



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



**FACTORES QUE INDUCEN AL ABANDONO DE TRATAMIENTO
EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS. RED DE SALUD LIMA
NORTE V RÍMAC-SAN MARTIN-LOS OLIVOS**

Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería

Autora

-Dalens Remigio Evelyn Isabel

Lima, abril 2012

**FACTORES QUE INDUCEN AL ABANDONO DE TRATAMIENTO
EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS. RED DE SALUD LIMA
NORTE V RÍMAC-SAN MARTIN-LOS OLIVOS**

Asesora: Kattia Ochoa Vigo

Lima – 2012

Dedicatoria

A Claudia, Aarón y Jimena por ser el motor de mi vida, a mi madre por ser un gran apoyo a lo largo de mi vida y mi carrera, a David por estar siempre conmigo

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios infinitamente por sobre todas las cosas, por guiarme por el buen camino, por darme mucha salud y paz, por llenarme de fortaleza, sabiduría y entendimiento para culminar mi carrera profesional, sin su ayuda no sería lo que soy ahora gracias Dios Mío.

A mis hijos, Claudia, Aarón y Jimena por ser el motor de mi vida, porque siempre me motivaron a seguir adelante.

A mis abuelitos, por sembrar valores en mi vida, gracias por consentirme y estar en los momentos que mas los necesite, los quiero mucho.

A mi madre por ser fuente de mi inspiración, gracias por impulsarme al cumplimiento de esta meta, y fuiste quien me motivo a realizar mis sueños.

A David mi esposo por su comprensión y estar a mi lado en los buenos y no buenos momentos.

A mi asesora por ayudarme y guiarme en este camino, para lograr la culminación de este trabajo con mucho éxito

A mis profesores que durante el tiempo de mi formación me transmitieron conocimientos que fueron muy valiosos en el desarrollo de mi profesión.

A todos mis familiares amigos y personas que siempre me dieron su apoyo incondicional y me motivaron para culminar mi profesión.

A las enfermeras de la Red Rímac-San Martín-Los Olivos, por el apoyo brindado.

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Índice de contenidos	iii
Índice de tablas	v
Resumen	vi
CAPITULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento y Delimitación del Problema	1
1.2. Formulación del Problema	4
1.3. Delimitación de los Objetivos	5
1.3.1. Objetivo General	5
1.3.2. Objetivos Específicos	5
1.4. Justificación del Estudio	6
1.5. Limitación del Estudio	7
CAPITULO 2: MARCO TEORICO	
2.1. Investigaciones Relacionadas con el Tema	8
2.2. Estructura Teórica y Científica que Sustenta el Estudio	10
2.3. Definición de Términos Básicos	19
CAPITULO 3: METODOLOGIA DEL ESTUDIO	
3.1 Tipo y Método de Investigación	20
3.2 Área de Estudio	20
3.3 Universo y Población de Estudio	21
3.4 Diseño de Investigación	21
3.5 Relación entre Variables (Operacionalización de Variables)	21
3.6 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	22
3.7 Validez y Confiabilidad del Instrumento	22
3.8 Procedimiento de Recolección de Datos	23
3.9 Análisis de Datos	24
	iii

3.10 Aspectos Éticos	24
CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1 Resultados Obtenidos	25
4.2 Discusión	32
CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones	39
5.2 Recomendaciones	40
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	42
ANEXOS	46

INDICE DE TABLA

	Pág.
Tabla 1.	26
Características del Factor Sociodemográficos	
Tabla 2.	27
Características del Factor Económico	
Tabla 3.	28
Características del Factor Psicosocial	
Tabla 4.	29
Características del Factor Ambiental	
Tabla5.	30
Características del Factor Institucional	
Tabla6.	31
Características del Factor relacionados al Tratamiento	

Resumen

Introducción: La tuberculosis hoy en día es un problema de salud pública que enfrenta un obstáculo muy importante para su control; el abandono de tratamiento aumenta la morbimortalidad, expone a mayor contagio y genera resistencia bacteriana. Siendo necesario conocer cuáles son los factores que pueden inducir al abandono de tratamiento entre los pacientes, a fin de conocer mejor esta problemática y evaluar estrategias de soporte para sus cuidados. **Objetivo:** Identificar los factores que pueden inducir al abandono del tratamiento de la tuberculosis esquema I, en la Red de Salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos. **Material y Métodos:** Estudio de tipo cuantitativo, método observacional, diseño descriptivo realizado en la Red de Salud Rímac-San Martín-Los Olivos. La población estuvo conformada por todas las personas en situación de abandono al I esquema de tratamiento en el primer semestre 2010, considerando una muestra no probabilística intencional constituida por 70 pacientes afectados por tuberculosis. En la recolección de datos, inicialmente se identificó los casos en la HC y después, mediante visita domiciliar se aplicó un cuestionario estructurado. En el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva mediante Programa Excel 2007. El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación Institucional de la Disa V Lima Ciudad respetando los principios éticos. **Resultados:** Se estudiaron 258 casos. El abandono de tratamiento fue predominantemente masculino (94,6%), siendo que el 45% tenía edad entre 21-40 años y el 60,9% estaba en condición de soltero, caracterizados por tener bajos ingresos económicos (67,8%), reportar consumo de alcohol (58,1%), cigarrillo (39,9%) y drogas (32,9%), haber presentado efectos secundarios al tratamiento (45,3%) y utilizar movilidad para trasladarse al centro de salud a recibir terapia medicamentosa (65,1%); el 89,5% recibió visitas domiciliarias por faltas al tratamiento y 69,8% consideró que las pastillas que recibía eran demasiadas, siendo que el 30,2% había presentado náuseas, vómitos, entre otros problemas digestivos. **Conclusiones:** Entre los factores se destacaron el pertenecer al sexo masculino, bajo ingreso económico, consumo de alcohol, cigarrillos y drogas, la necesidad de utilizar transporte para llegar al establecimiento de salud y presentar efectos secundarios a los medicamentos.

Palabras clave: Tuberculosis pulmonar, tratamiento, abandono, enfermera.

Summary

Introduction: The TB nowadays is a problem of public health that faces a very important obstacle for his control; the abandon of treatment increases the morbimortalidad, exhibits to major contagion and generates bacterial resistance. Being necessary to know which are the factors that they can induce to the abandon of treatment between the patients, in order to know better this problematic and to evaluate strategies of support for his elegant ones. **Target:** To identify the factors that can induce to the abandon of the treatment of the TB scheme I, in the Network of Health Lima North V Rímac-San Martín-Los Olivos. **Material and Methods:** Study of quantitative type, method observational, descriptive design realized in the Network of Health Rímac-San Martín-Los Olivos. The population was shaped by all you them present in situation of abandon to the I scheme of treatment in the first semester 2010, considering a sample not probabilistic intentionally constituted 70 patients affected by TB. In the compilation of information, initially the cases were identified in the HC and later, by means of domiciliary visit a structured questionnaire was applied. In the analysis of information the descriptive statistics was in use by means of Program Excel 2007. The project was approved by the Committee of Institutional Investigation of the Disa V Lima City respecting the ethical beginning. **Results:** 258 cases were studied. The abandon of treatment was predominantly masculine (94,6 %), being that 45 % had age between 21-40 years and 60,9 % was in bachelor's condition, characterized for having low economic income (67,8 %), bringing consumption of alcohol (58,1 %), cigarette (39,9 %) and drug (32,9 %), to have presented side effects to the treatment (45,3 %) and to use mobility to move to the center of health to receive therapy Medicines (65,1 %); 89,5 % got domiciliary visits for lacks to the treatment and 69,8 % thought that the tablets that it was receiving were too much, being that 30,2 % had presented nauseas, vomits, between other digestive problems. **Conclusions:** Between the factors they were outlined to belong to the masculine sex, low economic revenue, consumption of alcohol, cigars and drugs, the need to use transport to come to the establishment of health and to present effects Secondary to the medicines.

Key words: pulmonary TB, treatment, abandon, nurse.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento y Delimitación del Problema

La tuberculosis es una de las enfermedades que continua siendo un serio problema de salud pública, no solamente en nuestro país, sino también a nivel mundial. Es la principal causa de muerte por enfermedades infecciosas en adultos y ocasiona 1,39 millones de muertes cada año en el mundo, presentándose con una frecuencia anual aproximada de 9.27 millones de casos nuevos.¹

Se sabe que la tuberculosis es una enfermedad social totalmente curable, que es causa y consecuencia directa de la pobreza y que afecta a la población económicamente activa de cualquier edad siendo los grupos de edad más afectados los comprendidos entre los 19 y 45 años.²

Su fuerte asociación con la pobreza hace que tenga mayor prevalencia e incidencia en zonas donde las personas tienen menores recursos económicos. En las Américas cada año se registran 220 000 nuevos casos de tuberculosis y mueren más de 50 000 personas a consecuencia de esta enfermedad.³ El 95% de los casos y el 98% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países en vías de desarrollo. Existen varios factores, que crean condiciones propicias para el agravamiento del problema de la tuberculosis, donde se asocian el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el incremento de la pobreza, crecimiento de las zonas marginales y migraciones en busca de mejor calidad

de vida; a esto se suma el debilitamiento de los programas de control, la falta de información hacia la población, la resistencia a las drogas antituberculosas.⁴

En el Perú la situación de la epidemia de la tuberculosis se ha incrementado, a pesar de los progresos en las intervenciones de prevención y control. En el año 1992 se notificó más de 55 mil casos, mientras que el 2007, se ha logrado reducir esta cifra en 32,7% y la meta para el 2011 fue disminuir el número de casos en un 50%. No obstante, la TBMDR, TBXDR, la comorbilidad de TB/VIH-sida, la discriminación y lo complicado de las intervenciones técnicas, socioeconómicas y culturales, significan un reto para el mejoramiento.³ En Lima y Callao, se encuentran el mayor número de afectados por esta enfermedad, y por tanto representan el mayor número de casos.⁵

Considerando estos aspectos, se observa que aun existe un número significativo de pacientes que abandonan el tratamiento antituberculoso, significando un fuerte obstáculo en el país, pues 3.8% de los casos nuevos que ingresan a la estrategia de tuberculosis abandonan el tratamiento por diversos factores; situación de gran impacto en el desarrollo de la multidrogo resistencia a la enfermedad y la posibilidad de diseminar la enfermedad entre la personas susceptibles. Cabe resaltar que países como Brasil y Argentina presentan una tasa mayor de abandono de 20% y 14% respectivamente.⁵ El abandono del tratamiento es considerado uno de los principales obstáculos para el control de la tuberculosis en cualquier país, debido a que disminuye la eficacia de los programas nacionales; además, que no solo incrementa el riesgo de reaparición de la tuberculosis y su mortalidad, sino que también aumenta la circulación en la población de bacilos de tuberculosis resistentes a los tratamientos con los fármacos existentes, situación que tiene graves implicancias para la salud pública en términos de control de la enfermedad.⁶ Hecho que amerita ser investigado para conocer donde se encuentra el problema y que factores podrían estar asociados.

La OMS⁷ define abandono al incumplimiento por parte del paciente al régimen farmaterapeutico durante un periodo mayor de dos meses. Otras definiciones hacen referencia a la inasistencia continua del usuario a la unidad de salud por un periodo indefinido, independientemente del tiempo que dure el tratamiento.⁸

En el Perú, la Norma Técnica de Salud para el Control de Tuberculosis establece que abandono ocurre cuando el paciente no concurre a recibir tratamiento por más de

treinta días consecutivos. Se resalta que esta situación además de obstaculizar la curación guarda una relación directa con un nuevo deterioro; no obstante ser una causa reversible, constituyendo el factor determinante del fracaso terapéutico y también un antecedente común en pacientes que mueren con tuberculosis.⁹

Entendiendo que el tratamiento de la tuberculosis requiere de un régimen terapéutico prolongado (mínimo 6 meses), es necesario observar e identificar qué factores pueden influir en la decisión de continuar el tratamiento o abandonarlo; entre esos factores se destacan aquellos relacionados con el paciente, los derivados con los servicios de salud y del propio personal; además de los factores relacionados con el ambiente que rodea al paciente y las del propio tratamiento. Es apropiado reconocer que la pobreza, la falta de servicios básicos de salud, la malnutrición y las condiciones inadecuadas de vida contribuyen a la propagación de la tuberculosis, principalmente evidenciado en los países pobres y en desarrollo.¹⁰

Otros factores de abandono involucrados constituyen el bajo nivel educativo, la incertidumbre de lograr la cura de la enfermedad y la falta de apoyo familiar. También puede crear incomodidad entre los pacientes la imposibilidad de faltar al trabajo para acudir a la consulta terapéutica, el horario impuesto por el centro de salud y la necesidad de costear el transporte. A todo esto, se adiciona el estigma social de la enfermedad, las reacciones adversas o intolerancia al medicamento y la adicción al alcohol y las drogas.¹⁰

Frente a esta realidad, muchos de los pacientes llegan a tener resistencia al tratamiento antituberculoso primario y dado que los factores condicionantes continúan invariables, surge más recientemente el tratamiento de TB MDR (Tuberculosis Multidrogo Resistente). Todo este panorama muestra el escenario que podríamos estar enfrentando a mediano y largo plazo, con cepas muy resistentes a los medicamentos primarios disponibles.¹¹ Ante lo cual es fundamental, inicialmente evaluar la calidad de atención que recibieron los pacientes por el centro de salud para que en lo sucesivo se orienten a mejorar el trabajo en la estrategia para disminuir el porcentaje de abandono. Conocerlo ayudará a re-direccionar el modo de ejecutar el cuidado, contribuyendo a aumentar la cobertura, ser oportuno en el tratamiento y alcanzar la eficacia en los pacientes con tuberculosis. Siendo importante realizar un seguimiento permanente de las acciones de prevención y control de la enfermedad. El MINSA refiere que la calidad

de atención debe ser permanente en todo el proceso de atención al paciente con tuberculosis, siendo a la vez esencial, para garantizar la continuidad del tratamiento y su éxito.¹²

En la Red de Salud de los distritos del Rímac, San Martín de Porres y Los Olivos, perteneciente a la DISA V Lima-Ciudad, la tuberculosis constituye un serio problema de salud, por estar ligado a los problemas sociales del país, como la pobreza, la migración constante del interior a la capital, además de los factores que conducen al desarrollo de esta enfermedad siendo unos de los distritos afectados de Lima en relación con otros distritos urbano-marginales.

