



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

**FACTORES QUE INDUCEN AL ABANDONO DE TRATAMIENTO  
EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD  
AMPLIACION PAUCARPATA - AREQUIPA 2015**

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

**BACHILLER: LLERENA CAPCHI YENIFER JIMENA**

**AREQUIPA - PERÚ**

**2017**

**FACTORES QUE INDUCEN AL ABANDONO DE TRATAMIENTO  
EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD  
AMPLIACION PAUCARPATA - AREQUIPA 2015**

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar los Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ampliación Paucarpata - Arequipa 2015. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 60 pacientes, para el recojo de la información se utilizó un Cuestionario de alternativa múltiple de 18 ítems, organizado por las dimensiones: Económico, ambiental, psicosociales. La validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,871); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,913).

### CONCLUSIONES:

Los Factores que inducen al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ampliación Paucarpata-Arequipa 2015, de acuerdo a lo indicado por los pacientes, es el Factor Económico con el mayor porcentaje, que en sus respuestas señalan: No es favorable el ingreso económico de la familia, asimismo no es favorable el tipo de piso de su vivienda, también no es favorable el material con la cual está construida su casa. y es Regular la condición de la vivienda. En el Factor Ambiental, donde se presenta: No es Adecuado el número de personas que viven en su casa, asimismo no es adecuado el agua y desagüe en su casa, Es Regular lo que su entorno le ofrece fuerza emocional para que continúe con el tratamiento, también es Regular las habitaciones que tienen en su casa y además es Regular el rol que cumple en su familia. En el Factor Psicosociales en menor porcentaje, consideran lo siguiente: A veces consume alcohol, también A veces fuma y siempre asiste a fiestas

**PALABRAS CLAVES:** *Económico, ambiental, psicosociales,*

## **ABSTRACT**

The present investigation had like Objective: To determine the Factors that induce to the abandonment of treatment in patients with tuberculosis of the Center of Health Ampliacion Paucarpata - Arequipa 2015. It is a transversal descriptive investigation, worked with a sample of 60 patients, for the collection of the information was used a questionnaire of multiple alternative of 18 items, organized by the dimensions: Economic, environmental, psychosocial. The validity of the instrument was carried out by means of the test of concordance of the expert judgment obtaining a value of (0,871); Reliability was carried out using Cronbach's alpha with a value of (0.913).

### **CONCLUSIONS:**

The Factors that lead to the abandonment of treatment in patients with tuberculosis of the Health Center Enlargement Paucarpata-Arequipa 2015, according to the indicated by the patients, is the Economic Factor with the highest percentage, which in their answers indicate: It is not favorable economic income of the family, also the type of floor of your home is not favorable, also the material with which your house is built is not favorable. and it is to regulate the condition of the home. In the Environmental Factor, where it is presented: The number of people living in your house is not adequate, likewise the water and drainage in your house is not adequate, it is regular what your environment offers you emotional strength to continue with the treatment , it is also to regulate the rooms they have in their house and it is also to regulate the role they play in their family. In the Psychosocial Factor in a lower percentage, they consider the following: Sometimes they consume alcohol, they also sometimes smoke and always attend parties

**KEY WORDS:** *Economic, environmental, psychosocial,*

## INDICE

Pág.

<b>RESUMEN</b>	i
<b>ABSTRAC</b>	ii
<b>ÍNDICE</b>	iii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	v
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.2.1. Problema General	2
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del estudio	3
1.5. Limitaciones de la investigación	4
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Base teórica	9
2.3. Definición de términos	29
2.4. Hipótesis	30
2.5. Variables	30
2.5.1. Definición conceptual de la variable	30
2.5.2. Definición operacional de la variable	30
2.5.3. Operacionalización de la variable	31

<b>CAPITULO III: METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	33
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	34
3.3. Población y muestra	35
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	35
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	35
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	36
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	37
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION</b>	42
<b>CONCLUSIONES</b>	45
<b>RECOMENDACIONES</b>	47
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	48
<b>ANEXOS</b>	
Matriz	
Instrumento	

## INTRODUCCIÓN

Alrededor de mil pacientes con tuberculosis abandonan su tratamiento cada año en el Perú debido a múltiples factores, entre ellos la falta de apoyo familiar, los efectos adversos de los fármacos y problemas de drogadicción, alertó el Colegio Médico del Perú (CMP).

