



**UAP | UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“FACTORES QUE INDUCEN AL ABANDONO DEL
TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR ESQUEMA
I EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD
HORACIO ZEVALLOS. 2013”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: FARFAN CURAHUA, FLOR

LIMA - PERÚ

2016

**“FACTORES QUE INDUCEN AL ABANDONO DEL
TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR ESQUEMA
I EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD
HORACIO ZEVALLOS. 2013”**

DEDICATORIA

Dedicado a mis padres quienes siempre han estado a mi lado dándome fuerza con sus palabras de aliento para continuar luchando día a día por alcanzar mis objetivos y por todo el amor que me dieron, gracias

AGRADECIMIENTO

Agradezco a DIOS por darme la vida y llenarme de bendiciones

A mi Escuela quien nos abrió el camino de la superación, con docentes idóneos, capaces e impulsores, gracias por sus conocimientos impartidos, su paciencia y entendimiento por haberme brindado la oportunidad de alcanzar un excelente nivel académico.

A mis padres, familiares y todas aquellas personas que de una u otra manera me apoyaron y supieron infundirme confianza, para alcanzar con éxito mis objetivos.

RESÚMEN

El presente estudio titulado “Factores que inducen al abandono del tratamiento de la tuberculosis pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el puesto de salud Horacio Zevallos. 2013”. Cuyo objetivo general fue determinar los factores que inducen al abandono del tratamiento de la tuberculosis pulmonar esquema I”. Estudio de enfoque epidemiológico de tipo cuantitativo de diseño descriptivo no experimental de corte transversal, de nivel aplicativo. Se conto con una población 56 pacientes con TBC del Puesto de Salud Horacio Zevallos. Se utilizo como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario. Se llevo a las siguientes conclusiones:

Del total de la población la mayoría fluctúa entre las edades de 31 a 36 años de edad, son de género femenino, sus viviendas son de madera, son convivientes, su condición laboral son dependientes, tienen un ingreso mensual de 750 soles, tienen estudios de secundaria. El Factor institucional induce con mayor predominio al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I, seguido por el factor de adherencia al tratamiento y por último el factor psicosocial y ambiente. En el Factor psicosocial y ambiental el apoyo familiar induce predomina en el abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I, seguido por el consumo de tabaco, el consumo de drogas y finalmente las migraciones. En el Factor institucional, la accesibilidad al puesto de salud seguida por la interacción enfermera paciente induce al abandono del tratamiento. En el Factor adherencia al tratamiento, el desconocimiento sobre la enfermedad inducen al abandono del tratamiento seguido por la duración del tratamiento y los efectos secundarios del tratamiento

Palabras claves: tratamiento, TBC, abandono.

ABSTRAC

This study entitled "Factors that lead to the abandonment of treatment of pulmonary tuberculosis scheme i in patients treated at the health post horacio zevallos. 2013 ". Whose overall objective was to determine the factors leading to abandonment of the treatment of pulmonary tuberculosis scheme I ". Epidemiological study approach quantitative non-experimental descriptive cross-sectional design, applicative level. It is counted with a population of 56 patients with TB Health Post Horacio Zevallos. It was used as a technical survey and a questionnaire as a tool. It was reached the following conclusions:

Of the total population most fluctuates between the ages of 31-36 years old, are female, their homes are made of wood, are cohabiting, their employment status are dependent, have a monthly income of 750 soles, have studies high school. Institutional Factor induces greater incidence of abandonment of treatment of pulmonary tuberculosis Scheme I, followed by the factor of adherence to treatment and finally the psychosocial factor and environment. Psychosocial and family support environmental factor dominates induces cessation treatment of pulmonary tuberculosis Scheme I, followed by the consumption of snuff, drug use and finally migration. In the institutional factor, accessibility to the health followed by the nurse patient interaction induce the abandonment of treatment. Factor in adherence to treatment, ignorance about the disease induce the abandonment of treatment followed for the duration of treatment and side effects of treatment

Keywords: treatment, TBC, abandonment.

INDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

v

INTRODUCCIÓN

vi

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

1

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

3

1.2.2. Problemas Específicos

4

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

4

1.3.2. Objetivos específicos

4

1.4. Justificación del estudio

5

1.5. Limitaciones de la investigación

7

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

8

2.2. Base teórica

12

2.3. Definición de términos

40

2.4. Variables

41

2.4.1. Definición conceptual de la variable

41

2.4.2. Definición operacional de la variable

41

2.4.3. Operacionalización de la variable

41

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	42
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	42
3.3. Población y muestra	43
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	43
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	43
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	43
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	44
CAPÍTULO V: DISCUSION	51
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Pág.
Tabla 1	
Perfil de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013	45
Gráfico 1	
Factores que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013	47
Gráfico 2	
Factores psicosocial y ambiental que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013	48
Gráfico 3	
Factores institucionales que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013.	49
Gráfico 4	
Factores de adherencia al tratamiento que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013	50

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis, es reconocida por la Organización Panamericana de la Salud como una perpetua amenaza de muerte y sufrimiento para los países pobres, es de hecho una enfermedad muy antigua. Producida por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*, también conocida como bacilo de Koch, en referencia a su descubridor, Robert Koch (1843-1910).

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa considerada hoy en día como una pandemia, ya que un tercio de la población mundial está infectada por esta bacteria llamada Bacilo de Koch, cada segundo se produce en el mundo una nueva infección por TB. Según la OMS nueve millones de personas en el mundo se enferman de tuberculosis y dos millones aproximadamente mueren, de estos doscientos cincuenta mil son niños, lo que obliga a realizar una profunda reflexión de lo que realmente está fallando en el control de esta enfermedad curable desde hace ya varias décadas.

La Tuberculosis es una de las enfermedades más antiguas que afecta al ser humano, siendo la segunda causa mundial de mortalidad después del SIDA; en la actualidad es considerado un problema de salud pública en todo el mundo, el cual se evidencia por las altas tasas de morbilidad y mortalidad.

La OMS/OPS en el año 2011 señala que cada año 8.7 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1.4 millones murieron por esta causa. El 80% está en los países en vías de desarrollo y el 75% de los enfermos se encuentran en el rango de edad más productiva (15 a 44 años). Se estima que un tercio de la población mundial ha sido infectada y está en riesgo de enfermar en algún momento de su vida; nueve millones de personas enferman anualmente y cada enfermo transmite la enfermedad a 10 ó 15 personas si no ha recibido tratamiento. A nivel mundial, es la segunda causa principal de muerte en adultos, con dos millones de muertes cada año, así mismo cada día se presentan 28 mil casos nuevos.

En América Latina en el año 2011, más de 400,000 personas se enferman de tuberculosis, siendo Haití el país que tiene la mayor población afectada de tuberculosis de las cuales 44.000 son niños, contraen tuberculosis cada año y cerca de 23.000 mueren por esta enfermedad.

Cada año en el Perú se notifican 32 mil casos nuevos de TBC activa, lo que hace una tasa de morbilidad de 108 casos por 100 mil habitantes, cifra que coloca al Perú en el tercer lugar de los países con mayor carga de enfermedad tuberculosa en las Américas, precedido solamente por Haití y Bolivia.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Tuberculosis pulmonar (TBC) es una enfermedad social que, por su vínculo con la pobreza, afecta mayormente a los países en desarrollo y a los sectores más vulnerables de los países desarrollados, lo que hace difícil su control y erradicación.

La tuberculosis es una enfermedad bacteriana que suele afectar los pulmones (TBC Pulmonar); también pueden afectar otras partes del cuerpo, por ejemplo los ganglios linfáticos, los riñones, los huesos, las articulaciones (TBC extrapulmonar).

Uno de los objetivos del milenio fijado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el de reducir en un 50% la incidencia de Tuberculosis entre 1990 y 2015. Así mismo, esta organización señala que los desafíos son enormes, especialmente en Europa del Este y África, donde la resistencia del bacilo a los tratamientos y la incidencia del VIH y el SIDA son mayores.

En América, la TBC es un problema que afecta a todos los países del continente, existiendo países con mayor carga de pacientes, entre los que se encuentran Brasil y Perú, lugares donde se diagnostican el 50% del total de casos del continente. Por el contrario, Cuba es el segundo país de América con la tasa más baja de TB. Este país tuvo en el año 2003, tan sólo una tasa de 6,4 por 100, 000 habitantes, cifra muy similar a la registrada en EE. UU, cuya tasa fue para ese año, de 5,1 por 100,000 habitantes.

En el Perú, la TBC se encuentra distribuida en todo el territorio nacional, pero existen zonas con mayor incidencia; entre ellas, Lima es el departamento donde se concentran cerca del 60% de todos los casos de Tuberculosis Pulmonar (TBP) y el 85% de los enfermos Multi fármaco resistente (MFR) a la terapia antituberculosa. Es en el departamento de Lima en donde habita un tercio de la población del país. La gran mayoría de los enfermos viven en las zonas urbanas marginales, zonas en las que, si bien no existen condiciones favorables de vivienda, trabajo, y alimentación, las actividades económicas, culturales y sociales, constituyen un gran foco de atracción para la población.

Según la OMS, el Perú es uno de los países donde la estrategia DOTS, después de su implementación en 1990, ha obtenido buenos resultados, ya que los porcentajes logrados de curación han sido superiores al 85%. Pese a ello, la MFR primaria alcanza un 3%, como resultado de la poca eficacia del programa antes de la aplicación de esta estrategia.

El Perú es el segundo país en América del Sur tiene la más alta tasa de tuberculosis y el tercero en América, después de Haití y Bolivia. En la actualidad tienen una tasa de morbilidad 100 personas con TBC cada 100 mil personas, a comparación de Chile que registra que 11 por la misma cantidad de personas, lo cual representa un gran riesgo de contraer esta enfermedad.

La tuberculosis es una enfermedad social por excelencia, multifactorial y está vinculada estrechamente a la pobreza, hacinamiento, desnutrición, y determinantes sociales, culturales, demográficos y ambientales. Los índices y porcentajes de este mal en nuestro país nos avergüenzan a nivel de Latinoamérica y el mundo, razones por las que el Estado debe asumir seriamente su responsabilidad en este gravísimo problema de salud pública, acordando entre técnicos, políticos y expertos una estrategia nacional, que dote al programa de una infraestructura, equipamiento y un adecuado plan de bioseguridad, lo que se logrará con un financiamiento serio, con gestión, procesos y continuidad en el tiempo, al margen de los avatares políticos y fiscales de la patria.

El Perú concentra el 25% de los casos de la región y comparte con Haití el primer lugar en TBC Multidrogorresistente, con altas tasas de incidencia y morbilidad, tal es así que en los últimos años hemos recibido la dolorosa carga de 35,000 casos nuevos por año, concentrándose en Lima y Callao el 58% de los casos MDR y 90% de los casos XDR.

La tuberculosis no solo tiene efectos sobre la calidad de vida y su contribución al perfil de la mortalidad, sino que constituye en un serio riesgo para el desarrollo sostenible ya que produce enormes pérdidas en la productividad de las personas afectadas y genera enormes gastos para el país en su intención por controlar sus efectos. La tuberculosis contribuye en el empobrecimiento del individuo, familia y sociedad, ya que esta enfermedad no solo es consecuencia sino también condicionante de pobreza.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuáles son los factores que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son los factores psicosocial y ambiental que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013?

- ¿Cuáles son los factor institucional que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013?

- ¿Cuáles son los factores de adherencia al tratamiento que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Determinar los factores que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores psicosocial y ambiental que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013

- Identificar los factores institucionales que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en

pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013.