Considerando, que a pesar de la estructura y solidez de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis desarrollado a lo largo de los años las tasas de abandono en nuestro país siguen siendo altas y últimamente han presentado un recrudecimiento.

Por todo lo expuesto es urgente investigar cuáles son los factores que pueden inducir al abandono del tratamiento en el contexto peruano; entendiendo que existen pocos estudios realizados sobre esta temática. Los resultados constituirán una información valiosa para ofrecer subsidios al cuidado del paciente con tuberculosis, estableciendo algunas causas susceptibles de preverse y modificarse.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores que pueden inducir al abandono del tratamiento de la tuberculosis esquema I en los pacientes bajo esta condición de la Red de Salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos en el primer semestre 2010?

1.3 Delimitación de los Objetivos

1.3.1 General

Identificar los factores que inducen al abandono del tratamiento de la tuberculosis esquema I, en la Red de Salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos

1.3.2 Específicos

- Describir la factores sociodemográficos de los pacientes: sexo, edad, grado de instrucción, estado civil, procedencia y tiempo de residencia
- Identificar los factores económicos: condición de vivienda, material de construcción, tipo de piso, ingreso familiar.
- Identificar los factores psicosociales: Consumo de tabaco, tiempo de inicio de consumo de tabaco, consumo de drogas, tipo de drogas, consumo de alcohol, tipo de alcohol, frecuencia de consumo, asistencia a fiestas.
- Identificar los factores ambientales: N° de habitaciones en el hogar, N° de personas que viven en el hogar, convivencia, rol que cumple en la familia, fuerza emocional que reciben para continuar con el tratamiento, servicio de agua y desagüe.
- Identificar los factores institucionales: Trato del personal, transporte que utiliza para llegar al CS, N°de visitas domiciliarias, motivo de visitas, visitas domiciliarias, horarios del Centro de Salud.
- Identificar los factores relacionados con el tratamiento: Conocimiento sobre la tuberculosis, información del personal de salud, conocimientos de la duración del tratamiento, conocimientos de los fármacos de acuerdo a su peso, conocimientos de la cantidad de pastillas, efectos secundarios, si dejó el tratamiento por estas molestias, consideración de la cantidad de número de pastillas.

1.4 Justificación del Estudio

La tuberculosis actualmente en nuestro país enfrenta los graves problemas de la droga resistencia, la asociación VIH/SIDA-TBC, el elevado índice de pobreza y la desnutrición a nivel nacional; problemas que van a promover la propagación de esta enfermedad que ataca a las personas independientemente de su condición social, económica y cultural.¹¹

Por otro, lado en la práctica se observa déficit de recursos humanos (profesional de Enfermería) en la estrategia de control de tuberculosis que afecta considerablemente la atención al paciente, considerando la información, educación, seguimiento adecuado y oportuno en el tratamiento antituberculoso, detección temprana de las RAFAS y las inasistencias. La enfermera, por la multifuncionalidad que cumple en los establecimientos de salud, muchas veces delega funciones al personal técnico de enfermería para cumplir sus responsabilidades; sin embargo, no siempre este personal consigue brindar un cuidado completo y adecuado a los pacientes; hecho que puede dificultar la continuidad del tratamiento y que puede bloquear la buena comunicación enfermera-paciente.

Frente a lo expuesto, consideramos importante realizar este estudio, cuyos resultados permitirán conocer cuáles son los factores que podrían estar influyendo en los pacientes a abandonar el tratamiento antituberculoso, impidiéndoles cumplir con el esquema terapéutico. Además de mostrar posibles caminos y estrategias que la enfermera debe implementar en el cuidado al paciente, fomentando de esta manera la calidad en la atención, a fin de favorecer la adherencia al tratamiento antituberculoso, que en sí misma implica muchos cambios.

El estudio también servirá de subsidio a nivel de las instituciones de salud, para estudios posteriores a nivel local, nacional e internacional dentro o fuera del ámbito de enfermería

1.5 Limitación del Estudio

Entre las limitaciones que se encontraron en el presente estudio fueron:

- Existe poca información actualizada y sistematizada en los servicios de salud sobre el tema investigado.
- Existen pocos estudios realizados en el país en cuanto a la temática.
- Falta de recursos económicos tanto a nivel de instituciones públicas como privadas (universidades, CONCITEC, MINSA) para realizar investigaciones de mayor envergadura.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 Investigaciones relacionadas con el tema.

Un estudio transversal comparativo realizado en Tapachula, Chiapas. México; con el objetivo de identificar factores relacionados con el abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar durante el periodo comprendido del 10 de abril al 30 de setiembre de 1995, considerando una población de 79 pacientes, se identificaron 37 con abandono y 41 con cumplimiento regular. En los resultados mostraron que los factores relacionados con el abandono de tratamiento fueron: ser trabajador del campo, aseguramiento del régimen eventual, más de un año de la evolución de la enfermedad, antecedentes del alcoholismo, desconocimiento de la enfermedad y sus repercusiones; en cuanto a los servicios de salud, se encontró abastecimiento insuficiente de medicamentos y una información incorrecta a los pacientes por parte del personal.¹³

Un segundo estudio de caso y controles pareados por edad, realizado en Managua Matagalpa-Nicaragua, con el objetivo de identificar factores relacionados al abandono del tratamiento de tuberculosis considerando una población seleccionada como casos 251 pacientes mayores de 15 años que abandonaron el tratamiento antituberculoso y como controles 251 pacientes que concluyeron la farmacoterapia durante el periodo de Enero 1998 a Diciembre 2001. Los recursos muestran que los factores de abandono de la tuberculosis fueron: Genero (sexo masculino), resistencia inestable o en el calle, cambio de domicilio durante el tratamiento, consumo de bebidas alcohólicas, uso de drogas ilícitas, dificultad de acceso al servicio de salud, y un concepto negativo de la atención recibida.¹⁴

Un tercer estudio analítico observacional de casos y controles utilizado en Medellín-Colombia, con el objetivo de establecer la asociación entre los factores de riesgo y abandono del TAES en Medellín, entre Enero del 2000 y Junio del 2001, considerando una población en razón de 1:3; en los resultados se encontró factores asociados al abandono de tratamiento como: consumo de alcohol durante el tratamiento, tener otra adicción y tener dificultades para ir al centro de salud, en el límite de la asociación se encontró no tener capacidad de pago al tratamiento.¹⁵

Un cuarto estudio de cohorte retrospectivo realizado en Tomsk (Siberia) por la Federación de Rusia; con el objetivo de identificar los obstáculos en el éxito de tratamiento de la tuberculosis, analizando los factores de riesgos individuales y programáticos de incumplimiento y abandono de tratamiento y de adquisición de multiresistencia en una cohorte de pacientes tratados en la Federación de Rusia entre el 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2001, incluyendo una población de pacientes adultos recién detectados y en los pacientes que se inició el tratamiento con la estrategia DOTS. Sus resultados muestran que el factor estrechamente relacionado con el incumplimiento del tratamiento y su abandono fue el abuso de sustancias psicoactivas. El incumplimiento se asoció a los malos resultados terapéuticos, pero no a la adquisición de multiresistencia al tratamiento. En comparación con los pacientes que recibieron tratamiento ambulatorio el riesgo de presentar multiresistencia fue mayor en aquellos que iniciaron tratamiento en un hospital.¹⁶

Un quinto estudio observacional de seguimiento a una cohorte concurrente realizado en Bucaramanga Colombia, con el objetivo de determinar la incidencia y los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso desde Junio del 2002 hasta Mayo del 2003. Incluyendo una muestra de 261 personas mayores de 12 años, con diagnóstico de tuberculosis. Los resultados mostraron que los factores de riesgo fueron: efectos colaterales de la farmacoterapia mayor de dos meses, estrato económico bajo, con edad entre 21-30 años, haber estado detenido, tener dos faltas al tratamiento, y tener VIH/SIDA.¹⁷

Finalmente, un estudio de casos y controles, realizado en Ica-Lima, con el objetivo de identificar los factores pronóstico del abandono del tratamiento antituberculoso en la provincia de Ica considerando una población de 55 casos de abandono de tratamiento y 55 controles, durante el periodo 1998-2000. Los resultados muestran que los factores

pronósticos de abandono son: insuficiente la información proporcionada por el personal de salud sobre el tratamiento, horarios inadecuados para recibir el tratamiento, consumo de drogas ilícitas por parte de los pacientes.¹⁰

2.2 Estructura Teórica y Científica que Sustenta el Estudio

2.2.1 La Tuberculosis

La tuberculosis pulmonar contribuye con el 75% de todas las formas de tuberculosis siendo responsable de la forma fundamental de transmisión y por tanto del mantenimiento de la enfermedad especialmente de las formas bacilíferas.

Su tratamiento debe considerarse con una doble vertiente: la actuación individual que supone la curación de un paciente enfermo, y como una medida de Salud Pública que trata de interrumpir la Cadena de Transmisión de la enfermedad tuberculosa. El control de la tuberculosis no solo depende de la prescripción de un tratamiento correcto, sino de asegurar su administración durante el tiempo adecuado, y del estudio de los contactos de los pacientes por lo cual requiere una organización que contemple aspectos no solo médicos sino también sociales de los pacientes y de sus contactos.¹⁸

La tuberculosis es una infección bacteriana crónica causada por *Mycobacterium Tuberculosis*, también conocida como bacilo tuberculoso o bacilo de koch que histológicamente se caracteriza por la formación de granulomas. Habitualmente, la enfermedad se localiza en los pulmones, pero puede afectar prácticamente a cualquier órgano del cuerpo humano.¹⁹

Esta enfermedad es transmitida de persona a persona, principalmente por vía respiratoria a través de las gotitas de flugger. Los bacilos tuberculosos forman los núcleos de estas pequeñas gotitas, lo suficientemente pequeñas como para evaporarse, y permanecer suspendidas en el aire por varias horas. La tuberculosis pulmonar habitualmente puede presentarse con tos productiva, de larga evolución, (generalmente el enfermo consulta cuando lleva más de tres semanas tosiendo) este es el principal síntoma respiratorio. El esputo suele ser escaso y no purulento. Además, puede existir dolor torácico y en ocasiones hemoptisis.⁹

2.2.2 Tratamiento

De acuerdo con el MINSA/OPS⁹ el tratamiento de la tuberculosis actualmente se divide en los siguientes esquemas.

1. Esquema I.

Esquema de tratamiento primario acertado, se debe administrar durante 6 meses hasta completar 82 dosis divididas en dos fases. Indicado en toda persona nunca tratado con diagnóstico pulmonar y/o extrapulmonar con frotis positivo o negativo (incluyendo aquellos con BK positivo o negativo) independientemente de la condición VIH-sida. Todo paciente que cuente con una prueba de sensibilidad vigente (menos de 3 meses), Paciente Antes Tratado (recaída por primera vez, abandono por primera vez) previa solicitud de prueba de sensibilidad.