Otros causas que llevan a los pacientes con tuberculosis a abandonar el tratamiento son la irresponsabilidad de los pacientes de pensar que se sienten “mejor”, o el desabastecimiento de medicamentos o insumos de laboratorio, indicó el decano de esa orden profesional.

El abandono del tratamiento contribuye a que los casos de tuberculosis en el Centro de Salud de Socabaya evolucionen a TBC MDR (multirresistente) y a TBC XDR(extremadamente resistente), cuadros muy resistentes a los medicamentos y que requieren terapias más prolongadas y costosas. Además, conlleva el riesgo de una mayor propagación de este mal.

La estructura del estudio descrito a continuación está conformada por los siguientes capítulos:

CAPITULO I: el problema y el planteamiento de problemas objetivos, justificación, alcances y límites.

CAPITULO II: el marco teórico, antecedentes de estudios, base teóricas, marco conceptual. sistemas de hipótesis, variables, operacionalización de variables.

CAPITULO III: metodología, tipo de estudio, método, descripción del ámbito de la investigación, población y muestra, técnicas de instrumentos y recolección, validez y confiabilidad de instrumentos plan de recolección y procesamiento de datos.

CAPITULO IV: Cronograma de actividades, Recursos humanos, Recursos institucionales Recursos materiales, presupuesto de la investigación, referencia bibliográfica, anexo (matriz de consistencia)

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La tuberculosis, que es la principal causa de muerte por enfermedades infecciosas en adultos y ocasiona 1,9 millones de muertes cada año en el mundo, se presenta con una frecuencia anual aproximada de 8 millones de casos nuevos. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que, de no emprenderse medidas de control adicionales, para el año 2020 el número de casos nuevos se habrá elevado a 10 millones. En América del Sur, el mayor número de casos y las tasas más altas de incidencia se concentran en Brasil y Perú. En 1999, con una incidencia estimada de 228 por 100 000 habitantes, Perú era uno de los 23 países del mundo en que se concentraban 80% de los casos nuevos de tuberculosis. A pesar de que la población del país representa apenas 3% de la población del continente americano, para esa fecha Perú reunía 15% de los casos de tuberculosis registrados en este territorio. (1)

El abandono del tratamiento antituberculoso, que el Ministerio de Salud del Perú define como “no concurrir a recibir el tratamiento por más de treinta días consecutivos” (2), es la principal limitación para lograr la cura de esta enfermedad. Además de que impide la curación, el abandono guarda una relación estrecha con una pronta recaída y, no obstante ser una causa

reversible, constituye el mayor factor determinante del fracaso terapéutico. Es también un antecedente común en pacientes que mueren de tuberculosis (3). El tratamiento antituberculoso es un proceso complejo que requiere un régimen terapéutico prolongado (de meses). Durante ese proceso, diversos factores pueden influir en la decisión de continuarlo o abandonarlo (4); destacan los factores relacionados con los servicios y el personal de salud, además de otros propios de los pacientes y del ambiente que los rodea. Es fundamental que los servicios de salud ofrezcan gratuitamente los medicamentos, realicen un seguimiento por medio de visitas domiciliarias periódicas y brinden al paciente información adecuada y suficiente acerca de la enfermedad y el tratamiento (5). Por otra parte, la baja escolaridad, la incertidumbre de si se logrará la cura al final del tratamiento y la falta de apoyo familiar, aunadas a la imposibilidad de faltar al trabajo para acudir a la consulta terapéutica, de cumplir con el horario impuesto por el centro de salud y de costear el transporte necesario, son factores que pueden influir negativamente en la continuidad del régimen específico. Otros factores que se sabe incrementan la probabilidad de abandono son el estigma social de la enfermedad, las reacciones adversas o la intolerancia a los medicamentos y la adicción al alcohol o a las drogas (4).