- Identificar los factores de adherencia al tratamiento que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La tuberculosis actualmente en nuestro país enfrenta los graves problemas de la droga resistencia, la asociación VIH/SIDA-TBC, el elevado índice de pobreza y la desnutrición a nivel nacional; problemas que van a promover la propagación de esta enfermedad que ataca a las personas independientemente de su condición social, económica y cultural. ⁽¹⁾

La Tuberculosis sigue siendo una amenaza para la salud y el bienestar de las personas, y se considera una de las enfermedades infecciosas en el hombre más importante del mundo, a pesar de los esfuerzos que se han hecho para su control en la última década. Esto hace que cada caso de Tuberculosis no sólo implique un sufrimiento individual para el enfermo que la padece, sino que la comunidad que le rodea también se puede ver afectada por ser una enfermedad transmisible. De forma general las iniciativas actuales para el control de la Tuberculosis están enmarcadas en los ámbitos de la salud pública, el ámbito económico y el humanitario. En salud pública las prioridades se dirigen al diagnóstico precoz y al tratamiento adecuado de los pacientes con Tuberculosis, con el propósito de disminuir la transmisión de la enfermedad, lo que implica altos costos económicos para su control y costos indirectos en los que incurre el individuo y la sociedad. Por otro, se observa déficit de recursos humanos (profesional de Enfermería) en la estrategia de control de tuberculosis que afecta considerablemente la atención al paciente, considerando la

información, educación, seguimiento adecuado y oportuno en el tratamiento antituberculoso, detección temprana de las RAFAS y las inasistencias. La enfermera, por la multifuncionalidad que cumple en los establecimientos de salud, muchas veces delega funciones al personal técnico de enfermería para cumplir sus responsabilidades; sin embargo, no siempre este personal consigue brindar un cuidado completo y adecuado a los pacientes; hecho que puede dificultar la continuidad del tratamiento y que puede bloquear la buena comunicación enfermera-paciente.

Los factores agravantes como, la pobreza, la migración, la conjunción de estilos de vida poco saludable, factores demográficos, restricciones en la accesibilidad a los servicios de salud y la situación económica actual de los países en desarrollo. Los ambientes laborales representan medios para la propagación de la Tuberculosis, teniendo en cuenta las deficiencias higiénicas sanitarias, tales como ventilación inadecuada, hacinamiento, humedad, pobre iluminación, así como jornadas extenuantes y prolongadas de trabajo. Las cifras actuales de infectados, enfermos y fallecidos por esta vieja endemia obligan a realizar una profunda reflexión de lo que realmente está fallando en el control de la enfermedad, la cual es curable desde hace más de 40 años y prevenible en la comunidad desde ya varias décadas.

Aproximadamente una tercera parte de la población mundial está infectada por Tuberculosis. Según cálculos de la OMS basados en los datos del 2001 solo el 30% de los casos de Tuberculosis activas están diagnosticándose y tratándose en los programas de TB.

La morbilidad se ha incrementado entre las personas infectadas por VIH siendo éste uno de los factores más importante que sostiene la epidemia de tuberculosis en el mundo, el VIH promueve la progresión de la tuberculosis activa en personas con adquisición reciente y con

infecciones por Tuberculosis. Un tercio de la población del mundo ya está infectada por la Tuberculosis se registraron 8.4 millones de casos anuales y murieron 1.9 millones de personas por la enfermedad. Los pobres y marginados en países pobres son los más afectados (95%) y un 98% de las defunciones ocurren en los países en desarrollo. (2)

Frente a lo expuesto, consideramos importante realizar este estudio, cuyos resultados permitirán conocer cuáles son los factores que podrían estar influyendo en el abandono del tratamiento antituberculoso, impidiendo cumplir con el esquema terapéutico.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La primera limitación, corresponde a la población de estudio, ya que la muestra que se obtuvo solo corresponde a los pacientes de 19 a 45 años con Tuberculosis Pulmonar atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos.

La segunda limitación, corresponde a los resultados obtenidos sólo sirvieron a la institución donde se llevó a cabo la investigación

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

CURASMA Taype, Silvia, en su estudio “Nivel de conocimientos sobre tuberculosis multidrogoresistente de pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de PCT del C.S. Madre Teresa de Calcuta. El Agustino, 2009. Tiene como objetivo general determinar el Nivel de conocimiento sobre Tuberculosis Multidrogoresistente de los pacientes que asisten a la ESN- PCT y como objetivos específicos identificar el nivel de conocimientos sobre tuberculosis multidrogoresistente de los pacientes, del esquema I, Esquema II y Esquema MDR de tratamiento. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por todos los pacientes de la Estrategia. Se concluye:

“Que el nivel de conocimientos que predomina en los pacientes que asisten a la ESN-PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta” predominantemente medio. En los Esquema I y Esquema II es predominante el conocimiento entre bajo y medio lo que condiciona a que los pacientes no sean partícipes de su autocuidado, predispониéndolos al agravamiento de la enfermedad. En el Esquema. MDR predomina el conocimiento medio, pero es alarmante que aún existan pacientes con conocimiento bajo, siendo esta la forma más grave de la enfermedad pudiéndolos conllevar a adquirir la TB – XDR e incluso la muerte si es que no se

tienen los conocimientos necesarios y la concientización sobre la enfermedad”.
(3)

VILLENA, realizó un estudio con respecto a “Relación de conocimientos y actitud sobre la tuberculosis en el profesional de Enfermería, Red Lambayeque 2011”. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de las enfermeras en la atención a las personas con tuberculosis en la Red Lambayeque durante el año 2011. La investigación fue de tipo cuantitativo, transversal con diseño correlacional, incluyendo en ella 40 profesionales de enfermería, los mismos que se seleccionaron por conveniencia. Se llegó a la conclusión:

“El 5% de los profesionales presentaron un buen conocimiento en medidas preventivas y seguimiento al tratamiento de tuberculosis, el 75% tuvo conocimiento regular en el área de detección y diagnóstico y 20% de muestras un desconocimiento total; en lo relacionado a actitudes frente a los pacientes un 87,5% presentó actitud favorable, específicamente en el componente afectivo en escuchar y tratamiento individualizado y el 12,7% tuvo una actitud desfavorable”. (4)

BRAVO et al, realizaron un estudio de corte transversal. Con el objetivo de determinar las actitudes de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogorresistente e identificar las características de cada uno de ellos como son: cognitiva, afectiva y conductual. 2008 El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. Concluyendo:

“Que la actitud de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogorresistente es de indiferencia ya que en todos los estudios presentan actitudes medianamente favorables hacia su enfermedad.” (5)

HERRERA et al, realizaron un estudio correlacional tipo transversal, tuvo como objetivo general determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre medidas preventivas de la tuberculosis. 2006. Tuvo como objetivo general determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre medidas preventivas de la tuberculosis (factores de

riesgo), en los familiares encargados del cuidado del paciente con tuberculosis frotis positivo. Concluyendo:

“El nivel de conocimientos fue menor en familiares analfabetos y mayor en familiares con estudios superiores, siendo los familiares de educación primaria y secundaria catalogada en un nivel regular de conocimiento, lo que amerita ampliar las estrategias educativas de prevención en este grupo de familiares, siendo el género femenino el que tuvo mayor conocimiento que el masculino.”⁽⁶⁾

GALINDO García, Jheremi Dayana en su estudio Relación entre nivel de conocimientos y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes con Tuberculosis Pulmonar Centro de Salud Jicamarca-MINSA. 2009. Cuyo objetivo general fue determinar la relación entre el nivel de conocimientos y actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención Control de Tuberculosis del Centro de Salud Jicamarca-MINSA 2008, la metodología utilizada tiene enfoque cuantitativo con método descriptivo de corte transversal. La muestra está conformada por 60 pacientes con diagnóstico de tuberculosis que se encuentran recibiendo esquema 1 y 2 de tratamiento contra la tuberculosis del Centro de Salud Jicamarca-MINSA. La técnica Utilizada fue la encuesta, un cuestionario y la escala de tipo Lickert Modificada como instrumento. Se llegó a la conclusión:

“Existe relación directa entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes, al existir relación estadísticas entre las dos variables. El nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre tuberculosis pulmonar de manera global es de bajo a medio (76.6%), lo que estaría limitando a que ellos tomen decisiones acertadas en relación a la enfermedad, poniendo en riesgo su salud, la de su familia y comunidad. Las actitudes que tienen los pacientes hacia el tratamiento es de indiferencia (75%), lo que nos indica que los pacientes están en riesgo de recaer o abandonar el tratamiento farmacológico” (7)

MONTALVO Merca, Sharon Catherine en su estudio Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis en el profesional de enfermería, red Chiclayo 2013. El objetivo es determinar la relación

entre el nivel de conocimientos y actitudes de las enfermeras en la atención a la persona con tuberculosis en la Red Chiclayo durante el 2013. La hipótesis planteada es el alto nivel de conocimiento acerca de la tuberculosis, se relaciona con una actitud favorable en las profesionales de enfermería hacia el paciente con tuberculosis. La investigación fue de tipo cuantitativo, transversal, y con diseño correlacional, incluyendo en ella 40 profesionales de enfermería, las mismas que se seleccionaron por conveniencia. Para la recolección de datos se utilizaron 2 instrumentos: un cuestionario para medir el nivel de conocimientos validados por juicio de expertos; y la escala de Lickert para medir actitudes validadas por el análisis factorial (coeficiente Alfa-Crombach: 0,7). Los datos obtenidos se procesaron utilizando el programa estadístico SPS y Excel, teniendo como resultado que el 67.5% de los(as) profesionales presentaron un regular conocimiento acerca del manejo de la tuberculosis; las actitudes frente a los pacientes, un 77.5% tiene actitud favorable. Concluyendo:

“No, existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos y las actitudes de los profesionales en enfermería debido a que el valor de $p=0.298$ ”. (8)

CAPACUTE Chambilla, Katerine Mavel en su estudio Relación entre el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la MICRORED Cono Sur Tacna 2012. El objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento de Tuberculosis Pulmonar y la actitud hacia el tratamiento del paciente. Para tal efecto se realizó un estudio de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal; tomando como muestra de estudio a 65 pacientes con Tuberculosis Pulmonar. Para la selección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumentos el cuestionario, la encuesta de Nivel de Conocimiento de Tuberculosis Pulmonar y la Escala de Likert modificada, para la relación entre variables se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado con 95% de confiabilidad y significancia de $p<0.05$. Los resultados obtenidos indicaron que el 56,92% presentó un nivel medio de

conocimiento y el 50,77% mostró actitud de indiferencia al tratamiento; concluyéndose:

“Que existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento de Tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Microred Cono Sur”. (9)

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Factores asociados a la TBC

La tuberculosis, también llamada TBC es una enfermedad infectocontagiosa que le puede dar a cualquier persona sea rica o pobre, hombre o mujer, adulto o niño. Es una enfermedad totalmente curable, si se cumple regularmente con el tratamiento farmacológico hasta culminar los tratamientos, si es irregular o es abandonado, la enfermedad puede extenderse y atacar a varios órganos del cuerpo como huesos, cerebro, riñones, etc., el tratamiento anterior y podrá utilizarse y se tendrá que adoptar uno más largo.

Existen algunas condiciones para que el tuberculosis pulmonar se produzca, la principal y la más importante es la inadecuada nutrición otras condiciones son la falta de deporte, el exceso de trabajo, alcohol y el uso de drogas. Algunas enfermedades como la diabetes y el VIH/SIDA aumentan el riesgo de adquirirla. Las enfermedades importantes que conocen que las condiciones que son causa de la tuberculosis son la falta de higiene, ingestión de alguna comida o de los mismos cubiertos vasos desabrigarse esto para evitar temores innecesarios que muchas veces llevan a las personas a aislar sin razón a los pacientes con tuberculosis.

La nutrición debe ser balanceada, significa que los alimentos que consume deben responder a sus diferentes necesidades corporales, esta es la mejor manera de facilitar la curación del paciente y proteger a los miembros de su familia y a las personas que lo rodean de la tuberculosis. La alimentación diaria en el desayuno, almuerzo y comida debe contener estos tres tipos de alimentación: los constructores que ayudan a construir tejidos y aportan masa muscular, en este grupo se encuentran el pollo, carne, queso, pescado, huevos, leche, quinua etc., dentro del grupo de los energéticos se encuentran: La papa, camote, yuca, habas, harinas, choclo, aceite, etc. que dan energía para realizar las actividades diarias, ayudan a mantener el peso y permiten el crecimiento y desarrollo; en el grupo de los reguladores que favorecen el funcionamiento del cuerpo, las vitaminas y minerales tenemos las verduras y frutas.

