiere decir que cuando se presenta determinados niveles de violencia familiar no se afecta el factor adherencia terapéutica al medio social, por lo cual se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa.

Violencia Familiar y el factor emocional de la adherencia terapéutica

H₀: La violencia familiar no se relaciona con el factor emocional de la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de las microredes de salud de Lima Norte y Lima Este

H₁: La violencia familiar si se relaciona con el factor emocional de la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de las microredes de salud de Lima Norte y Lima Este

$p < .05$ (p valor de determinación)

Tabla 28

Correlación entre la violencia familiar y el factor emocional de la adherencia terapéutica.

			Violencia Familiar	Adherencia Terapéutica Aspectos Emocionales
Rho de Spearman	Violencia Familiar	Coefficiente de correlación	1.000	-,144*
		Sig. (bilateral)		.037
	Adherencia Terapéutica Aspectos Emocionales	Coefficiente de correlación	-,144*	1.000
		Sig. (bilateral)	.037	

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 28 se puede apreciar que existe correlación entre la violencia familiar y el factor emocional de la adherencia terapéutica, esta relación es inversa y es significativa ($r = -.144$; $p = .037$), lo que quiere decir que cuando se presenta niveles altos de violencia familiar, entonces, se tienen menores niveles de adherencia terapéutica en los aspectos emocionales, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

Violencia Familiar y el factor estilos de vida de la adherencia terapéutica

H₀: La violencia familiar no se relaciona con el factor estilos de vida de la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de las microredes de salud de Lima Norte y Lima Este.

H₁: La violencia familiar si se relaciona con el factor estilos de vida de la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de las microredes de salud de Lima Norte y Lima Este.

p : <, 0.05 (p valor de determinación)

Tabla 29

Correlación entre la violencia familiar y el factor estilos de vida de la adherencia terapéutica

			Violencia Familiar	Adherencia Terapéutica Estilos de Vida
Rho de Spearman	Violencia Familiar	Coefficiente de correlación	1.000	-.078
		Sig. (bilateral)		.261
	Adherencia Terapéutica Estilos De Vida	Coefficiente de correlación	-.078	1.000
		Sig. (bilateral)	.261	

En la tabla 29 se puede apreciar que no existe correlación entre la violencia familiar y el factor estilos de vida de la adherencia terapéutica (r : -.078; p : .261), lo que quiere decir que cuando se presenta determinados niveles de violencia familiar no se afecta el factor estilos de vida de la adherencia terapéutica, por lo cual se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa.

Violencia Familiar y el factor medio laboral de la adherencia terapéutica

H₀: La violencia familiar no se relaciona con el factor medio laboral de la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de las microredes de salud de Lima Norte y Lima Este.

H₁: La violencia familiar si se relaciona con el factor medio laboral de la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de las microredes de salud de Lima Norte y Lima Este.

$p < 0.05$ (p valor de determinación)

Tabla 30

Relación entre la violencia familiar y el factor medio laboral de la adherencia terapéutica

			Violencia Familiar	Adherencia Medio Laboral
Rho de Spearman	Violencia Familiar	Coeficiente de correlación	1.000	-.006
		Sig. (bilateral)		.932
	Adherencia Medio Laboral	Coeficiente de correlación	-.006	1.000
		Sig. (bilateral)	.932	

En la tabla 30 se puede apreciar que no existe correlación entre la violencia familiar y el factor estilos de vida de la adherencia terapéutica ($r = -.006$; $p = .932$), lo que quiere decir que cuando se presenta determinados niveles de violencia familiar no se afecta el factor adecuación al medio laboral de la adherencia terapéutica, por lo cual se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa.

Violencia Familiar y el factor antecedentes de salud de la adherencia terapéutica

H₀: La violencia familiar no se relaciona con el factor antecedentes de salud de la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de las microredes de salud de Lima Norte y Lima Este.

H₁: La violencia familiar si se relaciona con el factor antecedentes de salud de la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de las microredes de salud de Lima Norte y Lima Este.

$p < 0,05$ (p valor de determinación)

Tabla 31

Relación entre la violencia familiar y el factor antecedentes de salud de la adherencia terapéutica

			Violencia Familiar	Adherencia Terapéutica Antecedentes de Salud
Rho de Spearman	Violencia Familiar	Coeficiente de correlación	1.000	-,286**
		Sig. (bilateral)		.000
	Adherencia Terapéutica Antecedentes de Salud	Coeficiente de correlación	-,286**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 31, se puede apreciar que existe correlación entre la violencia familiar y el factor antecedentes de salud de la adherencia terapéutica, esta relación es inversa y es significativa ($r = -,286$; $p = ,000$), lo que quiere decir que cuando se presenta niveles altos de violencia familiar, entonces, se tienen menores niveles de adherencia terapéutica en los antecedentes de salud, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

Violencia Familiar y adherencia terapéutica de acuerdo a variables sociodemográficas.

Tabla 32

Correlaciones de acuerdo a variables sociodemográficos (n: 211).

	Rho de Spearman	
	Adherencia Terapéutica	
	Coeficiente de correlación	Sig. (bilateral)
Adherencia general	1.000	
Violencia general	-,178 **	.010
Edad	-.071	.305
Sexo	,186 **	.007
Grado de Instrucción	,261 **	.000
Ocupación	,194 **	.005
Estado Civil	-.102	.140

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

De acuerdo a las variables sociodemográficas (Tabla 32), hay factores con los que la violencia influye en la adherencia terapéutica, tales como el sexo, el grado de instrucción y la ocupación. Es decir, las variables sexo, grado de instrucción y ocupación explican que se produzca la relación entre la violencia familiar y el nivel de adherencia terapéutica, por tanto, son importantes estas variables en el nivel de adherencia. Las variables que no explican la relación son: la edad y el estado civil, es decir, estas variables no pueden explicar la relación.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La discusión de los resultados se realiza teniendo en cuenta la secuencia de los objetivos y de las hipótesis del presente estudio.

De acuerdo a los hallazgos en la muestra de estudio se han encontrado niveles de violencia familiar bajos (más del 90% de los casos), este nivel es largamente distante de los otros niveles, por lo que se puede afirmar que estos pacientes tienen familias que se pueden denominar estables y funcionales y que no les caracteriza la violencia. Confrontados estos hallazgos con los antecedentes y la literatura existente se puede comentar de acuerdo con el modelo ecológico como los subsistemas de la dinámica familiar afectan y desencadenan el fenómeno de la violencia.

En el presente estudio la violencia familiar se ha considerado que comprende 4 dimensiones, las cuales las pasamos a su discusión. La violencia familiar de tipo psicológico se caracteriza por ser baja (más del 91% de los casos), por lo cual se puede afirmar que las familias de estos pacientes no emplean frecuentemente la violencia psicológica para relacionarse entre ellos y por tanto son familias casi sin violencia psicológica en el trato con este tipo de pacientes. De acuerdo al MINSA, 2011 en esta muestra este tipo de violencia la familia se cuidaría de “no dañar la autoestima, la identidad o el desarrollo emocional de otro miembro, evitan los insultos constantes, la humillación, degradación, ridiculización, rechazo, manipulación, amenazas, aislamiento de amigos y familiares o comparar con otros”

La violencia familiar caracterizada por los actos de negligencia, de descuido de desatención presenta comportamientos que de cierta manera se pueden caracterizar por ser no negligentes en la mayoría de los casos (más del 77% de los casos), es decir, se podría decir que las familias de estos pacientes no son negligentes en el trato con este tipo de pacientes. De acuerdo al MINSA, 2011, p. 20 las familias de la muestra estudiada no omitirían la satisfacción de sus

necesidades básicas y las relacionadas con el control médico y la supervisión de sus tareas.

La violencia familiar de tipo físico no es una característica de estas familias; debido a que tiene un porcentaje tan bajo, se puede afirmar que son familias en las que no se emplea la violencia física en la relación entre ellos. De acuerdo al MINSA, 2011, p. 19, estas familias no emplearían la fuerza física para causar lesiones internas o externas.

