



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Alcoholismo y drogadicción como factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en un Centro de Salud MINSA en el periodo de 2007-2019

MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Carlos Albornoz, Víctor Julio Jesús (0000-0003-0669-9249)

ASESOR(ES)

Mg. Gutierrez Aguado, Alfonso Julian, MSP, MD (0000-0003-2539-7158)

Lima, 2022

Metadatos Complementarios

Datos de autor

AUTOR: CARLOS ALBORNOZ, VÍCTOR JULIO JESÚS

DNI

71709944

Datos de asesor

GUTIERREZ AGUADO ALFONSO JULIAN

DNI

09790150

Datos del jurado

PRESIDENTE: Llanos Tejada Felix Konrad

DNI: 10303788

ORCID: 0000-0003-1834-1287

MIEMBRO: Vera Ponce Victor Juan

DNI: 46070007

ORCID: 0000-0003-4075-9049

MIEMBRO: Villanueva Villegas Renzo Jhesus

DNI: 70436990

ORCID: 0000-0002-7820-0016

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.27

Código del Programa: 912016

DEDICATORIA

*A Dios por ser siempre mi guía
y luz en momentos difíciles
durante la carrea.*

*A mi esposa Nanci por ser mi
respaldo emocional en los
últimos años de la carrera.*

*A mis padres quienes son
responsables que cumpla este
maravilloso sueño de
convertirme en médico y su
apoyo incondicional durante
toda la carrera.*

*A mis abuelos que tanto amo y
siempre soñaron verme como
todo un profesional.*

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, sus maestros en especial al Dr. Alfonso Gutiérrez por su asesoría y compromiso en ayudarme a elaborar esta tesis. Agradezco también al director de la tesis, el Dr. Johny A. De La Cruz Vargas.

Al personal del Centro de Salud Trébol Azul, quienes me facilitaron el acceso a los datos utilizados en esta investigación, en especial a la doctora Antuanet Rodríguez.

RESUMEN

Introducción: La tuberculosis es hasta ahora un problema de salud en nuestro país. Pese a las diversas estrategias para el control de esta enfermedad propuestas por entidades como el Ministerio de Salud (MINSA) del Perú, aún existe una prevalencia de abandono del tratamiento. Lo que se busca en el presente estudio, es confirmar científicamente dos factores de riesgo para este desenlace

Objetivo: Estimar la relación tiene el alcoholismo y la drogadicción con el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul en el periodo de 2007 a 2019.

Métodos: Se realizó un estudio no experimental, observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles, mediante la revisión de historias clínicas donde los casos fueron aquellas personas afectadas con tuberculosis que abandonaron el tratamiento y los controles aquellas personas afectadas con tuberculosis que no abandonaron el tratamiento. Se obtuvo mediante regresión logística un OR ajustado a un IC95%, para lo cual se usó el software SPSS versión 28 y para la elaboración de las tablas se usó el Microsoft Excel.

Resultados: Se observó que el alcoholismo y la drogadicción en el análisis multivariable obtuvo un OR: 55.63, IC 95%: 13.93 – 222.152, $p < 0.001$;

Conclusiones: Se observó que el alcoholismo y la drogadicción son factores de riesgo asociado al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el Centro de Excelencia del Centro de Salud Trébol Azul en el periodo de enero del 2007 a diciembre del 2019.

Palabras clave: Alcoholismo, drogadicción, tuberculosis pulmonar, Abandono del tratamiento (DeCS)

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis is until now a health problem in our country. Despite the various strategies for the control of this disease proposed by entities such as the Ministry of Health (MINSA) of Peru, there is still a prevalence of abandonment of treatment and therefore what is sought in this study is to scientifically confirm two factors of risk to this outcome.

Objective: To estimate the relationship between alcoholism and drug addiction with the abandonment of anti-tuberculous treatment in patients treated at the Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul in the period from 2007 to 2019.

Methods: A non-experimental, observational, analytical, retrospective study of cases and controls was carried out by reviewing medical records where the cases were those people affected with tuberculosis who abandoned treatment and the controls were those people affected with tuberculosis who did not abandon treatment. An OR adjusted to a 95% CI was obtained by logistic regression, for which SPSS version 28 software was used and Microsoft Excel was used to prepare the tables..

Results: It was observed that alcoholism and drug addiction in the multivariate analysis obtained an OR: 55.63, IC 95%: 13.93 – 222.152, $p < 0.001$.

Conclusions: It was observed that alcoholism and drug addiction are risk factors associated with the abandonment of tuberculosis treatment in patients treated at the Center of Excellence of the Blue Trebol Health Center in the period from January 2007 to December 2019.

Key words: Alcoholism, Substance-Related Disorders, Tuberculosis, Pulmonary, Self-Neglect (MESH)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1. DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3. LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA....	5
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.5 DELIMITACION DEL PROBLEMA:.....	6
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.5.1. OBJETIVO GENERAL	6
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	7
2.2. BASES TEÓRICAS	13
2.2. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	22
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	23
3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS	23
3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN	23
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	24
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	24
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	24
4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	26
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	27
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	27
4.7. ASPECTOS ÉTICOS	28
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	29
5.1. RESULTADOS.....	29
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	33
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
6.1. CONCLUSIONES	36
6.2. RECOMENDACIONES.....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
ANEXOS	43

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS	43
ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS.....	44
ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA	45
ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN	46
ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS	47
ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN	48
ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER	50
ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA	50
ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	52
ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	53
ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.....	54

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Características generales de los pacientes afectados con tuberculosis y alcoholismo y drogadicción atendidos en el Centro de Excelencia del Centro de Salud Trébol Azul en el periodo de enero del 2007 a diciembre del 2019

Tabla 2: Análisis bivariado del alcoholismo y drogadicción con variables sociodemográficas asociadas a abandono de tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis atendidos el Centro de Excelencia del Centro de Salud Trébol Azul en el periodo de enero del 2007 a diciembre del 2019ud Trébol Azul en el periodo de enero del 2007 a diciembre del 2019

Tabla 3: Análisis multivariable del alcoholismo y drogadicción y variables sociodemográficas asociadas a abandono de tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis atendidos el Centro de Excelencia del Centro de Salud Trébol Azul en el periodo de enero del 2007 a diciembre del 2019

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis a nivel nacional, es un problema de salud, sobre todo porque viene a ser una enfermedad aún endémica en nuestro territorio y es que anualmente se notifican aproximadamente 27 mil casos nuevos de enfermedad activa y 17 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar frotis positivo^(1,2). Uno de sus principales síntomas es la tos productiva por 15 días o más, además de agregar sudoración nocturna, pérdida de peso, y falta de apetito⁽³⁾.

Actualmente se busca que la tasa de abandono del tratamiento antituberculoso sea menor al 5%⁽⁴⁾. Dicha cifra se podría ver, en diversas regiones del Perú, modificada por distintos factores asociados a tal desenlace, algunos tales como alcoholismo, drogadicción, grado de instrucción o nivel educativo en algunos trabajos de investigación a nivel nacional⁽⁵⁾.

A nivel nacional en los últimos 3 años no se evidencian trabajos de investigación en donde nos describan los distintos factores de riesgo asociados a esta problemática, el abandono del tratamiento antituberculoso, el cual es definido como la ausencia en el tratamiento por treinta días consecutivos a más⁽⁴⁾.

La mayoría de los pacientes en tratamiento de esta enfermedad realizan su seguimiento en los centros de primer nivel de atención, por ello se realizaron en los últimos años diferentes estrategias para tratar en lo posible disminuir anualmente la tasa de abandono al tratamiento⁽⁴⁾. Dichas estrategias pueden ser modificadas y/o mejoradas cada cierto periodo de tiempo dependiendo de las capacidades resolutivas de los diferentes centros de primer nivel. Es importante considerar que cuando el paciente es ingresado al tratamiento, se le realizan una serie de interrogantes, ya sean condiciones sociodemográficas o comorbilidades de salud, para tener a consideración si se trata de un paciente que tenga o no buena adherencia y tolerancia al tratamiento⁽⁴⁾.

La ardua labor del personal de salud es precisamente detectar los principales factores de riesgo, ya sean modificables o no, para el abandono del tratamiento antituberculoso y realizar nuevas medidas en base a lo hallado, pues este problema trae numerosas consecuencias principalmente en el ámbito de la salud pública y del propio paciente.

En el presente trabajo de investigación, estimaremos si el alcoholismo y la drogadicción son factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul durante el periodo de tiempo de enero del 2007 a diciembre del 2019.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tuberculosis es una enfermedad hondamente contagiosa y crónica donde el agente causal es el *Mycobacterium tuberculosis* o también conocido como “Bacilo de Koch”, éste puede afectar a muchos órganos siendo el más frecuente el pulmón. Su vía de transmisión es de persona a persona por inhalación de gotas de saliva, las cuales contienen este bacilo, que son eliminadas al toser, hablar o estornudar por individuos infectados⁽⁶⁾.

Esta enfermedad sigue siendo un problema de salud a nivel mundial, y esto se ve en las cifras que arroja la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual menciona que 1,5 millones de personas murieron de tuberculosis en el año 2020⁽⁶⁾.

A nivel de Latinoamérica, los países más afectados por el número de casos tanto nuevo como prevalentes, son Perú y Brasil. Luego de estos se acerca Colombia con un reporte anual de aproximadamente de once mil casos nuevos⁽⁷⁾.

A nivel nacional, de acuerdo con el Ministerio de Salud (MINSU), la tasa de incidencia de Tuberculosis Sensible para el año 2018 fue de 88.6 por 100 000 habitantes, y para el 2019 de 88.8 por 100 000 habitantes. Al mismo tiempo, el éxito del tratamiento, lo cual no interpretan como al equivalente de las personas curadas que recibieron tratamiento completo, para el año 2017 fue de 87.3% y para el 2018 de 84.3%⁽⁸⁾.

La tasa de abandono del tratamiento antituberculoso a nivel nacional para el 2017 fue de 6.9%, y para el 2018 de 5.6%⁽⁹⁾. Se considera que el abandono es uno de los principales obstáculos para el control de esta enfermedad, porque disminuye la eficacia de los programas establecidos a nivel nacional al incrementar el riesgo de transmisión y aumentar la probabilidad de resistencia a los antibióticos, la cual predispone a una mayor tasa de recaídas y fracasos⁽¹⁰⁾. Como complicación inmediata se tiene la resistencia bacteriana, pasando a ser TB MDR TB PreXD y TB XDR; como evidencia que respalda este enunciado, tenemos que la tasa de MDR para el año 2018 fue de 1679 casos registrados y para el 2019 de 1464 casos; para XDR fueron de 98 casos registrados en el 2018 y para el 2019 de 89 casos. A su vez tenemos que la tasa de abandono en MDR para el año 2016 fue de 30.7% y para el 2017 de 19.1%⁽¹¹⁾.

Actualmente mediante estudios realizados a nivel nacional en diferentes regiones como Trujillo e Ica nos hacen mención la posible relación que existe entre el alcoholismo y la drogadicción frente al abandono del tratamiento antituberculoso.^(12,13) Inclusive dentro de la

Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis del 2013, encontramos escritos importantes donde claramente nos dicen que se identifiquen, al momento que el paciente ingresa a la terapia antituberculosa, los factores de riesgos asociados al abandono del tratamiento y dentro de ellos se mencionan claramente al alcoholismo y la drogadicción. Además de ello, la Norma Técnica mencionada, coloca ambos aspectos como “Condiciones patológicas concomitantes”, ello nos amplía más el panorama haciendo saber que tanto el alcoholismo como la drogadicción de alguna forma, a lo largo del tiempo que dura el tratamiento, se involucran negativamente en el cumplimiento regular del tratamiento antituberculoso⁽⁴⁾.

1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Son el alcoholismo y la drogadicción factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul en el periodo de 2007 a 2019?

PROBLEMAS ESPECÍFICOS:

- ¿Qué efecto tiene el sexo como factor de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes alcohólicos y drogadictos atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul?
- ¿Qué efecto tiene la edad como factor de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes alcohólicos y drogadictos atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul?
- ¿Qué efecto tiene el grado de instrucción como factor de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes alcohólicos y drogadictos atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul en el periodo de 2007 a 2019

1.3. LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA

El presente estudio de investigación está basado en el décimo primer problema sanitario para la investigación 2019-2023, el cual se refiere a la “Tuberculosis” y dentro de la cuarta Área de conocimiento de Medicina Humana “Infecciones respiratorias y neumonía” dentro de las líneas de investigación de la Universidad Ricardo Palma presentado por el Vicerrector de Investigación para el periodo de 2021 a 2025.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El Perú es uno de los países de América Latina y el Caribe (ALC) con la mayor tasa de casos confirmados para tuberculosis⁽¹⁴⁾. Con el cumplimiento del tratamiento, se consigue la recuperación total del paciente, pero aún existe un porcentaje de abandono que ocasiona la resistencia al tratamiento estándar, esto hace que se complique la resolución de la enfermedad convirtiéndose en MDR o XDR haciendo que el diagnóstico y cuadro clínico sea más severo para el paciente.