2. Esquema de Re tratamiento Estandarizado para Tuberculosis Multidrogo Resistente.

El esquema de la tuberculosis multidrogo resistente se aplicará en las DISA/DIRESA previamente calificadas por la ESN-PCT. El manejo de la TB MDR es el retratamiento individualizado basado en las pruebas de sensibilidad del paciente, por lo cual es importante garantizar el cultivo positivo; pero los pacientes no siempre cuentan con prueba de sensibilidad en el momento de la decisión terapéutica lo cual condiciona la necesidad de esquemas de tratamiento intermedios empíricos, en el país denominado esquema de retratamiento empírico. Indicado en casos nuevos que fracasaron al esquema I, tuberculosis activa y con antecedentes de dos tratamientos previos, pacientes con sospecha de MDR según cuestionario de HC.

2.2.3 Consecuencias del abandono de tratamiento

El problema del abandono de tratamiento antituberculoso tiene connotaciones graves, como son el deterioro físico de la salud del paciente por la enfermedad, la posibilidad de estimular los mecanismos de resistencia bacteriana, la continuación de la propagación de la infección y la perpetuación de su existencia en la humanidad. Al abandonar el tratamiento hay reducción de las tasas de curación, aumento de recaídas, recidivas y aumento de la susceptibilidad del paciente a otras infecciones. La terapia inadecuada facilita la aparición de resistencia bacteriana que a sumada a la coinfección con el virus del VIH, puede incrementar la diseminación de la tuberculosis multiresistente, aumentando la morbilidad la mortalidad; lo cual cataloga como una emergencia mundial de grandes dimensiones.²⁰

La no adherencia es la incapacidad o la oposición del paciente a cumplir con todos los componentes del tratamiento. Cuando un tratamiento se complica o dura un largo periodo, como en el caso de la tuberculosis, a menudo los pacientes se cansan o desaniman de continuar con el tratamiento. Esta conducta es uno de los más grandes problemas en el control de la tuberculosis y puede provocar serias consecuencias. Cuando un paciente no es adherente a todo el proceso de tratamiento puede permanecer enfermo por más tiempo o agravar su enfermedad, continuar transmitiendo la tuberculosis a otros, desarrollar y transmitir la tuberculosis drogo resistente, y fallecer como resultado de un tratamiento interrumpido.¹²

2.2.4 Factores de Riesgo de Abandono de Tratamiento

2.2.4.1 Factores socio demográficos y socioeconómicos

Constituyen el conjunto de características biológicas, socioculturales que están presentes en la población sujeto a estudio tomando aquellos que puedan ser medidos. Son consideradas como las principales variables clasificatorias para el estudio de comportamientos diferenciales en diversos temas de investigación social.

Edad. Es el termino que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo. No existe unificación a la edad de mayor riesgo de abandono. Un estudio mostró que la incidencia de abandono de tratamiento era quienes tenían edad entre 21-30 años.¹⁸ Salazar et.al¹⁵ mostraron que el promedio de edad de las personas que abandonan el tratamiento oscila entre 28 y 45 años. Mientras Meza y Altuzar.¹³ mostraron que la edad de los pacientes más afectados fluctuaba entre 20 y 40 años, se observa que afectó a toda una población económicamente activa (46% y 36% para abandono y no abandono respectivamente).

Sexo. Es la clasificación del sexo de una persona en función de ser mujer o varón. Aunque existen propuestas de hacer explícito la intersexualidad. La literatura apoya a la premisa que los hombres tienden a abandonar el tratamiento más que las mujeres. Culqui. et,al¹⁰ mostraron que los pacientes que abandonaron el tratamiento fueron del sexo masculino. Otro estudio mostró que de los casos, el 68,4% fueron hombres y el 31,6% fueron

mujeres, no se presentaron diferencias importantes en cuanto al sexo en los controles ($X= 2.53$, $p= 0,111$).¹⁵ Otro estudio mostró que en el grupo de abandono predominó el sexo masculino con una diferencia porcentual mínima.¹³ Sosa. et,al¹⁴ observaron que los varones predominaron tanto en el grupo de casos como en el de los testigos, una asociación que fue positiva por una OR de 2,51 (IC95%: 1,63–3,94) y estadísticamente significativa, con el abandono del tratamiento.

Estrato económico. Es el resultado del desarrollo económico que marca una pauta importante en el desenvolvimiento de una persona. Se expresa en la ocupación del principal sostén y el patrimonio del hogar Variable latente del cual solo se puede medir sus manifestaciones. Vivir en un estrato bajo suele ser descrito como un factor de riesgo para el abandono de tratamiento. Un estudio mostró respecto al estrato económico que el 68% de los casos, el 70,2% de los controles pertenecían al estrato social bajo.¹⁵ Cáceres y Orozco observaron que el índice de abandono del tratamiento el 1,2 (IC95% 0,9-2,3) vivían en un estrato bajo.¹⁸

Nivel educativo. Se refiere al periodo, medido en años escolares, que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal. A menor nivel educativo mayor será la probabilidad de abandono. Es decir mientras más bajo sea el nivel educativo más difícil se hace la comunicación tanto con la familia, como con el personal de salud. Salazar.et,al¹⁵ observaron en cuanto al nivel educativo que solo el 31% (6/13) de los casos y el 40% (23/57) de los controles tenían estudios secundarios, y solo el 8,8% (5/57) de los controles estudiaron en la universidad. Otro estudio mostró que la escolaridad menor que la instrucción secundaria completa, se relacionó con una mayor probabilidad de abandonar el tratamiento ($p= 0,001$).¹⁰ Meza y Altuzar¹³ observaron que en la escolaridad predominó la primaria incompleta (58,3% vs 48,8%) para abandono y no abandono, considerando 20% de los pacientes que no tenían escolaridad. Finalmente un estudio observó que el bajo nivel educativo predominó en los pacientes que desertaron el tratamiento.¹⁴

Estado civil o Marital. Es la situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del

parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. En un estudio observaron que entre los que abandonaron y se curaron no hubo diferencias en cuanto al estado civil; un poco más de la mitad de todos los pacientes refirieron no tener parejas estables.¹⁴ En otro estudio realizado observaron con respecto al estado civil, la convivencia en pareja fue de 62,2% los que abandonaron el tratamiento y de 51,2% los que no lo hicieron.¹³ Salazar. et,al¹⁵ al evaluar el estado civil demostraron que no había diferencia entre tener pareja y no tenerla

Falta de vivienda. Es una necesidad específica de la pobreza. Se evidencia que en diferentes estudios realizados, la falta de vivienda, va a aumentar el riesgo de abandonar el tratamiento. En un estudio demostraron que el 51,4% de los pacientes que abandonaron el tratamiento vivían en casa prestada o rentada, con una diferencia mínima porcentual del que no lo hizo.¹³ Sosa. et,al¹⁴ observaron que quienes vivían en la calle o no tenían domicilio estable presentaron un riesgo tres veces mayor de desistir de la farmacoterapia (OR: 3,08; IC95%: 1,57- 6,49), una asociación que resultó estadísticamente significativa.

Ingresos económicos. Se relaciona tanto con diversos aspectos económicos pero también sociales ya que la existencia o no de los mismos puede determinar el tipo de calidad de vida de una familia o de un individuo. Un estudio mostró que el 84,2% (16/19) de los que abandonaron no tenían capacidad económica mientras que el 59,6% (34/57) de los controles presentaron esta misma situación, el riesgo de abandono fue de 3,61 ($p = 0,05$, IC 0,87 a 21.18).¹⁵ Otro estudio demostró que más de la mitad de los abandonos correspondieron a individuos desempleados y los que trabajaban el 80% recibían menos de un salario mínimo.¹⁴

2.2.4.2 Factores Psicosociales y Ambientales

Aquellas características de la organización del trabajo que afectan a la salud de las personas. Se consideran conexiones que se dan entre la persona y la sociedad, ya que es evidente que ejerce una clara influencia sobre hombres y mujeres. Factores que afectan al entorno del hombre, influyen también decisivamente en su salud.

Consumo de alcohol y tabaco. El consumo de alcohol es un fenómeno que genera muchas deficiencias físicas y psicológicas dentro de un ser humano. El consumo de tabaco es el acto consistente en el haber fumado por lo menos alguna vez un cigarrillo o una fracción de él. Un estudio mostró que existía proporciones semejantes en el consumo frecuente de tabaco en ambos grupos estudiados, el consumo frecuente de alcohol mostró una relación significativa con una mayor probabilidad de abandonar el tratamiento ($p=0,042$ y $p=0,06$) respectivamente.¹⁰ Meza y Altuzar.¹³ demostraron que el alcoholismo estuvo presente en 45,9% del grupo con abandono, a diferencia de 4,9% del grupo de no abandono, con una significancia estadística de ($p < 0,00$). El tabaquismo se presentó en 19% vs 7,3% para abandono y no abandono.¹³ Otro estudio observó que el número de individuos que fumaban y consumían bebidas alcohólicas fue proporcionalmente mayor entre los casos que entre los controles.¹⁴ Salazar et,al¹⁵ observaron que la probabilidad de abandonar el tratamiento en las personas que consumieron alcohol durante el tratamiento, es 7 veces mayor en relación a los que no lo hicieron ($p = 0,001$ IC =1,92-31,92), asimismo tener otra adicción aumenta en 4 veces el riesgo de abandonar el tratamiento ($p = 0,014$ IC.1, 19-1,17).

Consumo de sustancias psicoactivas (Drogas). Problema social complejo y multifactorial tanto por sus causas y consecuencias, como por sus componentes e implicaciones todo consumo de drogas implica la presencia de una persona que realiza una elección conductual, pero supone una peculiar reacción del organismo ante la acción de una sustancia química. El consumo de drogas ilícitas es uno de los factores que inducen directamente a los pacientes a abandonar el tratamiento. Un estudio mostró que el numero de los pacientes que fumaba, consumían bebidas alcohólicas o usaban drogas ilícitas, el riesgo de abandonar el tratamiento fue casi cinco veces mayor cuando el paciente utilizaba alguna de esas sustancias.¹⁴ Otro estudio mostró que las drogas tienen una relación significativa con una probabilidad de abandonar el tratamiento ($p = 0,047$).¹⁰

Migración. Movimiento de la población que consiste en dejar el lugar de residencia para establecerse en otro país o región, generalmente por causas económicas o sociales. Así como las tasas de morbilidad y mortalidad son

altas entre las personas desplazadas e inmigrantes, también existen dificultades para el cumplimiento del tratamiento en una población con altos índices de migración.¹⁷

Falta de apoyo Familiar. Se considera que la falta de apoyo familiar al paciente con tratamiento contra la tuberculosis, constituye uno de los riesgos para el abandono de la misma. Un estudio de caso y control mostró que cuando los pacientes recibían aceptación por parte de la familia al enterarse de la enfermedad, la proporción de abandono fue menor (72,2% vs 85,5).¹⁵ Otro estudio observó que los pacientes afectados con tuberculosis que recibían apoyo familiar, fue considerado como un factor protector en el abandono de tratamiento.¹⁸

2.2.4.3 Factores relacionados al tratamiento

Aquellos elementos que contribuyen a la asistencia y cuidados proporcionados a un paciente para combatir, mejorar o prevenir la enfermedad, trastorno o lesión como también aquellos eventos que facilita el abandono o adherencia al tratamiento terapéutico

Conocimiento de la enfermedad. Algunos pacientes con tuberculosis no llegan a entender todo el proceso de la enfermedad, tratamiento, prevención, y las razones de por qué el tratamiento es tan prolongado. La falta de conocimientos puede llevar al paciente a tomar más alternativas, como la de abandonar su tratamiento. Un estudio mostró en cuanto al conocimiento de la enfermedad de 261 pacientes el 10,7% de ellos no tenían conocimientos sobre la tuberculosis.¹⁷ Yolanda. et,al¹³ observaron que entre los pacientes, que tenían un concepto incorrecto de la tuberculosis pulmonar, un 67.9% no terminó el tratamiento ($p < 0,05$). Otro estudio, mostró que el 65% de los casos consideró insuficiente la información que ofrece el programa, mientras que la proporción fue significativamente menor en el grupo control ($p = 0,001$).¹⁰

Efectos adversos al medicamento. Los efectos secundarios que ocasiona la farmacoterapia contra la tuberculosis como náuseas, vómitos, diarrea, cólicos, hipersensibilidad entre otros se presentan con frecuencia y en algunos casos están relacionados con el abandono de tratamiento. En un

estudio se observó una tendencia al abandono por no haber sido advertido de la importancia de no suspender el medicamento y de las molestias producidas por el mismo.¹⁵ Otro estudio mostró que la tasa de incidencia de abandono del tratamiento aumentó cuando los pacientes refirieron presentar efectos secundarios al tratamiento siendo 0,7(IC95%0,5-1,0).¹⁷Sosa et,al¹⁴ observaron que existe la asociación negativa entre la presencia de efectos secundarios y el abandono de tratamiento. La medicación contra los efectos secundarios no mostró relación estadísticamente significativa.