La violencia familiar sexual de tipo sexual no es precisamente su característica; sin embargo, en el 1.4% de los casos se habrían producido comportamientos de tipo sexual que podrían impactar en los niveles de adherencia terapéutica de los pacientes con cuadros de tuberculosis. No se puede saber si este porcentaje de casos (1.4%) que habrían sufrido algunas conductas de abuso de su sexualidad, tenga que ver con la enfermedad, o puede ser un hecho en la historia del individuo con tuberculosis y que impacte en el proceso de adherencia terapéutica.

De acuerdo a los hallazgos de adherencia terapéutica en la muestra de estudio se han encontrado niveles medios de adherencia terapéutica (casi el 50% de los casos), así como niveles altos de adherencia terapéutica (casi el 40% de los casos), por lo que se puede afirmar que estos pacientes presentan niveles medio altos de adherencia terapéutica. Confrontados estos hallazgos con los antecedentes y la literatura existente se puede comentar de acuerdo con el modelo de creencias de la salud.

En el presente estudio la adherencia terapéutica se ha considerado que comprende 5 dimensiones, las cuales las pasamos a su discusión. La adherencia terapéutica en el factor adecuación al medio social de la muestra estudiada se puede sostener que se caracteriza por ser bajo (casi el 70% de los casos) en este factor, lo que querría decir que este factor se presenta bajo y que habría que desarrollar estrategias terapéuticas o de promoción de la salud para la mejora de esta condición de la adherencia terapéutica. De acuerdo al modelo de las creencias de la salud.

La muestra de estudio en el ámbito emocional de la adherencia terapéutica muestra niveles en general medio y bajos, es decir, es el área más afectada de todas las de la adherencia y es el ámbito que se revela como el que más se debería atender para favorecer la adherencia terapéutica.

El factor estilos de vida de la adherencia terapéutica se caracteriza por tener estilos de vida apropiados (más del 65% de los casos) que pueden ayudar en cualquier proceso terapéutico como el de enfrentar un proceso tuberculoso el cual requiere mucha disciplina, perseverancia, etc. para enfrentar exitosamente a esta enfermedad. Analizados todos los niveles de la adherencia de este factor se puede sostener que los estilos de vida de estos pacientes se caracterizan por medio-altos apropiados. Cadena (2011) encontró que la eficacia de una intervención en la adherencia tenía que ver con los estilos de vida, mejorando la percepción del estado de salud. Chen, Iglesias, Chafloque, Quiñones-Tafur, y Aguilar (2013), demostraron que para tener un mayor éxito en la adherencia se necesita una importante dosis de disciplina.

La adherencia terapéutica en el factor laboral se muestra en general en un nivel bajo, lo que implicaría que este factor estaría influyendo en el proceso de adherencia y de recuperación de estos pacientes. Cruz (2012) señaló en su estudio de los factores de riesgos socioeconómicos en pacientes con TBC pulmonar que uno de los factores de riesgo era el tipo de ocupación y la migración por el trabajo y Llana (2009) señaló que los factores de seguridad y salud impactan en el desempeño del trabajador.

La adherencia terapéutica en los factores antecedentes de salud se encuentra alto (casi el 65% de los casos), lo que querría decir que el historial de comorbilidades estaría condicionando la salud de estos pacientes. Meichenbaum y Turk (1991) mencionados por Villa y Vinaccia (2006) señalan que es importante tomar en cuenta la historia previa de la adherencia, la presencia de otros trastornos, incluso sus creencias sobre su salud y sus expectativas frente al tratamiento y la enfermedad, así como el carácter crónico de la enfermedad, el grado de

incapacidad y malestar físico inherente a la enfermedad y que condicionan la adherencia terapéutica.

La presente investigación plantea inicialmente que la violencia en la familia afecta en la fuerza de la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este enmarcado en el modelo que las diferentes conductas violentas afectan de diferente manera a la adherencia terapéutica (MINSA, 2011).

De acuerdo a los datos encontrados ($r: -,178$; $p: 01$) la hipótesis general se aceptó, esto evidenciaría que la violencia familiar sí afecta la adherencia terapéutica, haciendo que cuando hay mayores niveles de violencia familiar, la adherencia terapéutica disminuye, aunque no disminuye con altos niveles de significatividad y se correlaciona con niveles bajos. La demostración que la violencia familiar sí afecta a la adherencia terapéutica nos llevaría a tomar en cuenta la estrategia de analizar y diagnosticar los niveles de violencia familias y sus diferentes expresiones, pues de alguna manera afectan la capacidad de recuperarse de este tipo de pacientes.

La muestra de estudio demuestra que no tiene altos niveles de violencia familiar y a pesar de este nivel afecta la adherencia, lo que querría decir que si esta aumentara, entonces el nivel de afectación de la adherencia sería mayor. Por ello, es una posibilidad importante de verificar este comportamiento en poblaciones con mayores niveles de violencia familiar y los grados de adherencia terapéutica.

La investigación también se planteó que la violencia familiar afecta a los 5 factores de la adherencia terapéutica.

La primera hipótesis específica planteó que la violencia familiar afecta el factor medio social de la adherencia terapéutica; al respecto los datos encontrados rechazaron la hipótesis alternativa, es decir, los niveles presentes de violencia familiar no afecta al factor medio social. Según Lujan (2013) el medio social tiene que ver con el apoyo social de las redes sociales y amigos íntimos. Si estos

aspectos de la adherencia no son afectados querría decir, que el apoyo social es muy fuerte en nuestras poblaciones, por lo tanto, una intervención terapéutica debería considerar como elemento técnico el diagnosticar si este apoyo social es fuerte o hay que acercar al paciente a tales redes de ayuda social. La OMS, citado por Utrilla, 2006, señaló “que tales influencias ejercen un efecto significativo y perceptivo sobre la salud y el bienestar del individuo en la comunidad” (p. 35)

La segunda hipótesis específica planteó que la violencia familiar afecta el factor emocional de la adherencia terapéutica. De acuerdo a los resultados, la hipótesis fue aceptada, es decir, la violencia familiar si afecta el estado de ánimo y afectivo del paciente con tuberculosis de estas zonas del estudio, lo que quiere decir que cuando se presenta niveles altos de violencia familiar, entonces, se tienen menores niveles de adherencia terapéutica por afectación de los aspectos emocionales y por tanto, su subjetividad para adaptarse a los cambios que suscita el desarrollo y enfrentamiento de la enfermedad. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que la “carga” de la enfermedad, los prejuicios también podrían afectar el estado de ánimo de estos pacientes.

La tercera hipótesis específica planteó que la violencia familiar afecta el factor estilo de vida de la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este. De acuerdo a los datos encontrados la violencia familiar no afecta en factor estilos de vida de la adherencia terapéutica, es decir, no afectaría en sus formas de descanso, alimentación adecuada, responsabilidad frente al tratamiento o discriminación laboral o social, lo que quiere decir que cuando se presenta determinados niveles de violencia familiar no se afecta el factor estilos de vida de la adherencia terapéutica.

La cuarta hipótesis específica planteó que la violencia familiar afecta el factor medio laboral de la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este. De acuerdo a los datos encontrados no existe correlación entre la violencia familiar y el factor estilos de vida de la adherencia terapéutica, lo que quiere decir que cuando se presenta determinados

niveles de violencia familiar no se afecta el factor adecuación al medio laboral de la adherencia terapéutica.

La quinta hipótesis específica planteó que la violencia familiar afecta el factor antecedentes de salud de la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este. De acuerdo a los datos encontrados se prueba la hipótesis alternativa, es decir, existe relación entre la violencia familiar y el factor antecedentes de salud de la adherencia terapéutica, esta relación es inversa y es significativa, lo que quiere decir que cuando se presenta niveles altos de violencia familiar, entonces, se tienen menores niveles de adherencia terapéutica en los antecedentes de salud.

La sexta hipótesis planteó que la violencia familiar afecta a la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este de acuerdo a las variables sociodemográficas; al respecto, se demuestra que hay factores con los que la violencia influye en la adherencia terapéutica, tales como el sexo, el grado de instrucción y la ocupación. Es decir, las variables sexo, grado de instrucción y ocupación explican que se produzca la relación entre la violencia general y el nivel de adherencia general, por tanto, son importantes estas variables en el nivel de adherencia. Las variables que no explican la relación son: la edad y el estado civil, es decir, estas variables no pueden explicar la relación.