Así mismo la dispersión de la población rural, la falta de vías de comunicación, la escasez de servicios de salud, las barreras de comunicación por la diversidad de idiomas, la pobreza, el racismo y la discriminación social, entre otros factores, son limitantes para que los pacientes con tuberculosis puedan acceder a los servicios de salud y esto abarca a muchas poblaciones⁽¹⁴⁾.

Para poder incrementar el éxito del tratamiento de tuberculosis, es importante incidir en las causas al abandono del tratamiento como alcoholismo, drogadicción, la larga duración del tratamiento, el alto número de medicamentos a tomar por el paciente, las reacciones adversas medicamentosas, la desinformación de la enfermedad, entre otros⁽⁵⁾. La tasa de abandono al tratamiento antituberculoso mayor al 5% es un problema de salud pública⁽⁶⁾. Por ello resulta sustancial describir e identificar los factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento, en el presente trabajo se haría mención de dos principales posibles factores de riesgo que son el alcoholismo o la drogadicción. Pues se observó que ambos factores están incluidos como comorbilidades al momento que el paciente entra al tratamiento⁽⁴⁾. Además, con los resultados, se podría aportar más información científica que permita al personal de salud implementar estrategias o formas de seguimiento especiales para este tipo de pacientes y así disminuir o inclusive evitar el abandono del tratamiento antituberculoso. Adicionalmente, ello también podría repercutir en disminuir el número de casos de TB MDR, pre XDR y TB XDR en Perú.

1.5 DELIMITACION DEL PROBLEMA:

El presente trabajo se encuentra dentro de los problemas sanitarios para investigación 2019-2023 impuestos por el Ministerio de Salud: Tuberculosis. Además, ha sido desarrollado en el contexto del VIII CURSO - Taller de titulación por tesis de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma y se desarrolló en el Centro de Salud Trébol Azul, un centro de primer nivel de atención del Ministerio de Salud, de donde se tomaron los datos de historias clínicas comprendidos desde enero del 2007 a diciembre del 2019.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Estimar la asociación que tiene el alcoholismo y la drogadicción con el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul en el periodo de 2007 a 2019

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar la asociación entre el sexo masculino con el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes alcohólicos y drogadictos atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul en el periodo de 2007 a 2019.
2. Evaluar la asociación entre el rango de edad 18-29 con el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes alcohólicos y drogadictos atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul en el periodo de 2007 a 2019
3. Evaluar la asociación entre el grado de instrucción hasta secundaria incompleta con el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes alcohólicos y drogadictos atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul en el periodo de 2007 a 2019

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Guy Harling, et al. "Determinants of tuberculosis transmission and treatment abandonment in Fortaleza, Brazil". Se analizaron datos sociodemográficos y clínicos para todos los casos nuevos de tuberculosis notificados en el Sistema de Información de Enfermedades de Notificación de Fortaleza. Las áreas de bajo nivel socioeconómico tienen tasas de tuberculosis más altas y los pacientes con niveles socioeconómicos bajos tienen mayor riesgo de abandono del tratamiento. Se demuestran ciertas variables que crecieron significativamente las probabilidades de abandono en el análisis ajustado, año posterior de notificación, ser hombre, de entre 20 y 29 años, VIH positivo, cultivo positivo al inicio del estudio; utilizando alcohol y tener cualquier otra condición agravante (uso de tabaco, otras drogas, enfermedades cardiovasculares o pulmonares, cáncer, desnutrición). El hecho de vivir cerca de las instalaciones en donde se llevó a cabo el tratamiento, se asoció con menores probabilidades de abandono del mismo. A nivel de barrio o localidad, aquellos que vivían en áreas con mayor acceso al alcantarillado y menores tasas de homicidios tuvieron mayores probabilidades de abandono⁽¹⁵⁾.

Sousa G, Garces T, Pereira M, Moreira T, Silveira G. "Temporal pattern of tuberculosis cure, mortality, and treatment abandonment in Brazilian capitals". En el estudio temporal durante el periodo de 2001 al 2015 con tres desenlaces las cuales son curación, abandono y mortalidad en el tratamiento de tuberculosis realizado en Brasil, se logró ver que el 13.6 % de la población estudiada tuvo un aumento significativo de sus tasas en relación con el abandono del tratamiento. Entre los factores asociados al abandono tenemos: sexo masculino, uso de drogas ilegales, desnutrición, poca instrucción escolar, desconocimiento sobre la enfermedad, dificultad en el acceso al servicio de salud y coinfección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). En la investigación se estudiaron 26 ciudades, de las cuales la mitad aumentaron significativamente la tasa de abandono y solo el 4% disminuyó esta tasa a lo largo de los años. De estos capitales, el 46% mostró una tendencia estacionaria al final de la serie.⁽¹⁶⁾.

Tavares A, Jácome V, Rodríguez O. “Factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis”. El estudio realizado por la Universidad Nuestra Señora de La Paz, en Bolivia; tomó de datos en los sitios de la Biblioteca Virtual del SciELO y en la Biblioteca Virtual en Salud (Bireme BVS) muestran que el factor más relevante que se ha mostrado en diversos estudios es la falta de información sobre la importancia del tratamiento para la cura de esta enfermedad, si bien esta se encuentra asociada a otros factores del ambiente y de salud como nivel de escolaridad bajo, nivel socioeconómico bajo, saneamiento básico precario, enfermedades asociadas como el VIH, diabetes o alcoholismo. El trabajo independiente es un factor de riesgo siendo cinco veces más que los trabajadores contratados⁽¹⁷⁾.

Sánchez H, Muñoz G, Rodríguez O. “Factores que inducen al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis del centro de salud Cisne 2, periodo 2017”. Es un estudio ecuatoriano descriptivo con enfoque cuantitativo en una población de 25 pacientes por medio de entrevistas en el establecimiento de salud. Se encontró que 15 de ellos presentaron abandono, siendo el 95% perteneciendo al sexo masculino, siendo estos adultos jóvenes de edades comprendidas 20-40 años con mayor incidencia a la discontinuación, y entre otros factores asociados se ve que el 50% está relacionado a las reacciones adversas del tratamiento, 40% tienen recursos bajos para trasladarse al centro de salud, el 20% de ellos no tuvieron apoyo familiar y no tuvieron conocimiento acerca de su enfermedad⁽¹⁸⁾.

Magally Dueñas, Dora Cardona. “Factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis, Pereira, Colombia”. Se hizo un estudio descriptivo transversal sobre pacientes que no cumplían con el tratamiento antituberculoso, con la finalidad de determinar la relación entre el cumplimiento del tratamiento contra la tuberculosis y los factores sociodemográficos, económicos y clínicos, y los relacionados con los medicamentos, tanto de índole objetiva como subjetiva, en pacientes mayores de 18 años. Se concluyó que la intolerancia a los medicamentos fue mayor en el grupo de quienes no cumplieron el tratamiento. La falta de apoyo familiar, el abandono del trabajo, el impacto económico y la insatisfacción con la oportunidad de la atención en la institución de salud, también fueron factores importantes a la hora de incumplir el tratamiento⁽¹⁹⁾.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Anduaga-Beramendi, *et al.* “Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú”. El trabajo de investigación de casos y controles no pareado, realizó una descripción de los principales factores relacionados al abandono del esquema antituberculoso en un centro de atención primaria. Trabajaron con una muestra de 136 pacientes, de los cuales 34 fueron los controles y 102 los casos. El alcoholismo y el consumo de tabaco obtuvieron un OR de 1 y 1.97 respectivamente, con un IC al 95% de 0.43-2.34 y 0.96-5.9 respectivamente. Sin embargo, se obtuvieron también resultados como que quienes cursaron menos de seis años de educación (OR: 22,2; IC95%: 1,9-256,1) tenían inclusive más riesgo al abandono del tratamiento antituberculoso, por lo que la conclusión del trabajo se enfatizó en este último resultado mencionado⁽²⁰⁾.

Hernández H, Rios J. “Los abandonos al tratamiento antituberculosis. Intervenciones innovadoras en desarrollo”. En el estudio de revisión nos menciona el incremento en la tasa de abandono al tratamiento antituberculosis tanto en pacientes nuevos, es decir que inician por primera vez tratamiento contra esta enfermedad, como en pacientes ya en tratamiento. En el Perú, según la cohorte de TB sensible del año 2015, se logró una tasa de éxito al tratamiento de 87%, con un 7.2 % de abandonos, observándose que, en regiones como Callao, Lima Metropolitana, Loreto, La Libertad, Ancash y Tumbes, el porcentaje de abandonos alcanzó valores superiores al 10%. Más compleja es la situación en los casos de Tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR), donde el porcentaje de abandonos a tratamiento es del 32.5%. En los casos de TB XDR es más confortadora, visto que el porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento según la corte del 2014, llega a 11%, porcentaje por debajo de lo que se observa comparativamente con la Región de las Américas, que llega a 13%⁽¹¹⁾.

Walter Luis Llaque Zocon. “Drogadicción Y Alcoholismo Como Factores Asociados Al Abandono De La Farmacoterapia Antituberculosa. Red Servicios De Salud Trujillo. 2014 – 2016”. La investigación observacional, analítica, de caso y controles, tuvo como principal objetivo Determinar en qué medida la drogadicción y el alcoholismo son factores asociados al abandono de la farmacoterapia

antituberculosa en los pacientes atendidos en la Red Servicios de Salud Trujillo en el periodo del 2014 al 2016. Se realizó el trabajo en 42 casos de tuberculosis que abandonaron el tratamiento antituberculosos y 79 casos que no lo hicieron. Se halló que el 16.7% de pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso y el 2.4% de pacientes que no lo hicieron, fueron drogadictos, encontrándose $OR= 8.2$ con IC 95% de 1.6 a 41.5 ($p=0.006$). Además de ello, el 26.2% de pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso y 5.9% de pacientes que no lo hicieron, fueron alcohólicos, estableciéndose así que el alcoholismo es factor de riesgo para el abandono con del tratamiento antituberculosos, puesto que se obtuvo un $OR= 5.6$ con un intervalo de confianza al 95% de 1.8 a 17.5. Por lo que el autor llega a la conclusión que efectivamente el alcoholismo y la drogadicción son factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso⁽¹²⁾

Culqui L. et al. Epidemiología de tuberculosis: características del abandono del tratamiento, hospitalizaciones y tuberculosis extrapulmonar. Se realizó un estudio caso y control en una población de 870 pacientes, los cuales estuvieron conformados por 265 casos y 605 controles. obtenidos por medio de encuesta. En la cual se obtuvo que el abandono del tratamiento, estuvo relacionado al sexo masculino $OR=1,62$ (IC:1,07-2,44), a sentirse mal durante el tratamiento $OR=1,76$ (IC:1,19-2,62), al abandono previo $OR=7,95$ (IC:4,76-13.27), al consumo de drogas $OR=3,74$ (IC:1,25-11,14) y a la combinación de pobreza y abandono previo $OR=11,24$ (IC:4-31,62). Se identificaron como factores protectores: Recibir una buena información $OR=0,25$ (IC:0,07-0,94) y poder acceder al sistema sanitario en horarios brindados $OR= 0,52$ (IC:0,31-0,87).⁽²¹⁾.

Dalens Remigio Evelyn Isabel. "Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis. Red de Salud Lima Norte y Rímac-San Martín-Los Olivos". El trabajo de investigación tipo observacional, tuvo como objetivo identificar los principales factores que pueden inducir al abandono del tratamiento antituberculoso. Se tomaron datos de historias clínicas y posteriormente se amplió la población mediante encuestas a visitas domiciliarias, obteniendo un total de 258 casos. Se evidenció que el 94% de los abandonos eran pacientes masculinos, de ellos, el 45% estaban en el intervalo de edad de 21 a 40 años, 58,1% alcohólicos, 39,9% con adicción a cigarrillos y 32,9% adicción a drogas⁽²²⁾.