Duración del tratamiento. Tiempo que dura el tratamiento de una enfermedad. Se encuentra asociada a la adherencia y está relacionada como el obstáculo más difícil de vencer para lograr la adherencia al tratamiento contra la tuberculosis. Un estudio observó que en el grupo que abandonó el tratamiento 70,7% tuvo más de un año de evolución de la enfermedad, a diferencia de los que no lo hicieron.¹³Salazar.et,al¹⁵ mostraron que la probabilidad de abandonar el tratamiento antituberculoso por no haber sido informado de la duración es casi 7 veces mayor que entre aquellos que no lo abandonaron. Otro estudio observó que los pacientes que abandonaron el tratamiento desconocían la duración de su propio régimen terapéutico con mayor frecuencia que del grupo control (p=0,005), en ambos grupos una menor proporción desconocía el número de pastillas que debería tomar cada día.¹⁰

2.2.4.3 Factores Institucionales

Se define como las características estructurales y funcionales que difieren en cada institución y su grado de influencia que tiene con el cliente o usuario. Constituye un sistema de acciones que se realiza para lograr el cumplimiento adecuado de las prescripciones médicas.

Relación entre el paciente y personal de salud. Es de considerar que una adecuada relación entre el paciente y el personal de salud favorece a las expectativas que el paciente tiene frente al personal que suministra el tratamiento. Un estudio mostró que la probabilidad de abandonar el tratamiento fue mayor cuando se estableció una mala o deficiente relación entre la enfermera y el paciente; y de forma significativa cuando hubo una mala

relación con el médico.¹⁵ Otro estudio, observó que de la misma forma, la proporción de casos que se declaró disconforme con el trato del personal de salud fue tres veces superior a los del grupo control.¹⁰

Distancia al centro de salud. Comprende el espacio o intervalo de lugar o de tiempo que emplea el paciente para dirigirse al establecimiento de salud. Algunas veces el usuario puede concurrir al centro de salud caminando y de otra veces suele tomar ómnibus o cualquier otro tipo de movilidad.

Un estudio mostró que el riesgo de deserción al tratamiento fue 2,6 veces mayor cuando el paciente enfrentaba dificultades para acceder a los servicios de salud (OR: 2,64; IC95%: 1,39–5,29).¹⁴ Salazar. et, al¹⁵ observaron que el tener dificultad para el traslado al centro de salud aumenta el riesgo de abandonar el tratamiento contra la tuberculosis (OR= 4,8, p= 0,02, IC= 1,02-22,79).

Se han descrito múltiples factores que influyen en el abandono de tratamiento, entre los que se incluyen las características demográficas, económicas, psicosociales, ambientales, en relación al tratamiento y a las características institucionales. En este aspecto la labor de enfermería es fundamental, para establecer acciones que permitan al paciente con tuberculosis una mejor adherencia al tratamiento y contrarrestar los factores que lo llevan al a abandonar el tratamiento. Cabe resaltar que la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis debería diseñar estrategias creativas para mejorar la adherencia al tratamiento; las cuales deben estar orientadas al paciente y a su familia y no a los sistemas de salud como actualmente podemos observar.

El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica, involucra realizar una serie de tareas que requieren: Saber qué hacer, como hacer y cuando hacer. El paciente debe de disponer de una serie de habilidades con diferentes grados de complejidad. Por otro lado, es importante conseguir que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricta a los tratamientos y cumplimiento de todas las indicaciones. La enfermera del establecimiento de salud es la más involucrada en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis, pues tiene la

responsabilidad de controlar la diseminación de la enfermedad y garantizar la correcta administración del tratamiento para el cumplimiento terapéutico. La adherencia al tratamiento depende de gran parte de la relación establecida entre la persona con tuberculosis, el personal de enfermería que lo administra y el establecimiento de salud.

2.3 Definición de Términos Básicos

Caso de tuberculosis: Toda persona a la que se le diagnostica tuberculosis, con o sin confirmación bacteriológica a quien se decide indicar y administrar un tratamiento antituberculoso.

Abandono: hace referencia a la renuncia voluntaria, intencional y absoluta de algo.

Paciente en riesgo de abandono: Paciente que presenta irregularidad durante el tratamiento.

Fracaso terapéutico: Paciente que mantiene baciloscopia positiva hasta el cuarto mes de tratamiento o en los pacientes que presentan baciloscopias positivas en dos controles sucesivos, después de un periodo de negativización de dos meses habiendo recibido tratamiento regular y supervisado.

Factor de abandono: Agente / elemento/ circunstancia que contribuye a causar el abandono de tratamiento.

Adherencia al tratamiento: Conducta que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consiente de recursos para lograr el resultado esperado.

Paciente en abandono: Paciente que no concurre a recibir tratamiento por mas de treinta días consecutivos y/o pacientes transferidos a otros establecimientos de salud para continuar el tratamiento y no se confirma la recepción del caso.

Familia: La familia supone por un lado una alianza, el matrimonio, y por el otro una filiación, los hijos.

CAPITULO III

METODOLOGIA DEL ESTUDIO

3.1 Tipo y Método de investigación

Estudio de tipo cuantitativo, método observacional y diseño descriptivo, porque permiten especificar las propiedades, características y rasgos considerados como relevantes ante cualquier fenómeno; asimismo, permite observar y describir las características de una variable. Miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Este estudio permitirá obtener información para conocer las posibles causas que inducen al abandono de tratamiento en los pacientes con tuberculosis.

3.2 Área de estudio

El estudio se desarrolló en la jurisdicción de la Red de Salud Lima Norte V, (Unidad ejecutora 044), perteneciendo la micro red Rímac con 8 establecimientos de salud (2 puestos de salud y 6 centros de salud) la micro red San Martín con 16 establecimientos de salud (9 puestos de salud y 7 centros de salud). Finalmente incluye también la micro red Los Olivos con 11 establecimientos de salud (7 puestos de salud y 4 centros de salud); totalizando 35 establecimientos de salud.

La función básica de estas redes es brindar servicios de I nivel de atención, actividades de salud integral, preventivo-promocionales, actividades de recuperación y rehabilitación constituyendo de esta manera en la satisfacción de las necesidades sanitarias de la población de los distritos del Rímac, San Martín de Porres y los Olivos. En el año 2010 la red contaba con 1'029,357 habitantes distribuidos en los tres

distritos mencionados. Se clasificó a los establecimientos de salud por área geográfica (urbano-urbano marginal) de acuerdo a la procedencia.

3.3 Universo y Población de Estudio

El universo estuvo constituida por todos los pacientes con diagnóstico de tuberculosis del esquema I que abandonaron el tratamiento en el primer semestre del 2010 en la Red de Salud Lima Norte V, Rímac-San Martín-Los Olivos (N=542). Además, de aquellos pacientes del semestre I-2011 que estaban recibiendo tratamiento, pero presentaban situación de irregularidad, a fin de incrementar el número del universo. Entre tanto, dado la dificultad de acceder a los pacientes mediante la visita domiciliaria en la comunidad, la población de estudio fue constituida por 70 personas considerando un muestreo de tipo intencional.

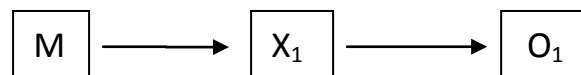
Criterios de inclusión:

- Mayores de 18 años
- Paciente del esquema I declarado en abandono
- Condición irregular en el tratamiento
- Participación voluntaria

Criterios de exclusión:

- Pacientes residentes fuera del área de estudio
- Pacientes con alteraciones mentales

3.4 Diseño de Investigación



Donde:

M: Muestra de pacientes en abandono de tratamiento de tuberculosis.

X₁: Variables de estudio: Factores sociodemográficos, económicos, psicosociales, ambientales, institucionales y los relacionados al tratamiento.

O₁: Resultado de la medición de las variables.

3.5 Relación entre variables (Operacionalización de Variables)

VARIABLES: Factores que inducen al abandono de tratamiento (sociodemográficos, económicos, ambientales, psicosociales, institucionales y los relacionados con el tratamiento).

3.5.1 Operacionalización de variables: Anexo 1

3.6 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para identificar los factores que pueden inducir al abandono de tratamiento de tuberculosis se aplicó un cuestionario estructurado conteniendo preguntas cerradas con enfoque multidimensional de alternativas múltiples, lo cual permitió recoger información sobre aspectos sociodemográficos, económicos, ambientales, psicosociales, relacionados al tratamiento e institucionales. Se resalta que los ítems de cada dimensión se evaluaron con diferentes puntajes; las preguntas que tuvieron cinco alternativas (4,13,14,15,23,31,36,38) se calificó de 1-5, puntaje de 1-4 a las preguntas de cuatro alternativas (2,3,7,8,9,10,11,12,18,19,21,24,25,26,28,34,35), 1-3 a las preguntas con tres alternativas (5,6,16,30,33,37,39) y, finalmente las preguntas dicotómicas con un puntaje de 1-2 (1,17,20,22,27,29,32) con un puntaje 1-2.

Así, el instrumento consto de 39 ítems que identificaron el abandono de tratamiento, conformados por 6 dimensiones. Sociodemográficos (6), Económicos (4), Ambientales (6), Psicosociales (9), relacionados al tratamiento (8), Institucionales (6). Además se realizó una revisión documentaria del registro de tratamiento y de la historia clínica para completar datos relevantes.

En la dimensión sociodemográfica, referidas a los datos generales (1, 2, 3, 4,5 y 6) la puntuación llegó a 21 puntos. En la económica (7, 8, 9,10) la puntuación total fue 12. En la dimensión ambiental (11, 12, 13, 14,15 y 16) puntuación total 27. Los ítems (17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, y 25) referidos a la dimensión psicosocial con puntuación total 31. La dimensión relacionados al tratamiento (26, 27, 28, 29, 30, 31, 32 y 33) con puntaje total 25. Finalmente, la dimensión institucional referida a los ítems (34, 35, 36, 37,38 y39) con una puntuación total de 24.

3.7 Validez y Confiabilidad del Instrumento:

El instrumento fue sometido a juicio de expertos conformado por siete profesionales con experiencia en tuberculosis: cinco licenciadas en enfermería, una bióloga, y un

médico. La prueba binomial indicó que existió concordancia significativa entre los ítems del instrumento ($\alpha=0,008$), no habiendo modificación alguna excepto en el orden de las preguntas 20-21.

Para la confiabilidad, se realizó la prueba piloto incluyendo 20 pacientes residentes en el área de estudio y según criterios de inclusión y exclusión. El análisis del piloto mediante el Alfa de Crombach dio un valor de 0,97, denotando una alta consistencia entre los ítems. Y, dado que el instrumento no sufrió en esta fase tampoco ninguna modificación, se optó por considerar estos pacientes como parte de la población de estudio, no siendo necesario aplicar el instrumento por segunda vez, pues esto induciría a sesgo.

Para corroborar la validez, el instrumento también fue sometido al análisis mediante el coeficiente de correlación de Pearson, identificándose un $R > 0,22$, resultado que demuestra que los ítems propuestos tienen una interacción consistente.

3.8 Procedimiento de Recolección de Datos

Una vez realizada las gestiones y obtenido el consentimiento administrativo de la Disa V Lima Ciudad, se procedió a gestionar las autorizaciones de los médicos jefes de cada establecimiento de salud, de la Red de Salud Lima Norte V (Rímac-San Martín de Porres-Los Olivos). La recolección de datos fue realizado entre Junio-Agosto 2011. Una vez obtenida la autorización, se procedió a recolectar los datos de los pacientes documentados en la ficha de registro de cada centro de salud por la propia investigadora. En un segundo momento, se realizaron las visitas domiciliarias a los posibles sujetos de investigación, contando para esto con el apoyo de un personal de la institución de salud, a fin de facilitar el acceso a la población y potencializar el desarrollo de empatía entre investigador-sujeto de investigación; establecido el contacto se le explicaba al sujeto el objetivo del estudio y los beneficios que se obtendrían de los resultados si contamos con su participación, atendiendo además a sus dudas e inquietudes sobre la investigación; se le solicitó que firme la hoja de consentimiento informado y luego se procedió a aplicar el cuestionario, cuidando que no existan distractores en el entorno durante ese momento. La aplicación del instrumento tomo un tiempo no mayor de 20 min.