Debido a los escasos datos que se tienen como referencia, los resultados deben ser interpretados con cautela y servir de referencia para futuras investigaciones para reafirmar las hipótesis planteadas en la presente investigación y realizar una acción de salud más versátil y efectiva en las poblaciones que son más afectadas por esta enfermedad.

En resumen, se puede afirmar que las conductas de la violencia en la familia afectan la adhesión terapéutica de los pacientes con tuberculosis pulmonar; a su vez, estas conductas de violencia se pueden afectan determinadas áreas del

comportamiento adherente de estos pacientes como son: la emocionalidad y los antecedentes de salud.

La emocionalidad es afectada debido al carácter adaptativo de ellas. Las emociones de estos pacientes tendrían las características de mayor sensibilidad, autosugestión y auto concepto bajo.

En el caso de los antecedentes de salud, la explicación va por el hecho que los antecedentes de salud que el paciente haya pasado en su vida y teniendo en cuenta que es un problema de solución de mediano plazo, pasan muchos problemas de salud relacionados con la misma enfermedad, otras comorbilidades y efectos colaterales propios de la administración de la carga medicamentosa diaria.

CONCLUSIONES

Primero : De los hallazgos de correlación entre violencia familiar y adherencia terapéutica, se encontró que la relación es inversa y significativa ($r: - ,178$; $p: ,01$), lo que nos indica que cuando se presenta niveles altos de violencia familiar, los niveles de adherencia en pacientes con tuberculosis disminuyen sustancialmente.

Segundo : De los resultados encontrados no existe correlación entre violencia familiar y el factor medio social de adherencia terapéutica ($r: - ,025$; $p: ,715$), lo que sugiere que cuando se presenta determinados niveles de violencia familiar no afecta al proceso de adherencia terapéutica del factor medio social.

Tercero : De los hallazgos encontrados si existe correlación entre violencia familiar y el factor emocional de la adherencia terapéutica, esta relación es inversa y es significativa ($r: - ,144$; $p: ,037$), lo que nos indica que cuando se presenta niveles altos de violencia familiar, se tiene menores niveles de adherencia terapéutica en el factor emocional.

Cuarto : De los resultados encontrados no existe correlación entre violencia familiar y el factor estilos de vida de adherencia terapéutica ($r: - ,078$; $p: ,261$), lo que quiere decir que cuando se presenta determinados niveles de violencia familiar no afecta el factor estilos de vida del proceso de adherencia terapéutica.

Quinto : De los hallazgos encontrados no existe correlación entre violencia familiar y el factor estilos de vida de la adherencia terapéutica ($r: - ,006$; $p: ,932$), lo que nos indica que cuando se presenta determinados niveles de violencia familiar no afecta el factor adecuación al medio laboral de la adherencia terapéutica.

Sexto : De los resultados encontrados si existe correlación entre violencia familiar y el factor antecedentes de salud de la adherencia terapéutica, esta relación es inversa y es significativa ($r: - ,286$; $p: ,000$), lo que quiere decir que cuando se presenta niveles altos de violencia familiar, entonces, se tienen menores niveles de adherencia terapéutica en el factor de antecedentes de salud.

Séptimo : De acuerdo a las variables sociodemográficas, hay factores con los que la violencia influye en la adherencia terapéutica, tales como el sexo, el grado de instrucción y la ocupación. Es decir, las variables sexo, grado de instrucción y ocupación explican que se produzca la relación entre violencia familiar y el nivel de adherencia terapéutica, por tanto, son importantes estas variables en el nivel de adherencia. Las variables que no explican la relación son: la edad y el estado civil, es decir, estas variables no pueden explicar la relación.

RECOMENDACIONES

Primero : Fortalecer el modelo de abordaje del programa en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud centrando su enfoque en los aspectos psicológicos de la dinámica del paciente y enfermedad.

Segundo : Tamizar a los pacientes con tuberculosis indicadores de riesgo a violencia y adherencia terapéutica a los esquemas de tratamiento en forma periódica con seguimiento personalizado.

Tercero : Fortalecer el proceso de acompañamiento psicológico de los operadores de salud a los pacientes con tuberculosis durante el periodo de seguimiento y tratamiento diferenciado.

Cuarto : Considerar los resultados de los niveles de adherencia en los aspectos emocionales relacionados al involucramiento del medio social, estilos de vida, las relaciones en el medio laboral y los antecedentes de salud, en el diseño de programas de educación para la salud.

Quinto : Incorporar los hallazgos encontrados en el presente estudio como insumos para el ASIS de los servicios de salud de la jurisdicción intervenida.

Sexto : Realizar otras investigaciones que exploren variables psicológicas en el perfil de los pacientes estudiados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcázar, A., Olivares-Olivares, P. & Olivares, J. (2012). *Psicología de la salud en la infancia y adolescencia*. Madrid, España: Pirámide.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1987). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Bandura, A. (2001). *Social cognitive theory: an agentic perspective*, Department of Psychology, Stanford University, Stanford, California 94305-2131.
- Bedón, Y. (2012). *Resiliencia y adherencia al Targa en pacientes con VIH/SIDA del Hospital San Juan bautista de Huaral*. Psiquemag, Universidad César Vallejo, Perú.
- Becker, M y Maiman, L. (1975). *Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations*. *Medical Care*, 13, 10-24.
- Bissonnette, J. (2008). *Adherence : A concept analysis*. *Journal of Advanced Nursing*, 63,634-643.
- Bond, G. Aiken L. y Somerville, S. (1992). *The health belief model and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus*. *Health Psychology*, 11, 190-198.

- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona : Paidós.
- Cadena, F. (2011). *Eficacia de una intervención promotora de salud en la adherencia al tratamiento y estilo de vida en enfermos de TBP* (Tesis doctoral). Universidad de Alicante, España.
- Carvajal, L. (2012). *Perspectiva crítica de las barreras al tratamiento de la tuberculosis* (Tesis) Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Recuperado de tucanos.udea.edu.co/appsfnsp/congreso/doc/poral8/po023.
- Carrasco, M. & Del Barrio, M. (2002). *Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes*. *Psicothema*, 14 (2), 323 – 332. Recuperado el 25 de octubre de 2008. En <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=727>
- Chen, J, Iglesias, M., Chafloque, R, Herrera, L, Quiñones-Tafur,M., y Aguilar. I,Torres-Anaya, Peña-Sánchez, R., Cristian Díaz-Vélez, C.(2013). *Factores asociados a multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis en el departamento de Lambayeque*. *Revista del Cuerpo Médico del Hospital Guillermo Almenara*, Vol. 6, N° 2. Recuperado de http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v6-n2-2013/RCM-V6-N2-2013_full.pdf
- Collazos, C. (2012). *Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la ESN-PCT - C.S San Luis – 2012*, (Tesis) en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Corsi, J. (1994). *Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.

- Corsi, J. (1995). *La Construcción de la Identidad Masculina. En: Corsi, Domen & Sotés. Violencia Masculina en la Pareja. Una aproximación al diagnóstico a los modelos de intervención, 19-40.* Buenos Aires: Paidós.
- Cruz, J. (2012). *Factores de riesgos socioeconómicos en pacientes TBC pulmonar mayores de 15 años del Hospital Corea, en la ciudad de El Alto, Bolivia,* (Tesis), Universidad Mayor de San Andrés, Recuperado de bibliotecadigital.umsa.bo:8080/rddu/bitstream
- Díaz, M. (2004). *Adolescencia, sexismo y violencia de género.* Revista Papeles del Psicólogo, 23 (84), 35-44.
- DiMatte, M. y DiNicola, D. (1982). *Tachieving patient compliance: the psychology of de medical practitioner´s role.* Nueva York: Pergamon Press.
- Echevarría, J. (2009), *Efecto de la terapia antiretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes enrolados en un Hospital Público en Lima-Perú.* Revista Medicina Herediana.18(4):184-191.
- ENDES, (2012). *Encuesta demográfica y de salud familiar.* INEI, Lima-Perú.
- Ewart, C. (1993). *Health promotion and disease prevention. A social action conception of compliance behavior.* En L. E. Krasnegor, S. Bennett-Jho y J. Yoffe (Eds.), *Development aspects of health compliance.* Nueva York: LEA.
- Ferrer, A. (1995). *Adherencia prescripciones terapéuticas y de salud. Concepto y factores psicosociales implicados.* *Revista de psicología de la Salud*, 7, 1, 35-61.