Huamán Ramos Elyana Del Pilar. “Factores de riesgo asociados a los servicios de salud en el abandono de tratamiento antituberculoso en pacientes del centro de salud Mi Perú – Callao, periodo 2015-2019”. El trabajo de investigación de tipo observacional retrospectivo, se enfocó en determinar los factores de riesgo asociados a los servicios de salud en el abandono de tratamiento antituberculoso en un centro de salud. Se trabajó con 50 casos y 10 controles. Los resultados en cuanto a OR fueron de 5,14; 2,1; alcoholismo y drogadicción con la primera cifra y el grado de instrucción primaria con la segunda. En conclusión, se supo que el alcoholismo y la drogadicción son factores de riesgo para el abandono del tratamiento en el trabajo mencionado con un IC 95% 1.87-1.41⁽²³⁾.

Joselyn Fiorella Muñoa Gallegos. “Factores De Riesgo Para El Abandono Del Tratamiento De Los Pacientes Con Tuberculosis Multidrogo Resistente En La Estrategia De Control De La Tuberculosis De La Micro Red Santa Luzmila – 2014”. El trabajo de investigación casos y control descriptivo prospectivo, tuvo como objetivo identificar los principales factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes Multidrogo resistente. Se trabajó con 16 casos y 32 controles y se obtuvieron como resultados dependencias significativas, encabezado por los factores sociodemográficos: Ocupación (OR = 2); reacciones adversas: Náuseas (OR = 2), Vómitos (OR = 11,7), Dolor de articulación (OR = 7,5), Malestar general (OR = 10), Dolor en zona de inyección (OR = 7,2); enfermedades asociadas: VIH – Sida (OR = 3,6), Drogadicción (OR = 1,9), Alcoholismo (OR = 3,1), Diabetes (OR = 3,5). Por lo tanto se llegó a la conclusión que los principales factores asociados fueron los sociodemográficos, seguidos por las reacciones adversas, las adicciones y algunas enfermedades crónicas⁽²⁴⁾.

Zevallos Romero Maritza Elena. “Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso esquema I en la RED de Salud San Juan de Lurigancho, Lima, Perú”. En el estudio tipo casos y controles, apareado por edad, sexo y establecimiento donde recibe tratamiento. Fueron seleccionados 285 pacientes casos mayores de 15 años que abandonaron tratamiento antituberculoso y como controles, pacientes que concluyeron la farmacoterapia, siendo a razón de 2:1, durante el periodo 2009-2012. Los factores se identificaron mediante regresión

logística, calculándose el odds ratios (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC). Se evidenciaron como factores predictores de abandono del tratamiento antituberculoso: sexo femenino (OR:1.57/1.07-2.31), vivir menos de 5 años en la zona (OR:2/1.5-2.9), tener máximo secundaria incompleta (OR:2.51/1.82-3.45), trabajo/ingreso inestable (OR:1.42/1.01-2.01), disnea (OR:2.44/1.05-5.67), consumo de alcohol (OR:2.58/1.79-3.71), consumo de tabaco (OR:2.64/1.74-4.01), no ser evaluado por médico, enfermera y nutricionista (OR:8.01/2.11-30.8), tener >3 irregularidades (OR:2.67/1.01-7.04), y no acudir después de la primera visita por inasistencia (OR:5.2/2.06-13). El autor llega a la conclusión que, para el correcto cumplimiento del esquema antituberculoso, debe haber una intervención multidisciplinaria para abarcar los puntos débiles de cada paciente⁽²⁵⁾.

Jaomar Chavez-Salazar, *et al.* "Factores socioeconómicos asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en la micro-red de salud ollantay en San Juan de Miraflores, Lima-Perú, 2012-2015". El estudio analítico transversal retrospectivo, tuvo como objetivo determinar los factores socioeconómicos que influyen en el abandono del tratamiento de TBC sensible en pacientes el MICRO-RED de salud Ollantay del distrito de San Juan de Miraflores, 2012- 2015; con una muestra de 64 pacientes los resultados que se obtuvieron fueron que el sexo masculino y el consumo de alcohol representan factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso, con un OR de 7 (IC 95%:1,43 – 34,18) y 3,33 (IC 95%:1,02 – 10,81), respectivamente. Otras variables estudiadas como edad, estado civil, ocupación, antecedentes personales de TBC, consumo de drogas y TBC en familia; no tuvieron significancia en sus resultados. Los autores no declaran presentar algún conflicto de interés⁽²⁶⁾.

Antezana Roca, Ismael Enrique. "Factores Asociados Al Abandono Del Tratamiento Antituberculoso Esquema Tb Sensible De Los Pacientes Nuevos Bk (+) En La Ciudad De Ica 2018 – 2019". La tesis observacional retrospectivo tipo casos y controles tuvo como objetivo principal determinar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes nuevos con tuberculosis BK+, con esquema TB sensible, de la ciudad de Ica durante el 2018 – 2019. Los resultados del trabajo demostraron que el consumo de alcohol, PBC, tabaco, marihuana y el tener un bajo nivel de conocimientos son factores de riesgo

asociados para el abandono del tratamiento, pues presentan un OR de 3,8 (IC95%: 2,8 – 5,2); 5,4 (IC95%: 1,8 – 4,8); 6,9 (IC95%: 2,9 – 4,9); 6,2 (IC95%: 2,3 – 5,4) y 4,2 (IC95%: 1,8 – 5,2) respectivamente. Existieron en la tesis descrita otras variables relacionados al paciente tales como sexo masculino, IMC <18.5, vivir en la zona menos de 10 años, tener bajo ingreso económico, vivir en hacinamiento, tener enfermedad con presencia de cavitación y presentar disnea; las cuales no mostraron gran significancia para una correcta asociación⁽¹³⁾.

Mejia Villavicencio, Darlyn. “Factores De Riesgo Asociados Al Abandono Del Tratamiento En Pacientes Con Tuberculosis Pulmonar. Hospital Santa Rosa 2017-2020”. La autora de la tesis analítica retrospectiva tipo casos y controles, tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Hospital Santa Rosa Piura, 2017-2020. Es estudio comprendió 80 pacientes divididos en 12 casos y 48 controles. Dentro de los resultados obtenidos, tenemos que el sexo masculino tiene un OR de 3,1 (IC95%: 2,70 – 5,80), el consumo de alcohol con un OR: 5,36 (95%: 4,82 – 6,43), el consumo de drogas un OR: 9 (IC95%: 8,10 – 10,80), el consumo de tabaco con un OR: 2,19 (IC95%: 1,97 – 2,62). La autora llega a la conclusión que la dimensión de estilo de vida en la que incluye las tres variables mencionadas, son factores de riesgo con una importante significancia ante el abandono del tratamiento antituberculoso⁽²⁷⁾.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 Definición

La tuberculosis es una enfermedad crónica, contagiosa e infecciosa, ocasionada por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, que se ubica especialmente en el parénquima pulmonar y también puede comprometer a distintas partes del organismo⁽¹⁹⁾.

La tuberculosis (TB) es una infección crónica que desde el punto de vista clínico se han descrito las siguientes formas: TB pulmonar; TB extrapulmonar, que puede afectar cualquier órgano; la coinfección de TB con VIH y la TB subclínica⁽²⁸⁾

La TB pulmonar es la forma más prevalente y su diseminación se realiza a través del aire cuando las personas infectadas expelen las bacterias⁽²⁹⁾.

2.2.2 Epidemiología

Según la Estrategia de Prevención y Control de TB (DPCTB) del Perú, menciona que la carga de tuberculosis en el año 2018 fue de 31 668 casos, presentándose casos nuevos un total 27 575 y con tuberculosis pulmonar frotis positivo fueron 15 361, MDR: 1593 y XDR: 98 casos; también indican que el 61 % (19 242) de casos de TB fueron notificados en Lima y Callao, a la vez mencionan que doce regiones son priorizadas por presentar la incidencia de TB en alto y muy alto riesgo (Lima, Callao, Ica, Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Tacna, Moquegua, La Libertad, Lambayeque, Ancash y Arequipa)⁽⁸⁾.

La tuberculosis es considerada una de las principales causas de muerte en el mundo ocupando el 9no puesto con informes de la OMS del año 2015. Y a nivel nacional ocupa el decimoquinto lugar dentro de las principales causas de muerte⁽³⁰⁾.

La prevalencia mundial de tuberculosis ha disminuido en un 42% en el período desde el año 1990 al 2015, la incidencia de tuberculosis por frotis positivo se ha incrementado para el año 2015, principalmente debido a un mejor monitoreo y reporte⁽³⁾.

2.2.3 Patogénesis

La transmisión se produce de manera casi excepcional por medio de microgotas de expectoración, las cuales provienen de personas con tuberculosis pulmonar altamente bacilíferas como son los adultos, adolescentes y niños mayores con lesiones abiertas⁽³¹⁾.

Se estima que de 10 a 15 personas son infectadas anualmente por un paciente sin tratamiento. Los núcleos expectorados de 1 a 5 μm se consideran altamente infectantes; pues al hallarse en el aire durante cierto tiempo, son inhalados por personas que se encuentran cerca del paciente infectado, sobre todo en un ambiente donde hay poca ventilación y de convivencia prolongada, ya que cuanto mayor es el número de enfermos que estén expectorando bacilos en la comunidad, mayor será la diseminación de esta bacteria⁽³¹⁾.

Se considera que de todas las personas infectadas por *Mycobacterium tuberculosis*, unas de cada diez enferman al alcanzar la cavidad alveolar y entre 80 y 85% de todos estos casos son de tipo pulmonar. En el desarrollo de tuberculosis pulmonar se han descrito cinco fases o estadios⁽³¹⁾.

La primera fase inicia con la llegada y el compromiso del microorganismo a los bronquiolos y alvéolos, en donde el bacilo es fagocitado por los macrófagos no activados. Para lo cual, las interacciones iniciales con los receptores de superficie se encargarían del microorganismo en los macrófagos.

En una segunda fase o de simbiosis todos los bacilos habilitados desde el punto de vista genético se multiplican dentro de la célula y de manera exponencial, inhibiendo la maduración del fagosoma, así como la fusión de éste con el lisosoma. La bacteria en esta situación se encuentra capacitada para captar el hierro a través de dos tipos de compuestos de unión a éste descritos en micobacterias: las exoquelinas y micobactinas necesarias para su supervivencia intracelular y que compiten con su hospedero quien también lo emplea en sus funciones inmunomoduladoras. Al fagocitar a los bacilos liberados, los macrófagos inmaduros procedentes de la circulación establecen una simbiosis en la que no hay daño entre los participantes de este estadio de infección.

Durante este lapso (período primario) en un paciente con un adecuado sistema inmunológico, se observa un proceso inflamatorio intenso, el cual es fundamental para detener el desarrollo del microorganismo. Dicho ataque contra el bacilo es iniciado por los neutrófilos y luego por macrófagos alveolares que destruyen cerca del 50% del patógeno. El resto de los bacilos prosiguen a través de los linfáticos, ya sea que lo hagan solos o bien dentro de los macrófagos, alcanzando y proliferando en los ganglios linfáticos regionales, lo que ocasionará adenopatías características del periodo primario⁽³¹⁾.

La relación que se establezca entre el patógeno y el hospedero dependerá de una serie de fenómenos tanto microbiológicos como inmunológicos, ya que en este momento la respuesta desarrollada por el afectado es aun inespecífica. Sin embargo, esta situación dificulta la permanencia y proliferación de *Mycobacterium tuberculosis* en el sistema circulatorio, lo que obliga a estos microorganismos presentes en los fagocitos a focalizarse en los tejidos, pese a su estado de latencia o proliferación a formas evolutivas agudas.

Por lo general estos bacilos en estado de latencia permanecen viables, y luego de provocar el estado alérgico (tuberculina positiva) inducirán el foco histológico característico de la enfermedad por la reacción positiva a la tuberculina, reacciones

inflamatorias perifocales alrededor del foco del establecimiento bacteriano y necrosis caseosa en él o en los focos.

Entonces inicia el tercer estadio que es consecuencia de la respuesta del hospedero, generando daño a sus tejidos. Es un proceso mediado por la hipersensibilidad de tipo tardío ante varios antígenos bacterianos que permite la destrucción de macrófagos no activados que contienen bacilos. Por otro lado, se presenta una activación de macrófagos por el interferón gamma (IFN- γ) que estimula los mecanismos antibacterianos de estas células (intermediarios del oxígeno y del nitrógeno reactivo), a través de los cuales se elimina al bacilo; sin embargo, el macrófago no es capaz de realizar la erradicación total de *Mycobacterium tuberculosis*.