## **1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuáles son los Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ampliacion Paucarpata - Arequipa 2015

### **1.3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar los Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ampliación Paucarpata - Arequipa 2015

#### **1.3.2. Objetivos Específicos.**

Describir los factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis en la dimensión instigación al tratamiento del Centro de Salud Ampliación Paucarpata - Arequipa 2015

Identificar los factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis en la dimensión socio demográfico y económica del Centro de Salud Ampliación Paucarpata - Arequipa 2015

Identificar los factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis en la dimensión Psicosociales y ambientales del Centro de Salud Ampliación Paucarpata - Arequipa 2015

### **1.4. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO**

El presente estudio de investigación es importante porque nos va a permitir identificar los pacientes que abandonan el tratamiento de la tuberculosis y también como son las actitudes que estos pacientes demuestran durante el proceso de la enfermedad y especialmente cómo reaccionan ante el tratamiento. Si adquieren hábitos saludables que contribuyan a su recuperación de manera eficaz. cuyos hallazgos permitirán orientar las

intervenciones de enfermería con más eficacia poniendo énfasis en una firme comunicación con el paciente que permita que no solo cumpla con su tratamiento si no que adopte estilos de vida saludables, con el fin de lograr un tratamiento exitoso.

La enfermera cumple un rol muy importante al brindar atención al paciente considerando a la persona como un ser holístico identificando precozmente conductas y actitudes de riesgo, donde no solo se limita a dar un servicio de calidad, además ve en el paciente un ser humano que sufre y que hay que brindarle soporte emocional.

Pero la situación del enfermo con tuberculosis se torna más crítica debido a que no solo tiene una enfermedad física muy contagiosa, también tienen manifestaciones de actitudes inadecuadas que afectan su organismo, evidenciándose muchas veces en recaídas y /o resistencia al tratamiento, convirtiéndolos en multidrogo resistente (MDR).

Si las variables psicológicas y sociales fueran detectadas precozmente, serviría, primero, como indicador de probables abandonos o irregularidades en el tratamiento, además podemos prevenir que miembros de la familia cercanos al paciente corran el riesgo de ser contagiados; y en segundo lugar se brinde

Esta investigación es importante también, porque sus resultados serán un aporte para sustentar investigaciones futuras relacionadas a los conocimientos y prácticas en pacientes con tuberculosis.

### **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

La falta de importancia de los pacientes con tuberculosis para apoyar en la investigación realizada.

La falta de tiempo y recursos para realizar las encuestas.

## **CAPITULO II: EL MARCO TEÓRICO**

### **2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

#### **2.1.2. Antecedentes Internacionales**

**Cecilia Navarro Quintero\* Jaime Leonardo Rueda Rincón\*\* José Leonardo Mendoza Ojeda**

**Realizaron una investigación titulada Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB .**

Objetivo. Determinar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso, en pacientes de tuberculosis en los municipios de Cúcuta, Villa del Rosario y el Zulia. Materiales y Métodos: estudio cuantitativo de tipo descriptivo retrospectivo transversal de corte con dos muestras, donde se analizó una muestra de abandono al tratamiento (n=34) y otra que terminó el tratamiento antituberculoso (n=34). Se adoptó el instrumento “factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. Resultados: Los factores perceptivos cognitivos se establecieron como los principales determinantes directos de abandono al tratamiento antituberculoso, entre estos en primer lugar el desconocimiento de la importancia de

adherencia al tratamiento (95.8%), seguido de mejoría del estado de salud (82.7%), desconocimiento de la duración del tratamiento (75%). En segundo lugar los factores fisiológicos y por último los factores de seguridad. Conclusiones: el estudio permitió identificar las variables asociadas al abandono del tratamiento antituberculoso, clasificar los factores de riesgo y construir un instrumento que al implementarse en los servicios de salud de la región, permitiría al personal de salud detectar oportunamente a los pacientes con un posible riesgo. Palabras claves: Factores de riesgo, adherencia, terapéutica, tuberculosis (6)