- Ferrer, P., Bosh, E. & Capilla, G. (2006). *Las creencias y actitudes sobre la violencia contra las mujeres en la pareja: Determinante sociodemográfico, familiares y formativos*. Universidad de Murcia. *Revista anales de Psicología*, 22 (2) ,251-259.
- Ferrer, P., Bosh, E. & Capilla, G. (2008). El concepto de amor en España. Universidad de Illes Balears. *Revista Psicothema* Vol. 20, nº 4, pp. 589-595.
- Garrido, Herrero y Massip, (2001). *Fundamentos de Psicología Jurídica e Investigación Criminal*. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books>.
- García, A. (2006). *Estudio diagnóstico en usuarios que han fracasado al TARGA*. Lima: Médicos sin fronteras.
- Gonzales, et.al. (2012). *Violencia Intrafamiliar: características descriptivas, factores de riesgos y propuesta de un plan de intervención* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.
- Haynes, R. (2008). *Interventions for enhancing medication adherence*. *Cocherane Database of Systematic Reviews*, 2.
- Heras, L. & Ubillos S. (2006). *Actitudes de los adolescentes ante la violencia de género*. Universidad de Burgos. España.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. (1999). *Ending violence against women*. *Population Reports, series L, nº 11*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health.

- Johnson, M. (2002). The medication adherence model : a guide for assessing medication taking. *Research Theory of Nursing Practice*, 16, 179-192.
- Karoly, P. (1993). Enlarging the scope of the compliance construct. En N. Krsnegor, L. Epstein, S. Bennett-Johnson y J. Yoffe (eds.), *Development aspects of health compliance*. Nueva York: LEA.
- Kristeller, S. y Rodin, J. (1984). A three-stage model of treatment continuity: compliance, adherence and maintenance. En A. Baum, J. Taylor y J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health. Social psychological aspects of health*. Nueva York: LEA.
- Kyngas, H., Duffy, M. y Kroll, T. (2000). *Concept analysis of compliance*. *Journal of Clinical Nursing*, 9,5-12.
- Ley, P. (1982). Givin information to patient. En J. Eiser (Ed.) *Social psychology and behavioral medicine*. Nueva York: Wiley.
- Luciano, M y Herruzo, J. (1992). Some relevant components of adherence behavior. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 117-123.
- Lujan, M. (2013). *Violencia contra las mujeres y alguien más*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia, España.
- Leventhal, H. (1993). Theories of compliance and turning necessities into preferences. Aplication to adolencents health action. En L. E. Krasnegor, S. Bennett-Jho y J. Yoffe (Eds.), *Development aspects of health compliance*. Nueva York: LEA.

- Llaneza, F. (2009). *Formación superior en prevención de riesgos laborales. Parte obligatoria y común* (4ª ed.). España: LEX NOVA.
- Matos, S. (1995). *Depresión y soporte social en pacientes con tuberculosis*. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Meichenbaum, D. y Turk, D.C. (1987). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook* . New York: Plenum Press.
- Ministerio de Salud del Perú. (2004). *Norma técnica del programa TARGA (adherencia retroviral)*. Dirección general de salud de las personas. Lima, Perú.
- Ministerio de Salud del Perú. (2005). *Estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz/Perú*. Dirección general de promoción de la salud. Lima, Perú.
- Ministerio de Salud del Perú. (2006). *Norma técnica nacional de salud de atención integral de las personas afectadas con tuberculosis*. Dirección general de salud de las personas. Lima, Perú.
- Ministerio de Salud del Perú. (2007). *Guía nacional de consejería en ITS y el SIDA*. Lima: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud del Perú. (2011). *Sistema Modular de capacitación Atención a personas en situación de violencia familiar*. Lima, Perú.
- Ministerio de Salud del Perú. (2013). *Norma técnica de salud de atención integral de las personas afectadas con tuberculosis*. Dirección general de salud de las personas. Lima, Perú.

- Montse, Q. (2005). *Representación de la violencia contra las mujeres en la prensa Española desde una perspectiva crítica de género* (Tesis de doctorado). Universidad Nacional de San Martín, San Martín.
- Miranda, R. (2012). *Relación entre el nivel de conocimiento de la tuberculosis pulmonar y la actitud frente al tratamiento, usuario de la estrategia sanitaria de control de tuberculosis* (Tesis de doctorado). Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.
- Miller, P., Wikoff, R., & Hiatt, A. (1992). *Fishbein's model of reasoned action and compliance behavior of hypertensive patients*. *Nursing Research*, 41, 104-109. <http://dx.doi.org/10.1097/00006199-199203000-00009>.
- Morrinson, A. (2005). *Preventing and responding to gender-based violence in middle and lowincome countries*. Worldbank, USA.
- OMS, (2002). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica*. Suiza: OMS.
- OMS, (2003). *Adherence to long-term therapies*. Suiza: OMS.
- OMS, (2010). *Estudio de la adherencia terapéutica en países de riesgo sanitario*. Suiza: OMS.
- Ortiz-Barreda, G. (2012). Violencia contra las mujeres: el papel del sector salud en la legislación internacional. *Gac Sanit.* 2012; 26(5):483–489, Recuperado de scielo.isciii.es/pdf/gsv/v26n5/políticas.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la Salud*. Universidad del Valle de México. México.

- Patterson, L., Littman y Bricker, J (1987). *Terapia y Modificación de Conducta*. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books>.
- Pender, N. (1988). *Development and testing of the Health Promotion Model*. *Cardiovascular Nursing*, 24(6), 41-43.
- Rapoff, M. (2006). *Management of adherence and chronic rheumatic disease in children and adolescents*. *Best Practise & Research Clinical Rheumatology*, 20, 301-314.
- Raven, B. (1988). *Social power and compliance in health care*. En S. Mae, C. Spielberger, P. Defares y J. Sorason (eds.), *Topics in health psychology*. Chichester : Wiley.
- Remedios, M. (2007). *La violencia de género: Un problema social*. *Revista d'estudis de la violencia*, 2, 1-19.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Estudio.
- Rodríguez, V. (2006). *Creencia de adolescentes y jóvenes en torno a la violencia de género y las relaciones de pareja*. *Portularia* 6, (2), 189-204.
- Rodríguez, F. (2010). *Características psicosociales de los trabajadores de la región de salud Huancavelica frente a la prevención de la violencia familiar* (Tesis) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/>.

- Rojas, G. (2006). *Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud, tablada de Lurín* (Tesis) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de cybertesis.unmsm.edu.pe.
- Rosenstock, I.M. (1982). *Why people seek health care?* En G.C. Stone et al. (Dirs): *Health Psychology Hand-book* (pp. 118-125). San Fran, CA: Jossey-Bass.cisco.
- Rodríguez, L. (1995). *Psicología social de la Salud*. Madrid: Ediciones Doyma.
- Saavedra, M. (2004). *Cómo entender a los adolescentes para educarlos mejor*. México: Pax.
- Utrilla, A. (2006). *Personal Laboral II* (2ª ed.). España: MAD.
- Valderrama, S. (2013). *Pasos para elaborar proyectos de Investigación Científica* (2ª ed.). Lima: San Marcos.
- Vargas, P. y Robles, E. (1996). La adherencia a las recomendaciones para el cuidado de la salud: una perspectiva psicológica. En G.R. Ortiz V. (Coord.): *Psicología y salud. La experiencia mexicana* (p. 97-157). Xalapa: Universidad Veracruzana.
- Vásquez, I., Pérez, M. & Fernández, C. (2010). *Fundamentos de psicología clínica* (5ª ed.). España: Pirámide.
- Villa, I. & Vinaccia, S. (2006). *Adherencia terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes de VIH-SIDA*. *Psicología y Salud*, 16(1), 51-62. Recuperado de: www.redalyc.com.