La pobreza y la falta de viviendas dignas en los núcleos urbanos también se asocian a esta nueva aparición de la tuberculosis. Las relaciones entre la tuberculosis, la vida urbana y la pobreza, se han puesto de manifiesto, el incremento del número de gente pobre y malnutrida que padece situaciones de hacinamiento y falta de higiene facilita la transmisión de la tuberculosis. En los barrios pobres, la combinación de hacinamiento y escasa ventilación implica con frecuencia que una persona con TB, si no recibe los cuidados requeridos, transmitirá la infección a otros 10 o 15 individuos cada año.⁽¹⁰⁾

- **Edad.** Es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo. No existe unificación a la

edad de mayor riesgo de abandono. Un estudio mostró que la incidencia de abandono de tratamiento era quienes tenían edad entre 21-30 años. Salazar mostro que el promedio de edad de las personas que abandonan el tratamiento oscila entre 28 y 45 años. ⁽¹¹⁾ Mientras Meza y Altuzar mostraron que la edad de los pacientes más afectados fluctuaba entre 20 y 40 años, se observa que afectó a toda una población económicamente activa. ⁽¹⁰⁾

- **Sexo.** Es la clasificación del sexo de una persona en función de ser mujer o varón. Aunque existen propuestas de hacer explícito la intersexualidad. La literatura apoya a la premisa que los hombres tienden a abandonar el tratamiento más que las mujeres. Culqui, mostro que los pacientes que abandonaron el tratamiento fueron del sexo masculino. ⁽¹²⁾ Otro estudio mostró que de los casos, el 68,4% fueron hombres y el 31,6% fueron mujeres, no se presentaron diferencias importantes en cuanto al género. ⁽¹¹⁾ Otro estudio mostró que en el grupo de abandono predominó el sexo masculino con una diferencia porcentual mínima. ⁽¹⁰⁾ Sosa. observo que los varones predominaron tanto en el grupo de casos como en el de los testigos, una asociación que fue positiva. ⁽¹³⁾
- **Estrato económico.** Es el resultado del desarrollo económico que marca una pauta importante en el desenvolvimiento de una persona. Se expresa en la ocupación del principal sostén y el patrimonio del hogar Variable latente del cual solo se puede medir sus manifestaciones. Vivir en un estrato bajo suele ser descrito como un factor de riesgo para el abandono de tratamiento. Un estudio mostró respecto al estrato económico que el 68% de los casos, el 70,2% de los controles pertenecían al estrato social bajo. ⁽¹¹⁾ Cáceres y Orozco observaron que el

índice de abandono del tratamiento el 1,2 vivían en un estrato bajo.⁽¹⁴⁾

- **Nivel educativo.** Se refiere al periodo, medido en años escolares, que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal. A menor nivel educativo mayor será la probabilidad de abandono. Es decir mientras más bajo sea el nivel educativo más difícil se hace la comunicación tanto con la familia, como con el personal de salud. Salazar observó en cuanto al nivel educativo que solo el 31% de los casos y el 40% de los controles tenían estudios secundarios, y solo el 8,8% de los controles estudiaron en la universidad.⁽¹¹⁾ Otro estudio mostró que la escolaridad menor que la instrucción secundaria completa, se relacionó con una mayor probabilidad de abandonar el tratamiento.⁽¹²⁾ Meza y Altuzar observaron que en la escolaridad predominó la primaria incompleta para abandono y no abandono. Finalmente un estudio observó que el bajo nivel educativo predominó en los pacientes que desertaron el tratamiento.^(10,13)
- **Estado civil o Marital.** Es la situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. En un estudio observaron que entre los que abandonaron y se curaron no hubo diferencias en cuanto al estado civil; un poco más de la mitad de todos los pacientes refirieron no tener parejas estables.⁽¹³⁾ En otro estudio realizado observaron con respecto al estado civil, la convivencia en pareja fue de 62,2% los que abandonaron el tratamiento y de 51,2% los que no lo hicieron.⁽¹⁰⁾ Salazar al evaluar el estado civil demostraron que no había diferencia entre tener pareja y no tenerla.⁽¹¹⁾

- **Falta de vivienda.** Es una necesidad específica de la pobreza. Se evidencia que en diferentes estudios realizados, la falta de vivienda, va aumentar el riesgo de abandonar el tratamiento. En un estudio demostraron que el 51,4% de los pacientes que abandonaron el tratamiento vivían en casa prestada o rentada, con una diferencia mínima porcentual del que no lo hizo. ⁽¹⁰⁾Sosa observo que quienes vivían en la calle o no tenían domicilio estable presentaron un riesgo tres veces mayor de desistir de la farmacoterapia, una asociación que resultó estadísticamente significativa. ⁽¹³⁾
- **Ingresos económicos.** Se relaciona tanto con diversos aspectos económicos pero también sociales ya que la existencia o no de los mismos puede determinar el tipo de calidad de vida de una familia o de un individuo. Un estudio mostró que el 84,2% de los que abandonaron no tenían capacidad económica mientras que el 59,6% de los controles presentaron esta misma situación, el riesgo de abandono fue de 3,61. ⁽¹¹⁾ Otro estudio demostró que más de la mitad de los abandonos correspondieron a individuos desempleados y los que trabajaban el 80% recibían menos de un salario mínimo. ⁽¹³⁾

Factores Psicosociales y Ambientales

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

- **Consumo de alcohol y tabaco.** El consumo de alcohol es un fenómeno que genera muchas deficiencias físicas y psicológicas dentro de un ser humano. El consumo de tabaco

es el acto consistente en el haber fumado por lo menos alguna vez un cigarrillo o una fracción de él. Un estudio mostró que existía proporciones semejantes en el consumo frecuente de tabaco en ambos grupos estudiados, el consumo frecuente de alcohol mostró una relación significativa con una mayor probabilidad de abandonar el tratamiento respectivamente. ⁽¹²⁾Meza y Altuzar demostraron que el alcoholismo estuvo presente en 45,9% del grupo con abandono, a diferencia de 4,9% del grupo de no abandono, con una significancia estadística. ⁽¹⁰⁾El tabaquismo se presentó en 19% vs 7,3% para abandono y no abandono. ⁽¹⁰⁾Otro estudio observó que el número de individuos que fumaban y consumían bebidas alcohólicas fue proporcionalmente mayor entre los casos que entre los controles. ⁽¹³⁾ Salazar observó que la probabilidad de abandonar el tratamiento en las personas que consumieron alcohol durante el tratamiento, es 7 veces mayor en relación a los que no lo hicieron asimismo tener otra adicción aumenta en 4 veces el riesgo de abandonar el tratamiento. ⁽¹¹⁾

- **Consumo de sustancias psicoactivas (Drogas).** Problema social complejo y multifactorial tanto por sus causas y consecuencias, como por sus componentes e implicaciones todo consumo de drogas implica la presencia de una persona que realiza una elección conductual, pero supone una peculiar reacción del organismo ante la acción de una sustancia química. El consumo de drogas ilícitas es uno de los factores que inducen directamente a los pacientes a abandonar el tratamiento. Un estudio mostró que el número de los pacientes que fumaba, consumían bebidas alcohólicas o usaban drogas ilícitas, el riesgo de abandonar el tratamiento fue casi cinco veces mayor cuando el paciente utilizaba alguna de esas sustancias. ⁽¹³⁾Otro estudio mostró que las drogas tienen una

relación significativa con una probabilidad de abandonar el tratamiento.⁽¹²⁾

- **Migración.** Movimiento de la población que consiste en dejar el lugar de residencia para establecerse en otro país o región, generalmente por causas económicas o sociales. Así como las tasas de morbilidad y mortalidad son altas entre las personas desplazadas e inmigrantes, también existen dificultades para el cumplimiento del tratamiento en una población con altos índices de migración.⁽¹⁵⁾
- **Falta de apoyo Familiar.** Se considera que la falta de apoyo familiar al paciente con tratamiento contra la tuberculosis, constituye uno de los riesgos para el abandono de la misma. Un estudio de caso y control mostró que cuando los pacientes recibían aceptación por parte de la familia al enterarse de la enfermedad, la proporción de abandono fue menor.¹⁵ Otro estudio observó que los pacientes afectados con tuberculosis que recibían apoyo familiar, fue considerado como un factor protector en el abandono de tratamiento.⁽¹⁴⁾

Factores relacionados ala adherencia al tratamiento

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

- **Conocimiento de la enfermedad.** Algunos pacientes con tuberculosis no llegan a entender todo el proceso de la enfermedad, tratamiento, prevención, y las razones de por qué el tratamiento es tan prolongado. La falta de conocimientos puede llevar al paciente a tomar más alternativas, como la de

abandonar su tratamiento. Un estudio mostró en cuanto al conocimiento de la enfermedad de 261 pacientes el 10,7% de ellos no tenían conocimientos sobre la tuberculosis. ⁽¹⁵⁾ Yolanda. observo que entre los pacientes, que tenían un concepto incorrecto de la tuberculosis pulmonar, un 67.9% no terminó el tratamiento.⁽¹⁰⁾ Otro estudio, mostró que el 65% de los casos consideró insuficiente la información que ofrece el programa, mientras que la proporción fue significativamente menor en el grupo control. ⁽¹²⁾

- **Efectos adversos al medicamento.** Los efectos secundarios que ocasiona la farmacoterapia contra la tuberculosis como nauseas, vómitos, diarrea, cólicos, hipersensibilidad entre otros se presentan con frecuencia y en algunos casos están relacionados con el abandono de tratamiento. En un estudio se observó una tendencia al abandono por no haber sido advertido de la importancia de no suspender el medicamento y de las molestias producidas por el mismo. ⁽¹¹⁾ Otro estudio mostró que la tasa de incidencia de abandono del tratamiento aumentó cuando los pacientes refirieron presentar efectos secundarios al tratamiento. ⁽¹⁵⁾ Sosa observo que existe la asociación negativa entre la presencia de efectos secundarios y el abandono de tratamiento. ⁽¹³⁾ La medicación contra los efectos secundarios no mostró relación estadísticamente significativa.
- **Duración del tratamiento.** Tiempo que dura el tratamiento de una enfermedad. Se encuentra asociada a la adherencia y está relacionada como el obstáculo más difícil de vencer para lograr la adherencia al tratamiento contra la tuberculosis. Un estudio observó que en el grupo que abandonó el tratamiento 70,7% tuvo más de un año de evolución de la enfermedad, a

diferencia de los que no lo hicieron. ⁽¹⁰⁾ Salazar mostro que la probabilidad de abandonar el tratamiento antituberculoso por no haber sido informado de la duración es casi 7 veces mayor que entre aquellos que no lo abandonaron. ⁽¹¹⁾ Otro estudio observó que los pacientes que abandonaron el tratamiento desconocían la duración de su propio régimen terapéutico con mayor frecuencia que del grupo control, en ambos grupos una menor proporción desconocía el numero de pastillas que debería tomar cada día. ⁽¹²⁾

Factores Institucionales

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

- **Relación entre el paciente y personal de salud.** Es de considerar que una adecuada relación entre el paciente y el personal de salud favorece a las expectativas que el paciente tiene frente al personal que suministra el tratamiento. Un estudio mostró que la probabilidad de abandonar el tratamiento fue mayor cuando se estableció una mala o deficiente relación entre la enfermera y el paciente; y de forma significativa cuando hubo una mala relación con el médico. ⁽¹¹⁾ Otro estudio, observó que de la misma forma, la proporción de casos que se declaró disconforme con el trato del personal de salud fue tres veces superior a los del grupo control. ⁽¹²⁾

- **Distancia al centro de salud.** Comprende el espacio o intervalo de lugar o de tiempo que emplea el paciente para dirigirse al establecimiento de salud. Algunas veces el usuario

puede concurrir al centro de salud caminando y de otra veces suele tomar ómnibus o cualquier otro tipo de movilidad. Un estudio mostró que el riesgo de deserción al tratamiento fue 2,6 veces mayor cuando el paciente enfrentaba dificultades para acceder a los servicios de salud. ⁽¹³⁾Salazar. observaron que el tener dificultad para el traslado al centro de salud aumenta el riesgo de abandonar el tratamiento contra la tuberculosis. ⁽¹¹⁾

Se han descrito múltiples factores que influyen en el abandono de tratamiento, entre los que se incluyen las características demográficas, económicas, psicosociales, ambientales, en relación al tratamiento y a las características institucionales. En este aspecto la labor de enfermería es fundamental, para establecer acciones que permitan al paciente con tuberculosis una mejor adherencia al tratamiento y contrarrestar los factores que lo llevan al a abandonar el tratamiento. Cabe resaltar que la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis debería diseñar estrategias creativas para mejorar la adherencia al tratamiento; las cuales deben estar orientadas al paciente y a su familia y no a los sistemas de salud como actualmente podemos observar. El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica, involucra realizar una serie de tareas que requieren: Saber qué hacer, como hacer y cuando hacer. El paciente debe de disponer de una serie de habilidades con diferentes grados de complejidad. Por otro lado, es importante conseguir que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricta a los tratamientos y cumplimiento de todas las indicaciones. La enfermera del establecimiento de salud es la más involucrada en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis, pues tiene la responsabilidad de controlar la diseminación de la enfermedad y garantizar la correcta administración del tratamiento para el cumplimiento

terapéutico. La adherencia al tratamiento depende de gran parte de la relación establecida entre la persona con tuberculosis, el personal de enfermería que lo administra y el establecimiento de salud.