Con el desarrollo de la respuesta inmune adecuada, así como con la acumulación de un gran número de macrófagos activados en el sitio de la lesión primaria se forma un granuloma (tubérculo), estructura típicamente bien organizada, constituida por linfocitos T, macrófagos activados, algunos de los cuales se fusionan para formar células gigantes multinucleadas.

Inicialmente la respuesta que daña al hospedero es el único evento que puede detener al bacilo en su desarrollo intracelular a través de la destrucción de los macrófagos, en la que participan las células T citotóxicas, así como la liberación de productos bacterianos parecidos a la tuberculina que desarrollan necrosis en el centro de la lesión (desintegración y destrucción del material central del granuloma). Aunque la micobacteria puede sobrevivir en esta zona de necrosis caseosa sólida, al constituirse en una zona rica en nutrientes, se produce un ambiente anoxigénico con un pH bajo, presencia de ácidos grasos reducidos que inhiben la multiplicación bacteriana. Unos ejemplos de estas lesiones caseosas sólidas se observan en el mal de Pott⁽³¹⁾.

En el cuarto estadio entran en juego la hipersensibilidad y la inmunidad celular. En esta fase de resolución se genera una matriz alrededor del granuloma, formada por fibroblastos que impiden la diseminación de las micobacterias.

En el paciente pediátrico o en el inmunosuprimido, *Mycobacterium tuberculosis* escapa del centro caseoso y es fagocitada por macrófagos no sensibilizados, lo que le permite realizar su multiplicación intracelular y posteriormente por medio de la hipersensibilidad tardía, el macrófago es destruido, agrandándose la lesión. Es a través del drenaje linfático o hemático que la lesión se disemina a otros sitios,

propiciando las siembras próximas o distales, las cuales siguen la misma evolución (repetición en cadena del fenómeno de Koch)⁽³¹⁾.

En el último estadio, aun cuando el hospedero tenga una buena respuesta inmune celular, la enfermedad progresa debido a la licuefacción del nódulo caseoso. Este material licuado es, aunque no siempre, un excelente medio de cultivo para *M. tuberculosis* que le permite multiplicarse en el ambiente extracelular, alcanzando un número elevado. Por otro lado, la liberación de grandes cantidades de bacilo y de sus productos incrementa la hipersensibilidad tardía, dañándose los tejidos cercanos a la lesión. Las paredes bronquiales necrosadas terminan por romperse, descargando el material caseoso y bacilos a las vías aéreas, así como a otros sitios, incluyendo al ambiente exterior, lo que propicia la formación de cavidades⁽³¹⁾. Asimismo, el bacilo viaja a los nódulos linfáticos hiliares, diseminándose a otros sitios con alta tensión de oxígeno, lo que genera enfermedad en la que se ven afectados otros órganos inmediatamente después de la infección primar latencia haciendo uso de su acervo genético al detener su multiplicación y causar tuberculosis posteriormente, incluso décadas más tarde⁽³¹⁾.

2.2.4 Manifestaciones Clínicas:

Se ha clasificado a la tuberculosis en dos grupos: tuberculosis pulmonar primaria y secundaria. La primaria, suele presentarse con mayor frecuencia en pacientes jóvenes que nunca han estado expuestos a la TBC. La secundaria se presenta con más frecuencia en adultos y es conocida también como de reactivación⁽³²⁾.

En las primeras fases evolutivas los síntomas suelen ser inespecíficos e insidiosos. Podemos encontrar: fiebre y sudoración vespertina, pérdida de peso, anorexia, malestar general, debilidad, tos. Por lo general, la tos al presentarse es de predominio vespertino que puede prolongarse semanas o incluso meses. En ocasiones se desarrolla hemoptisis por rotura de un vaso dilatado en la superficie de una cavitación (Aneurisma de Rasmusen), sin embargo, la hemoptisis copiosa no es muy habitual⁽³³⁾

2.2.5 Diagnóstico:

Para el diagnóstico de la tuberculosis es mantener siempre un alto índice de sospecha sobre esta enfermedad. Hacer el diagnóstico no es difícil, ya que nos encontramos en un país donde la prevalencia de tuberculosis se mantiene. Sin

embargo, el diagnóstico en pacientes como personas de la tercera edad puede pasar inadvertido⁽³³⁾.

Como pruebas diagnósticas se tienen:

-Examen de esputo o baciloscopía: Es la principal forma de diagnosticar TB. Consiste en tomar muestras de la expectoración (flema) con la finalidad de observar los bacilos que producen la enfermedad a través del microscopio. Estas muestras deberán ser depositadas en envases de plástico descartable, totalmente limpio, seco y de boca ancha y con tapa rosca. Se recomiendan dos muestras de esputo: la primera muestra inmediatamente después de la consulta y la segunda muestra al día siguiente, apenas el paciente se despierta en la mañana.

-El cultivo del esputo: Es una prueba más sensible que la baciloscopía para dar el diagnóstico, el resultado se da después de 8 semanas. Está indicada en personas que tienen sospecha de tuberculosis, pero cuya baciloscopía resultó negativa, o se utiliza también para seguimiento diagnóstico. Cabe que resaltar que la ausencia de bacilos en la observación, no descarta el diagnóstico.

-Radiografía de tórax: Es una prueba esencial y de gran utilidad en el diagnóstico de la tuberculosis, permite ver la extensión de la enfermedad pulmonar, su evolución y sus secuelas.

-Prueba cutánea de la tuberculina o PPD: También conocida como Método de Mantoux en honor al científico Charles Mantoux que introdujo esta prueba en 1908. Consiste en aplicar debajo de la piel del brazo una sustancia inofensiva llamada "tuberculina". Se realiza según la técnica del ya mencionado científico. Si la técnica es correcta, se ha de formar una pápula en el lugar de la inyección que desaparecerá en unos minutos. y dos días más tarde de la aplicación el personal de salud deberá evaluar los resultados⁽³³⁾.

El principal inconveniente con la tuberculina radica en que la mayoría de las proteínas presentes en el PPD no son específicas de M. Tuberculosis, sino que la comparte con otras micobacterias ambientales, por lo que es poco específico.

2.2.6 Tratamiento

Debido a que el Mycobacterium tuberculosis es de multiplicación lenta, de comportamiento polivalente y presenta mutaciones genéticas que hacen que en una misma población existan cepas resistentes a los diferentes medicamentos antibacilares, el tratamiento de la tuberculosis debe ser combinado y prolongado.

Los esquemas de tratamiento básicos, incluyen los siguientes medicamentos antibacilares de primera línea: Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol⁽³⁴⁾. El esquema de tratamiento inicial prescrito por el médico tratante, debe ser ratificado o modificado de acuerdo a los resultados de las pruebas de sensibilidad rápidas, dentro de los siete días de calendarios posteriores a su publicación en el sistema de información electrónico de laboratorio del Instituto Nacional de Salud⁽³⁴⁾.

En el Perú, el tratamiento es gratuito y administrado por esquemas, en base a la estrategia de tratamiento acortado estrictamente supervisado, buscando frenar la diseminación con diagnóstico precoz, y control de los casos contagiosos; eficacia demostrada en Perú, como en otros países sudamericanos.

El tratamiento tiene como premisas fundamentales, desde el punto de vista bacteriológico, las siguientes:

1. Asociación de varios fármacos para prevenir la aparición de resistencia bacteriana, evitando las recaídas y garantizando así una alta tasa de curación.
2. Prescripción adecuada del fármaco en cuanto a dosis y duración del tratamiento, teniendo en cuenta la velocidad con la que crece los bacilos ya existentes.
3. El inadecuado cumplimiento o abandono del tratamiento genera la aparición de resistencia bacteriana, lo que sugiere una administración supervisada de los fármacos.

Los fármacos antituberculosos se clasifican en 2 principales grupos de acuerdo con su eficacia y potencia:

Fármacos de primera línea: Son de elección para casos iniciales y efectivos en la mayoría de los casos.

-Bactericidas: Isoniazida (H), Rifampicina(R), Pirazinamida (Z) y Estreptomina(S)

-Bacteriostáticos: Etambutol (E)

Fármacos de segunda línea: Son menos activos y con más efectos secundarios. Sólo se utilizan en TBC resistentes a los fármacos de primera línea o en situaciones clínicas especiales. Entre estos tenemos: Etionamida, capreomicina, kanamicina, amikacina, ácido paraaminosalicílico (PAS), cicloserina, rifabutina, claritromicina, rifapentina, ofloxacino, ciprofloxacino, levofloxacino y moxifloxacino⁽³⁵⁾.

En la fase de inducción usamos una asociación de fármacos con acción bactericida, eliminando prontamente un gran número de bacilos de multiplicación rápida y así obtener en un periodo breve la conversión bacteriológica. Mientras que, en la fase de consolidación se utiliza fármacos con poder esterilizante que favorecen la eliminación de los bacilos de crecimiento lento e intermitente y evitar recaídas finalizado el tratamiento⁽³⁵⁾.

En el Perú, se administra el esquema I en primera instancia, compuesto por: Isoniazida, Rifampicina y Pirazinamida durante los 2 primeros meses y posteriormente se continúa con Isoniazida y Rifampicina durante 4 meses hasta completar 6 meses de tratamiento, el cual tiene un alto poder bactericida y esterilizante, con un índice inferior a 1-2% de recidiva y presenta poca reacción adversa farmacológica lo que resulta más adaptable al paciente, en cuanto a los pacientes con infección VIH+ o inmunodeprimidos se recomiendan 2 meses de Isoniazida, Rifampicina y Pirazinamida más 7 meses de Isoniazida y Rifampicina⁽³⁵⁾. El esquema de tratamiento primario acortado se debe administrar durante 6 meses, hasta completar 82 dosis, dividido en dos etapas:

- Primera Fase: 50 dosis (diario de lunes a sábado con RHEZ)
- Segunda Fase: 32 dosis (intermitente, 2 veces por semana, con RH)
- Las dosis se ajustan de acuerdo con el peso del paciente, se administrarán diariamente, de una sola vez, por la mañana y en ayunas. Cuando se presenta intolerancia o contraindicación de algún fármaco antituberculoso de primera línea, tenemos estos esquemas opcionales: (26)
- Si no se puede usar la Isoniazida: 2 meses Etambutol, Pirazinamida y Rifampicina (2EZR) + 10 meses Etambutol y Rifampicina (10ER).
- Si no se puede utilizar Rifampicina: 2 meses Etambutol, Pirazinamida e Isoniazida (2EZH) + 10 meses Etambutol e Isoniazida (10EH).
- Si no se puede utilizar la Pirazinamida: 2 meses Etambutol, Rifampicina e Isoniazida (2ERH) + 7 MESES Isoniazida y Rifampicina (7HR), o bien 2 meses Estreptomina, Rifampicina e Isoniazida (2 SRH) + 7 meses Isoniazida y Rifampicina (7 HR)

Cuando se sospecha de resistencia a Isoniazida en grupos de riesgo como pacientes inmigrantes de países con alto índice de resistencia al primer esquema, pacientes portadores de VIH, privados de la libertad, alcohólicos o drogadictos o que ya hayan abandonado previamente el tratamiento, se indica Etambutol en los dos

primeros meses y es recomendable el tratamiento directamente observado, con pautas intermitentes o el ingreso hospitalario para garantizar el cumplimiento⁽³⁵⁾.

El Esquema II de terapia combinada diseñado con medicamentos de primera línea para aquellas personas con tuberculosis Antes Tratados (AT) quienes tienen el antecedente de haber recibido tratamiento anti TB por más de 30 días, incluye recaídas y abandonos recuperados⁽³⁵⁾.

Las personas con antecedente de tratamiento tienen mayor riesgo de ser portadores de TB resistente a antibióticos, razón por la cual es necesario potenciar el esquema terapéutico con una droga adicional (Estreptomina) y extender la segunda fase. Las personas con tuberculosis en condición de antes tratados que no cumplan los criterios de recaída o abandono deben ser evaluados por el consultor local⁽³⁴⁾.

El Esquema DOS incluye los siguientes fármacos: Rifampicina (R), Isoniazida (H), Pirazinamida (Z), Etambutol (E) y Estreptomina (S). Se debe administrar durante 8 meses (aproximadamente 32 semanas), hasta completar 125 dosis, dividido en dos etapas:

- Primera fase: 75 dosis (2 meses, diario, de lunes a sábado con RHEZS, seguido de un mes diario de lunes a sábado con RHEZ).
- Segunda fase: 40 dosis (intermitente, 2 veces a la semana, con RHE)

Garantizar el cumplimiento total de las dosis programadas. Si por cualquier circunstancia se ha dejado de tomar algunas dosis, éstas deben administrarse al final de la fase correspondiente hasta alcanzar las dosis de tratamiento completo (50 dosis en la primera fase y 32 dosis en la segunda fase). No se recomienda prolongar ni primera ni segunda fase, más allá del número de dosis programadas para cada fase, con el fin de prevenir el enmascaramiento del fracaso de tratamiento en curso⁽³⁴⁾.