3.9 Análisis de Datos

Los datos obtenidos fueron digitados y procesados, en una base de datos creado en el Programa Excel 2007, utilizando códigos para preservar el anonimato de los pacientes. Para el análisis de datos se realizó la tabla de frecuencias descriptivas y para agrandar la muestra se utilizó el método estadístico de extrapolación por considerar que la población de estudio era pequeña, dicho método se basa en suponer que el curso de los acontecimientos continuará en la misma dirección y con una velocidad constante. La base para una extrapolación será el conocimiento sobre el reciente desarrollo del fenómeno

3.10 Aspectos Éticos

El proyecto en primera instancia fue sometido a evaluación por el Comité de Investigación Institucional de la Disa V Lima Ciudad; dicho comité dio algunas observaciones por lo que tuvo que volverse a presentar previa corrección. Siendo aprobado posteriormente (Carta N°2727-2011) para la aplicación del estudio.

La información y datos obtenidos de los pacientes, fueron empleados con un único fin de estudio, por lo que se tomó medidas necesarias para preservar la confidencialidad. Se consideraron los principios de bioética reconociendo al ser humano en su totalidad y el respeto de los valores sociales, salvaguardando los principios éticos de beneficencia, autonomía, justicia por que la población en estudio participó de manera libre y voluntaria previa información respetando el derecho de negar su participación.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 Resultados Obtenidos

Tabla 1: Características del factor sociodemográfico de pacientes en abandono de tratamiento de tuberculosis del I esquema, Red de Salud Rímac-San Martín de Porres-Los Olivos, junio-agosto 2011.

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	14	5,4
	Masculino	244	94,6
Edad	60 a +	13	5,0
	41 - 60	82	31,8
	21 - 40	116	45,0
	18 – 21	47	18,2
Grado de instrucción	Superior	19	7,4
	Secundaria	84	32,6
	Secundaria incompleta	103	39,9
	Primaria	52	20,1
Estado civil	Casado	44	17,1
	Conviviente	44	17,1
	Separado	13	5,0
	Soltero	157	60,9
Región de procedencia	Selva	13	5,0
	Costa	26	10,1
	Sierra	219	84,9
Tiempo de residencia en Lima	Menor de un año	18	7,0
	Siempre	144	55,8
	Mayor de un año	96	37,2

En la tabla 1 observamos predominio del sexo masculino (94,6%), con edades entre 21 a 40 años (45%) y mayor frecuencia de estudios secundarios incompletos (39,9%). El 60,9% era soltero, provenientes de la sierra (84,9%).

Tabla 2: Características del factor económico de pacientes en abandono de tratamiento de tuberculosis del I esquema, Red de Salud Rímac-San Martín de Porres-Los Olivos, junio-agosto 2011.

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Condición de vivienda	Casa propia	103	39,9
	Casa alquilada	97	37,6
	Casa de un familiar	46	17,8
	Casa prestada	12	4,7
Material de construcción de su casa	Material noble	188	72,9
	Madera	26	10,0
	Esteras	24	9,3
	Adobe-Quincha	20	7,8
Tipo de piso de la vivienda	Cemento	150	58,1
	Mayólica	19	7,4
	Madera	7	2,7
	Tierra	82	31,8
Ingreso familiar	Mayor o igual a S/.1000	18	7,0
	De 751 a 999	19	7,4
	De 501 a 750	46	17,8
	Menor o igual a S/. 500	175	67,8

En la tabla 2 evidenciamos que el 39,9% tenía casa propia, construida de material noble un (72.9%); siendo que el 67,8% tenía un ingreso económico menor o igual a S/.500.00 NS.

Tabla 3: Características del factor psicosocial de pacientes en abandono de tratamiento de tuberculosis del I esquema, Red de Salud Rímac-San Martín de Porres-Los Olivos, junio-agosto 2011.

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Fuma	No	155	60,1
	Si	103	39,9
Cantidad de cigarrillos	1 a 2	103	39,9
	3 a 5	-	-
	5 a 10	-	-
	11 a +	-	-
	Ninguno	155	60,1
Tiempo de inicio a fumar	días	14	5,4
	meses	39	15,1
	1 año	77	29,8
	2 años a +	128	49,7
Consumo de drogas	No	173	67,1
	Si	85	32,9
Tipo de droga	Ninguna	173	67,1
	Por lo menos una	60	23,3
	Todas	25	9,6
Consumo de alcohol	No	108	41,9
	Si	150	58,1
Tipo de alcohol	Por lo menos una	80	31,0
	Todas	70	27,1
	Ninguna	108	41,9
Frecuencia de consumo	No consumo	108	41,9
	Una vez a la semana	75	29,0
	Solo en fiestas	48	18,6
	Diariamente	27	10,5
Asistencia a fiestas	No asisto	95	36,8
	Una vez al mes	31	12,0
	Ocasionalmente	118	45,7
	Cada fin de semana	14	5,4

En la tabla 3 observamos que el 39,9% fuma, 49,7% empezó a fumar hace 2 años, asimismo, el consumo de drogas fue un 32,9%, sin embargo, el consumo de alcohol tiene un alto porcentaje con 58,1% y la asistencia a fiestas sociales fue de 45,7%.

Tabla 4: Características del factor ambiental de pacientes en abandono de tratamiento de tuberculosis del I esquema, Red de Salud Rímac-San Martín de Porres-Los Olivos, junio-agosto 2011.

Variables	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Habitaciones en casa	1 habitación	26	10,0
	2 habitaciones	147	57,0
	3 habitaciones	13	5,0
	4 habitaciones	72	28,0
Número de personas que viven en casa	3 - 4 personas	147	57,0
	4 - 7 personas	72	27,9
	8 -10 personas	13	5,0
	Más de 10 personas	26	10,1
Convivencia	Solo	26	10,1
	Esposa	14	5,4
	Hijo/a	7	2,7
	Familia	153	59,3
	Otros	58	22,5
Rol que cumple en la familia	Otros	77	29,8
	Abuelo	13	5,0
	Tío	7	2,7
	Hijo	86	33,3
	Padre	75	29,1
Fuerza emocional que recibe para continuar el tratamiento	Familia	164	63,6
	Centro de salud	55	21,3
	Centro rehabilitación	13	5,0
	Vecinos	7	2,7
	Parientes lejanos	19	7,4
Servicio de agua y desagüe en casa	Servicio propio	193	74,8
	Servicio común	53	20,5
	No	12	4,7

En la tabla 4 observamos que el 57% del número de personas que vivían en una casa eran entre 3-4 personas, el 57% contaban con dos habitaciones en casa, el 59,3% convivía con su familia y el rol que cumplía dentro del hogar era de hijo en (33,3%). El apoyo emocional que recibía para continuar con el tratamiento era por parte de la familia en un 63,6% y contaba con servicios básicos propios un 74,8%.

Tabla 5: Características del factor institucional de pacientes en abandono de tratamiento de tuberculosis del I esquema, Red de Salud Rímac-San Martín de Porres-Los Olivos, junio-agosto 2011.

Variables	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Trato del personal	Buen trato	239	92,6
	Trato malo	6	2,4
	No tienen paciencia	13	5,0
Transporte que utiliza para llegar al C.S.	Combi	19	7,4
	Micro	46	17,8
	Mototaxi	103	39,9
	A pie	90	34,9
Nº de Visitas Domiciliarias	Cuatro veces	144	55,8
	Tres veces	57	22,1
	Dos veces	26	10,1
	una vez	31	12,0
Motivo de Visitas	Verificar domicilio	13	5,0
	Verificar contactos	14	5,4
	Falta al tratamiento	231	89,5
Visita Domiciliaria	Equipo de salud	165	64,0
	Promotora	19	7,3
	Enfermera	31	12,0
	Técnica de enfermería	43	16,7
Horario del C.S	Adecuado al paciente	207	80,2
	No adecuado al paciente	12	4,7
	No es flexible al paciente	39	15,1

En la tabla 5 evidenciamos que el 65,1% utilizó transporte para dirigirse al establecimiento de salud a recibir su tratamiento, 55,8% recibió visitas domiciliarias en cuatro oportunidades; de éstas el 89,5% fue presentar irregularidad al tratamiento. El 64,0% recibió visitas domiciliarias por todo el equipo de salud, destacándose que la enfermera solo acudió el 12,0% de veces.

Tabla 6: Características del factor relacionados al tratamiento de pacientes en abandono de tratamiento de tuberculosis del I esquema, Red de Salud Rímac-San Martín de Porres -Los Olivos, junio-agosto 2011.

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento de la TBC	Mucho	113	43,8
	Mas o menos	105	40,7
	Poco	23	8,9
	Nada	17	6,6
Información del personal de salud	No	13	5,0
	Sí	245	95,0
Conocimiento duración del tratamiento	Sí	227	88,0
	No	31	12,0
Conocimientos de medicinas de acuerdo al peso	Sí	245	95,0
	No	13	5,0
Conocimiento del numero de pastillas que toma	Sí	232	89,9
	No se	20	7,8
	No	6	2,3
Molestia que tuvo en su tratamiento	Sarpullidos [...]	19	7,4
	Dolores musculares [...]	6	2,3
	Nauseas, vómitos [...]	78	30,2
	Más de uno	26	10,1
	Otros	129	50,0
Dejó el tratamiento por estas molestias	No	206	79,8
	Sí	52	20,2
Considera el N° de pastillas	Mucho	180	69,8
	Poco	34	13,1
	Excesivo	44	17,1

En la tabla 6 evidenciamos que el 40,7% tiene cierto conocimiento sobre su enfermedad; en cuanto a los efectos del tratamiento, 50,0% de los pacientes tuvo otros tipos de molestias; mismo así, 79,8% no dejó de tomar su tratamiento por los efectos medicamentosos. El 69,8% considera que la cantidad de pastillas que recibe es mucho

4.2 Discusión

La tuberculosis en nuestro país es la principal enfermedad social altamente curable que afecta a la población económicamente activa, resaltando de manera importante que los adolescentes y los adultos mayores constituyen la tercera parte del total de casos.²⁵ En general, se aprecia que el perfil de los grupos no adherentes al tratamiento está marcado por desigualdad socioeconómica, vulnerabilidad psicoafectiva, exclusión social e inequidad en el acceso a la atención de salud. Resaltando como indicadores la edad joven, sexo masculino, vivir solo, consumo de alcohol y drogas, bajo nivel educativo, efectos adversos de los medicamentos, la coinfección por VIH y antecedente de tratamiento antituberculoso. Asimismo, referente a los servicios de salud; existe inaccesibilidad y falta de disponibilidad de medios de transporte para dirigirse al establecimiento de salud.²⁶

Recordar que el abandono del tratamiento antituberculoso sigue significando un fuerte obstáculo para incrementar la tasa de curación y el control de tuberculosis en el Perú; identificándose pocos estudios sobre este fenómeno y qué factores relacionados con los pacientes y la organización de los servicios de salud pueden estar involucrados. La falta de adherencia al tratamiento ocasiona graves consecuencias tanto para el enfermo como para la comunidad, debido a que el paciente no se cura y continúa la cadena de transmisión de la enfermedad, destacando que la bacteria puede desarrollar resistencia a los medicamentos disponibles, lo que aumenta los costos de su tratamiento, y la morbimortalidad.²⁷

Los resultados del estudio muestran diversos factores relacionados con el abandono al tratamiento antituberculoso que pueden estar condicionando esta actitud en los pacientes afectados por tuberculosis. En los datos sociodemográficos (tabla 1) identificamos que gran parte de los pacientes que abandona el tratamiento era de sexo masculino (94,6%) y soltero (60,9%), datos que coinciden con lo presentado por Sosa et al.¹⁴ quienes indican que la mayor probabilidad de riesgo de abandonar la terapéutica está entre los pacientes de sexo masculino. Según el Plan Nacional de Respuesta a la TBC²⁹ el 57,3% que contrae la enfermedad es de sexo masculino, es decir, un poco más de la mitad de pacientes, entre tanto, los hombres son más vulnerables en abandonar la terapéutica en comparación con las mujeres (43,7%).

Por otro lado, el 45% de los pacientes en estudio corresponde a las edades de 21-40 años, corroborándose que la tuberculosis afecta a la población económicamente activa; aunque el Ministerio de Salud reporta que el 75% de los enfermos con tuberculosis se encuentra entre la edad de 15-44 años.²⁸ Respecto al grado de instrucción (tabla 1), resaltamos que el 39,9% de los pacientes en abandono tuvo estudios secundarios incompletos, lo que pone en cuestión el grado de comprensión que los enfermos con TBC tienen respecto a la enfermedad en sí misma y de sus consecuencias al no cumplir con el tratamiento; siendo que la mayoría de estos pacientes provienen de la sierra (84,9%). Datos que demuestran, una vez más, que el nivel de educación que recibe la población en esa región es mínima, posiblemente relacionado con la inaccesibilidad de muchas zonas y el incumplimiento de los programas de educación en todos los niveles como también de modalidades del sistema educativo, los cuáles repercuten directamente en la educación de las personas afectando su ámbito cultural y social; es importante mencionar que la educación en la población es un elemento sustancial en la formación para la calidad de vida de las personas; de esta manera puede influir en el enfermo con tuberculosis en la decisión de continuar o dejar el tratamiento; de ese modo, el 40,7% (105) informó conocer más o menos sobre la enfermedad y otros 15,5% (40) poco o nada, es decir, que la información brindada por el personal de salud todavía debe ser recalcada o adaptada a cada contexto y cultura del paciente afectado por tuberculosis (tabla 6).