2.2.2. La tuberculosis pulmonar su historia

Consunción, tisis, mal del rey, peste blanca o plaga blanca. De todos estos modos se ha conocido a la tuberculosis a través de la historia. La mentalidad etiopatogénica incluyó en el mismo concepto otras enfermedades causadas por el mismo microorganismo y que, durante la historia, recibieron nombres propios que aún hoy se utilizan, como el mal de Pott, la tabes mesentérica o la escrófula.

Es considerada una de las primeras enfermedades humanas de las que se tiene constancia. Aunque se estima una antigüedad entre 15.000 y 20.000 años, se acepta que el microorganismo que la origina evolucionó de otros microorganismos más primitivos dentro del propio género *Mycobacterium*. Se cree que en algún momento de la evolución, alguna especie de micobacterias saltó la barrera biológica por presión selectiva, y pasó a tener un reservorio en animales. Esto, posiblemente, dio lugar a un primer espécimen del *Mycobacterium bovis*, que es la aceptada por la mayoría como la más antigua de las especies que integran el denominado complejo *Mycobacterium tuberculosis* (que incluye *M. tuberculosis* o bacilo de Koch, en honor a su descubridor, *M. bovis*, *M. africanum* y *M. microti*). El paso siguiente sería el paso del *M. bovis* a la especie humana, coincidiendo con la domesticación de los animales por parte del hombre. Se han constatado indicios de su presencia en huesos humanos datados

en el Neolítico, aunque no es posible conocer con exactitud su magnitud (incidencia y prevalencia) con anterioridad al siglo XIX. Se estima, no obstante, que el período de mayor extensión (por porcentaje de población afectada) transcurrió entre los últimos años del siglo XVIII y los últimos del XIX. Las denominaciones que recibe en las diferentes culturas: sosha (india), phythisis (griega), consumptione (latina) o chaky oncay, (inca) hacen en todos los casos referencia a "secar" o "consumir", debido al aspecto debilitado y caquéctico de los afectados. Su alta tasa de mortalidad entre adultos de mediana edad y el surgimiento del romanticismo, como movimiento filosófico y cultural que primaba el sentimiento sobre la razón, se aliaron para idealizar a esta enfermedad como "la enfermedad de los artistas".

Tuberculosis pulmonar

La tuberculosis es una infección bacteriana causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, también llamado Bacilo de Koch, que es un bastoncillo de 2 a 4 micras de longitud y 3 micras de espesor que se desarrolla en cualquier órgano del cuerpo humano. ⁽¹⁶⁾

Su transmisión es a través de los microorganismos que son transportados en gotitas por el aire de 1 a 5 metros, la vía principal de entrada es la vía aérea. A través de la inhalación, la cual se produce cuando el enfermo tose, conversa, estornuda o ríe y lanza a la exterior aerosoles que contienen la bacteria penetrando hasta las bronquios y alvéolos donde pueden ocasionar la enfermedad dependiendo de las defensas del huésped, el tamaño del inocuo y su virulencia. ⁽¹⁷⁾

La exposición cercana a un caso infeccioso, prolongada o repetida puede producir infección de los contactos. Salvo por las situaciones esporádicas, como una fístula con secreción, la tuberculosis extrapulmonar generalmente no es transmisible⁽¹⁸⁾.

La tuberculosis es una enfermedad que afecta principalmente a la población con menos recursos, así mismo, existen ciertas condiciones que favorecen su presencia entre las cuales tenemos como más relevantes el hacinamiento, la desnutrición y la anemia, que esta última llega a producir numerosas alteraciones metabólicas afectando también su mecanismo inmunológico y como consecuencia, son más susceptibles de adquirir enfermedades infecciosas. Tras la exposición inicial, se desarrolla una infección tuberculosa localizada, que en la mayoría de los casos cicatriza de forma espontánea. Queda una lesión calcificada (nódulo de Ghon), y la enfermedad clínica puede aparecer muchos años más tarde. Entre las personas con mayor riesgo de tuberculosis se incluyen las inmunocomprometidas, por ejemplo las infectadas por HIV, las que viven bajo condiciones de hacinamiento, por ejemplo en barrios pobres, cárceles, asilos y refugios para desamparados y los adictos a las drogas intravenosas, alcohólicas, desnutridos o ancianos, además los que viven en contacto íntimo con un afectado por tuberculosis activa es más probable que se contagie y desarrollen la enfermedad. Ello implica en parte la mayor incidencia de tuberculosis de poblaciones pobres y hacinadas.

Los síntomas de la enfermedad varían entre unos pacientes y otros, dependiendo de la extensión de la enfermedad. Tal vez no se

observensíntomasdurantelosestadiosprecoesdela tuberculosis,conlesionesinflamatoriaspequeñas,mientrasque lossíntomassonmás probables enlospacientes conenfermedadavanzada,bilateral,cavitariay multicéntricas.Elsíntomamáshabitualde la tuberculosispulmonar esla tos.Al principio,la tospuede ser noproductiva,pero sila enfermedadprograsa sin tratamientose convierte enproductiva,conexpectoraciónhemoptisis,pero la hemorragia solo se observa en la enfermedad cavitaria extensa.

Laexpectoraciónhemopteicay lahemoptisiscopiosa,aunespresenciade graves lesiones destructivas, no es muyhabitual. Ello sedebea que en dichas lesiones tienen lugar afenómenos trombóticos vasculares,primos a lanecrosistisular ⁽¹⁸⁾.

Cuandose afecta eltejido pulmonar próximoa la pleura,aparecerá dolor torácicodetipopleurítico.Esedolorsuele seragudo yempeoraconlarespiración profunda oconlatos. Losenfermosconenfermedadextensa presentansíntomas sistémicospor ejemplo, fiebre,sudoracionesnocturnas,malestargeneral,pérdidade peso, anorexiayfatiga.

Laeficiaterapéutica seestablece medianteexamen mensualde muestra de esputo,hastaquesehacennegativas.Haciaelfinaldeltercermesde tratamiento.El 90%de losesputossehabránconvertidoennegativos para M,tuberculosis.La eficacia terapéutica depende en gran medida de la voluntad y la capacidad del pacienteparatomar losmedicamentosdeunaformaregular,segúnlopreescrito.La

toma esporádica de la medicación se asocia con fracaso terapéutico y desarrollo de cepas de *M. tuberculosis* resistente a los fármacos. Los ciclos terapéuticos más cortos a mayores tasas de recidiva.

En el tratamiento de la tuberculosis, los medicamentos esenciales más usados por el CCT del Ministerio de Salud son isoniacida, rifampicina, pirazinamida, estreptomycin y etambutol. Se tienen en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosos: capacidad bactericida, capacidad esterilizante y capacidad de prevenir la resistencia.

Los medicamentos antituberculosos poseen estas propiedades en grados diferentes. La isoniacida, rifampicina y pirazinamida son los medicamentos bactericidas más potentes activos contra todas las poblaciones de bacilos tuberculosos. La isoniacida actúa sobre poblaciones de multiplicación continua; la rifampicina interfiere con la multiplicación del material genético del *Mycobacterium tuberculosis*, la pirazinamida es activa en medio ácido contra los bacilos que se encuentran en el interior de los macrófagos. Debido al hecho de que estos tres medicamentos pueden eliminar el bacilo en cualquier localización extra o intracelular. Se les conoce como el núcleo básico del tratamiento antituberculoso.

La estreptomycin tiene también propiedades bactericidas contra ciertas poblaciones de bacilo tuberculoso, y actúa contra los que se encuentran en fase de multiplicación extracelular rápida. El etambutol es un fármaco bacteriostático que se asocia a

medicamentos bactericidas más potentes para evitar la emergencia de bacilos resistentes.

El tratamiento farmacológico acortado ha demostrado ser una de las intervenciones sanitarias altamente eficaces en el control de la tuberculosis.

Para que esto suceda es importante que los medicamentos que conforman el arsenal terapéutico sean utilizados de forma racional a través de un programa de lucha contra la enfermedad integrando al conjunto de acciones de salud en todos los niveles. Las condiciones esenciales que debe cumplir la quimioterapia acortada son:

- Tratamientos con asociación de medicamentos de alta eficacia que eviten la selección de mutantes resistentes y, por lo tanto, la aparición de fracasos.
- Tiempo suficiente de tratamiento y con el menor número de tomas que aseguren un bajo porcentaje de recaídas.
- Reacciones adversas mínimas que permitan ser más aceptable por parte de los enfermos.
- Administración de medicamentos bajo estricta supervisión que garantice el cumplimiento del tratamiento. Este es el factor más importante para la curación de todas las personas enfermas, lo cual es la base del programa de control.
- Debido a las connotaciones sociales de la tuberculosis y el alto costo de los medicamentos, el estado garantiza el acceso al tratamiento a todos los enfermos con tuberculosis de este mal y la gratuidad del mismo.

El tratamiento farmacológico considerado fases:

- Comienzo con una primera fase diaria de ataque intensivo para reducir rápidamente la población bacilar inicial y prevenir la resistencia (fase bactericida)
- Continuación con una segunda fase de consolidación (bisemanal) por tiempos suficientes para la eliminación de los bacilos persistentes y evitar las recaídas (fase esterilizante).

Exámenes Diagnósticos:

El diagnóstico de la tuberculosis descansa en diferentes pilares de diferente importancia clínica: la baciloscopia a través de la muestra de esputo y la radiología.

- **Baciloscopia:** la baciloscopia ha sido adoptada por la mayoría de los países en desarrollo, es el procedimiento diagnóstico de elección en enfermos sintomáticos.

Además de ser simple, rápido, específico y

barato. Es el diagnóstico seguro de tuberculosis, identificándose como bacilo alcoholácido resistente (BAAR) a través de examen microscópico directo de la expectoración obtenida tempranamente por la

mañana, después que se acumule el esputo por la noche y que estos tienen un mayor volumen y

están menos contaminados, mediante la baciloscopia se confirma

con una especificidad del 100%. A pesar de todo es mejor disponer de una muestra positiva para asegurarnos bien de que se trata de tuberculosis.

Es necesario instruir a los pacientes para obtener una buena muestra para evitar

secreciones nasofaríngeas o salivales; la expectoración se recoge en un

frasco limpio y seco provisto de una tapa y de una etiqueta donde se coloque la fecha y el nombre del paciente y la eficacia del estudio bacteriológico depende de una buena muestra bien conservada aunque sea a temperatura ambiente y puede ser procesada más de una semana después de obtenida.

- **Radiología** (radiología torácica) la radiografía del tórax es el método más sensible para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar que certifica, con la baciloscopia, la enfermedad. El problema es el costo, la accesibilidad y es menos específico que la bacteriología, las imágenes radiológicas que produce la tuberculosis pulmonar entran en el diagnóstico diferencial de todas las patologías respiratorias y de muchas enfermedades sistémicas a pesar de que se insiste mucho en su inespecificidad, con frecuencia bastante sugerentes.

Los sujetos sintomáticos respiratorios, cuyos síntomas persisten a pesar de por lo menos de dos frotis negativos de esputo, deben enviarse para examen radiológico en todos los casos en que se dispongan de medios ⁽¹⁸⁾.

Reacción de tuberculina (PPD) la reacción de tuberculina por razones que no se conocen bien, es de poca ayuda diagnóstica, pero es muy útil como complemento del diagnóstico de la tuberculosis infantil. Las reacciones adversas a fármacos anti-tuberculosos (RAFAS) más frecuentes son: náuseas, dolores gástricos, insomnio, euforia, síndrome gripal y anorexia, pero se presentan otras reacciones que se presentan

Transmisión

El reservorio de la tuberculosis es el ser humano, tanto el sano infectado como el enfermo. Cuando la tuberculosis se localiza en el pulmón, los individuos enfermos podrán diseminar el bacilo, ya que al toser, hablar o expectorar eliminarán pequeñas gotas de saliva (gotas de Pflügge) que contienen bacilos, que podrán ser aspirados por individuos susceptibles.