Yuni, J. & Urbano, C. (2006). *Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación* (2ª ed.). Córdoba, Argentina: Brujas.

Zaldívar, D. (2003). *Adherencia Terapéutica y modelos explicativos*. *Revista Salud para la Vida*. Madrid. Recuperado de www.infomed.sld.cu.

Zavala, J. (2010). *La Violencia Familiar y su influencia en el proceso enseñanza aprendizaje de los niños y niñas de 4 a 5 años del Jardín de Infantes Daniel López de la ciudad de Jipijapa* (Tesis doctoral). Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, Ecuador.

ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “Violencia familiar y adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud, Lima 2014”

Autores:

Mgtr. Edgard Rolando Rivero Contreras

Mgtr. Mónica Marlene Molina Bustamante

Problema de Investigación	Objetivos de Investigación	Hipótesis de Investigación	Metodología
<p>Pregunta General</p> <p>¿De qué manera se relaciona la violencia familiar con la adherencia terapéutica de este tipo de pacientes?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación entre violencia familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>La violencia familiar se relaciona con la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.</p>	<p>Tipo de investigación: Básica.</p> <p>Diseño de Investigación: No experimental.</p> <p>Método: Hipotético-Deductivo.</p>
<p>Preguntas Específicas</p>	<p>Objetivos Específicos</p>	<p>Hipótesis Específicas</p>	<p>Población: 494 pacientes.</p> <p>Muestra: 211 pacientes.</p> <p>Muestreo: aleatorio</p> <p>Instrumentos:</p> <p>Tamizaje de violencia de familia del MINSA.</p> <p>Cuestionario de adherencia terapéutica (MINSA, 2010)</p> <p>Muestreo: Aleatorio.</p>
<p>¿Cuáles son los niveles de violencia familiar en el ámbito de estudio?</p> <p>¿Cuáles son los niveles de adherencia terapéutica a los programas de tratamiento de la tuberculosis en el ámbito de estudio?</p> <p>¿De qué manera se relaciona la violencia familiar con el factor medio social de la adherencia terapéutica de este tipo de pacientes?</p> <p>¿De qué manera se relaciona la violencia familiar con el factor emocional de la</p>	<p>Objetivo específico 1</p> <p>Establecer los niveles de violencia familiar en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este</p> <p>Objetivo específico 2</p> <p>Establecer los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este</p> <p>Objetivo específico 3</p> <p>Determinar la relación entre violencia familiar y la adherencia terapéutica en el factor medio social en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.</p>	<p>Hipótesis específica 1</p> <p>La violencia familiar sí se relaciona con la adherencia terapéutica en el factor medio social en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.</p> <p>Hipótesis específica 2</p> <p>La violencia familiar sí se relaciona con la adherencia terapéutica en el factor emocional en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.</p>	

<p>adherencia terapéutica de este tipo de pacientes?</p> <p>¿De qué manera se relaciona la violencia familiar con el factor estilos de vida de la adherencia terapéutica de este tipo de pacientes?</p> <p>¿De qué manera se relaciona la violencia familiar con el factor medio laboral de la adherencia terapéutica de este tipo de pacientes?</p> <p>¿De qué manera se relaciona la violencia familiar con el factor antecedentes de salud de la adherencia terapéutica de este tipo de pacientes?</p> <p>¿De qué manera se relaciona la violencia familiar con la adherencia terapéutica teniendo en cuenta las condiciones sociodemográficas de este tipo de paciente?</p>	<p>Objetivo específico 4</p> <p>Determinar la relación entre violencia familiar y la adherencia terapéutica en el factor emocional en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.</p> <p>Objetivo específico 5</p> <p>Determinar la relación entre violencia familiar y la adherencia terapéutica en el factor estilos de vida en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.</p> <p>Objetivo específico 6</p> <p>Determinar la relación entre violencia familiar y la adherencia terapéutica en el factor laboral en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.</p> <p>Objetivo específico 7</p> <p>Determinar la relación entre violencia familiar y la adherencia terapéutica en el factor antecedentes de salud en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.</p> <p>Objetivo específico 8</p> <p>Determinar la relación entre violencia familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este, de acuerdo a variables sociodemográficas.</p>	<p>Hipótesis específica 3</p> <p>La violencia familiar sí se relaciona con la adherencia terapéutica en el factor estilos de vida en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.</p> <p>Hipótesis específica 4</p> <p>La violencia familiar sí se relaciona con la adherencia terapéutica en el factor medio laboral en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.</p> <p>Hipótesis específica 5</p> <p>La violencia familiar sí se relaciona con la adherencia terapéutica en el factor antecedentes de salud en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este.</p> <p>Hipótesis específica 6</p> <p>La violencia familiar se relaciona con la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud de Lima Norte y Lima Este, de acuerdo a las variables sociodemográficas.</p>	
---	---	---	--

ANEXO 2. FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR

RED DE SERVICIOS DE SALUD : _____ MICRORRED : _____

ESTABLECIMIENTO : _____ FECHA : _____ SERVICIO:

Emergencia Tópico Medicina Pediatría Ginecología Obstetricia

Odontología Psicología Nutrición Servicio Social Otros:

NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO : _____

EDAD : _____ SEXO : Masculino Femenino

DIRECCIÓN : _____

DISTRITO _____

Lea al Paciente:																										
Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, en todas las estrategias sanitarias estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación, para participar con ellas en la solución de su problema. Por favor, conteste a esta pregunta:																										
Pregunte:																										
Si es adulto(a)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 5px;">¿Alguna vez ha sido maltratado(a) psicológicamente?</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;">SI</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;">NO</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">¿Alguna vez ha sido maltratado(a) Físicamente?</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">SI</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">NO</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">¿Ha sido forzado(a) a tener relaciones sexuales?</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">SI</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">NO</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="margin-top: 10px;">Si las respuestas son positivas, indagar:</p> <p>¿Quién? _____</p> <p>¿Desde Cuándo? _____</p> <p>¿Cuándo fue la última vez? _____</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 20px;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 5px;">¿Te castiga tu papá o tu mama?</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;">SI</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;">NO</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">¿Alguna persona extraña o de tu propia familia te ha tocado de manera desagradable?</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">SI</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">NO</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	¿Alguna vez ha sido maltratado(a) psicológicamente?	SI		NO		¿Alguna vez ha sido maltratado(a) Físicamente?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Ha sido forzado(a) a tener relaciones sexuales?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Te castiga tu papá o tu mama?	SI		NO		¿Alguna persona extraña o de tu propia familia te ha tocado de manera desagradable?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha sido maltratado(a) psicológicamente?	SI		NO																							
¿Alguna vez ha sido maltratado(a) Físicamente?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>																						
¿Ha sido forzado(a) a tener relaciones sexuales?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>																						
¿Te castiga tu papá o tu mama?	SI		NO																							
¿Alguna persona extraña o de tu propia familia te ha tocado de manera desagradable?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>																						

Si las respuestas son positivas, indagar:

¿Quién? _____

¿Desde Cuándo? _____

¿Cuándo fue la última vez? _____

Indicadores de Violencia y/o Maltrato

Marque con un aspa (x) todos los indicadores que observe, en todos los casos: adolescente, adulto(s), adulto(a) mayor(es)