En la tabla 2, hacemos referencia al factor económico, observándose encunanto a la condición de vivienda que el 39,9% contaba con casa propia y un 72,9% lo tenía construido de material noble. El estudio realizado por Sosa et,al¹⁴ identificó qué quienes vivían en la calle o no tenían domicilio estable presentaron un riesgo tres veces mayor de desistir de la farmacoterapia, relación que resultó estadísticamente significativa. Otro dato importante en el estudio hace referencia al ingreso económico (tabla 2), donde el 67,8% reportó un ingreso económico menor o igual a S/.500.00 nuevos soles, resaltándose que los determinantes económicos se han considerado importantes dentro del entorno de la enfermedad de la persona. De ese modo, la pertenencia de los pacientes a grupos familiares de escasos ingresos económicos y en algunos casos, la existencia de un ingreso familiar mínimo, no llega a cubrir las necesidades básicas; dentro de ellos está el costear los pasajes para dirigirse al establecimiento de salud para poder cumplir con el tratamiento.³³ Según Cáceres y Orosco,¹⁸ los pacientes que

pertenecen a un estrato económico bajo tienen casi 4 veces más probabilidades de abandonar el tratamiento antituberculoso que los pacientes que no viven en esa condición, en el estudio queda demostrado que los ingresos económicos por lo general son bajos o muy bajos y que la condición de la vivienda (propia, alquilada, de material noble o rústico), suele ser precaria, hechos que podrían estar en alguna medida condicionando al abandono de tratamiento en estos pacientes.

Según la tabla 3, referente al factor psicosocial, con relación a los hábitos de vida observamos que el consumo de bebidas alcohólicas afecta al 58,1% (150), siendo la frecuencia de consumo por lo menos una vez por semana (29,1%), asimismo, el consumo de tabaco alcanzó un 39,9% (103) y el de drogas 32,9% (85). Según Salazar et al.¹⁵ y Culqui et al.¹⁰ el factor psicosocial guarda relación con el abandono de tratamiento, destacando principalmente al consumo de alcohol y el tener otra adicción. Cabe destacar que el consumo de sustancias psicoactivas tiene asociación directa con el deterioro inmunológico y la desnutrición, a su vez, constituye un problema que tiene graves repercusiones en la salud pública y son consideradas como los principales factores de la mala salud, que no solo afectan al que lo consume sino también a la familia y a la sociedad; vinculadas a la destrucción de la persona con expresiones de violencia, desesperanza y desprecio por la vida.³⁴

Considerando que los pacientes en estudio presentan de algún modo este tipo de problemas es necesario tomar una postura frente a ello. Principalmente porque los enfermos con TB forman parte de la población con bajos recursos, siendo muy probable que gran parte de ellos se dedican a cometer actos delictivos para poder satisfacer su adicción; identificándose de esta manera el desinterés por recuperar su estado de salud, llegando al extremo de abandonar el tratamiento antituberculoso. Frente a esto, el personal de salud debe tomar las respectivas previsiones y prestar especial atención a los pacientes que presenten este dato como antecedente, considerando la importancia de establecer el vínculo y responsabilidad compartida entre el personal de salud, el enfermo y la familia permitiendo en primera instancia tratar problemas o necesidades que sobrepasan el plan terapéutico para que posteriormente se pueda potencializar la adherencia al régimen terapéutico.

En relación al factor ambiental (tabla 4) evidenciamos que el 57,0% (147) contaba con dos habitaciones en casa, el 57,0% (147) vivía en su casa con 3-4 personas, el

59,3% convivía con su familia y el 33,3% cumplía rol de hijo dentro del hogar. Siendo la familia el mayor soporte de apoyo emocional (63,6%) para continuar con el tratamiento.

Considerando que la convivencia en condiciones de hacinamiento es una de las determinantes de la salud, por el cual la persona se ve afectada, sin embargo, el desconocimiento de ésta genera un riesgo para la salud de las personas que viven en hacinamiento. Las necesidades de apoyo familiar, el entorno, la falta de núcleo de convivencia y la marginación social en el ambiente familiar han sido destacadas como características distintivas de los pacientes perdidos por los programas de control de tuberculosis.²⁸ Destacamos que el apoyo familiar dentro del proceso enfermedad es de suma importancia para la recuperación de la salud y la continuidad del tratamiento. Frente a esto, Cáceres y Orozco¹⁸ hallaron que vivir con la familia o contar con apoyo familiar tiene un efecto protector para la continuidad de la terapéutica antituberculosa. Asimismo, Salazar et.al.¹⁵ mostraron que cuando los pacientes recibían aceptación por parte de la familia al enterarse de la enfermedad, la proporción de abandono fue menor (72,2% vs 85,5%). En referencia al estudio, se observa que el ambiente físico donde habitaba el paciente, como es la vivienda, como su ambiente social directo (familiares u otros) podrían ser considerados como situaciones que inducen al abandono de tratamiento incluyéndose las condiciones de la vivienda, el número de habitaciones, la disponibilidad de servicios básicos de agua y desagüe, tanto como si dispone de la compañía de familiares que le brinden apoyo moral y emocional para seguir con el tratamiento. Es necesario, entonces tomar las medidas del caso, sobre todo porque la mayoría de pacientes convivía dentro de un entorno familiar, en el cual por lo menos existen 4 miembros y que pueden ser contagiados de tuberculosis posiblemente por bacterias multidrogaresistentes. Llama la atención, que a pesar del apoyo emocional recibido en el entorno familiar para una mejor adherencia al tratamiento, esto haya sido desvalorizado. Acaso la propia familia no es consciente de las consecuencias del abandono al tratamiento o desconozca el impacto de la enfermedad. Situación ante la cual el personal de salud, especialmente enfermería debe ser más audaz, involucrando y comprometiendo al grupo familiar en el cuidado y tratamiento.

Ante esto, es imprescindible que el paciente disponga de un ambiente social adecuado, que cuente del apoyo moral y emocional de la familia, que contribuya a crear un clima de armonía familiar que constantemente le refuerce la necesidad de cumplir su

tratamiento con éxito; aunque, si se trata de pacientes que viven solos, el apoyo debe venir de los vecinos más cercanos o de un familiar próximo identificado. Compete al personal del establecimiento de salud constituirse en apoyo emocional y moral sostenido, en caso que el paciente no reporte un miembro de apoyo conocido.

La tabla 5 muestra que las dificultades de acceso a los servicios de salud fueron expresadas por los pacientes en términos de problemas de transporte (65,1%), debido a que el desplazamiento hacia el establecimiento de salud para recibir tratamiento era a través de mototaxi (39,9%), combi (7,4%) o micro (17,8%); por consiguiente necesitaban de inversión económica diariamente. Los resultados de Sosa et al.¹⁴ y Salazar et al.¹⁵ identificaron de los pacientes que tienen dificultad en el acceso al centro de salud para recibir su tratamiento antituberculoso tienen mayor riesgo de abandonar la terapéutica. En el estudio las visitas domiciliarias a los pacientes por parte del personal de salud se realizaron al 55,8% (cuatro oportunidades), asimismo, el 89,5% recibió dichas visitas por inasistencias a la terapéutica. Frente a este hecho, podemos decir que, a pesar que la tuberculosis es una de las enfermedades más prevalentes e importantes para la salud pública en el Perú, los establecimientos de salud de primer nivel de atención que maneja pacientes con TB, TBMDR y TBXMDR, no cuenta con los recursos suficientes para tratar esta enfermedad tan compleja, observándose un debilitamiento del factor humano en dichos establecimientos de salud. Por otro lado, existe un temor fundamentado en realizar un trabajo muy riesgoso, además que no se garantiza una terapia observada y en la mayoría de los establecimientos la atención es solo por las mañanas, resaltándose falta de infraestructura adecuada.³¹ Se sabe que en Brasil la terapéutica para los pacientes con tuberculosis es supervisada y en el domicilio, de modo a garantizar una mayor efectividad del tratamiento por parte del sistema de salud; hecho que podría reducir grandemente la tasa de abandono en nuestro país.

Resaltamos en muchas ocasiones el personal de enfermería a cargo del programa de control de tuberculosis delega sus funciones al personal técnico, debido a la insuficiente personal profesional que existe y a la recarga de trabajo administrativo que desempeña, es importante destacar la presencia del personal de enfermería exclusivamente para el programa, pues es labor de enfermería brindar una atención holística al paciente, supervisar la medicación durante su tratamiento; además de las visitas domiciliarias entrevistas que debería realizar personalmente, a fin de cumplir cabalmente sus responsabilidades.

Finalmente, en la tabla 6 los datos muestran que el 50% de los pacientes en estudio presentó efectos secundarios al tratamiento, asimismo, el 69,8% consideró que la cantidad de pastillas que recibe es numeroso. El estudio de Cáceres y Orozco¹⁸ identificó que la presencia de efectos secundarios durante la terapéutica mostró relación significativa al abandono. Sabemos que el tratamiento de la tuberculosis provoca efectos secundarios muy desagradables favoreciendo la intolerancia a los medicamentos, la mayor cantidad de RAM se produce dentro del primer mes de iniciado el tratamiento, lo que hace necesario una mayor vigilancia del paciente durante ese periodo. En muchas ocasiones los efectos secundarios son intolerables para el paciente; aquí el rol de enfermería es de suma importancia en el programa de control de la tuberculosis para identificar las RAFAS a tiempo y poder derivar al paciente afectado con tuberculosis al médico para trabajar conjuntamente con las indicaciones prescritas. Es labor de la enfermera afianzar la adherencia al tratamiento, muchas veces debe intervenir como mediadora para conseguir apoyo social y desarrollar mayor concientización sobre la enfermedad y su posible propagación inmediata en el entorno familiar de no cumplirse con el tratamiento.

Diferentes análisis históricos subrayan que la mejor forma que tienen los países para enfrentar esta problemática es la implementación de programas de control de cobertura nacional y altamente eficientes que usen tecnologías apropiadas y que incorporen a sus actividades rutinarias métodos de monitoreo y evaluación permanentes, que permitan mejorar su operatividad. En la medida que un programa altamente eficiente brinde una atención de calidad, comenzara a solucionarse algunos de los problemas que favorecen la presencia de casos de TB y TB MDR y estos deben comenzar a mostrar una verdadera disminución, si a ello le adicionamos una política agresiva en el manejo de los casos ya producidos, entonces con estas medidas de intervención, se estaría consiguiendo un verdadero impacto sobre aspectos epidemiológicos y clínico-operacionales que controlarían el problema en cualquier país del mundo²⁴

Resaltamos que el personal de enfermería tiene una responsabilidad a cargo muy importante, ya que es la responsable directa de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control de Tuberculosis, y al tener conocimientos profundos de los factores pronósticos

y la perspectiva del paciente, podría conocer temprana y oportunamente aquellas determinantes o factores que propician el abandono de tratamiento de la tuberculosis

En este contexto, concluimos que el abandono del tratamiento de la tuberculosis pulmonar es hoy en día una de las principales causas de recaída en pacientes. Aunque el tratamiento antituberculoso es totalmente asequible y totalmente gratuito a todos los usuarios, mismo así no se ha podido detener esta enfermedad que afecta a una gran cantidad de personas.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

- El sexo más predominante en abandono de tratamiento fue el sexo masculino, en condición de soltero y con estudios secundarios incompletos que mayormente provienen de la sierra.
- Los bajos recursos económicos caracterizan la situación de abandono de tratamiento, identificándose un ingreso mínimo mensual de S/.500,00 NS.
- Entre los factores psicosociales que caracterizan al abandono de tratamiento destaca el consumo de bebidas alcohólicas con mayor incidencia, que el consumo de drogas ilícitas y tabaco.
- Los efectos secundarios que causan los medicamentos y la elevada cantidad de las mismas presentaron mayor frecuencia entre los pacientes en abandono de tratamiento.
- La necesidad de transporte para el traslado o acceso al establecimiento de salud para recibir tratamiento antituberculoso fue considerable entre los pacientes en estudio, siendo que más de la mitad ya presentaba un tratamiento irregular en su historial.

Recomendaciones:

Para la investigación:

- Realizar estudios comparativos entre poblaciones con características similares, con mayor número de sujetos, si posible, considerando una muestra probabilística para potencializar los resultados identificados en el estudio.
- Realizar estudios experimentales para probar la eficacia de las intervenciones de enfermería que favorezcan la adherencia al tratamiento terapéutico.