Los factores determinantes del contagio incluyen la localización de la tuberculosis (pulmonar o no), características de la enfermedad (mayor o menor cantidad de bacilos en el esputo), la duración y frecuencia del contacto entre la persona sana y la enferma; las características del ambiente en que ocurre (inadecuada ventilación) y las condiciones del individuo expuesto (nutrición, enfermedades concomitantes).

La mayoría de las personas que se infectan con el bacilo tuberculoso, podrán controlarlo y no desarrollarán la enfermedad. Entre las que enferman de tuberculosis, el 80% presentará la enfermedad durante los dos primeros años posteriores al primer contacto con el bacilo (primoinfección).

Período de transmisibilidad

El paciente con tuberculosis pulmonar permanece infectante mientras no se comience el tratamiento específico.

Una vez comenzado el tratamiento el paciente disminuirá la tos y la cantidad de bacilos en su expectoración (esputo), con lo que disminuirá la posibilidad de contagio, alrededor de terminada la segunda semana de tratamiento, la cantidad de bacilos baja al 1% de la población original.

Tuberculosis extrapulmonar

Entre el 15 al 20% de todos los casos de tuberculosis, afectará a otros órganos fuera del pulmón.

Las formas más frecuentes de tuberculosis extrapulmonar son la pleural y la ganglionar, seguidas por la genitourinaria. Los síntomas de la tuberculosis extrapulmonar, dependerán del órgano afectado. ⁽¹⁹⁾

Tratamiento

El tratamiento de la Tuberculosis se basa en regímenes de terapia combinada (varios medicamentos) de corta duración, formulados en los decenios 1970, 1980, y que han ido mejorando en el transcurso de los años, teniendo en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosis: capacidad bactericida, capacidad esterilizante, y capacidad para prevenir la resistencia. Nos enfrentamos a su vez a fenómenos biológicos relacionados a la presencia de enfermedades como el VIH/SIDA o la Diabetes Mellitus, que favorecen a la presencia de la tuberculosis, además los fenómenos de resistencia a las drogas, la Multidrogorresistencia y la Extrema Resistencia, y por lo tanto a escenarios mucho más complejos para el control de la Tuberculosis en el país.

En el Perú hemos acumulado en los últimos años una reconocida experiencia internacional en el manejo de la Tuberculosis en general y de manera particular en la Multidrogorresistencia. Hemos podido incorporar herramientas de diagnóstico para identificar Tuberculosis Multidrogorresistente (TB MDR) y la posibilidad de implementar acciones terapéuticas más eficaces.

El tratamiento farmacológico de la Tuberculosis sensible a las drogas considera dos fases, ambas supervisadas:

Primera fase de inducción o bactericida: de administración diaria, sirve para prevenir la resistencia y con ello el fracaso al tratamiento.

Segunda fase mantenimiento o esterilizante: de administración intermitente. En este momento la población bacteriana se multiplica 1 vez por semana o menos frecuentemente, de manera que ya no requiere tratamiento diario. Incluye menor número de medicamentos, suficientes para conseguir la eliminación de los bacilos persistentes y evitar así las recaídas.

En todos los pacientes es obligatoria la observación directa de la toma de medicamentos por el personal de salud, con lo que se obtiene la mayor posibilidad de curación y menos riesgo de resistencia y fracaso al tratamiento. La observación directa de la toma de los medicamentos (tratamiento supervisado en ambas fases) mejora sensiblemente la posibilidad de lograr la curación de los pacientes. Está prohibido dar tratamiento autoadministrado.

Las instituciones proveedoras de servicios de salud deberán garantizar o asegurar la supervisión del tratamiento en ambas fases. De no poder cumplir con esta indicación deberá ser derivado o transferido según el caso a un establecimiento de salud del Ministerio de Salud para su supervisión.

Cuando se brinda tratamiento autoadministrado (no observado por el personal de salud)²⁰

Esquema UNO:

Es el esquema de terapia combinada diseñado con medicamentos de primera línea para aquellas personas con tuberculosis sin

antecedentes de haber recibido tratamiento antituberculosis previo o, si lo recibieron, éste fue por menos de treinta días consecutivos (sinónimos: nunca tratados (NT), virgen al tratamiento).

Composición El tratamiento primario ESQUEMA UNO estrictamente supervisado incluye los siguientes fármacos: Isoniacida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), Etambutol (E)

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)

Esquema DOS:

Es el esquema 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.

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 (Estreptomicina) y extender la segunda fase.

Las personas con tuberculosis en condición de AT que no cumplan los criterios de recaída o abandono deben ser evaluados por el consultor local.

Composición El Esquema DOS incluye los siguientes fármacos: Rifampicina (R), Isoniacida (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)

Tuberculosis multidrogoresistente

La mejor opción de manejo para la TB MDR es el retratamiento individualizado, pero las personas con tuberculosis no siempre cuentan con resultados de prueba de sensibilidad en el momento de la decisión terapéutica, lo cual condiciona la necesidad de esquemas de tratamientos intermedios empíricos, en el país denominado esquema estandarizado de retratamiento o esquema empírico de retratamiento.

Retratamiento Individualizado para TB MDR

Esquema aprobado por el CERI en base a los resultados de la prueba de sensibilidad. Dicho esquema deberá ser propuesto por el médico consultor y puesto a consideración del CERI y/o CERN para su decisión final. Indicado en: Personas con tuberculosis que cuenten con resultados de pruebas de sensibilidad para fármacos antituberculosis de primera y/o segunda línea del INS o de laboratorios acreditados por el INS para este fin.

Duración

Aproximadamente 24 meses.

Todo expediente de paciente en tratamiento individualizado debe ser reevaluado al menos cada 6 meses en el CERI.

Todo paciente en el que se decida prolongar el tratamiento individualizado por más de 24 meses debe ser evaluado por el CERI y CER nacional.

Retratamiento Empírico para TB MDR

Es un esquema de tratamiento transitorio, que la persona con tuberculosis recibirá hasta que cuente con una Prueba de Sensibilidad.

Duración

Este es un esquema de tratamiento transitorio, hasta tener la Prueba de Sensibilidad, de no contar con ella la duración del tratamiento será determinado por el CERI y CERN, debiendo ser entre 18 y 24 meses.

Esquema de Retratamiento Estandarizado para TB MDR

Es un esquema de tratamiento transitorio, normatizado, que la persona con tuberculosis recibirá hasta que cuente con una Prueba de Sensibilidad.

Duración

Este es un esquema de tratamiento transitorio, hasta tener la Prueba de Sensibilidad, de no contar con ella durará 18 meses. Recordar que el esquema estandarizado al ser un esquema transitorio, deben agotarse todos los medios para contar con una prueba de sensibilidad y diseñar un esquema de retratamiento individualizado.

Prevención de la tuberculosis

Tiene como finalidad evitar la infección por tuberculosis y en caso de que esta se produzca, tomar medidas para evitar el paso de infección a enfermedad. Las medidas preventivas están dirigidas a evitar la desimanación del bacilo de Koch.

Las principales medidas preventivas son

Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la tuberculosis pulmonar frotis positivo: la medida preventiva más eficaz para evitar el contagio eliminando las fuentes de infección presentes en la comunidad a través de la detección, el diagnóstico precoz y el tratamiento completo de los casos de tuberculosis pulmonar frotis positivo.

Vacunación BCG: Se aplica gratuitamente a los recién nacidos. Su importancia radica en la protección que brinda contra las formas graves de tuberculosis infantil, especialmente la meningoencefalitis tuberculosa y la tuberculosis miliar en la población menor de 5 años (21).

Control de contactos: Se denomina a los contactos a las personas que conviven con el enfermo de tuberculosis. La actividad de control tiene por objetivo detectar casos de tuberculosis entre los contactos y prevenir el riesgo de enfermar. El examen de los contactos de un enfermo tiene carácter prioritario, mayor posibilidad de haberse infectado recientemente y desarrollar la enfermedad.

Quimioprofilaxis: Es la administración de isoniazida a los contactos de paciente menores de 19 años y a pacientes con infección por VIH sinevidencia de tuberculosis. Su objetivo específico es prevenir y/o disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa en los infectados. La organización

cumplimiento de la quimioprofilaxis estar bajo
responsabilidad de enfermería. (22)

Educación para la salud: Es un proceso de diálogo información reflexión acción dirigido al enfermo a conseguir la adopción de una conducta que disminuya la transmisión de la infección en la comunidad. Su objetivo es lograr que la población conozca las formas de protegerse y que actúe en concordancia con ellas. El contenido de la educación se vincula a la importancia y necesidad de contribuir a que los sintomáticos respiratorios identificados sean examinados por baciloscopía. Que los enfermos reciban tratamiento completo y supervisado y evitar que lo abandonen. Que los contactos sean examinados por el personal de salud. Que los contactos menores de 19 años de enfermos con TBP – FP sin evidencia de enfermedad activa, reciban quimioprofilaxis.

La metodología educativa debe asegurar, en primer lugar la participación de las personas y que estas expresen sus puntos de vista, favoreciendo un diálogo horizontal para concluir en decisiones informadas a favor de los usuarios.

La promoción de la salud y el control de la tuberculosis: está constituido por la información, educación y comunicación (IEC), que se definen como el conjunto de intervenciones planificadas e interactivas que combinan procesos, metodologías y tecnologías interdisciplinarias con la finalidad de lograr cambios móviles en las prácticas y actitudes de la población, buscando la sostenibilidad y el autosostenimiento en torno a la satisfacción de las necesidades de salud.

Además la promoción social que es el conjunto de acciones individuales, grupales y en la comunidad realizada con la finalidad de promover la salud, prevenir la enfermedad y detener su avance, con la participación activa de la comunidad, las organizaciones de base y otros actores.

Los cuidados en el hogar que se brinda al paciente con tuberculosis pulmonar deben incluir:

Descanso: Los enfermos con tuberculosis pulmonar presentan disnea al esfuerzo, incrementan su frecuencia respiratoria, motivo por el cual los períodos de descanso entre las actividades incrementan la tolerancia a la actividad y disminuye la disnea, mejorando la frecuencia respiratoria.

Alimentación: La nutrición de los enfermos con tuberculosis pulmonar se altera, ya que la enfermedad es de curso prolongado. Los y las respiraciones profundas incrementan la demanda de energía, disminuyendo la curva ponderal del enfermo; y en su mayoría los pacientes están desnutridos al inicio de la enfermedad, es preciso por ello que en el hogar los pacientes cubran las necesidades básicas de proteínas que se catalizan en energía.

Medidas de saneamiento: Cualquiera es susceptible de contraer la tuberculosis si inspira los bacilos que exhala un enfermo o portador al hablar, estornudar, toser o expectorar. Estas bacterias pueden permanecer suspendidas en el aire

durante horas, incluso años. Es por ello que entre las medidas de saneamiento se incluyen la técnica del cuidado durante 30 días del tratamiento farmacológico luego del cual el paciente ya no contagia. Se consideran las siguientes medidas:

- Poseer un cuadro privado, dormir solo.
- El paciente al momento de toser o estornudar debe cubrirse la boca y la nariz con papel higiénico.
- El papel utilizado embolsarlo y desecharlo al tachodebasura.
- Limpiar el polvo de los muebles con trapo húmedo y trapear el piso con desinfectantes
- Ventilar el cuarto donde duerme el enfermo, abrir las ventanas para que e ingrese los rayos solares que emiten radiaciones ultravioletas, la cual destruye al mycobacterium tuberculoso.

Dorotea Orem define el autocuidado como una contribución constante del ser humano a su propia existencia, a su salud y a su bienestar continuo. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan a favor de sí mismo para mantener la vida, la salud y el bienestar.

Orem define que el ser humano tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales y que cuenta con un potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para auto conocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de auto cuidado. Su aplicación en el estudio es fomentar el auto cuidado enseñándoles los cuidados que se debe aplicar frente a la enfermedad.

El modelo de promoción de **Nola Pender** identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual

da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro.