PSICOLOGICOS		FISICOS		NEGLIGENCIA		SEXUAL																																									
<input type="checkbox"/>	Extrema falta de confianza en si mismo	<input type="checkbox"/>	Hematomas y contusiones	<input type="checkbox"/>	Falta de peso	<input type="checkbox"/>	Conocimiento y conducta sexual inapropiada																																								
<input type="checkbox"/>	Tristeza, depresión o angustia	<input type="checkbox"/>	Cicatrices o quemaduras	<input type="checkbox"/>	No tiene atención en salud	<input type="checkbox"/>	Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital																																								
<input type="checkbox"/>	Retraimiento	<input type="checkbox"/>	Fracturas inexplicables	<input type="checkbox"/>	Accidentes o enfermedades frecuentes	<input type="checkbox"/>	Embarazo no deseado																																								
<input type="checkbox"/>	Llanto frecuente	<input type="checkbox"/>	Marca de mordeduras	<input type="checkbox"/>	Descuido en la higiene.	<input type="checkbox"/>	Abortos o amenaza de infecciones de transmisión sexual																																								
<input type="checkbox"/>	Exagerada necesidad de ganar, sobresalir	<input type="checkbox"/>	Lesiones de vulva, perineo y recto	<input type="checkbox"/>	Fatiga, insomnio, hambre																																										
<input type="checkbox"/>	Demandas excesivas de atención	<input type="checkbox"/>	Laceraciones en la boca, mejilla, ojos	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Datos del paciente (adolescente, adulto, adulto mayor)</th> </tr> <tr> <th>Gdo. De Instrucción</th> <th>Ocupación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Primaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Ama de Casa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Secundaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Obrera(o)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Superior</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Empleada(o)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Ninguna</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Estudiante</td> </tr> <tr> <th colspan="2">Estado Civil</th> <th colspan="2">Tiempo de Unión</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Soltera(o)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Menos de 1 años</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Casada(a)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1 a 3 años</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Conviviente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4 a 7 años</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Separada(o)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>8 a más años</td> </tr> </tbody> </table>				Datos del paciente (adolescente, adulto, adulto mayor)		Gdo. De Instrucción	Ocupación	<input type="checkbox"/>	Primaria	<input type="checkbox"/>	Ama de Casa	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Obrera(o)	<input type="checkbox"/>	Superior	<input type="checkbox"/>	Empleada(o)	<input type="checkbox"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/>	Estudiante	Estado Civil		Tiempo de Unión		<input type="checkbox"/>	Soltera(o)	<input type="checkbox"/>	Menos de 1 años	<input type="checkbox"/>	Casada(a)	<input type="checkbox"/>	1 a 3 años	<input type="checkbox"/>	Conviviente	<input type="checkbox"/>	4 a 7 años	<input type="checkbox"/>	Separada(o)	<input type="checkbox"/>	8 a más años
Datos del paciente (adolescente, adulto, adulto mayor)																																															
Gdo. De Instrucción	Ocupación																																														
<input type="checkbox"/>	Primaria	<input type="checkbox"/>	Ama de Casa																																												
<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Obrera(o)																																												
<input type="checkbox"/>	Superior	<input type="checkbox"/>	Empleada(o)																																												
<input type="checkbox"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/>	Estudiante																																												
Estado Civil		Tiempo de Unión																																													
<input type="checkbox"/>	Soltera(o)	<input type="checkbox"/>	Menos de 1 años																																												
<input type="checkbox"/>	Casada(a)	<input type="checkbox"/>	1 a 3 años																																												
<input type="checkbox"/>	Conviviente	<input type="checkbox"/>	4 a 7 años																																												
<input type="checkbox"/>	Separada(o)	<input type="checkbox"/>	8 a más años																																												
<input type="checkbox"/>	Mucha agresividad o pasividad frente a otros	<input type="checkbox"/>	Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas gastricos.																																												
<input type="checkbox"/>	Tartamudeo	<input type="checkbox"/>	Enuresis																																												
<input type="checkbox"/>	Temor a los padres	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Riesgo Identificado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Maltrato Psicologico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Maltrato Fisico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Maltrato por Negligencia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Maltrato o Abuso Sexual</td> </tr> <tr> <th colspan="2">Referencia a:</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>HOSPITAL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>C.S. Cabecera MRED</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Otros:</td> </tr> </tbody> </table>		Riesgo Identificado		<input type="checkbox"/>	Maltrato Psicologico	<input type="checkbox"/>	Maltrato Fisico	<input type="checkbox"/>	Maltrato por Negligencia	<input type="checkbox"/>	Maltrato o Abuso Sexual	Referencia a:		<input type="checkbox"/>	HOSPITAL	<input type="checkbox"/>	C.S. Cabecera MRED	<input type="checkbox"/>	Otros:																										
Riesgo Identificado																																															
<input type="checkbox"/>	Maltrato Psicologico																																														
<input type="checkbox"/>	Maltrato Fisico																																														
<input type="checkbox"/>	Maltrato por Negligencia																																														
<input type="checkbox"/>	Maltrato o Abuso Sexual																																														
Referencia a:																																															
<input type="checkbox"/>	HOSPITAL																																														
<input type="checkbox"/>	C.S. Cabecera MRED																																														
<input type="checkbox"/>	Otros:																																														
<input type="checkbox"/>	Robo, mentira, fatiga, agresividad																																														
<input type="checkbox"/>	Llegar muy temprano a la escuela o retirarse muy tarde																																														
<input type="checkbox"/>	Bajo rendimiento academico																																														
<input type="checkbox"/>	Aislamiento de personas																																														
<input type="checkbox"/>	Intento de suicidio																																														
<input type="checkbox"/>	Uso de alcohol, drogas, tranquilizantes analgesicos.																																														

Firma _____

Profesional que atendió el caso:

N° de Registro Profesionales: _____

ANEXO 3. CUESTIONARIO DE VALORACIÓN A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

INSTRUCCIONES:

A continuación vas a encontrar una serie de oraciones a las que deseamos contestes con sinceridad y sin pensarlo demasiado.

Cada frase tiene alternativas sobre lo que las personas piensan o creen de sí mismas.

Cada una de dichas frases tiene alternativas "SI", "NO". Tú deberás elegir solo una de esas alternativas y marcar con un aspa (x) la alternativa.

DIMENSIONES	SI	NO
MEDIO SOCIAL		
1. Tienes amigos en quien confiar para que te ayuden a tomar tus medicamentos.		
2. Con frecuencia, te reúnes con tus amigos, que te apoyan para tomar tus medicamentos.		
3. Acudes a reuniones con personas que tienen tú mismo diagnóstico (Grupos de Autoayuda).		
ASPECTO EMOCIONAL		
4. Te sientes culpable por tu decisión de diagnóstico.		
5. Sientes que las personas te rechazan por tu diagnóstico.		
6. En los últimos tres meses te has sentido triste o desanimado por tu diagnóstico.		
ESTILO DE VIDA		
7. Usas preservativo en cada relación sexual.		
8. Concilias el sueño sin dificultad.		
9. Se mantiene adecuado el apetito		
10. Consideras que tienes razones para vivir.		
11. En las dos últimas semanas has tomado puntualmente tus medicinas.		
12. Te has planteado metas para tu futuro		
13. El tratamiento te cae mal, por eso has pensado dejarlo.		
14. Utilizas alguna estrategia para recordar la toma de tus medicamentos.		

15. Asistes a todos tus controles médicos.		
MEDIO LABORAL		
16. Actualmente estas trabajando.		
17. Puedes tomar los medicamentos sin dificultad en el trabajo.		
18. Tienes dificultad para tomar tus medicamentos en tu ambiente laboral y por eso te inhibes de hacerlo.		
19. Percibes algún tipo de discriminación en tu entorno laboral por tu diagnóstico.		
ANTECEDENTES DE SALUD		
20. Algún miembro de la familia presenta alguna dificultad o enfermedad, con trastorno emocional, consumo de drogas ó consumo de alcohol.		
21. Suelas presentar comportamiento agresivo desde que conociste tu diagnóstico		
22. Suelas reaccionar violentamente ante las situaciones que ocurren desde que conoces tu diagnóstico		

ANEXO 5.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Universidad César Vallejo – Escuela de Postgrado

Título: “Violencia familiar y adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de los servicios de salud”.

Propósito del Estudio:

Le estamos invitando a participar del presente estudio realizado por investigadores de la Universidad César Vallejo cuyo objetivo es determinar si existe una relación significativa entre la violencia familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis.

Procedimientos:

Me han informado que después de un proceso de selección, he sido elegido(a) para participar en este estudio. Si deseo participar se me solicitará responder una encuesta sobre mi salud, experiencias y comportamientos. Esta encuesta tiene una duración variable y dependerá de mi disponibilidad de tiempo para completarla en 1 ó más sesiones.

Riesgos:

Me han informado que no se espera riesgo alguno por participar en este estudio.