**Laura Inés Plata-Casas realizo en una investigacion titulada Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis**

**Objetivo:** describir los factores de riesgo asociados a la no adherencia al tratamiento en los pacientes adscritos al programa de tuberculosis en el Municipio de Villavicencio, cohorte 2012. **Materiales y Métodos:** se ha realizado un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo. Se obtuvieron datos de caracterización sociodemográfica sobre factores de riesgo de personas que abandonaron el tratamiento para la enfermedad-cohorte 2012- mediante la aplicación de un instrumento diseñado por el investigador y revisado por expertos. Los datos fueron tabulados y analizados mediante la herramienta Microsoft Excel® 2007 y Epi-info 7.0. **Resultados:** el 75% de los pacientes pertenecen al género masculino; el promedio de edad es de 30 años, el 63% pertenecen al régimen subsidiado de salud. Las principales causas de abandono fueron: efectos adversos a los medicamentos (58%), inadecuada atención del personal de salud (43%), dificultad de acceso al servicio (32%). Los factores sociales encontrados fueron hacinamiento 67% y desempleo 62%. **Conclusiones:** algunos factores no modificables

como la edad y el género, así como factores modificables como estilos de vida inadecuados y efectos adversos; cuyo control mejoraría el cumplimiento; contribuyen al abandono del tratamiento. Las variables psicológicas y sociales deben ser evaluadas para que se conviertan en predictores de probables abandonos o irregularidades en el tratamiento antituberculoso.

**PALABRAS CLAVE:** mycobacterium tuberculosis, negativa del paciente al tratamiento, tuberculosis. (7)

**Montufar Sandovalin María Delfina Noboa Viteri Erika Juana en la investigación titulada “Factores asociados al abandono de tratamiento en los pacientes nuevos con tuberculosis pulmonar bk+ en la ciudad de Guayaquil durante el año 2012”.**

El abandono de tratamiento como un agravante de los Programas de Control de la Tuberculosis en los Establecimientos de Salud, constituye una amenaza a la Salud Pública, por el riesgo de incrementar la resistencia bacteriana, esto motivó llevar a efecto el estudio de los —Factores Relacionados con el Abandono al Tratamiento Anti tuberculosis en los Pacientes Diagnosticados como Casos Nuevosll, con el objetivo de documentar los factores que Inciden en el abandono de tratamiento en los establecimientos de salud de la Ciudad de Guayaquil. El método utilizado en este estudio es Epidemiológico de Campo, de tipo Exploratorio, Descriptivo, Explicativo, Correlacional, aplicada a una muestra de 115 pacientes que iniciaron tratamiento E-1, y luego abandonaron. El proceso y análisis de datos generales del paciente, muestra que de 115 encuestados 87% son de sexo masculino en edades comprendidas entre 20 a 40 años (44%), instrucción secundaria incompleta el 45% y primaria completa el 34%. Entre los factores relacionado con el abandono de tratamientos están los relacionados con aspectos sociales como el consumo de drogas (57%), alcohol (18%),

delincuencia (4%), seguido de factores vinculados con los Servicios de Salud: mala atención (66%), falta de visitas domiciliarias dentro de las 48 horas de haber abandonado el tratamiento (67%) y los factores relacionados con el tratamiento como las RAM con el 38%. Concluimos que el principal factor de abandono de tratamiento está relacionado con los servicios de salud, por lo tanto recomendamos la importancia del manejo humano ajustado a los tiempos y adecuado a las necesidades de los pacientes, el cumplimiento normativo de las visitas domiciliarias para la reinserción del paciente al tratamiento y el manejo interprogramático para la solución oportuna de los problemas motivo de abandono. (8)

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

#### **PAOLA RIQUERO PAZ DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO DE LA RED URBANA DEL MINSA CHICLAYO, 2012**

La presente investigación tuvo como objetivo, comparar los niveles de depresión en pacientes con tuberculosis, según los tipos de tratamientos de la red urbana del MINSA Chiclayo, 2012, el diseño utilizado fue comparativo de tipo no experimental. El grupo de trabajo fue conformado por 120 pacientes diagnosticados con tuberculosis. El instrumento utilizado fue el inventario de depresión de Aaron Beck, el cual mide los niveles de depresión, leve, moderada y severa. Dentro de los resultados más resaltantes, se halló que la depresión difiere por tipos de tratamiento, encontrándose que los pacientes que recibieron el tratamiento esquema 1, presentan bajos niveles de depresión leve a moderada; a diferencia de los que reciben el tipo de tratamiento multiresistente, quienes demuestran altos niveles de depresión moderada a severa.