El modelo de promoción de la salud de **Nola Pender** sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud, su aplicabilidad en los pacientes que han abandonado el tratamiento es reintegrarlos al tratamiento mediante conversatorios educativos y sociales, entre el personal a cargo del mismo y del personal de programa de control de la tuberculosis para fomentar en ellos, la adherencia al tratamiento farmacológico, e impulsar en ellos cambios de estilos de vida.

Hidegarde peplau esta teoría permite que el profesional de enfermería deje de centrarse, en la atención biofísica de la enfermedad y permite acercarse a los sentimientos y los comportamientos frente a la enfermedad de los pacientes, estos comportamientos pueden ser explorados e incorporados a las intervenciones de enfermería. Mediante la aplicación de esta filosofía conseguiremos que surja una relación entre la enfermera-paciente que permita afrontar los problemas que padezcan de manera conjunta.

La incorporación de este modelo permitirá en los pacientes que dejaron de asistir a la terapia farmacológica por diversas causas, a reintegrarse al tratamiento mediante la relación interpersonal enfermera - paciente o viceversa paciente - enfermera, realizando participaciones sociales, en conversatorios con otros pacientes de tratamiento para experimentar vivencias relacionadas al tratamiento, asíndolos sentir que la asistencia a la unidad de salud es importante, para que la terapia antifimica haga su efecto, mostrando siempre empatía por su situación.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Caso de tuberculosis:**Toda persona a la que se le diagnostica tuberculosis, con o sin confirmación bacteriológica a quien se decide indicar y administrar un tratamiento antituberculoso.
- **Fracaso terapéutico:**Paciente que mantiene baciloscopia positiva hasta el cuarto mes de tratamiento o en los pacientes que presentan baciloscopias positivas en dos controles sucesivos, después de un periodo de negativización de dos meses habiendo recibido tratamiento regular y supervisado.
- **Adherencia al tratamiento:**Conducta que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consiente de recursos para lograr el resultado esperado.
- **Paciente en abandono:** Paciente que no concurre a recibir tratamiento por más de treinta días consecutivos y/o pacientes transferidos a otros establecimientos de salud para continuar el tratamiento y no se confirma la recepción del caso.

2.4. VARIABLE

Univariable: factores que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I

2.1.1. Definición Conceptual de la variable

El abandono del tratamiento es el incumplimiento por parte del paciente al régimen terapéutico establecido

2.1.2. Definición Operacional de la variable

Es la probabilidad de abandono del tratamiento condicionado por diferentes factores internos y externos

2.1.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Factores que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I	<ul style="list-style-type: none">▪ Factor psicosocial y ambiental▪ Factor institucional▪ Factor adherencia al tratamiento	<ul style="list-style-type: none">▪ Apoyo familiar▪ Consumo de tabaco▪ Consumo de drogas▪ Consumo de alcohol▪ Migración▪ Interacción enfermera-paciente▪ Accesibilidad al puesto de salud▪ Conocimiento sobre la enfermedad,▪ Duración del tratamiento▪ Efectos secundarios

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio fue de enfoque epidemiológico de tipo cuantitativo de diseño descriptivo no experimental de corte transversal, cuantitativo ya que se obtienen datos susceptibles a cuantificar, de nivel aplicativo, se llevará a buscar alternativas de solución a las necesidades, ya que nos permite obtener información tal y como se observa en la realidad.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación se realizó en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. Este establecimiento cuenta con los servicios de medicina general, pediatría, control de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, odontología, farmacia. El personal que labora en la institución está constituido por 2 médicos, 1 odontólogo, 2 enfermeras, un técnico de enfermería; así como 1 personal administrativo, 1 mantenimiento y 2 vigilancias.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población en estudio estuvo constituida por todos los pacientes con TBC (56) del Puesto de Salud Horacio Zevallos.

3.3.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por la totalidad de la población (56) pacientes con TBC del Puesto de Salud Horacio Zevallos. Se tomara como diseño muestral no probabilístico por conveniencia.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el presente estudio de investigación utilizo la técnica de la encuesta para la recolección de datos. Como instrumento un cuestionario en cual fue aplicado a los pacientes con TBC, considerando un medio efectivo para la recolección de datos reales, se dio un tiempo no mayor de 30 minutos.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La valides del presente estudio fue validado por el juicio de expertos la cual consiste en un conjunto de opiniones de expertos profesionales en la disciplina. La confiabilidad se medio a través del coeficiente de alfa de crombach.

3.6. PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos fueron procesados en el programa de Excel y el paquete estadístico SPSS 21 y así llegar al análisis del problema planteado y verificar si existe o no un adecuado conocimiento estadísticamente significativo o no significativo.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

Después de recolectados los datos, fueron procesados en forma manual y con el programa Excel agrupados de tal forma, que se presenta en la tabla y gráficos estadísticos para facilitar su análisis e interpretación.

Se presenta una tabla de perfil de los pacientes con tuberculosis pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el puesto de salud Horacio Zevallosy luego los gráficos, ambos relacionados con los objetivos de la investigación. En el análisis de los resultados solo se realiza en base a las 56 pacientes.

Tabla 1

Perfil de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013

Perfil	Pacientes con TBC	
	f	%
Edad		
25 a 30	9	16%
31 a 36	19	34%
37 a 42	9	16%
43 a 48	12	21%
49 a 54	7	13%
Total	56	100%
Genero		
Femenino	34	60%
Masculino	22	40%
Total	56	100%
Tipo de vivienda		
Mat. Noble	8	14%
De estera	21	38%
De madera	27	48%
Total	56	100%
Estado Civil		
Soltero	13	23%
Conviviente	27	48%
Separada	7	13%
Casada	9	16%
Total	56	100%
Condición Laboral		
Obrero independiente	19	34%
Dependiente	20	36%
Ama de casa	12	21%
Estudiante	5	9%
Total	56	100%
Ingreso familiar		
450 soles al mes	19	34%
750 soles al mes	13	23%
1000 soles al mes	15	27%
1500 soles al mes	9	16%
Total	56	100%

Nivel de estudios		
Secundaria	39	70%
Superior Técnico	12	21%
Superior universitario	5	9%
Total	56	100%

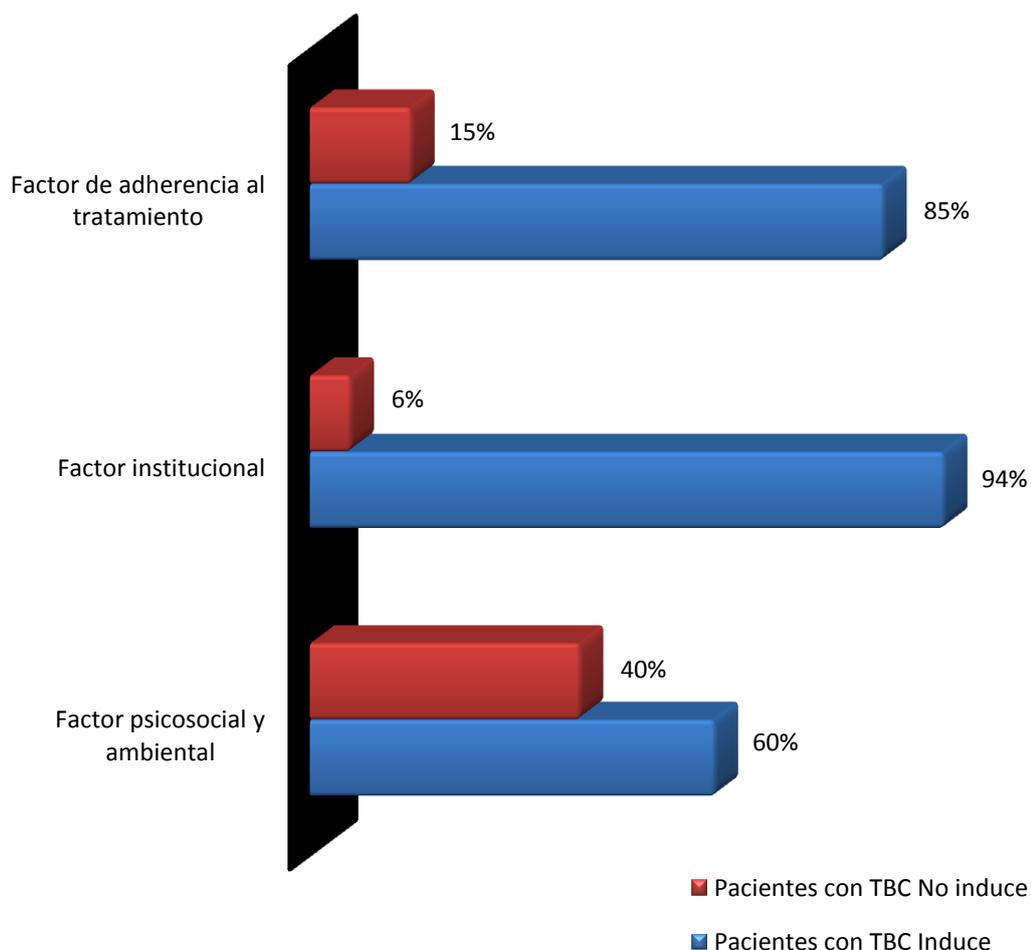
Fuente: Encuesta a los pacientes con Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013

Del 100% de la población el 34% fluctúan entre las edades de 31 a 36 años de edad, el 60% son de género femenino, el 48% sus viviendas son de madera, el 48% son convivientes, el 36% su condición laboral son dependientes, el 34% tienen un ingreso mensual de 750 soles, el 70% tienen estudios de secundaria.

Gráfico 1

Factores que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos.

2013

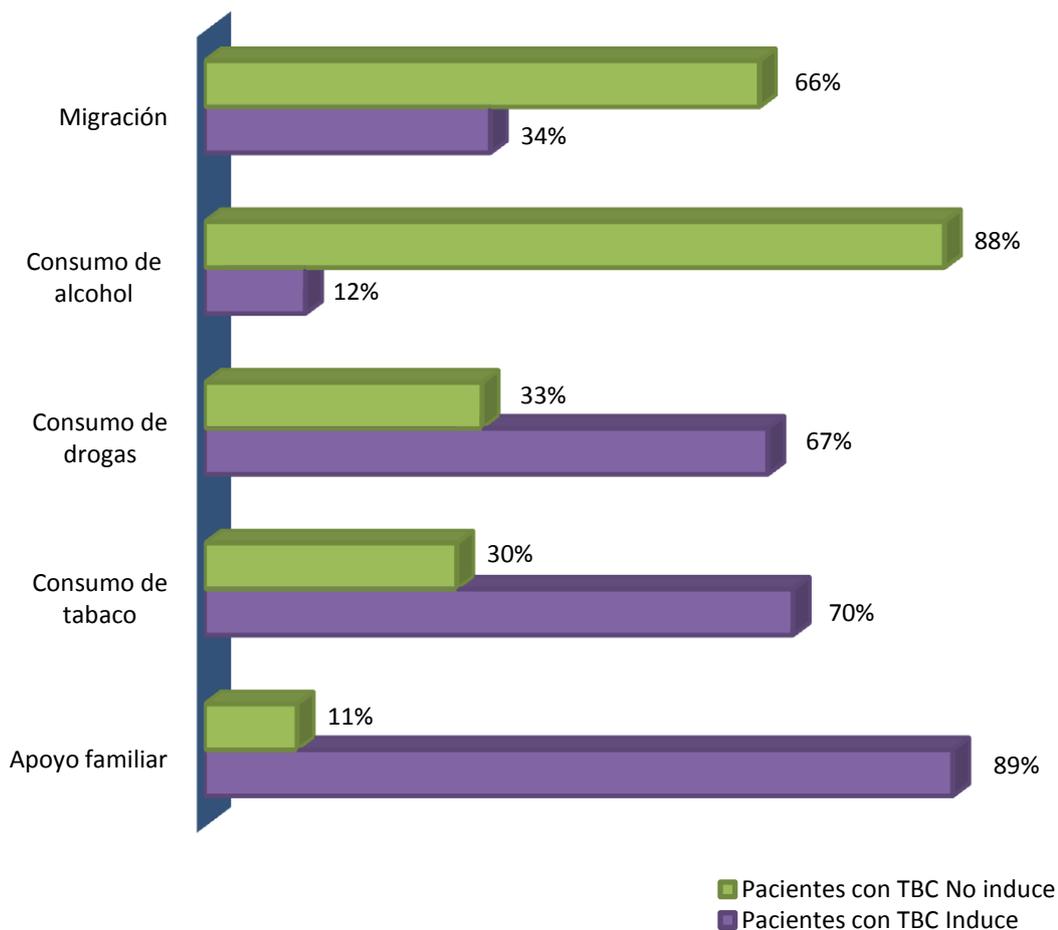


Fuente: Encuesta a los pacientes con Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013

El Factor psicossocial y ambiente induce con el 60% al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I, el factor institucional induce con el 94% al abandono del tratamiento, el factor de adherencia al tratamiento con el 85% induce al abandono del tratamiento.