Para la asistencia en salud:

- Diseñar y desarrollar un programa de educación continua dirigido a usuarios que reciben el tratamiento de tuberculosis pulmonar, haciendo énfasis en la importancia del cumplimiento y el involucramiento de la familia.
- Proporcionar información personalizada al paciente y familia sobre la importancia del tratamiento y la resistencia bacteriana que se produce al abandonarlo.
- Fortalecer el seguimiento riguroso a los pacientes que ingresan al programa de tuberculosis mediante las visitas domiciliarias, a fin de crear y mantener un vínculo permanente entre usuario-personal de salud, en la intención de reducir el riesgo de abandono.
- Considerar que todo paciente nuevo en el programa de tuberculosis debe llenar una encuesta, donde se incluyan indicadores que permitan determinar los riesgos de abandono (consumo bebidas alcohólicas, consumo de droga ilícitas y de tabaco, dificultades para movilizarse al centro de salud, entre otras), información que permitirá direccionar las estrategias de intervención individualizada.
- Fortalecer el recurso humano en el programa de tuberculosis, disponiendo de un mayor número de enfermeras que mejoren la atención holística, considerando la participación de los promotores de salud para brindar apoyo en el seguimiento y atención de calidad al paciente.
- Fortalecer el trabajo multidisciplinario del programa de tuberculosis, integrando mayor contacto con el psicólogo, médico, nutricionista, asistente social y enfermero, a fin de conscientizar y comprender mejor la situación del paciente,

interviniendo en cada caso de modo individualizado, a fin de promover una mayor adherencia.

Para la educación en enfermería:

- Promover acciones de prevención y promoción de la salud en la comunidad relacionados con la tuberculosis y su control, reconociendo el impacto que genera el abandono de tratamiento y su consecuente multidrogoresistencia.
- Incluir dentro de los cursos de extensión universitaria y proyección social contenidos que sensibilicen a la población sobre el problema que representa la tuberculosis en la sociedad, considerando el incremento de su prevalencia en los últimos años y los factores asociados que inciden en el abandono.
- Favorecer mayor contacto del estudiante con familias que experimentan la tuberculosis en uno de sus miembros, a fin de conocer la problemática y proponer estrategias de cuidado que fortalezcan la adherencia al tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet].Control Mundial de la Tuberculosis: Informe OMS 2009[consultado Enero del 2010]. Disponible en :
http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/...html
2. Construyendo las Alianzas Estratégicas para detener la Tuberculosis: Una experiencia peruana [Internet] Perú. Ministerio de Salud, Dirección general de salud de las personas;2006[consultado en enero del 2010] Disponible en:
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/...tuberculosis/.../ConstruyendoAlianzasEstrategicas.pdf>
3. Bonilla, Asalde.C. Situación de la Tuberculosis en el Perú. [Acta Medica Peruana] 2008 [consultado en Febrero del 2010] .Vol. 25 (3). Disponible en:
<http://www.Scielo.org.pe/Scielo.php>
4. El Control de la Tuberculosis en las Américas. [Internet]Boletín Epidemiológico. Organización Panamericana de la Salud; 1998 [consulta en Marzo del 2010] Vol. 19(2). Disponible en :
www.paho.org/spanish/sha/epibul_95-98/bs982tub.htm.
5. Ministerio de Salud. “El 3.8% de personas Abandonan el Tratamiento” [Internet].Perú:12 de Junio del 2005 [consulta en Marzo del 2010].Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/ocom/prensa.asp?np_codigo=2560&mes=6&...
6. Tom. E. Altas tasas de Mortalidad de Perú que incumplen el tratamiento de la tuberculosis multidrogo resistente. [Internet] 12 de Junio del 2008. [consulta en Marzo del 2010].Disponible en :
www.aidsmap.com/page/1430605
7. Organización Mundial de la Salud [Internet].Control global de la tuberculosis WHO Report 2002 [Consultado en enero del 2010]. Disponible en:
<http://www.who.int/tb/publications/global-report2007/full/pdf>
8. Diario de Neumología [Internet].Noviembre-Diciembre 2000 [consulta en Enero del 2010].Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art.tex
9. Ministerio de Salud. Normas Técnicas de Salud para el Control de la Tuberculosis Lima-Perú [Internet].[consultado en febrero 2010] Disponible en:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/...tuberculosis/normas_publicaciones/NTSTBC
10. Culqui. D, Grijalva. C, Reátegui. SR, Cajo. JM, Suarez. L Factores Pronósticos del Abandono del Tratamiento Antituberculoso en una Región Endémica del

Perú. [Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am] 2005 Octubre.[consulta en Febrero del 2010].Disponible en:

<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v.18n1/27083.pdf>

11. Ticona. E. Tuberculosis: Se Agotó el enfoque biomédico.[Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública] 2009[consulta en enero el 2010] 26(3):273-75. Disponible en :
<http://www.Scielo.org.pe/pdf/rins/v26n3/a01v26n3.pdf>
12. Ministerio de Salud “Garantizar la continuación del tratamiento de Tuberculosis”: Manual de Capacitación para el Manejo de la Tuberculosis. Perú [Internet] [consultado en Enero 2010] Mod. 6 P.27. Disponible en:
www.Slideshare.net/.../modulo5garantizar-la-continuidada-del-taratmiento
13. Meza. Y, Altuzar. M. Factores relacionados con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar. [Rev. de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social] Enero-Abril 1999. [consulta el setiembre del 2010]Vol. 7, n.1. Disponible en :
<http://www.imss.gob.mx/sitecollectiondocuments/.../99/199927-31.pdf>.
14. Sosa, N; Pereira S; Y Barreto, M. Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: Resultado de un estudio comparativo; Rev. Panam. Salud Pública 2005, 17(4): 271.
15. Salazar. CL, Uribe. MP, Zuluaga. W, Ríos. F, Montes. F: Factores de riesgo para el abandono de tratamiento contra la tuberculosis en la ciudad de Medellín, Rev. Ces Medicina. Enero-Julio/2004.Vol 18 N° 1.
16. Montes. F. Factores de riesgo para el abandono contra la tuberculosis en la ciudad de Medellín, Rev. CES Medicina Enero-Julio/2004.Vol 18 N° 1.
17. Incumplimiento y abandono del tratamiento, y adquisición de multiresistencia [Internet] Rusia. Boletín de la OMS [consulta en mayo del 2010] Disponible en :
<http://www.who.int/bulletin/volumens/85/9/06-038331-ab/es/index.html>
18. Cáceres, FM; Orozco, LC. Incidencia y Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. Biomédica instituto de salud, Colombia [Internet] 2007[consulta en marzo 2010] 27; 498-504. Disponible en :
<http://redalyc.vaemex.mx/pdf/843/843227405.pdf>
19. Tuberculosis Protocolos Clínicos S.E.I.M.C...VII... Disponible en:
<Http://www.seinc.org/documento/protocolo/clínicos/proto7.htm>.
20. Polanco. F.Tuberculosis, [Monografía en línea] Monografías.com SA;2007 [Consulta en Mayo 2010] Disponible en:

<http://www.monografia.com/trabajos/tuberculosis...html>.

21. Fritz. H, Polo. H, Kremer. Acosta. H, Abdala, CL, Canova. S, Rojo, S.Roca, G. Dain.A, Terapeutica con tuberculostaticos Cumplimiento en un Hospital General [Internet]. Cordova.Dev.Fac.Cienc. Med: 55(1/2): 21-5,1997.
22. Ortiz.B.Factores asociados a supervivencia en pacientes con tuberculosis en Lima, Perú. Rev. Chil Infect.2008 [consulta en marzo 2010] 25 (2): 104-107.
23. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Manuel de procedimientos en Tuberculosis para personal de enfermería, México[Internet] 2005[consulta en Febrero del 2010] Disponible en: <http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/descargas/pdf/manprocentfb.pdf>
24. Tuberculosis pulmonar.Medline Plus Enciclopedia Medica [Internet] 2010 [consultado en mayo2010].Disponible en : www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000077.htm
25. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Situación de Tuberculosis en el Perú [Internet] 2008[consultado en mayo 2010] disponible en : bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1347MINSA1523.pdf.
26. Abandono de Tratamiento de TBC-Ensayos[Internet].2011[consultado en febrero 2012].Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Abandono-De-Tratamiento-De-Tbc/2500320.html>
27. Plan Estratégico TBC Minsa [Internet]. Perú: Ministerio de Salud; 2009 [consultado en marzo 2012]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/.../Plan%20Estrategico%20TBC>.
28. Intervenciones dirigidas a disminuir el abandono de tratamiento antituberculoso. Instituto Nacional de Salud Perú[Internet].Junio2011[consultado en febrero2012] Disponible en: [www...ins...gob.p/.../Nota %20 tecnica-5...](http://www...ins...gob.p/.../Nota%20tecnica-5...)
29. Ministerio de salud. [Internet].Perú: Día Mundial de la tuberculosis, 24 de marzo 2010[consultado el 24 de febrero de2010] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/tb/materiales/plan.pdf>
30. Plan Nacional de Respuesta a la TBC. MINSA[Internet]2010[consultado en Febrero 2012] Disponible en :

<http://es.scribd.com/doc/30143651/RM023-2010-MINSA-Plan-Nacional-de-Respuesta-a-La-TBC-Web>

31. Estrategia para evitar el uso nocivo de alcohol. Organización Mundial de Salud[Internet].2010[consultado Marzo 2012] Disponible en:
pps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_13-sp.pdf
32. Tuberculosis: Simposio. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2009; 26(3): 380-86
33. Determinantes sociales de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis: Una discusión desde la perspectiva heurística del riesgo. Rev. cienc. adm. financ. segur. Soc. v.10 n.1 San José 2002.
34. El Problemas de las drogas en el Perú .Cedro[Internet] 2007 [consultado en enero2012] disponible en :
www.cedro.org.pe/ebooks/problema20075.pdf

ANEXOS

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
ABANDONO DE TRATAMIENTO	El abandono de tratamiento es el incumplimiento por parte del paciente al régimen terapéutico establecido por el programa (mayor de 30 días consecutivos). 3 días alternos	Instigación al Tratamiento	Es la probabilidad de abandono del tratamiento condicionado por diferentes factores internos y externos.	-Incumplimiento del tratamiento -Régimen del tratamiento
FACTORES DE ABANDONO	Agente o elemento que contribuye a causar el abandono de tratamiento	Sociodemográficos y económicos	Constituyen el conjunto de características biológicas y económicas que están presentes en la población sujetos a estudio, tomando aquellos que puedan ser medibles	-Edad -Sexo - Nivel educativo -Estado civil o Marital - Falta de vivienda -Ingresos económicos -Condición de trabajo
FACTORES DE ABANDONO		Psicosociales Ambientales y	Conjunto de circunstancias o características físicas, biológicas y psicofisiológicas que afectan la salud de las personas y que influye en su desarrollo y en su vida social	-Consumo de alcohol -Falta de apoyo familiar -Migración -Tipo de familia -Rol que tiene en la familia

		Institucionales	Sistemas de acciones que estén realizando para lograr la conducta de cumplimiento adecuado de las prescripciones en sus pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> -Relación enfermera-paciente -Trato inadecuado -Acceso a los establecimientos de salud - Horario impuesto por el establecimiento de salud
		Relacionados al Tratamiento	Aquellos elementos que contribuyen a la asistencia y cuidados proporcionados a un paciente para combatir, mejorar o prevenir la enfermedad, trastorno o lesión	<ul style="list-style-type: none"> -Efectos colaterales de los medicamentos -Conocimientos de la enfermedad -Conocimiento del tratamiento - Duración del tratamiento -Detección temprana de signos de RAFA

ANEXO 2

VALIDEZ DE CRITERIO

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

TABLA DE CONCORDANCIA

ITEMS	JUECES							VALOR
	1	2	3	4	5	6	7	P
1. ¿Los ítems de instrumento de recolección de datos están orientados al problema de investigación?	1	1	1	1	1	1	1	0,008*
2. ¿En el instrumento los ítems están referidos a la variable de investigación?	1	1	1	1	1	1	1	0,008*
3. ¿El instrumento de recolección de datos facilitara el logro de los objetivos de la investigación?	1	1	1	1	1	1	1	0.008*
4. ¿El instrumento de recolección de datos presenta la cantidad de ítems apropiados	1	1	1	1	1	1	1	0,008*
5. ¿Existe coherencia en el orden de presentación de los ítems en el instrumento de recolección de datos ¿	1	1	1	1	1	1	1	0,008*
6. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitará el análisis y procesamiento de los datos?	1	1	1	1	1	1	1	0,008
7. ¿Eliminaría algunos ítems del instrumento de recolección de datos?	1	0	1	0	0	0	1	0,77
8. ¿Agregaría algún ítem al instrumento de recolección de datos?	1	0	1	1	0	1	1	0,22
9. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?	1	1	1	1	1	1	1	0,008*
10. ¿La redacción de los ítems del instrumento de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	1	1	1	1	1	1	1	0,008*

*Si $p \leq 0.05$ la concordancia es significativa

Favorable: 1 (SI) Desfavorable: 0 (NO)

.Existe una concordancia entre los jueces y los ítem 1, 2, 6, y10. Los ítem que no salieron significativos son 7, 8, que serán modificados y corregidos para perfeccionar e instrumento.