Palabras clave: Tuberculosis, depresión, multiresistente. (9)

## **2.2. BASES TEORICAS**

### **2.2.1. Factores**

Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios (10)

### **2.2.2. Tuberculosis**

La tuberculosis es causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. Se trata de una afección curable y que se puede prevenir.

La infección se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire. Basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada.

Se calcula que una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente, término este aplicado a las personas infectadas por el bacilo pero que aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección.

Las personas infectadas con el bacilo tuberculoso tienen un riesgo a lo largo de la vida de enfermar de tuberculosis de un 10%. En cambio, las personas inmunodeprimidas, por ejemplo las que padecen VIH, desnutrición o diabetes, y los consumidores de tabaco corren un riesgo mucho mayor de enfermar.

Cuando alguien desarrolla tuberculosis activa, los síntomas (tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, etc.) pueden ser leves durante muchos meses. Esto puede hacer que la persona afectada tarde en buscar atención médica, con en consiguiente riesgo de que la bacteria se transmita a otros sujetos. Una

persona con tuberculosis activa puede infectar a lo largo de un año a entre 10 y 15 personas por contacto directo. Sin no se proporciona un tratamiento adecuado, morirán sobre el 45% de las personas VIH-negativas con tuberculosis y la práctica totalidad de las personas con coinfección tuberculosis/VIH (11)

### **Vías de transmisión de la tuberculosis pulmonar**

La tuberculosis, se transmite de persona a persona por el aire. (12) La principal vía de entrada es la aérea, esta se da por la inhalación de las gotitas con mycobacterium que se encuentra en el aire, estas atraviesan el tracto respiratorio y los bronquios para llegar a los alvéolos donde puede originarse la enfermedad.

Esto se produce cuando el enfermo que, no está recibiendo tratamiento contra la tuberculosis, tose, ríe, canta, estornuda o incluso al hablar lanza al ambiente gotitas que contienen los bacilos. Las personas que están cerca pueden inhalar estos bacilos que están en el aire y pueden infectarse. (13)

### **Factores de riesgo**

Los factores de riesgo presentes en la comunidad determinará el avance de la tuberculosis pulmonar.

Los principales factores de riesgos son:

- Las personas que sufren de enfermedades que afecten su sistema inmunológico como el VIH, Diabetes Mellitus, Asma, desnutrición, Cáncer, etc.
- Hacinamiento.
- Antecedentes de familiares o amigos con tuberculosis.
- Escasa ventilación en el hogar, trabajo.
- Tratamiento prolongado de corticoides.

Pero a su vez existen niveles de riesgo que determinarían si se producen o no la enfermedad estas son:

- a) Riesgo de exposición:** el riesgo de exposición está asociado con la frecuencia y la duración de del contacto con un caso infeccioso de tuberculosis. Esto pasa cuando tenemos contacto directo con personas infectadas generalmente en lugares con espacios confinados y con mala ventilación.
- b) Riesgo de infección:** esto dependerá de las bacterias inhaladas, la duración de la exposición y la fortaleza del sistema inmunológico de la persona expuesta.
- c) Riesgo a desarrollar la enfermedad activa:** Las personas infectadas con tuberculosis tienen aproximadamente un riesgo de 10% a desarrollar la enfermedad activa en el curso de su vida. El riesgo de desarrollar la enfermedad dependerá del estado de salud de la persona y el estado inmunológico en que se encuentra.
- d) Riesgo de muerte:** Esto dependerá del lugar y el tipo de infección, el tratamiento inadecuado especialmente en pacientes multidrogo resistente (TB-MDR), pacientes con enfermedades que afecten su sistema inmunológico, tienen mayor riesgo de muerte por la tuberculosi. (14)

### **Manifestaciones clínicas**

Las principales manifestaciones clínicas se dan a nivel pulmonar estos son:

- Tos seca o con expectoración por más de 15 días. Esto es por que en las zonas afectadas del pulmón se forman una lesión que se llena de materia infectada la cual se elimina al toser. (Inicio de la enfermedad).
- Dolor torácico. Cuando se daña el tejido pulmonar próximo a la pleura, aparecerá un dolor torácico de tipo pleurítico.