2.2.7 Abandono De Tratamiento:

La ESN-PCTB en el Perú, define al abandono del tratamiento antituberculoso esquema I, como “la no asistencia a tomar tratamiento por 30 días consecutivos o más; incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa”⁽⁴⁾.

El abandono del tratamiento antituberculoso tiene consecuencias graves como el deterioro del estado físico de la salud del paciente por la enfermedad, la susceptibilidad a contraer otros padecimientos, la posibilidad de estimular los

mecanismos de resistencia bacteriana a los fármacos, la continuación de la propagación de la infección y la perpetuación de la existencia de la tuberculosis en la humanidad.

3.2. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- 1. Abandono del tratamiento antituberculoso:** Paciente que inicia tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa⁽⁴⁾.
- 2. Alcoholismo:** Se refiere al consumo crónico, continuado o consumo periódico de alcohol que se describe como un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación, y obsesión por el alcohol y su ingesta a pesar de las reacciones adversas⁽³⁶⁾. Categoría tomada en la historia clínica
- 3. Drogadicción:** Se refiere a una enfermedad crónica de la masa cerebral con recaídas, distinguida por la búsqueda y el uso obsesivo de drogas, a pesar de las letales y nocivas consecuencias⁽³⁷⁾. Categoría tomada de la historia clínica.

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS

General

El alcoholismo y la drogadicción son factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso en el Centro de Excelencia del Centro de Salud Trébol Azul durante el periodo de tiempo de enero del 2007 a diciembre del 2019

Específicas:

- Existe asociación entre el sexo y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes alcohólicos y drogadictos atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul en el periodo de enero del 2007 a diciembre del 2019
- Existe asociación entre la edad y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes alcohólicos y drogadictos atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul en el periodo de enero del 2007 a diciembre del 2019
- Existe asociación entre el grado de instrucción y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes alcohólicos y drogadictos atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul en el periodo de enero del 2007 a diciembre del 2019

3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

Variable Dependiente:

Abandono del tratamiento antituberculoso

Variable independiente:

Alcoholismo y Drogadicción

Variables confusoras:

Sexo

Edad

Nivel educativo

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio de tipo cuantitativo retrospectivo observacional, analítico, y de casos y controles y con aplicación de una ficha de recolección de datos.

- **Observacional**, porque no existió manipulación de variables ni intervención
- **Cuantitativo**, porque se midieron datos objetivos con métodos estadísticos y se utilizó la prueba de Chi cuadrado con OR.
- **Retrospectivo**, porque se tomaron los datos en un periodo de tiempo determinado.
- **Analítico – Casos y Control:** Ya que comparó un grupo de individuos que no desarrollaron el evento de interés (controles) con un grupo de individuos que desarrollaron el evento de interés (casos) y la exposición fue el alcoholismo o la drogadicción

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo de estudio son todos los pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Excelencia del Centro de Salud Trébol Azul desde enero del 2007 a diciembre del 2019

De acuerdo a la naturaleza del presente trabajo de investigación, la población en estudio quedó dividida en dos grupos

- **Definición de casos:** Personas afectadas con tuberculosis que abandonaron el tratamiento antituberculoso
- **Definición de controles:** Personas afectadas con tuberculosis que no abandonaron el tratamiento antituberculoso.

La población de estudio está constituida por todos los pacientes con tuberculosis pulmonar que fueron registrados en el Centro de Excelencia del Centro de Salud Trébol Azul en el periodo de enero del 2007 a diciembre del 2019 y en cuyas historias clínicas puedan definirse con precisión las variables de estudio.

Se determinó la representatividad de la muestra mediante el cálculo del tamaño muestral y el tipo de muestreo

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó el programa estadístico brindado por el curso de tesis. Se seleccionó la opción de cálculo de tamaño muestral para estudios de tipo caso-

control. Para ello se tomó como nivel de confianza al 95%, una potencia estadística del 80%, razón de controles por caso de 3 y un OR de 5,6 para la variable “Alcoholismo y Drogadicción”, según lo publicado por Walter Luis Llaque Zocon⁽¹²⁾

El cálculo de tamaño muestral fue de 148 pacientes divididos en 37 casos y 111 controles.

4.2.1 Tipo de muestreo

El tipo de muestreo fue el no probabilístico por conveniencia porque no todos los elementos de la población tuvieron las mismas posibilidades de ser elegidos para el estudio.

4.2.2 Criterios de selección de la muestra

Historias clínicas de pacientes que fueron atendidos en el Centro de Excelencia del Centro de Salud Trébol Azul entre los meses desde enero del 2007 a diciembre del año 2019 que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

4.2.2.1 Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar.
- Pacientes que estén en el esquema sensible de tuberculosis.
- Pacientes con condición de egreso consignado como abandonado del tratamiento antituberculoso.
- Pacientes con condición de egreso consignado como tratamiento completo.
- Pacientes alcohólicos y drogadictos a la vez.
- Pacientes entre los 18 a 64 años de edad.
- Pacientes procedentes de Lima metropolitana.

4.2.2.2 Criterios de exclusión

- Toda historia clínica incompleta o mal llenada y que no cumplan los criterios necesarios para las variables que se estudiarán.
- Pacientes transferidos.
- Pacientes que hayan fallecido durante el tratamiento antituberculoso.

4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

N°	NOMBRE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE REALCION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
1	Alcoholismo y Drogadiccion	Consumo crónico, continuado o consumo periódico de alcohol que se describe como un deterioro del control sobre la bebida. enfermedad crónica de la masa cerebral con recaídas, por la búsqueda y el uso obsesivo de drogas.	Habito nocivo tomado de la historia clínica	Nominal Dicotómico	Independiente Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • SI 1 • NO 2
2	Abandono del tratamiento antituberculoso	Paciente que inicia tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa	Condición de egreso del paciente tomado de la historia clínica	Nominal Dicotómica	Dependiente Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • SI 1 • NO 2
3	Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Edad del paciente tomado de la historia clínica	Nominal Politémica	Independiente Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de edad 18-29 1 • Grupo de edad 30-39 2 • Grupo de edad 40-64 3
4	Sexo	Condición biológica que define a los seres humanos entre hombre o mujer	Característica biológica tomada de la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino: 1 • Femenino: 2
5	Nivel educativo	Período medido en años escolares que una persona ha permanecido en el sistema educativo	Condición tomada de la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta secundaria incompleta 1 • Secundaria completa a más 2

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó permiso para la elaboración del presente trabajo de investigación a la dirección general del Centro de Salud Trébol Azul. Luego de la aprobación del mismo, se entró en coordinación con el jefe del Centro de Excelencia del Centro de Salud Trébol Azul mediante un oficio de solicitud para así poder acceder a la base de datos del servicio y obtener los números de historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos en el intervalo de tiempo del estudio que cumplan con los criterios de inclusión.

Lo primero que se realizó fue una revisión en el sistema de registro de pacientes del Centro de Excelencia (CENEX), previa autorización del jefe de departamento del servicio, se seleccionaron las historias clínicas de los pacientes con tuberculosis pulmonar que abandonaron el tratamiento antituberculoso en el periodo de Enero del 2007 a Diciembre del 2019 y así mismo, se seleccionaron historias clínicas de pacientes con tuberculosis pulmonar que no abandonaron el tratamiento antituberculoso durante el mismo periodo de tiempo; seleccionando así los pacientes que pertenecerían a los grupos de casos y control según la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia.

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

Se acudió a la Oficina de Estadística e Informática donde se identificó los números de las historias clínicas de los pacientes en estudio.

Se recogió los datos que proveen las historias clínicas de acuerdo al interés del estudio.

Se continuó con el llenado y registro hasta completar el tamaño muestral previsto para ambos grupos.

La base de datos se revisó cuidadosamente para la detección de faltas de datos, mal llenado u otro elemento que pudo alterar la integridad de los mismos. Posterior a la revisión, se contó con el cuidado de un médico asesor y finalmente se procedió al análisis de los mismos.

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó un análisis objetivo de cada una de las variables que están en estudio. En las variables cualitativas se calcularon las frecuencias y porcentajes.

Se realizó primero un análisis univariado para tener el panorama y las características generales de la población estudiada, es decir el análisis

Se procedió a ejecutar un análisis bivariado chi cuadrado con Odds Ratio a un intervalo de confianza al 95% aplicando las variables en estudio para someter a prueba las hipótesis planteadas y ver si las variables en cuestión están relacionadas o no y al encontrar asociación, se decide realizar el análisis multivariable con las variables en estudio.

Se procedió con un análisis multivariable con regresión logística con odds ratio ajustado a un intervalo de confianza al 95%, debido a la existencia de variables confusoras, para determinar la probable asociación entre las variables en estudio para un $p < 0.05$. Dicho

procedimiento permite el análisis de los resultados en términos explicativos y predictivos, pudiendo conocer la fuerza de asociación mediante los OR de los factores de riesgo con el efecto estudiado, en este caso el abandono del tratamiento, de una manera independiente y conocer el valor predictivo de cada uno de ellos, se partió de una ecuación inicial en la que se incluyeron todas las variables independientes, incluidas todas las posibles variables de confusión y todas las posibles interacciones. Se recalcó dentro del estudio la presencia de variables confusoras pues éstas al ser un factor distinto a la variable de exposición, puede asociarse de manera independiente tanto a la variable de desenlace como a las de exposición resultando así un sesgo de confusión, además de la bibliografía revisada, se pudo saber que precisamente se trataban de ese tipo de variables pues estaban ausentes en la vía causal de asociación entre la variable de exposición y la variable desenlace. Las variables confusoras fueron Sexo, Grupo de edad 18-29 años y Grado de instrucción hasta secundaria incompleta.

Para el análisis estadístico, todos los datos que fueron recaudados de las historias clínicas mediante la ficha de recolección de datos, fueron registrados en una base de datos, utilizándose el paquete estadístico SPSS V.28.

Se utilizó el programa Microsoft Excel para la elaboración de gráficos y tablas requeridas.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

Las historias clínicas recopiladas tuvieron como único fin académico e investigativo, por lo que la información obtenida de las mismas fue de carácter confidencial. No se evidenciaron ni revelaron nombres o datos personales de los pacientes que fueron estudiados. Además de contar con la autorización del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

Se contó con una población total de 148 pacientes con tuberculosis atendidos en el Centro de Excelencia del Centro de Salud Trébol Azul en el periodo de enero del 2007 a diciembre del 2019, de los cuales la muestra estuvo compuesta por 37 casos que fueron los pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso, dentro de los cuales se cuenta con una población de alcohólicos y drogadictos como también los que no lo son y 111 controles que fueron aquellos pacientes que no abandonaron el tratamiento antituberculoso, dentro de los cuales se incluyen también a los consumidores y no consumidores de alcohol y drogas

En la tabla 1 se presentan las características generales de los pacientes afectados con tuberculosis y alcoholismo y drogadicción, se observa que 41 pacientes son alcohólicos y drogadictos (27.7%), 111 pacientes no abandonaron el tratamiento (75%), el sexo predominante fue el masculino (70.3%), el grupo de edad más común fue de 18 a 29 años (59.5%) y el grado de instrucción más frecuente fue secundaria y más (57.4%).

Tabla 1: Características generales de los pacientes afectados con tuberculosis y alcoholismo y drogadicción atendidos en el Centro de Excelencia del Centro de Salud Trébol Azul en el periodo de enero del 2007 a diciembre del 2019

Variables	Parámetros	n	Porcentaje %
Abandono del tratamiento	Si	37	25.0
	No	111	75.0
	Total	148	100.0
Alcoholismo y drogadiccion	Si	41	27.7
	No	107	72.3
	Total	148	100.0
Sexo	Hombre	104	70.3
	Mujer	44	29.7
	Total	148	100.0
Grupo de edad 18-29	Si	88	59.5
	No	60	40.5
	Total	148	100.0
Grupo de edad 30-39	Si	31	20.9
	No	117	79.1
	Total	148	100.0
Grupo de edad 40-64	Si	29	19.6
	No	119	80.4
	Total	148	100.0
Grado de instrucción	Hasta secundaria incompleta	63	42.6
	Secundaria y más	85	57.4
	Total	148	100.0

Con respecto al análisis bivariado, mediante chi cuadrado, del grupo de pacientes con tuberculosis y alcoholismo y drogadicción que abandonaron el tratamiento antituberculoso, en la tabla 2 se puede observar que se encontró que el alcoholismo y drogadicción (OR: 52.18, IC95% 17.55 – 155.08, $p < 0.001$), el sexo masculino (OR: 6.63, IC95% 1.91 – 22.98 $p < 0.003$) y el grupo de edad 18-29 años (OR: 4.89, IC95% 1.89 – 12.65 $p < 0.001$) y el grado de instrucción hasta secundaria incompleta (OR: 4.72, IC95% 2.1 – 10.60, $p < 0.001$) mostraron asociación significativa en el análisis bivariado.