Gráfico 2

Factores psicosocial y ambiental que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013

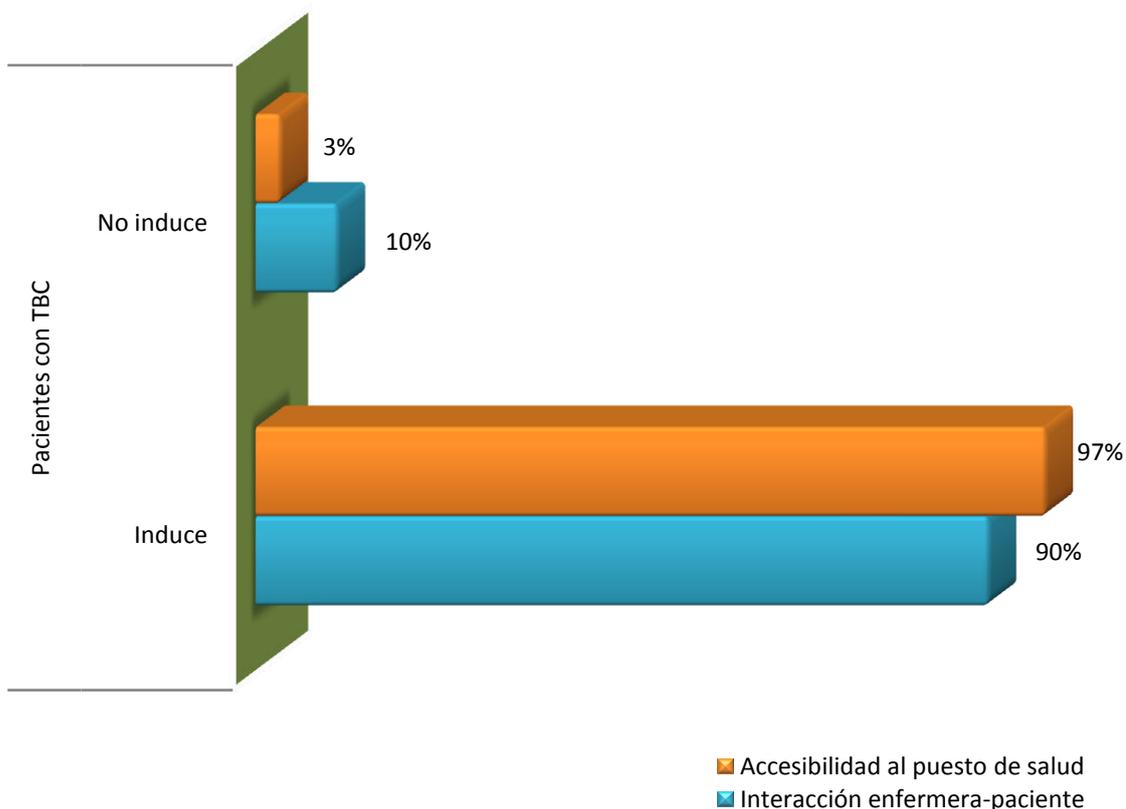


Fuente: Encuesta a los pacientes con Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013

En el Factor psicosocial y ambiental el apoyo familiar induce con el 89% al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I, el consumo de tabaco con el 70% induce al abandono del tratamiento, el consumo de drogas con el 67% induce al abandono del tratamiento, las migraciones con el 34% induce al abandono del tratamiento.

Gráfico 3

Factores institucionales que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013.

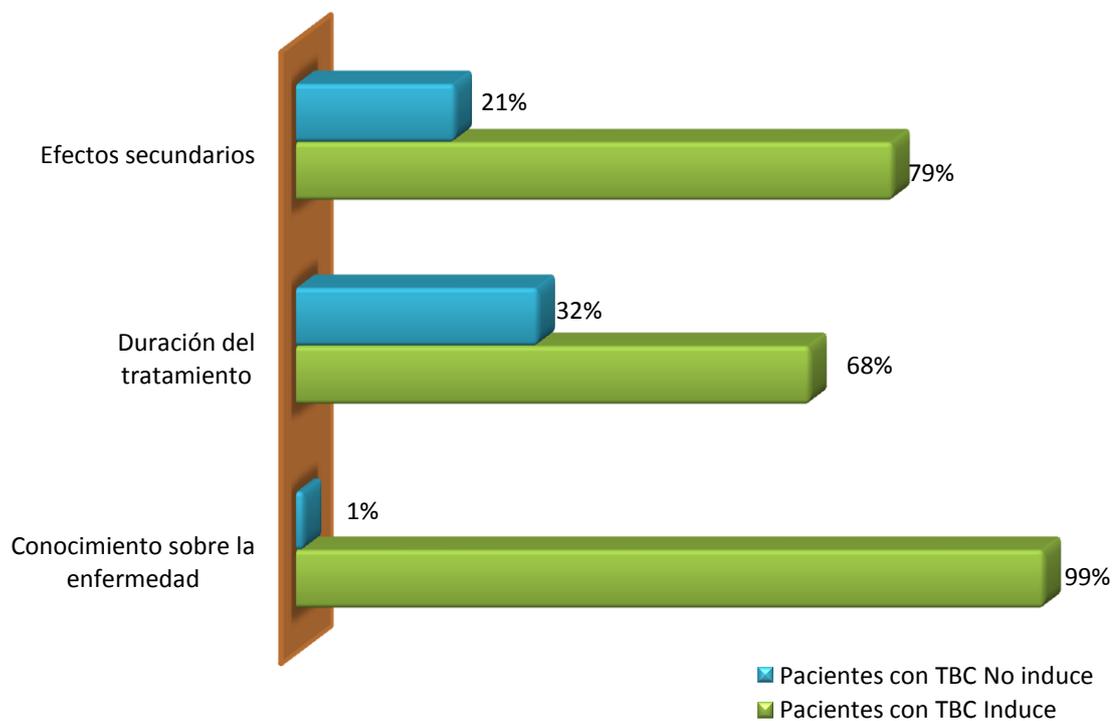


Fuente: Encuesta a los pacientes con Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013

En el Factor institucional, la accesibilidad al puesto de salud con el 97% inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I, el 90% refiere que la interacción enfermera paciente inducen al abandono del tratamiento.

Gráfico 4

Factores de adherencia al tratamiento que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013



Fuente: Encuesta a los pacientes con Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013

En el Factor adherencia al tratamiento, el desconocimiento sobre la enfermedad con el 99% inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I, el 68% refiere que la duración del tratamiento inducen al abandono del tratamiento, los efectos secundarios con el 79% inducen al abandono del tratamiento

CAPÍTULO V DISCUSIÓN

Las cifras de tuberculosis (TB) en el Perú no ceden. Pese a que las estrategias puestas en marcha el año pasado lograron reducir la tasa de mortalidad de 105.2 a 101.3 casos por cada 100 mil habitantes, seguimos siendo los segundos de América con la estadística más alta en la forma sensible del mal y los primeros con más casos de TBC multidrogo resistente, es decir aquella que no responde al tratamiento con medicinas convencionales.

En el Perú anualmente se notifican alrededor de 27 mil casos nuevos de enfermedad activa y 17 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar frotis positivo, somos uno de los países con mayor cantidad de casos de tuberculosis en las Américas.

Hace menos de un año, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de EE.UU. publicó el informe anual sobre la situación de la tuberculosis en la Unión. En ese documento se mostró, entre otros puntos, el impacto de los migrantes sobre las tasas nacionales de esta enfermedad. Casi el 60% de casos detectados en extranjeros residentes estaba relacionado a migrantes que tenían 5 o más años en ese país. Entre quienes llevaban la tuberculosis desde sus países de origen, las personas provenientes de Perú

representaron el 1-2% del total. De este grupo, un número importante era el de personas con tuberculosis multidrogorresistente (TBMDR), una de las formas más graves. E incluso hubo un adolescente peruano al que se le detectó la temible tuberculosis extremadamente drogorresistente (TBXDR), es decir, resistente a los principales y más potentes antibióticos, lo que motivó la alarma y primeras planas de periódicos. Esta situación, de por sí alarmante, cobra mayor gravedad si se tiene en cuenta que la exportación de casos peruanos de tuberculosis hacia el resto del mundo no es reciente.

A fines de los años 90, un grupo de médicos de la Universidad de Harvard (Partners in Health), comprometidos en la batalla contra este mal en el Perú y en el mundo en desarrollo, publicó un libro sobre el impacto global de la tuberculosis resistente a los antibióticos. Un mapa incluido en ese libro muestra casos de peruanos con TBDR y TBMDR que migraban hacia Europa y EE.UU. El mensaje era una voz de alarma: es posible que a partir de esos casos se hayan producido microepidemias de tuberculosis resistente en los países de destino. Por tanto, la evidencia sugería que la necesidad de enfrentar la amenaza de la tuberculosis resistente comprometía también a los países desarrollados pues, de lo contrario, sus ciudadanos podrían contagiarse a partir de su contacto con personas migrantes.

La prestigiosa revista médica norteamericana JAMA, en el año 2008, mencionó también que de un total de 235 peruanos migrantes a EE.UU. entre 2001 y 2006 con menos de 2 años de residencia desarrollaron tuberculosis. España reportó que el 3% de los casos de tuberculosis en migrantes residentes en España correspondía a ciudadanos peruanos.

Lo que demuestra, que mientras ponemos el acento en ciertos logros económicos y en la popularidad internacional de la gastronomía peruana, permanecemos ajenos a problemas de salud que causan alarma en el mundo.

Esta situación ha afectado las posibilidades de migración de los peruanos, pero también las expectativas de los peruanos que quedan en el Perú y tienen la esperanza de conseguir trabajo en la industria del turismo.

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

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

CONCLUSIONES

1. Del total de la población la mayoría fluctúa entre las edades de 31 a 36 años de edad, son de género femenino, sus viviendas son de madera, son convivientes, su condición laboral son dependientes, tienen un ingreso mensual de 750 soles, tienen estudios de secundaria.
2. El Factor institucional induce con mayor predominio al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I, seguido por el factor de adherencia al tratamiento y por último el factor psicosocial y ambiente
3. En el Factor psicosocial y ambiental el apoyo familiar induce predomina en el abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I, seguido por el consumo de tabaco, el consumo de drogas y finalmente las migraciones.
4. En el Factor institucional, la accesibilidad al puesto de salud seguida por la interacción enfermera paciente inducen al abandono del tratamiento.
5. En el Factor adherencia al tratamiento, el desconocimiento sobre la enfermedad inducen al abandono del tratamiento seguido por la duración del tratamiento y los efectos secundarios del tratamiento

RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios comparativos entre poblaciones con características similares, con mayor número de sujetos, si es posible, considerando una muestra probabilística para potencializar los resultados identificados en el estudio.
2. Al Puesto de salud diseñar y desarrollar un programa de educación continua dirigido a usuarios que reciben el tratamiento de tuberculosis pulmonar, haciendo énfasis en la importancia del cumplimiento y el involucramiento de la familia.
3. Proporcionar información personalizada al paciente y familia sobre la importancia del tratamiento y la resistencia bacteriana que se produce al abandonarlo.
4. Fortalecer el recurso humano en el programa de tuberculosis, para mejorar la atención holística, considerando la participación de los promotores de salud para brindar apoyo en el seguimiento y atención de calidad al paciente.
5. Promover acciones de prevención y promoción de la salud en la comunidad relacionados con la tuberculosis y su control, reconociendo el impacto que genera el abandono de tratamiento y su consecuente multidrogoresistencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ticona. E. Tuberculosis: Se Agotó el enfoque biomédico.[Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública] 2009[consulta en enero el 2010] 26(3):273-75. Disponible en: <http://www.Scielo.org.pe/pdf/rins/v26n3/a01v26n3.pdf>
2. Informe Anual del Programa de Control de Tuberculosis XII Edición 2003. Dr. Alejandro Tardencilla Gutiérrez Junio 2004.
3. CURASMA Taype, Silvia, en su estudio “Nivel de conocimientos sobre tuberculosis multidrogoresistente de pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de PCT del C.S. Madre Teresa de Calcuta. El Agustino, 2009.
4. VILLENA, realizó un estudio con respecto a “Relación de conocimientos y actitud sobre la tuberculosis en el profesional de Enfermería, Red Lambayeque 2011”.
5. BRAVO et al, realizaron un estudio de corte transversal. Con el objetivo de determinar las actitudes de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogorresistente e identificar las características de cada uno de ellos como son: cognitiva, afectiva y conductual. 2008
6. HERRERA et al, realizaron un estudio correlacional tipo transversal, tuvo como objetivo general determinar el nivel de conocimientos, actitudes y practicas sobre medidas preventivas de la tuberculosis. 2006.
7. Galindo garcia, Jheremi Dayana en su estudio Relación entre nivel de conocimientos y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes con Tuberculosis Pulmonar Centro de Salud Jicamarca-MINSA. 2009 <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/30>
8. Montalvo Merca, Sharon Catherine en su estudio Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis en el profesional de enfermería, red Chiclayo 2013<http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/290>
9. Capacute Chambilla, Katerine Mavel en su estudio Relación entre el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento

de los pacientes de laMICRORED Cono Sur Tacna 2012.
<http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/handle/unjbg/132>

10. Meza. Y, Altuzar. M. Factores relacionados con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar. [Rev. de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social] Enero-Abril 1999. [consulta el setiembre del 2010] Vol. 7, n.1. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sitecollectiondocuments/.../99/199927-31.pdf>.
11. Salazar. CL, Uribe. MP, Zuluaga. W, Ríos. F, Montes. F: Factores de riesgo para el abandono de tratamiento contra la tuberculosis en la ciudad de Medellín, Rev. Ces Medicina. Enero-Julio/2004.Vol 18 N°1.
12. Culqui. D, Grijalva. C, Reátegui. SR, Cajo. JM, Suarez. L Factores Pronósticos del Abandono del Tratamiento Antituberculoso en una Región Endémica del Perú. [Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am] 2005 Octubre.[consulta en Febrero del 2010].Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v.18n1/27083.pdf>
13. Sosa, N; Pereira S; Y Barreto, M. Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: Resultado de un estudio comparativo; Rev. Panam. Salud Pública 2005, 17(4): 271.
14. Cáceres, FM; Orozco, LC. Incidencia y Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. Biomédica instituto de salud, Colombia [Internet] 2007[consulta en marzo 2010] 27; 498-504. Disponible en : <http://redalyc.vaemex.mx/pdf/843/843227405.pdf>
15. Incumplimiento y abandono del tratamiento, y adquisición de multiresistencia [Internet] Rusia. Boletín de la OMS [consulta en mayo del 2010] Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumens/85/9/06-038331-ab/es/index.html>
16. MINSANormas Técnicas de Salud para el control de la Tuberculosis. Perú.2006.Pág. 84– 93.
17. MINSAINstrucciones para el personaldeSalud.Pág.3 – 5 Lima – Perú2004
18. HEYMANN, DAVID L.El Control de Enfermedades Transmisibles”. 10ma edición. Ed.OPS.2005

19. Manay Torres Nataly. Lambayeque registró 632 nuevos casos de tuberculosis en el 2012. Diario La Republica. Día Mundial de la lucha contra la tuberculosis 24 de marzo. Gerencia Regional de Salud Lambayeque. Estrategia Regional de la lucha contra la Tuberculosis. Perú. Lunes 25 Marzo de 2013. Sec. Sociedad – 22
20. Nogueira P, Abrahao R, Galesi V. Tuberculosis y Tuberculosis latente en la población carcelaria [on line] Rev. Saúde Pública Méx. 2012. 46(1): 119-127. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-891020/1005000080>
21. MINSA “Actualización de la doctrina, normas y Procedimientos para el control del la TBC en el Perú” Lima Perú 2001
22. MINSA Plan Nacional Concertado de Salud. Perú. 2007

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: Factores que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE
<p>Problema Principal ¿Cuáles son los factores que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013?</p> <p>Problemas Específicos ¿Cuál es el factor psicosocial y ambiental que induce al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013?</p> <p>¿Cuál es el factor institucional que induce al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013?</p> <p>¿Cuál es el factor de adherencia al tratamiento que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013?</p>	<p>Objetivo General Determinar los factores que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013</p> <p>Objetivos Específicos Identificar los factores psicosociales y ambientales que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013</p> <p>Identificar los factores institucionales que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013</p> <p>Identificar los factores de adherencia al tratamiento que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Horacio Zevallos. 2013</p>	<p>Univariable: factores que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I</p>

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Factores que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Factor psicosocial y ambiental ▪ Factor institucional ▪ Factor adherencia al tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyo familiar ▪ Consumo de tabaco ▪ Consumo de drogas ▪ Consumo de alcohol ▪ Migración ▪ Interacción enfermera-paciente ▪ Accesibilidad al puesto de salud ▪ Conocimiento sobre la enfermedad, ▪ Duración del tratamiento ▪ Efectos secundarios

TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	POBLACION Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD
<p>El presente estudio es de enfoque epidemiológico de tipo cuantitativo de diseño descriptivo no experimental de corte transversal, cuantitativo ya que se obtienen datos susceptibles a cuantificar, de nivel aplicativo, se llevará a buscar alternativas de solución a las necesidades, ya que nos permite obtener información tal y como se observa en la realidad.</p>	<p>Población La población en estudio estuvo constituida por todos los pacientes con TBC (56) del Puesto de Salud Horacio Zevallos.</p> <p>Muestra La muestra estuvo conformada por la totalidad de la población (56) pacientes con TBC del Puesto de Salud Horacio Zevallos. Se tomara como diseño muestral no probabilístico por conveniencia.</p>	<p>En el presente estudio de investigación utilizó la técnica de la encuesta para la recolección de datos. Como instrumento se utilizó un cuestionario en la cual será aplicado a los pacientes con TBC por parte de la investigadora, considerando un medio efectivo para la recolección de datos reales se aplica en un tiempo no mayor de 30 minutos.</p>	<p>La valides del presente estudio fue validado por el juicio de expertos la cual consiste en un conjunto de opiniones que pueden brindar profesionales expertos en la disciplina relacionada al proyecto. La confiabilidad del presente estudio se va a medir a través del coeficiente de alfa de crombach.</p> <p>Plos datos van hacer procesados en la computadora en el programa de Excel y el paquete estadístico SPSS 21 donde se utilizará ítems dentro del programa para medir las variables como son media, moda, desviación típica; y así llegar al análisis del problema planteado y verificar si existe o no un adecuado conocimiento estadísticamente significativo o no significativo.</p>

INSTRUMENTO

Presentación:

Buen día, soy estudiante de Enfermería. La razón de mi visita se debe a que estoy realizando un estudio sobre los factores que inducen al abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esquema I en los pacientes atendidos en el puesto de salud. Su colaboración será de mucho valor. La encuesta es anónima.

1. Género:
Femenino () Masculino ()
2. ¿Qué edad tiene? _____ (escribir años cumplidos)
3. Nivel de estudios: Primaria () Secundaria () Superior técnico () Superior Universitario ()
4. Estado Civil: Soltero () Casado () Conviviente () Separado () Viudo ()
5. ¿De qué región proviene?
Costa () Sierra () Selva ()
6. Tiempo de residencia en Lima
Menor de 1 año () mayor de 1 año () siempre ()
7. Condición de vivienda
Casa propia () Casa prestada () Casa de un Familiar ()
Casa alquilada ()
8. ¿De qué material de construcción está hecha su casa?
Madera () Material noble () Adobe - Quincha () Esteras ()
9. ¿De qué tipo de piso está hecha su vivienda?
Tierra () Cemento () Mayólica () Madera ()
10. ¿Cuál es el ingreso económico total de la familia?
Menor o igual de s/.500.00 () mayor o igual de s/.500.00
Mayor o igual de s/.750.00 () mayor o igual de s/. 1000.00
11. ¿Cuántas habitaciones tiene en casa?
1 () 2 () 3 () 4 ()
12. ¿Número de personas viven en casa?
3-4 () 4-7 () 8-10 () más de 10 ()
13. ¿Con quién (es) vive Ud.?
Familia () Hijo () Esposa () Solo () Otros (hermanos, amigos etc.) ()
14. ¿Qué rol cumple Ud. en su familia?
Padre () Hijo () Abuelo () Tío () Otros ()

15. ¿Quiénes en su entorno le ofrece fuerza emocional para que continúe con el Tratamiento?
Familia () Parientes lejanos () Vecinos () Centro de Salud ()
Centro de Rehabilitación u otro () ninguno ()
16. ¿Cuenta con agua y desagüe en su casa?
Servicio común () Servicio propio ()
17. ¿Fuma Ud.?
Sí () No ()
18. Si la respuesta es sí cuantos cigarrillos al día.
De 1 a 2 () De 3 a 5 () De 5 a 10 () 11 a más ()
19. ¿Hace cuanto tiempo empezó a fumar?
Hace días () Hace meses () Hace 1 año ()
Hace 2 años a más ()
20. ¿Consume algún tipo de drogas?
Sí () No ()
21. ¿Qué tipo de droga?
PBC – Cocaína () Marihuana () Éxtasis () Ninguno ()
22. ¿Consume bebidas alcohólicas?
Sí () No ()
23. Si la respuesta es sí qué tipo de bebida alcohólica consume
Cerveza () Ron () Vino () Cañazo () Ninguno ()
24. Con que frecuencia consume alcohol
1 vez por semana () diariamente () ocasionalmente () Solo en fiestas ()
25. ¿Con que frecuencia asiste a fiestas sociales?
Cada fin de semana () Una vez al mes () Ocasionalmente ()
No asisto ()
26. ¿Cuánto sabe Ud. de la enfermedad de tuberculosis?
Poco () Nada () Mucho () Más o menos ()
27. ¿Fue informado por el personal de salud en cuanto a su enfermedad?
Sí () No ()
28. ¿Sabe cuánto es la duración de su tratamiento?
Sí () No ()
29. ¿Sabe si las pastillas que tomaba estaba de acuerdo a su peso?
Sí () No ()
30. ¿Sabe cuántas pastillas debe de tomar al día?
Sí () No () No se ()
31. ¿Qué tipo de molestias ha sentido en el transcurso de su tratamiento?
Nauseas, vómitos, ardor al estomago, diarreas ()
Sarpullidos en el cuerpo, picazón en piel, heridas de piel ()
Dolores musculares, dolor de huesos, desorientación ()
Otros () Más de uno ()

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

ANEXO 3

TABLA BINOMIAL DE JUECES EXPERTOS

INSTRUMENTO: CUESTIONARIO

JUECES	INDICADORES	A	B	C	D	E	F	G	TOTAL	Proporción de Concordancia (P)	
CRITERIOS											
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado	0.6	0.7	0.6	0.69	0.8	0.74	0.79	4.92	0.70	
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables	0.55	0.66	0.62	0.7	0.8	0.79	0.88	5	0.71	
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación	0.6	0.7	0.68	0.7	1	0.9	0.94	5.52	0.79	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento	0.51	0.7	0.64	0.7	0.75	0.93	0.8	5.03	0.72	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación	0.6	0.66	0.64	0.63	1	0.95	0.9	5.38	0.77	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación	0.55	0.7	0.7	0.7	1	0.8	0.9	5.35	0.76	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento	0.6	0.7	0.7	0.67	0.95	0.83	0.9	5.35	0.76	
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones	0.6	0.7	0.64	0.7	0.95	0.9	0.94	5.43	0.78	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación	0.6	0.66	0.68	0.62	0.95	0.9	0.95	5.36	0.77	
TOTAL		0.58	0.69	0.66	0.68	0.91	0.86	0.89		6.76	
Es válido si P es \geq 0.60										P=	0.75

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere $p < 0.05$

Obteniendo con la prueba binomial. Si "P" < 0.05 el grado de concordancia de los jueces es favorable.