- Respiraciones intercortadas. A causa del dolor.
- Hemoptisis. Cuando se daña el tejido sanguíneo del tejido pleural.

Otras manifestaciones clínicas de la tuberculosis pulmonar se dan de forma sistemática en las cuales podemos encontrar: (14)

- Astenia.
- Hiporexia
- Pérdida de peso
- Fiebre vespertina
- Diaforesis nocturna
- Irritabilidad
- Malestar general
- Cansancio
- Decaimiento

### **Diagnóstico**

Para diagnosticar la tuberculosis pulmonar se emplean varios métodos de diagnóstico de las cuales el más importante es el examen bacteriológico (Baciloscopía y Cultivo). Por su alta especificidad, sensibilidad y su valor predictivo.

#### **A. Bacteriología**

**a) Baciloscopía de esputo:** Es una herramienta fundamental para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar, se realiza de manera sencilla y gratuita que consiste en buscar el bacilo de Koch en la muestra de esputo del sintomático respiratorio.

Se deben obtener dos muestras.

- La primera muestra se debe obtener en el momento de la consulta, esta muestra debe provenir del árbol bronquial producto de un

esfuerzo al toser y debe tener un volumen de 5ml aproximadamente.  
(14)

- La segunda muestra se entregara la muestra en la mañana del día siguiente de la consulta previamente rotulado en el envase que el Centro de Salud le proporcione.

### **B. Radiografía de tórax**

La radiografía de tórax es útil para localizar y determinar la extensión de las zonas afectadas. Se usan en los casos sospechosos de baciloscopia negativa sin embargo, las imágenes observadas en la radiografía torácica son inespecíficas, ya que pueden corresponder a otra patología. (15)

### **C. Tomografía computarizada (TC)**

Son útiles para orientar el procedimiento de diagnóstico en ciertos casos difíciles.

### **Tratamientos antituberculosos disponibles**

En nuestro país se pueden hallar diversos fármacos comercializados con actividad antituberculosa. En España no se dispone de la rifapentina que es un derivado semisintético de la rifamicina. Además, otros principios activos como algunas fluoroquinolonas (levofloxacino, moxifloxacino), aminoglucósidos (amikacina), o el linezolid, se encuentran disponibles con otras indicaciones de comercialización.

Los fármacos que se comercializan en nuestro país con indicación para el tratamiento de la tuberculosis son:

- Isoniacida
- Rifampicina
- Pirazinamida
- Etambutol

- Estreptomina

- Otros agentes: otras rifamicinas, quinolonas, protionamida, ácido paraaminosalicílico, linezolid.

### ***Isoniacida***

La isoniacida posee una marcada actividad bactericida frente a los microorganismos en rápida división. Actúa específicamente sobre el complejo M. tuberculosis y algunas micobacterias no tuberculosas. Carece de actividad sobre otras bacterias, hongos y virus. La acción primaria de la isoniacida es la inhibición de la biosíntesis de los ácidos micólicos, que son componentes lipídicos específicos de la membrana de las micobacterias. Penetra con facilidad en la célula y por ello actúa sobre los bacilos intracelulares. El pH del medio no altera la acción farmacoterapéutica de la isoniacida y por ello posee la capacidad de actuar sobre granulomas caseificantes y cavernas tuberculosas.