Beneficios:

Conozco que no recibiré beneficio directo por participar sin embargo la finalidad de este estudio es delimitar algunos de los problemas más importantes en esta área de la salud y que esta información permita al Estado y otros organismos, desarrollar y planificar programas de promoción y prevención, así como el planeamiento adecuado de recursos materiales y humanos para la resolución de problemas que requieran tratamiento y rehabilitación.

Costos e incentivos:

Entiendo que no recibiré ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento en esta área de la salud.

Confidencialidad:

La información que brinde será estrictamente confidencial, permanecerá en absoluta reserva y será utilizada sólo con los fines de investigación científica.

Presentación del informe:

Me han comunicado que la Universidad presentará el informe respectivo a las autoridades de la Red de Salud para los fines pertinentes.

Derechos del participante:

Mi participación en esta encuesta es voluntaria. Si durante la entrevista decidiera interrumpirla o no continuar podría hacerlo, sin que ello tuviera alguna consecuencia negativa para mí o para mi familia.

CONSENTIMIENTO:

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo el procedimiento. Si participo en esta encuesta, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme en cualquier momento.

Firma del Participante

HC: _____

DNI: _____

Fecha: ____/____/____

Firma del Evaluador(a)

Nombre: _____

DNI: _____

Fecha: ____/____/____

04

DNI: 44866630
: 35646



FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA*
Violencia Familiar y
Maltrato Infantil

Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas - Dirección de Atención Integral de Salud - Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz

RED DE SERVICIOS DE SALUD : Centro de Salud Laceras de Chillon MICRORRED :

ESTABLECIMIENTO : _____ FECHA: 20-12-2014

SERVICIO: Emergencia Tópico Medicina Pediatría Ginecología Obstetricia
Odontología Psicología Nutrición Servicio Social Otros: _____

NOMBRE Y APELLIDOS: _____
EDAD : 28 **CONFIDENCIAL**

DIRECCION : MRE 1741 - Laceras DISTRITO : Imag

Lea al Paciente:

Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, en todas las estrategias sanitarias estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación, para participar con ellas en la solución de su problema. Por favor, conteste a estas preguntas:

Pregunte:

Si es adulto(a)

¿Alguna vez ha sido maltratado(a) psicológicamente? SI NO
 ¿Alguna vez ha sido maltratado(a) Físicamente? SI NO
 ¿Ha sido forzado(a) a tener relaciones sexuales? SI NO

Si las respuestas son positivas, indagar:
 ¿Quién? See papa por los gritos y físicamente
 ¿Desde Cuando? Hasta los 12 años le pegaba.
 ¿Cuándo fue la última vez? -

Si es niño(a) o Adolescente

¿Te castigan tu papá o tu mamá? SI NO
 ¿Alguna persona extraña o de tu propia familia te ha tocado de manera desagradable? SI NO

Si las respuestas son positivas, indagar:
 ¿Quién? _____
 ¿Desde Cuando? _____
 ¿Cuándo fue la última vez? _____

Indicadores de Violencia y/o Maltrato

Marque con un aspa (X) todos los indicadores que observe, en todos los casos: niño(a), adolescente, adulto(s), adulto(a) mayor(es)

PSICOLOGICOS	FISICOS	NEGLIGENCIA	SEXUAL
Extrema falta de confianza en si mismo	<input checked="" type="checkbox"/> Hematomas y contusiones	Falta de peso o pobre patrón de crecimiento	Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños)
Tristeza, depresión o angustia	Cicatrices o quemaduras	No tiene vacunas o atención en salud	Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital
Retraimiento	Fracturas inexplicables	Accidentes o enfermedades frecuentes	Embarazo precoz
Llanto frecuente	Marca de mordeduras	Descuido en la higiene y falta de estimulación del ds.	Abortos o amenaza de infecciones de transmisión sexual
Exagerada necesidad de ganar, sobresalir	Lesiones de vulva, perineo y recto	Fatiga, sueño, hambre	
Demandas excesivas de atención	Laceraciones en la boca, mejilla, ojos		
Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños	Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de		
Tartamudeo	Enuresis (niños)		
Temor a los padres			
Robo, mentira, fatiga, desobediencia, agresividad			
Llegar muy temprano a la escuela o retirarse muy tarde			
Bajo rendimiento académico			
<input checked="" type="checkbox"/> Aislamiento de personas			
Intento de suicidio			
Uso de alcohol, drogas, tranquilizantes o analgésicos			

Riesgo Identificado

<input checked="" type="checkbox"/> Maltrato Psicológico
<input checked="" type="checkbox"/> Maltrato Físico
<input type="checkbox"/> Maltrato por Negligencia
<input type="checkbox"/> Maltrato o Abuso Sexual

Datos del paciente (niño/a, adolescente, adulto, adulto mayor)

Gdo. de Instrucción	Ocupación
<input checked="" type="checkbox"/> Primaria	<input checked="" type="checkbox"/> Ama de casa
<input checked="" type="checkbox"/> Secundaria	Obrera(o)
Superior	Empleada(o)
Ninguna	Estudiante
Estado Civil	Tiempo de Unión
Soltera(o)	menos de 1 año
<input checked="" type="checkbox"/> Casada(o)	1 a 3 años
Conviviente	4 a 7 años
Separada(o)	8 a más años

Referencia a:
 HOSPITAL _____
 C.S. Cabecera MRED _____
 Otros: _____

Profesional que atendió el caso:

PERU MINISTERIO DE SALUD CENTRO DE SALUD LACERAS DE CHILLON
 Jaime Alberto Caceres Clavijo
 PSICÓLOGO
 C.E.P. 11349

H.C. 5260
DNI 9714

MINISTERIO DE SALUD
DISA IV LIMA ESTE

FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA*
Violencia Familiar y Maltrato Infantil

Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas - Dirección de Atención Integral de Salud - Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz

RED DE SERVICIOS DE SALUD: Uema Metropolitana MICRORRED: Santa Anita
ESTABLECIMIENTO: C.S. Nochebo FECHA: 13.12.14
SERVICIO: Emergencia Tópico Medicina Pediatría Ginecología Obstetricia
Odontología Psicología Nutrición Servicio Social Otros:
NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO: Sotomayor...
EDAD: 4
DIRECCION: Av. ... - Inslo Rey - Perale DISTRITO: Santa Anita

144

Lea al Paciente:
Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, en todas las estrategias sanitarias estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación, para participar con ellas en la solución de su problema. Por favor, conteste a estas preguntas:

Pregunte:

Si es adulto(a)

¿Alguna vez ha sido maltratado(a) psicológicamente? SI NO
 ¿Alguna vez ha sido maltratado(a) Físicamente? SI NO
 ¿Ha sido forzado(a) a tener relaciones sexuales? SI NO
Si las respuestas son positivas, indagar:
 ¿Quién? _____
 ¿Desde Cuando? _____
 ¿Cuándo fue la última vez? _____

Si es niño(a) o Adolescente

¿Te castigan tu papá o tu mamá? SI NO
 ¿Alguna persona extraña o de tu propia familia te ha tocado de manera desagradable? SI NO
Si las respuestas son positivas, indagar:
 ¿Quién? _____
 ¿Desde Cuando? _____
 ¿Cuándo fue la última vez? _____

Indicadores de Violencia y/o Maltrato

Marque con un aspa (X) todos los indicadores que observe, en todos los casos: niño(a), adolescente, adulto(s), adulto(a) mayor(es)

PSICOLOGICOS	FISICOS	NEGLIGENCIA	SEXUAL
<input checked="" type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia	Hematomas y contusiones	Falta de peso o pobre patrón de crecimiento	Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños)
<input checked="" type="checkbox"/> Retraimiento	Cicatrices o quemaduras	No tiene vacunas o atención en salud	Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital
Llanto frecuente	Fracturas inexplicables	Accidentes o enfermedades frecuentes	Embarazo precoz
Exagerada necesidad de ganar, sobresalir	Marca de mordeduras	Descuido en la higiene y falta de estimulación del ds.	Abortos o amenaza de infecciones de transmisión sexual
Demandas excesivas de atención	Lesiones de vulva, perineo y recto	Fatiga, sueño, hambre	
Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños	Laceraciones en la boca, mejilla, oídos		
Tartamudeo	Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de		
	Enuresis (niños)		