ANEXO 3



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

Av. Monterrico 641 Surco Lima- Perú



Consentimiento informado para participar en un trabajo de investigación

Titulo del trabajo: Factores que impulsa al Abandono de Tratamiento en los pacientes con Tuberculosis, Atendidos en la Red de Salud Lima Norte V

Responsables: Estudiante de Enfermería. Srta. Evelyn Isabel Dalens Remigio

Local de Estudio: Red de Salud Rímac -San Martín-Los Olivos

Teléfono: 426-7971-219-5050

Propósito y descripción de la investigación:

El estudio pretende conocer cuáles son las situaciones que impulsan a los pacientes con tuberculosis abandonar el tratamiento atendidos en la Red de Salud Rímac-San Martín-Los Olivos. De esta manera, podremos identificarlos y plantear algunos mecanismos o estrategias al personal de salud que favorecerán la continuidad al tratamiento de la tuberculosis.

Procedimientos:

Si Ud. acepta participar de este estudio de investigación, Yo personalmente y otras personas capacitados en el tema, le aplicaremos un cuestionario que contiene preguntas referente a su tratamiento, el por qué de los motivos del abandono, el cual será realizado mediante una visita en su casa para obtener la información necesaria. Es posible, que la visita se realice en más de una oportunidad para complementar datos importantes

Participación voluntaria:

La participación en este estudio es voluntario. Ud. Podrá retirarse de la investigación en cualquier momento teniendo plena libertad de decisión. Si Ud. decide no participar ahora o retirarse luego de comenzar el estudio, no será necesario dar ningún motivo a su no participación y su decisión no dará lugar a cambios en la forma de atención que viene recibiendo, ni se tomarán ningún tipo de represalias o sanciones contra su persona.

Beneficios:

A partir de su participación buscamos conocer las causas que llevan a una persona con tuberculosis, a abandonar su tratamiento; determinar cual o cuales situaciones son las que se asocian en todos los pacientes (La falta de conocimiento de la enfermedad, situación económica, las relaciones con el personal de salud). Basado en los resultados se podrá sugerir al personal de salud, recomendaciones que favorezcan el no abandono al tratamiento, en los pacientes que empiezan su tratamiento con el Esquema I y que forman parte de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Riesgos y molestias:

No habrá riesgos físicos ni psicológicos para su persona, usted solo responderá a preguntas del cuestionario relacionadas con situaciones o condiciones que hacen que abandonara el tratamiento.

Privacidad:

A fin de proteger su privacidad, su información y datos obtenidos serán marcados con un número de sujeto en estudio y no con su nombre, ni sus iniciales; conservando su información y su consentimiento en un archivo seguro que no forma parte de los registros médicos. Su nombre no figurara en ninguna publicación o informe sobre esta investigación, trabajándose los datos con los fines establecidos para este consentimiento.

Remuneración:

Ud. no recibirá ninguna remuneración por participar en este estudio.

¿DESEA PARTICIPAR EN EL PRESENTE ESTUDIO?

Afirmo que he leído las declaraciones consignadas en este consentimiento informado, y a la vez acepto que la Srta. Estudiante de enfermería Evelyn Dalens Remigio autora del presente estudio me ha informado y explicado los procedimientos que se realizaran. Confirmando que he tenido la posibilidad de formular preguntas sobre este estudio y estoy satisfecho con las respuestas y las explicaciones referidas, tuve el tiempo y la posibilidad de leer la información cuidadosamente, conversarla con otros y decidir si deseo participar o no el presente estudio.

Nombre de contacto:

Si tiene duda sobre el estudio puede comunicarse con la estudiante.

Nº de sujeto...

CONSENTIMIENTO:

Debe entregarse una copia de este formulario de consentimiento (firmada y fecha) al sujeto o representante legal.

Nombre del sujeto: -----
(En letra imprenta)

Firma del sujeto-----fecha: -----
(Por el sujeto o representante legal)

Persona que obtuvo el consentimiento del sujeto:

Nombre: -----
(En letra imprenta)

Firma: -----fecha: -----

ANEXO 4



ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA Afilada a la Universidad Ricardo Palma



FACTORES QUE INDUCEN AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS ATENDIDOS EN LA RED DE SALUD RIMAC-SAN MARTIN-LOS OLIVOS

Buen día, mi nombre es Evelyn Isabel Dalens Remigio soy estudiante de Enfermería. La razón de mi visita se debe a que estoy realizando un estudio sobre las causas de abandono de tratamiento en los pacientes con tuberculosis en personas mayores de 18 años, residentes en los distritos del Rímac-San Martín-Los Olivos. Su colaboración será de mucho valor. La encuesta es anónima.

CUESTIONARIO

FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS

1. En cuanto al género
 - a) Femenino b) Masculino
2. ¿Qué edad tiene? _____ (escribir años cumplidos)
3. Años escolarizados que tiene: _____ (escribir hasta que año estudió)
4. Estado Civil a) Soltero b) Casado c) Conviviente d) Separado e) Viudo
5. ¿De qué región proviene?
 - a) Costa b) Sierra c) Selva
6. Tiempo de residencia en Lima
 - a) Menor de 1 año b) mayor de 1 año c) siempre

FACTORES ECONÓMICOS:

7. Condición de vivienda
 - a) Casa propia b) Casa prestada c) Casa de un Familiar d) Casa alquilada
8. ¿De qué material de construcción está hecha su casa?
 - a) Madera b) Material noble c) Adobe - Quincha d) Esteras
9. ¿De qué tipo de piso está hecha su vivienda?
 - a) Tierra b) Cemento c) Mayólica d) Madera
10. ¿Cuál es el ingreso económico total de la familia?

- a) menor o igual de s/.500.00 b) mayor o igual de s/.500.00
- c) mayor o igual de s/.750.00 d) mayor o igual de s/. 1000.00

FACTORES AMBIENTALES:

- 11. ¿Cuántas habitaciones tiene en casa?
 - a) 1 b) 2 c) 3 d) 4
- 12. ¿Número de personas viven en casa?
 - a) 3-4 b) 4-7 c) 8-10 d) más de 10
- 13 ¿Con quién (es) vive Ud.?
 - a) Familia b) Hijo c) Esposa d) Solo e) Otros (hermanos, amigos etc.)
- 14. ¿Qué rol cumple Ud. en su familia?
 - a) Padre b) Hijo c) Abuelo d) Tío c) Otros
- 15. ¿Quiénes en su entorno le ofrece fuerza emocional para que continúe con el Tratamiento?
 - a) Familia b) Parientes lejanos c) Vecinos d) Centro de Salud e) Centro de Rehabilitación u otro f) ninguno
- 16. ¿Cuenta con agua y desagüe en su casa?
 - a) Servicio común b) Servicio propio c) No

FACTORES PSICOSOCIALES:

- 17. ¿Fuma Ud.?
 - a) Si b) No
- 18. Si la respuesta es sí cuantos cigarrillos al día.
 - a) De 1 a 2 b) De 3 a 5 c) De 5 a 10 d) 11 a más
- 19 ¿Hace cuanto tiempo empezó a fumar?
 - a) Hace días b) Hace meses d) Hace 1 año d) Hace 2 años a más
- 20 ¿Consume algún tipo de drogas?
 - a) Si b) No
- 21. ¿Qué tipo de droga?
 - a) PBC – Cocaína b) Marihuana b) Éxtasis c) Ninguno
- 22. ¿Consume bebidas alcohólicas?

a) Si b) No

23. Si la respuesta es sí qué tipo de bebida alcohólica consume

a) Cerveza b) Ron c) Vino d) Cañazo e) Ninguno

24. Con que frecuencia consume alcohol

a) 1 vez por semana b) diariamente c) ocasionalmente d) Solo en fiestas Sociales

25. ¿Con que frecuencia asiste a fiestas sociales?

a) Cada fin de semana b) Una vez al mes c) Ocasionalmente d) No asisto

FACTORES RELACIONADOS AL TRATAMIENTO

26. ¿Cuánto sabe Ud. de la enfermedad de tuberculosis?

a) Poco b) Nada c) Mucho d) Más o menos

27. ¿Fue informado por el personal de salud encuaneto a su enfermedad?

a) Si b) No

28. ¿Sabe cuánto es la duración de su tratamiento?

a) Si b) No

29. ¿Sabe si las pastillas que tomaba estaba de acuerdo a su peso?

a) Si b) No

30. ¿Sabe cuántas pastillas debe de tomar al día?

a) Si b) No c) No se

31. ¿Qué tipo de molestias ha sentido en el transcurso de su tratamiento?

- a) Nauseas, vómitos, ardor al estomago, diarreas
- b) Sarpullidos en el cuerpo, picazón en piel, heridas de piel
- c) Dolores musculares, dolor de huesos, desorientación
- d) Otros
- e) Más de uno

32. ¿Ud. dejo de tomar el tratamiento por estas molestias?

a) Si b) No

33. ¿Cómo considera la cantidad de medicamentos que recibe?

a) Poco b) Mucho c) Excesivo

FACTORES INSTITUCIONALES

34. ¿Cómo le trata el personal de salud?
- a) Me Tratan bien
 - b) No me tratan bien
 - c) Son indiferentes
 - d) No me tienen paciencia
35. ¿Qué tipo de transporte utiliza para llegar al establecimiento de salud?
- a) Moto taxi b) Micro c) Combi d) a pie
36. ¿Ha recibido visitas domiciliarias del personal de salud? ¿Cuántas veces?
- a) Una sola vez b) Dos veces c) Tres veces d) Cuatro veces y mas e) Nunca
37. ¿Por qué recibió la visita domiciliaria?
- a) Verificar el domicilio
 - b) Falta al tratamiento
 - c) Para evaluar las personas que viven conmigo (Contactos)
38. ¿Quién realizo la visita domiciliaria?
- a) La enfermera b) La técnica de enfermería c) La promotora d) El médico
 - e) Todo el equipo de salud
39. ¿Considera inadecuados el horario del programa?
- a) No se adecua al horario del paciente
 - b) Es adecuada al horario del paciente
 - c) No es flexible al horario del paciente

ANEXO 4

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

FACTORES QUE INDUCEN AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba a 20 pacientes y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Alpha de Crombach, cuya fórmula es

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right)$$

Donde

K: Número de ítems

S_i^2 : Varianza muestral de cada ítems

Remplazando valores donde $K=39$ y $\sum (S_i)^2 = 2882$, $S_T^2 = 523$

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right)$$

$$\alpha = \frac{39}{39-1} \left(1 - \frac{2882}{523} \right) = 0,97$$

Para el análisis correspondiente se tomo una muestra piloto de 20 pacientes .El coeficiente obtenido, denota una elevada consistencia interna entre los ítems que conforman el cuestionario, ya que el resultado del cálculo correspondiente fue de 0.97 lo que evidencia que las preguntas del cuestionario contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desean investigar, ya que cuando el coeficiente se aproxima a uno el instrumento de medición es altamente confiable.

VALIDEZ DE CONTENIDO

Para la aplicación del de los coeficientes de validez de contenido se aplico el coeficiente de de correlación de Pearson que nos permito encontrar las correlaciones ítem –total

La fórmula correspondiente es:

$$r = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2][N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Donde:

r = coeficiente de correlación de Pearson

N = Número total de pares de puntajes X, fY

X_i = puntaje de cada ítem i : 1 a 43

Y = puntaje total de cada individuo

Corrected Item-Total Correlation (r)	
p1	0,76
p2	0,22
p3	0,42
p4	0,42
p5	0,25
p6	0,49
p7	0,46
p8	0,43
p9	0,26
p10	0,32
p11	0,76
p12	0,51
p13	0,54
p14	0,35
p15	0,76
p16	0,32
p17	0,87
p18	0,7
p19	0,16
p20	0,76
p21	0,67
p22	0,67
p23	0,63
p24	0,61
p25	0,63
p26	0,55
p27	0,76
p28	0,22
p29	0,42
p30	0,42
p31	0,25
p32	0,49
p33	0,46
p34	0,43
p35	0,26
p36	0,32
p37	0,76
p38	0,51
p39	0,54

R> 0.20 ítem aceptable Se observa que la correlación de los Ítem propuestos tiene una interacción consistente, dado que los Coeficientes son mayores de 0.20