Tabla 2: Análisis bivariado del alcoholismo y drogadicción con variables sociodemográficas asociadas a abandono de tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis atendidos el Centro de Excelencia del Centro de Salud Trébol Azul en el periodo de enero del 2007 a diciembre del 2019

Variables	Parámetro	p Valor	OR Crudo	IC 95%	
				Inferior	Superior
Alcoholismo y Drogadicción	No	<0.001	Ref.		
	Si		52.18	17.55	155.08
Sexo	Masculino	0.003	6.63	1.91	22.98
	Femenino		Ref.		
Grupo de edad 18-29 años	Si	0.001	4.89	1.89	12.65
	No		Ref.		
Grado de instrucción hasta secundaria incompleta	Si	<0.001	4.72	2.10	10.604
	No		Ref.		

Con respecto al análisis multivariable, por regresión logística, del alcoholismo y drogadicción y variables sociodemográficas asociadas a abandono de tratamiento, en la tabla 3 se observa que: el alcoholismo y la drogadicción (OR: 55.63, IC 95%: 13.93 – 222.152, $p < 0.001$) y el grupo de edad 18-29 años (OR: 9.04, IC 95%: 2.18 – 37.46, $p = 0.002$) fueron variables asociadas significativamente al abandono del tratamiento antituberculoso; mientras que el sexo masculino (OR: 2.83, IC 95%: 0.55 – 14.57, $p = 0.212$), y grado de instrucción hasta secundaria incompleta (OR: 1.11, IC 95%: 0.317 – 3.89, $p = 0.870$) fueron variables que no mostraron significancia estadística al abandono del tratamiento antituberculoso.

Tabla 3: Análisis multivariable del alcoholismo y drogadicción y variables sociodemográficas asociadas a abandono de tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis atendidos el Centro de Excelencia del Centro de Salud Trébol Azul en el periodo de enero del 2007 a diciembre del 2019

Variables	Parámetros	P valor	OR Ajustado	IC 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Alcoholismo y drogadicción	Sí	0.000	55.630	13.930	222.152
	No		Referencia		
Sexo	Masculino	0.212	2.835	0.551	14.578
	Femenino		Referencia		
Grupo de edad de 18-29 años	Si	0.002	9.046	2.184	37.465
	No		Referencia		
Grado de instrucción hasta secundaria incompleta	Si	0.870	1.110	0.317	3.891
	No		Referencia		

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este estudio, los factores de riesgo estadísticamente significativos que se asociaron con el abandono del tratamiento fue el alcoholismo y la drogadicción, y el hecho de pertenecer al grupo de edad de 18-29 años en estos pacientes, mientras que el sexo masculino y el grado de instrucción hasta secundaria incompleta no mostraron asociación significativa con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis.

Para lograr un apropiado cumplimiento del tratamiento antituberculoso es fundamental que interactúen una diversidad de factores. En este estudio se ha identificado que el alcoholismo y la drogadicción son factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso, resultados similares se obtuvo en diversas publicaciones a nivel nacional como las de Zocon (OR:5.6; 8.2)⁽¹²⁾, Huamán (OR:5.14)⁽²³⁾, Zevallos (OR:2.58)⁽²⁶⁾, Gomero (OR:4.63)⁽³⁸⁾, Muñoz (OR:3.1)⁽²⁴⁾, Chavez-Salazar et al (OR:3.33)⁽²⁶⁾ y Mejía (OR:5.36)⁽²⁷⁾; y a nivel internacional como Soza et al (OR:5.25)⁽³⁸⁾. Esta asociación puede sustentarse debido a que el alcoholismo y la drogadicción, son graves problemas de salud pública, además de ser patologías crónicas donde su desarrollo y manifestaciones son influenciados por factores genéticos, psicosociales y ambientales. Entre dichas manifestaciones se evidencian efectos negativos como la perturbación del pensamiento, sobre todo, la negación; lo cual constituye un obstáculo para continuar con el tratamiento, por lo que es necesario desaconsejar su consumo sobre todo durante el tiempo que dure la terapia antituberculosa. Asimismo, se ha encontrado en la literatura que aun el hecho de coexistir trastornos hepáticos y neurológicos, empeoraría el cumplimiento del régimen terapéutico⁽¹²⁾. Diversos estudios como los realizados por Sousa G. et al⁽¹⁶⁾, mencionan que dentro de los factores asociados con el abandono del tratamiento, además del consumo de drogas ilegales junto con otros factores; como el sexo masculino, desnutrición, pocos años de escolaridad, falta de conocimiento sobre la enfermedad, acceso a los servicios de salud; y coinfección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); disminuyen en un 58% las posibilidades de curación de un paciente de TB, aumentando un 50% las posibilidades de abandono y en un 94% las posibilidades de muerte por TB.

El intervalo de confianza obtenido para esta variable cuestiona la significancia estadística de este resultado pues no ofrece una seguridad tan fiable para tal asociación

Respecto al grupo etario se evidencio asociación el estar en el grupo de edad 18-29 años como factor de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso en el grupo de pacientes alcohólicos y drogadictos, este hallazgo coincide con publicaciones a nivel internacional como la de Caceres y Orozco (HR:20,61)⁽⁴⁰⁾ donde el grupo etario de riesgo

fue el de 21-30 años y Zeledon et al (OR:1.484) en el cual se observó que existe mayor riesgo en pacientes de 17-24 años, sin embargo en este último no se encontró una asociación significativa con el problema de estudio (IC 95%: 0.456-4.828)⁽⁴¹⁾, no se ha encontrado este tipo de asociaciones en estudios en Perú. Esta asociación puede justificarse debido a que la tuberculosis afecta en mayor porcentaje a la población económicamente activa. ⁽¹⁸⁾

Se evidencio que el sexo masculino no es factor de riesgo asociado en este estudio para el abandono del tratamiento antituberculoso en el grupo de pacientes alcohólicos y drogadictos, este hallazgo no coincide con publicaciones a nivel nacional como Culqui et al (OR: 1.62)⁽⁵⁾ y Mejía (OR: 3.1) ⁽²⁷⁾; y a nivel internacional como De Faria et al (OR:2.05) ⁽³⁹⁾. La falta de asociación en el presente estudio puede deberse al contexto social o realidad en la zona y tiempo de estudio en el que se trabajó. Cabe resaltar que este resultado es similar al del estudio realizado en Perú por Zevallos ⁽²⁵⁾, en donde existió un mayor riesgo en el sexo femenino (OR: 1.57, IC 95%: 1.07-2.31) y no hubo significancia estadística en el sexo masculino⁽²¹⁾.

Se identificó que el grado de instrucción hasta secundaria incompleta no tuvo significancia estadística como factor de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso en el grupo de pacientes alcohólicos y drogadictos, este resultado discrepa con publicaciones nacionales como la de Anduaga-Beramendi et al (OR: 22,19), donde se encontró asociación significativa con los años de estudio menor de 6 años ⁽²⁰⁾; Huamán (OR: 2.4) ⁽²³⁾, en el cual se halló relación con el grado de instrucción primaria; y en el estudio de Zevallos (OR: 2.51) ⁽²⁵⁾, asociándose con tener como máximo secundaria incompleta. Este resultado puede sustentarse debido que en el estudio hubo mayor población que tenía de secundaria completa a más.

El estudio se enfocó en aquellos pacientes que tenían la condición de alcohólicos y drogadictos a la vez sin embargo, dentro de la bibliografía y antecedentes revisados para esta investigación, no se hallaron investigaciones que direccionen estos problemas de salud en un solo paciente, sino que fueron por separado, por ello se considera esta investigación como un nuevo aporte para medidas de prevención a tomar

Este estudio presentó algunas limitaciones, dentro de ellas un tamaño muestral no tan amplio pues se desarrolló en un centro de primer nivel de atención y pese al intervalo de años estudiados, no se cuenta con un número de pacientes tales como sí se lograría en un estudio a nivel regional, departamental o inclusive nacional para mejores resultados sin embargo, el fácil acceso a la data hizo posible que el presente estudio se desarrolle con

toda la posible información recolectada para su análisis; otra limitación que se tuvo fue la calidad de recolección de la muestra, que pudo haber impedido detectar asociaciones significativas. Tampoco se contó con un instrumento de medición con el cual se pueda tener la certeza si el paciente tenía o no las condiciones de alcoholismo y drogadicción, solo los registros de la historia clínica. El hecho que fuera retrospectivo es otra limitación, ya que la recopilación de datos mediante el uso de un instrumento de recolección de datos no pudo dar la evidencia de seguir la conducta del paciente en el tiempo y saber qué conducta tomaría respecto a algunas variables independientes; el hecho también de tratarse de un estudio tipo casos y controles en donde se toma como referencia el valor de un OR a un IC95% sería otra limitación ya que, este resultado sobreestima los valores de un RR frente a un posible estudio tipo cohorte.

El intervalo de confianza tan amplio obtenido en este estudio sería otra limitación ya que por un lado la variable estudiada tiene más probabilidad de acierto, no ofrece una estimación específica si este fuera más corto pues se tiene el resultado que muestra diferencia estadística significativa, pero por la naturaleza del mismo obtenido este podría carecer de relevancia clínica. Puede especularse sobre tal situación comenzando por la naturaleza de la población estudiada, ya que de los 37 pacientes que pertenecieron al grupo de los casos, 31 tenían la condición de alcoholismo y drogadicción y ello podría haber influenciado en tal resultado pues de haberse contado con un mayor número de casos y controles, es probable que el resultado obtenido en dicho supuesto fuera más preciso, es decir de nuevo se hace mención al tamaño de la muestra estudiada y se agrega el acápite de una mejor proporción entre los casos y controles. Al momento de realizar el análisis multivariable por regresión logística a OR ajustado se incluyeron dentro de dicho desarrollo diferente variables confusoras las cuales, al agregarlas dentro del proceso, el intervalo de confianza se fue ampliando sin embargo no se dejó de considerarlas al momento de realizar dicho análisis, pues la bibliografía revisada mostraba la necesidad de incluirlas en el análisis.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

1. Según el análisis multivariable mediante regresión logística, se observó que el alcoholismo y la drogadicción son factores de riesgo asociado al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul en el periodo de enero del 2007 a diciembre del 2019.
2. Según el análisis multivariable mediante regresión logística, no se encontró asociación significativa entre el sexo masculino y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes alcohólicos y drogadictos atendidos en el Centro de Excelencia del Centro de Salud Trébol Azul en el periodo de enero del 2007 a diciembre del 2019
3. Según el análisis multivariable mediante regresión logística, se observó asociación significativa entre el grupo de edad 18-29 años y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes alcohólicos y drogadictos atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul en el periodo de enero del 2007 a diciembre del 2019.
4. Según el análisis multivariable mediante regresión logística, no se encontró asociación significativa entre el grado de instrucción de hasta secundaria incompleta y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes alcohólicos y drogadictos atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul en el periodo de enero del 2007 a diciembre del 2019.