Datos del paciente (niño/a, adolescente, adulto, adulto mayor)

Gdo. de Instrucción	Ocupación
<input checked="" type="checkbox"/> Primaria	Amo de casa
Secundaria	Obrera(o)
Superior	<input checked="" type="checkbox"/> Empleada(o)
Ninguna	Estudiante
Estado Civil	Tiempo de Unión
<input checked="" type="checkbox"/> Soltera(o)	menos de 1 año
Casada(o)	1 a 3 años
Conviviente	4 a 7 años
Separada(o)	8 a más años

Riesgo Identificado

Maltrato Psicológico
 Maltrato Físico
 Maltrato por Negligencia
 Maltrato o Abuso Sexual

Referencia a:

HOSPITAL
 C.S. Cabecera MRED
 Otros:

Profesional que atendió el caso:
Lic. Angélica Rumié Cotina
Nº de Registro Profesional: 18753

"VIF"

Angélica J. Rumié Cotina
PSICÓLOGA
C.P.S. 9753

* Adaptado de la Guía Técnica para la Atención Integral de las personas afectadas por la Violencia Basada en Género (RM Nº 141-2007/MINSA y Normas y procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil (RM Nº 455-2001/SADM)

DISA II - LE / DESP / DAIS / ESNSA/CP / ml

**ANEXO 3. CUESTIONARIO DE VALORACIÓN A LA ADHERENCIA
TERAPÉUTICA**

INSTRUCCIONES:

A continuación vas a encontrar una serie de oraciones a las que deseamos contestes con sinceridad y sin pensarlo demasiado.

Cada frase tiene alternativas sobre lo que las personas piensan o creen de sí mismas.

Cada una de dichas frases tiene alternativas "SI", "NO". Tú deberás elegir sólo una de esas alternativas y marcar con un aspa (x) la alternativa.

DIMENSIONES	SI	NO
MEDIO SOCIAL		
1. Tienes amigos en quien confiar para que te ayuden a tomar tus medicamentos.	X	
2. Con frecuencia, te reúnes con tus amigos, que te apoyan para tomar tus medicamentos.	X	
3. Acudes a reuniones con personas que tienen tú mismo diagnóstico (Grupos de Autoayuda).		X
ASPECTO EMOCIONAL		
4. Te sientes culpable por tu decisión de diagnóstico.		X
5. Sientes que las personas te rechazan por tu diagnóstico.		X
6. En los últimos tres meses te has sentido triste o desanimado por tu diagnóstico.		X
ESTILO DE VIDA		
7. Usas preservativo en cada relación sexual.	X	
8. Concilias el sueño sin dificultad.	X	
9. Se mantiene adecuado el apetito		X
10. Consideras que tienes razones para vivir.	X	
11. En las dos últimas semanas has tomado puntualmente tus medicinas.	X	
12. Te has planteado metas para tu futuro	X	
13. El tratamiento te cae mal, por eso has pensado dejarlo.		X
14. Utilizas alguna estrategia para recordar la toma de tus medicamentos.		X

ANEXO 3. CUESTIONARIO DE VALORACIÓN A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

INSTRUCCIONES:

A continuación vas a encontrar una serie de oraciones a las que deseamos contestes con sinceridad y sin pensarlo demasiado.

Cada frase tiene alternativas sobre lo que las personas piensan o creen de sí mismas.

Cada una de dichas frases tiene alternativas "SI", "NO". Tú deberás elegir solo una de esas alternativas y marcar con un aspa (x) la alternativa.

DIMENSIONES	SI	NO	
MEDIO SOCIAL			
1. Tienes amigos en quien confiar para que te ayuden a tomar tus medicamentos. (3)	X(1)	(0)	Se copioso (1)
2. Con frecuencia, te reúnes con tus amigos, que te apoyan para tomar tus medicamentos. <i>No suelo salir - Su apoyo lo ayuda</i>	(3) (1)	X(0)	(1)
3. Acudes a reuniones con personas que tienen tú mismo diagnóstico (Grupos de Autoayuda). (3)	(1)	X(0)	(1)
ASPECTO EMOCIONAL			
4. Te sientes culpable por tu decisión de diagnóstico. (1)	(0)	X(1)	(3)
5. Sientes que las personas te rechazan por tu diagnóstico. (1)	(0)	X(1)	(3)
6. En los últimos tres meses te has sentido triste o desanimado por tu diagnóstico. (1)	X(0)	(1)	(3)
ESTILO DE VIDA			
7. Usas preservativo en cada relación sexual. (3)	X(1)	(0)	(1)
8. Concilias el sueño sin dificultad. (3)	X(1)	(0)	(1)
9. Se mantiene adecuado el apetito (3)	X(1)	(0)	(1)
10. Consideras que tienes razones para vivir. (3)	X(1)	(0)	(1)
11. En las dos últimas semanas has tomado puntualmente tus medicinas. (3)	X(1)	(0)	(1)
12. Te has planteado metas para tu futuro. (3)	X(1)	(0)	(1)
13. El tratamiento te cae mal, por eso has pensado dejarlo. (1)	(0)	X(1)	(3)
14. Utilizas alguna estrategia para recordar la toma de tus medicamentos. (3)	X(1)	(0)	(1)

Aprender a leer

~~100~~
 Alto Adher = 16 - 22
 Mediu " = 8 - 15
 Baja adher = 0 - 7



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

Lima, 26 de setiembre del 2014.

OFICIO N° 010-2014 EPG-SHD/UCV/LN

Señor Doctor
HERNAN NAVARRO CAYCHO
Director Ejecutivo Adjunto
Red de Salud Lima Norte IV - MINSA



Presente.-

ASUNTO: Autorización para realizar trabajo de investigación

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para solicitarle tenga la gentileza de autorizar y facilitar el acceso a información para la realización del trabajo de investigación conducente a la obtención del grado de Doctor en Psicología al **Magtr. Edgard Rivero Contreras**, estudiante del tercer ciclo del Doctorado en Psicología de esta casa de estudios, el que lleva por título: **"Violencia Familiar y Adherencia Terapéutica en Pacientes con Tuberculosis de los Servicios de Salud"**.

En espera de su aceptación, nos despedimos expresando nuestros sentimientos de más alta estima y respeto.

Atentamente,



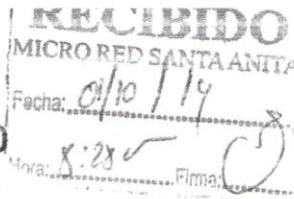
Mgtr. Oriana Rivera Lozada de Bonilla
Jefa del Instituto de Investigación
EPG- UCV-LN

CAMPUS LIMA NORTE
Av. Alfredo Mendiola 6232,
Panamericana Norte, Los Olivos.
Tel.: (+511) 202 4342
Fax.: (+511) 202 4343

fb/ucv.peru
@ucv_peru
#saliradelante
ucv.edu.pe



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO



"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

Lima, 26 de setiembre del 2014.

OFICIO N° 011-2014 EPG-SHD/UCV/LN

Señor Doctor
JAVIER CHUMPITAZ PANTA
Medico Jefe MicroRed de Salud Santa Anita
Red de Salud Lima Este IV - MINSA

Presente.-

ASUNTO: Autorización para realizar trabajo de investigación.

En el agrado de dirigirme a usted, para solicitarle tenga la gentileza de autorizar y facilitar el acceso a información para la realización del trabajo de investigación conducente a la obtención del grado de Doctor en Psicología a la **Magtr. Mónica Molina Bustamante**, estudiante del tercer ciclo del Doctorado en Psicología de esta casa de estudios, el que lleva por título: "**Violencia Familiar y Adherencia Terapéutica en Pacientes con Tuberculosis de los Servicios de Salud**".

En espera de su aceptación, nos despedimos expresando nuestros sentimientos de más alta estima y respetos.

Atentamente,



Matr. Oriana Rivera Lozada de Bonilla
Jefa del Instituto de Investigación

EL C O U V E J