6.2. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar estudios con mayor cantidad poblacional, como a nivel regional, departamental o nacional para un mayor ajuste de los resultados, las asociaciones y los intervalos de confianza
2. Se sugiere efectuar un instrumento validado donde categorice al paciente como alcohólico y drogadicto y tener la certeza del dato registrado.
3. Se recomienda realizar estudios tipo cohorte para una mayor exactitud de los resultados obtenidos, sobre todo si este tipo de estudios son prospectivos.
4. Se sugiere implementar escalas de estratificación de riesgo mediante una herramienta de puntuación del riesgo de abandono en el seguimiento y tratamiento de pacientes con tuberculosis para cuantificar el riesgo de abandonar el tratamiento en los centros de salud.
5. Se recomienda promover campañas para disminuir el consumo de alcohol y drogadicción en la población, así como el constante apoyo psicológico a aquellos pacientes que presenten problemas de adicción a estos hábitos nocivos, sobre todo a aquellos en tratamiento tuberculoso.
6. Se recomienda fortalecer los programas de tuberculosis en el centro de salud, implementando medidas como brindar una mayor información sobre las consecuencias del abandono al tratamiento, y mejorar el seguimiento a los pacientes.
7. Se sugiere la implementación de medidas directas que controlen los factores de riesgo identificados para reducir las tasas de abandono del tratamiento y muerte durante el tratamiento de la tuberculosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vigilancia de tuberculosis [Internet]. CDC MINSA. [citado el 19 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/vigilancia-de-tuberculosis/>
2. INS continúa fortaleciendo servicios para combatir a la tuberculosis en el Perú [Internet]. [citado el 17 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/141983-ins-continua-fortaleciendo-servicios-para-combatir-a-la-tuberculosis-en-el-peru>
3. C.Rozman, J. González Martín, J.A. Dominguez Benitez, J.A Martinez Martinez, J.A Cayla Buqueras. Tuberculosis y otras infecciones causadas por micobacterias no tuberculosas. En: Medicina Interna. Barcelona. ELSEVIER; 2016. p. 2144–57.
4. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. Lima; 2013. 172p p.
5. Culqui DR, Munayco E. CV, Grijalva CG, Cayla JA, Horna-Campos O, Alva Ch. K, et al. Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú. Arch Bronconeumol. 2012;48(5):150–5. doi:10.1016/j.arbres.2011.12.008
6. Tuberculosis [Internet]. [citado el 28 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
7. Quintero CN, Rincón JLR, Ojeda JLM. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB. Rev Cienc Cuid. 2013;10(1):19–27.
8. Ministerio de Salud. Minsa- DPCTB :: Portal de Información [Internet]. [citado el 1 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/Dashboard.aspx>
9. Rios Vidal J. Situación de Tuberculosis en el Perú y la respuesta del Estado (Plan de Intervención, Plan de Acción) [Internet]. 2018 jun 5; Perú. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180605122521.pdf>
10. Ministerio de Salud IN de S. Intervenciones dirigidas a disminuir el abandono al tratamiento antituberculoso [Internet]. 2011a–10a ed. Lima; 2011. Disponible en: https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20administrador%2C%20editor/publicaciones/2018-07-11/10_SERIE_NOTA_TECNICA_N_10-2011_Dialogo_deliberativo_Intervenciones_dirigidas_a_disminuir_el_abandono_al_tratamiento_antituberculosos.pdf

11. Caballero HH, Vidal JRMR. Los abandonos al tratamiento antituberculosis. Intervenciones innovadoras en desarrollo. Diagnóstico. 2018;57(4):184–90. doi:10.33734/diagnostico.v57i4.50
12. Llaque Zocon WL. Drogadiccion y alcoholismo como factores asociados al abandono de la farmacoterapia antituberculosa. Red Servicios de Salud Trujillo. 2014 - 2016. Univ Priv Antenor Orrego [Internet]. 2017 [citado el 4 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/3435>
13. Antezana Roca IE. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso esquema tb sensible de los pacientes nuevos bk (+) en la ciudad de Ica 2018 - 2019. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2021. Disponible en: <https://164.68.119.42/bitstream/handle/20.500.13028/3236/FACTORES%20ASOCIADOS%20AL%20ABANDONO%20DEL%20TRATAMIENTO%20ANTITUBERCULOSO%20ESQUEMA%20TB%20SENSIBLE%20DE%20LOS%20PACIENTES%20NUEVOS%20BK%20%28%2b%29%20EN%20LA%20CIUDA D%20DE%20ICA%202018%20-%202019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Muñoz del Carpio Toia A, Sánchez-Pérez HJ, Vergès de López C, Sotomayor-Saavedra MA, López-Dávila L, Sorokin P. Tuberculosis en América Latina y el Caribe: reflexiones desde la bioética. Pers Bioét. 2018;22(2):331–57. doi:10.5294/pebi.2018.22.2.10
15. Harling G, Lima Neto AS, Sousa GS, Machado MMT, Castro MC. Determinants of tuberculosis transmission and treatment abandonment in Fortaleza, Brazil. BMC Public Health. 2017;17(1):508. doi:10.1186/s12889-017-4435-0
16. Sousa GJB, Garces TS, Pereira MLD, Moreira TMM, Silveira GM da. Temporal pattern of tuberculosis cure, mortality, and treatment abandonment in Brazilian capitals. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2019 [citado el 1 de octubre de 2021];27. doi:10.1590/1518-8345.3019.3218
17. Tavares Alexandre F, Jácome Vieira CM, Rodríguez Ortiz K. Factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis [Internet]. Universidad Nuestra Señora de La Paz; Disponible en: [https://www.unslp.edu.bo/images/medicina/Articulo\(2018\).%20Factores%20asociados%20al%20abandono%20del%20tratamiento%20de%20la%20tuberculosis.pdf](https://www.unslp.edu.bo/images/medicina/Articulo(2018).%20Factores%20asociados%20al%20abandono%20del%20tratamiento%20de%20la%20tuberculosis.pdf)
18. Sánchez-Hernández CA, Muñoz-Granoble GJ, Rodríguez-Orozco CL. Factores que inducen al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis del centro de salud Cisne 2, periodo 2017. Polo Conoc. 2018;3(10):631. doi:10.23857/pc.v3i10.870

19. Dueñas M, Cardona D. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis. Pereira, Colombia 2012-2013. *Biomédica* [Internet]. 2016 [citado el 1 de octubre de 2021];36(3). doi:10.7705/biomedica.v36i3.2904
20. Anduaga-Beramendi A, Maticorena-Quevedo J, Beas R, Chanamé-Baca DM, Veramendi M, Wiegering-Rospigliosi A, et al. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. *Acta Médica Peru*. 2016;33(1):21–8. doi:<https://doi.org/10.35663/amp.2016.331.14>
21. Culqui Lévano DR. Epidemiología de la tuberculosis: características del abandono de tratamiento, hospitalizaciones y tuberculosis extrapulmonar. 2016 [citado el 1 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/677407>
22. Dalens Remigio EI. Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis. Red de Salud Lima Norte y Rímac-San Martín-Los Olivos. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2012 [citado el 1 de octubre de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/310>
23. Huamán Ramos EDP. Factores de riesgo asociados a los servicios de salud en el abandono de tratamiento antituberculoso en pacientes del centro de salud Mi Perú – Callao, periodo 2015-2019. Repos Inst - URP [Internet]. 2021 [citado el 2 de octubre de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3771>
24. Muñoa Gallegos JF. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de los pacientes con tuberculosis multidrogo resistente en la estrategia de control de la tuberculosis de la Micro Red Santa Luzmila - 2014. Repos ACADÉMICO USMP [Internet]. 2016 [citado el 2 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2409>
25. Zevallos Romero ME. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso esquema I en la RED de Salud San Juan de Lurigancho, Lima, Perú. 2017 [citado el 8 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/1030>
26. Chavez-Salazar J, Fabian-Pantoja B, Loza-Delgadillo AJ, Valladares-Zevallos G. Factores socioeconómicos asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en la micro-red de salud Ollantay en san juan de miraflores, lima-Perú, 2012-2015. *Rev Fac Med Humana* [Internet]. 2017 [citado el 18 de abril de 2022];17(4). doi:10.25176/RFMH.v17.n4.1204
27. Mejía Villavicencio D. Factores De Riesgo Asociados Al Abandono Del Tratamiento En Pacientes Con Tuberculosis Pulmonar. Hospital Santa Rosa 2017- 2020. Piura: Universidad Cesar Vallejo; 2021. Disponible en:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/75004/Mejia_VD-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

28. World Health Organization. Global tuberculosis report 2015 [Internet]. World Health Organization; 2015 [citado el 8 de octubre de 2021]. 192 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/191102>
29. López Espinoza OV. Factores que influyen en el abandono al tratamiento antituberculoso de los pacientes con tuberculosis del C.S. Cooperativa Universal-2017. Univ Nac Federico Villarreal [Internet]. 2018 [citado el 8 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1793>
30. Ministerio de Salud. Principales causas de mortalidad por sexo Perú - año 2014 [Internet]. [citado el 8 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/mortalidad/macros.asp?00>
31. García-González R, Cervantes-García E, Reyes-Torres A. Tuberculosis, un desafío del siglo XXI. Rev Mex Patol Clínica Med Lab. 2016;63(2):91–9.
32. Mario C. Raviglione. Tuberculosis. En: Harrison Principios de Medicina Interna. 19a ed. Mexico: McGrawHill; 2016. p. 1102–21.
33. Ministerio de Salud. Minsas - DPCTB :: Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis [Internet]. Conociendo la TB. [citado el 8 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/>
34. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 752-2018/MINSA [Internet]. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Personas con Tuberculosis. [citado el 8 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/186788-752-2018->
35. Manuales de capacitación para el manejo de la Tuberculosis: Consejería en TB [Internet]. Manuales de capacitación para el manejo de la Tuberculosis: Consejería en TB. [citado el 8 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321828-manuales-de-capacitacion-para-el-manejo-de-la-tuberculosis-consejeria-en-tb>
36. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
37. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción [Internet]. Disponible en: https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf

38. Soza Pineda NI, Pereira SM, Barreto ML. Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;17:271–8. doi:10.1590/S1020-49892005000400008
39. Gomes NM de F, Bastos MC da M, Marins RM, Barbosa AA, Soares LCP, de Abreu AM de OW, et al. Differences between Risk Factors Associated with Tuberculosis Treatment Abandonment and Mortality. *Pulm Med*. 2015;2015:e546106. doi:10.1155/2015/546106
40. Cáceres F de M, Orozco LC. Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. *Biomédica*. 2007;27(4):498–504.
41. Zeledón PIZ, Tinoco HIB, Siu ERB, Salinas AJ. Factores relacionados al cumplimiento y abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en león, Nicaragua / Factors related to compliance and abandonment of antituberculosis treatment in patients in León, Nicaragua / fatores associados à adesão... *J Health NPEPS*. 2017;2(1):148–60.

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis “**ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN COMO FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN UN CENTRO DE SALUD MINSA EN EL PERIODO DE 2007-2019**” que presenta la SR(A). Víctor Julio Jesús Carlos Albornoza para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Mg. Gutiérrez Aguado Alfonso Julián
ASESOR DE TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

SURCO, 14 DE OCTUBRE DEL 2021

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas

Oficina de Grados y Títulos

Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Sr **Víctor Julio Jesús Carlos Albornoz**, de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Dr. Gutiérrez Aguado Alfonso Julián

Lima, 14 de octubre del 2021

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero



Oficio Electrónico N° 2251-2021-FMH-D

Lima, 28 de octubre de 2021

Señor
VÍCTOR JULIO JESÚS CARLOS ALBORNOZ
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "ALCOHOLISMO Y DROGADICION COMO FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN UN CENTRO DE SALUD MINSA EN EL PERIODO DE 2007-2019", desarrollado en el contexto del VIII Curso Taller de Titulación por Tesis, presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 21 de octubre de 2021.

Por lo tanto, queda usted expedito con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,

Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaria Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco
6010

Central 7 08-0000 / Anexo:

Lima 33 - Perú / www.urp.edu.pe/medicina

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Etica de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

Título: ***"ALCOHOLISMO Y DROGADICCION COMO FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN UN CENTRO DE SALUD MINSA EN EL PERIODO DE 2007-2019"***.

Investigador:

VICTOR JULIO JESÚS CARLOS ALBORNOZ

Código del Comité: **PG 167 - 2021**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría REVISIÓN EXPEDITA por un período de 1 año.

Exhortamos al investigador (a) la publicación del trabajo de tesis concluído para colaborar con desarrollo científico del país.

Lima, 12 de Diciembre del 2021

Dra. Sonia Indacochea Cáceda
Presidente del Comité de Etica de Investigación

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN COMO FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN UN CENTRO DE SALUD MINSA EN EL PERIODO DE 2007-2019", que presenta el Señor VÍCTOR JULIO JESÚS CARLOS ALBORNOZ para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

MC. LLANOS TEJADA FELIX KONRAD
PRESIDENTE

Mg. VERA PONCE VÍCTOR JUAN
MIEMBRO

MC. VILLANUEVA VILLEGAS RENZO
MIEMBRO

Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director de Tesis

Mg. Alfonso Gutiérrez Aguado
Asesor de Tesis

Lima, 16 de mayo del
2022

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

ALCOHOLISMO Y DROGADICCION COMO FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN UN CENTRO DE SALUD MINSA EN EL PERIODO DE 2007-2019

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	trujillosano.blogspot.com Fuente de Internet	2%
5	repositorio.uma.edu.pe Fuente de Internet	2%
6	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	www.dge.gob.pe Fuente de Internet	1%
8	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%

9	repositorio.upeu.edu.pe Fuente de Internet	1 %
10	revistas.urp.edu.pe Fuente de Internet	1 %
11	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	1 %
12	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1 %
13	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	1 %
14	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
15	www.medigraphic.com Fuente de Internet	1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VIII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS MODALIDAD VIRTUAL

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que el Sr.

VICTOR JULIO JESUS CARLOS ALBORNOZ

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2021 y enero 2022, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

ALCOHOLISMO Y DROGADICCION COMO FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN UN CENTRO DE SALUD MINSA EN EL PERIODO DE 2007-2019.

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 13 de enero de 2022

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
Director del Curso Taller de Tesis



Dr. Oscar Emilio Martínez Lozano
Decano (e)

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLOGICO	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANALISIS DE DATOS
¿Son el alcoholismo y la drogadicción factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul en el periodo de 2007 a 2019?	<p><u>OBJETIVO GENERAL</u></p> <p>Estimar la asociación que tiene el alcoholismo y la drogadicción con el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul en el periodo de 2007 a 2019</p>	<p><u>HIPOTESIS GENERAL</u></p> <p>El alcoholismo y la drogadicción son factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso en el Centro de Excelencia del Centro de Salud Trébol Azul durante el periodo de tiempo de enero del 2007 a diciembre del 2019</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alcoholismo • Drogadicción • Abandono del tratamiento • Edad • Sexo • Nivel educativo 	<p>Estudio de tipo cuantitativo retrospectivo observacional, analítico, y de casos y controles y con aplicación de una ficha de recolección de datos.</p>	<p>La población de estudio está constituida por todos los pacientes con tuberculosis pulmonar que fueron registrados en el Centro de Excelencia del Centro de Salud Trébol Azul en el periodo de enero del 2007 a diciembre del 2019 y en cuyas historias clínicas puedan definirse con precisión las variables de estudio.</p>	<p>Historia clínica</p> <p>Datos clínicos</p> <p>Datos personales</p>	<p>Estadística analítica</p> <p>Análisis mono variado, bivariado y multivariado de Odds Ratio con IC 95%</p> <p>Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS</p> <p>Se utilizó el programa Microsoft Excel para la elaboración de gráficos y tablas requeridas.</p>
	<p><u>OBJETIVOS ESPECIFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la asociación entre el sexo masculino con el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes alcohólicos y drogadictos atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul en el periodo de 2007 a 2019. • Evaluar la asociación entre el rango de edad 18-29 con el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes alcohólicos y drogadictos atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul en el periodo de 2007 a 2019 	<p><u>HIPOTESIS ESPECIFICA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe asociación entre el sexo y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes alcohólicos y drogadictos atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul en el periodo de enero del 2007 a diciembre del 2019 • Existe asociación entre la edad y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes alcohólicos y drogadictos atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul en el periodo de enero del 2007 a diciembre del 2019 • Existe asociación entre el grado de instrucción y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes 					

	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la asociación entre el grado de instrucción hasta secundaria incompleta con el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes alcohólicos y drogadictos atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul en el periodo de 2007 a 2019 	alcohólicos y drogadictos atendidos en el Centro de Excelencia de Salud Trébol Azul en el periodo de enero del 2007 a diciembre del 2019					
--	---	--	--	--	--	--	--

ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

N°	NOMBRE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE REALCION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
1	Alcoholismo y Drogadiccion	Consumo crónico, continuado o consumo periódico de alcohol que se describe como un deterioro del control sobre la bebida. enfermedad		Nominal Dicotómico	Independiente Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • SI 1 • NO 2

2.- Edad

Grupo de edad 18-29 ()

Grupo de edad 30-39 ()

Grupo de edad 40-64 ()

3.- Nivel educativo:

Hasta secundaria incompleta

Sí()

No()

Secundaria completa a más

Sí()

No()

II) DATOS CLÍNICOS:**1.- Alcoholismo y Drogadicción**

Si (...)

No(...)

2.- Abandono del tratamiento antituberculoso

Sí(..)

No(...)

Prof.. Dr. JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS PhD, MSc, MD.
 Director General Coordinador del Curso.

ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.

	Sexo	Edad	Grupo de edad 18-29	Grupo de edad 30-39	Grupo de edad 40-64	Alcoholismo y drogadicción	Abandono	Grado de instrucción
1	Masculino	19	Si	No	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
2	Masculino	33	No	Si	No	Si	Si	Secundaria completa a más
3	Masculino	21	Si	No	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta

4	Femenino	21	Si	No	No	No	Si	Secundaria completa a más
5	Masculino	23	Si	No	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
6	Masculino	18	Si	No	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
7	Masculino	19	Si	No	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
8	Masculino	20	Si	No	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
9	Masculino	24	Si	No	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
10	Masculino	20	Si	No	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
11	Masculino	22	Si	No	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
12	Masculino	19	Si	No	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
13	Masculino	19	Si	No	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
14	Masculino	27	Si	No	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
15	Masculino	31	No	Si	No	No	Si	Secundaria completa a más
16	Masculino	27	Si	No	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
17	Masculino	18	Si	No	No	Si	Si	Secundaria completa a más
18	Masculino	19	Si	No	No	No	Si	Hasta secundaria incompleta
19	Masculino	25	Si	No	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
20	Masculino	18	Si	No	No	Si	Si	Secundaria completa a más
21	Masculino	18	Si	No	No	Si	Si	Secundaria completa a más
22	Masculino	20	Si	No	No	No	Si	Secundaria completa a más
23	Masculino	19	Si	No	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
24	Masculino	19	Si	No	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta

25	Masculino	31	No	Si	No	No	Si	Secundaria completa a más
26	Masculino	26	Si	No	No	No	Si	Secundaria completa a más
27	Masculino	19	Si	No	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
28	Femenino	24	Si	No	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
29	Masculino	22	Si	No	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
30	Femenino	19	Si	No	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
31	Masculino	35	No	Si	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
32	Masculino	21	Si	No	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
33	Masculino	54	No	No	Si	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
34	Masculino	19	Si	No	No	Si	Si	Secundaria completa a más
35	Masculino	19	Si	No	No	Si	Si	Secundaria completa a más
36	Masculino	22	Si	No	No	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
37	Masculino	53	No	No	Si	Si	Si	Hasta secundaria incompleta
38	Masculino	19	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
39	Masculino	42	No	No	Si	No	No	Hasta secundaria incompleta
40	Masculino	21	Si	No	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
41	Masculino	19	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
42	Masculino	18	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
43	Femenino	22	Si	No	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
44	Femenino	18	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
45	Masculino	50	No	No	Si	No	No	Secundaria completa a más

46	Masculino	46	No	No	Si	No	No	Secundaria completa a más
47	Femenino	25	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
48	Masculino	43	No	Si	No	Si	No	Hasta secundaria incompleta
49	Masculino	33	No	Si	No	No	No	Secundaria completa a más
50	Femenino	52	No	No	Si	No	No	Secundaria completa a más
51	Masculino	26	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
52	Masculino	24	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
53	Masculino	22	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
54	Masculino	48	No	No	Si	No	No	Hasta secundaria incompleta
55	Femenino	35	No	Si	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
56	Masculino	30	No	Si	No	No	No	Secundaria completa a más
57	Masculino	32	No	Si	No	No	No	Secundaria completa a más
58	Masculino	23	Si	No	No	Si	No	Secundaria completa a más
59	Masculino	53	No	No	Si	No	No	Secundaria completa a más
60	Femenino	46	No	No	Si	No	No	Hasta secundaria incompleta
61	Masculino	52	No	Si	No	Si	No	Hasta secundaria incompleta
62	Femenino	26	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
63	Masculino	55	No	No	Si	No	No	Secundaria completa a más
64	Femenino	34	No	Si	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
65	Masculino	30	No	Si	No	No	No	Secundaria completa a más
66	Masculino	37	No	Si	No	No	No	Secundaria completa a más

67	Masculino	34	No	Si	No	No	No	Secundaria completa a más
68	Femenino	21	Si	No	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
69	Masculino	22	Si	No	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
70	Masculino	21	Si	No	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
71	Masculino	20	Si	No	No	Si	No	Hasta secundaria incompleta
72	Femenino	62	No	No	Si	No	No	Secundaria completa a más
73	Masculino	58	No	No	Si	No	No	Secundaria completa a más
74	Masculino	25	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
75	Femenino	30	No	Si	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
76	Femenino	31	No	Si	No	No	No	Secundaria completa a más
77	Masculino	26	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
78	Femenino	58	No	No	Si	No	No	Secundaria completa a más
79	Masculino	24	Si	No	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
80	Femenino	25	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
81	Masculino	61	No	No	Si	No	No	Secundaria completa a más
82	Femenino	25	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
83	Femenino	24	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
84	Masculino	31	No	Si	No	No	No	Secundaria completa a más
85	Masculino	34	No	Si	No	Si	No	Hasta secundaria incompleta
86	Masculino	30	No	Si	No	No	No	Secundaria completa a más
87	Masculino	25	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más

88	Femenino	18	Si	No	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
89	Masculino	38	No	Si	No	Si	No	Secundaria completa a más
90	Masculino	56	No	No	Si	No	No	Secundaria completa a más
91	Masculino	43	No	No	Si	No	No	Secundaria completa a más
92	Masculino	37	No	Si	No	Si	No	Secundaria completa a más
93	Femenino	31	No	Si	No	No	No	Secundaria completa a más
94	Femenino	27	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
95	Masculino	47	No	No	Si	No	No	Secundaria completa a más
96	Masculino	19	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
97	Femenino	30	No	Si	No	Si	No	Secundaria completa a más
98	Masculino	49	No	No	Si	No	No	Secundaria completa a más
99	Femenino	18	Si	No	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
100	Femenino	21	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
101	Femenino	44	No	No	Si	No	No	Hasta secundaria incompleta
102	Femenino	48	No	No	Si	No	No	Hasta secundaria incompleta
103	Masculino	53	No	No	Si	No	No	Secundaria completa a más
104	Masculino	31	No	Si	No	No	No	Secundaria completa a más
105	Masculino	21	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
106	Masculino	19	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
107	Masculino	52	No	No	Si	No	No	Hasta secundaria incompleta
108	Masculino	22	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más

109	Femenino	18	Si	No	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
110	Masculino	58	No	No	Si	No	No	Secundaria completa a más
111	Masculino	23	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
112	Masculino	27	Si	No	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
113	Masculino	36	No	Si	No	No	No	Secundaria completa a más
114	Masculino	25	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
115	Masculino	24	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
116	Masculino	19	Si	No	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
117	Femenino	32	No	Si	No	No	No	Secundaria completa a más
118	Masculino	21	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
119	Masculino	35	No	Si	No	No	No	Secundaria completa a más
120	Masculino	18	Si	No	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
121	Masculino	31	No	Si	No	No	No	Secundaria completa a más
122	Femenino	44	No	No	Si	No	No	Hasta secundaria incompleta
123	Masculino	21	Si	No	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
124	Masculino	19	Si	No	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
125	Masculino	49	No	No	Si	No	No	Secundaria completa a más
126	Masculino	32	No	Si	No	No	No	Secundaria completa a más
127	Masculino	20	Si	No	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
128	Femenino	19	Si	No	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
129	Masculino	49	No	No	Si	No	No	Hasta secundaria incompleta

130	Masculino	18	Si	No	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
131	Femenino	58	No	No	Si	No	No	Secundaria completa a más
132	Femenino	34	No	Si	No	No	No	Secundaria completa a más
133	Femenino	28	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
134	Femenino	58	No	No	Si	No	No	Secundaria completa a más
135	Femenino	26	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
136	Femenino	23	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
137	Femenino	19	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
138	Femenino	22	Si	No	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
139	Masculino	25	Si	No	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
140	Femenino	23	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
141	Femenino	21	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
142	Masculino	19	Si	No	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
143	Femenino	21	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
144	Masculino	31	No	Si	No	Si	No	Secundaria completa a más
145	Femenino	27	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
146	Femenino	26	Si	No	No	No	No	Hasta secundaria incompleta
147	Masculino	26	Si	No	No	No	No	Secundaria completa a más
148	Masculino	54	No	No	Si	Si	No	Hasta secundaria incompleta