La isonicida posee una rápida absorción oral y aproximadamente a las 3 h consigue una concentración plasmática eficaz que se sitúa entre los 1 y 2 microgramos/ml. Debido a su bajo peso molecular se distribuye rápidamente en los líquidos cerebroespinal, pleural y ascítico así como en los órganos y tejidos. Cruza con facilidad la barrera placentaria y la concentración en la leche materna es parecida a la plasmática. El metabolismo es principalmente hepático por acetilación y dependiendo de la capacidad de acetilación, determinada genéticamente, el tiempo de semivida puede variar entre 1 y 6 h. Ello no altera de forma significativa la efectividad de la isoniacida, pero puede aumentar las concentraciones plasmáticas y por tanto incrementar sus efectos tóxicos. Hasta el 95% de la dosis de isoniacida se elimina por orina en la primeras 24 h y una pequeña cantidad por heces.

Los principales efectos adversos son hepáticos y en menor medida los que afectan al sistema nervioso. Los efectos hepáticos se pueden manifestar como una elevación de las enzimas hepáticas autolimitada en cualquier momento del tratamiento y principalmente durante los cuatro primeros meses (10% a 20% de los casos). La neuropatía periférica se relaciona con la dosis y afecta principalmente a pacientes con cierta predisposición (malnutrición, alcoholismo, diabetes, infección por el VIH, insuficiencia renal) (2%). Para evitar este efecto, las presentaciones farmacológicas son, a menudo, en combinación con piridoxina (Vitamina B6). Las personas con una capacidad acetiladora lenta también presentan un mayor riesgo. El responsable de la hepatotoxicidad es el metabolito de la isoniacida. Más raramente puede causar reacciones hematológicas (agranulocitosis, anemia aplásica, eosinofilia), reacciones de hipersensibilidad (hasta un 20% pueden presentar anticuerpos antinucleares a veces con manifestación cutánea).

### ***Rifampicina***

La rifampicina bloquea la proliferación de muchas bacterias gram-positivas y gram-negativas, además posee actividad bactericida para los microorganismos en rápida división pero también sobre los que se encuentran en fases de división intermedia o lenta por lo que tiene capacidad esterilizadora. Su principal mecanismo de acción es sobre la enzima RNA polimerasa de las bacterias. Actúa sobre las bacterias intracelulares y extracelulares. Pequeñas mutaciones en los microorganismos sensibles pueden dar lugar a cepas resistentes con cierta facilidad. Es un componente esencial de toda pauta terapéutica de corta duración.

La rifampicina presenta una rápida absorción por vía oral que se reduce considerablemente (hasta un 30%) si se administra junto con la comida. Se distribuye ampliamente en órganos y tejidos y atraviesa la barrera hematoencefálica. La concentración en el líquido

cefalorraquídeo alcanza hasta un 20% de la concentración plasmática, pudiendo aumentar en caso de inflamación meníngea. El metabolismo es principalmente hepático, mediante desacetilación, dando lugar a su metabolito activo. El tiempo de semivida tras administración oral repetida es de 2 a 3 h, la cual es superior en pacientes con disfunción hepática. Es un potente inductor enzimático del complejo P450 (1A2, 2C9, 2C19 y 3A4). La eliminación principal es por la bilis, y hasta un 30% se elimina por vía renal.

Las reacciones cutáneas pruriginosas con o sin rash asociado se producen hasta en un 6%, son generalmente autolimitadas y pocas veces son reacciones graves de hipersensibilidad. Las reacciones gastrointestinales consisten en náuseas, anorexia y dolor abdominal que en raras ocasiones son severas. Puede causar elevaciones transitorias de la bilirrubina y en combinación con isoniazida la hepatotoxicidad es más frecuente. Se ha descrito trombocitopenia y síndrome pseudogripal durante la pauta de tratamiento intermitente. Típicamente causa una coloración anaranjada de los fluidos corporales (esputo, orina, lágrimas, etc.) que se debe advertir al paciente.

### ***Pirazinamida***

La pirazinamida es un fármaco de primera línea para todas las formas de tuberculosis. Actúa principalmente sobre los microorganismos de división lenta y en medio ácido y por tanto sobre los bacilos residentes en los macrófagos. El mecanismo de acción no es del todo conocido, aunque podría consistir en la inhibición de la síntesis del ácido micólico.

Presenta una rápida absorción oral y amplia distribución por los órganos y tejidos así como por el líquido cefalorraquídeo, donde alcanza concentraciones parecidas a las plasmáticas. El metabolismo es hepático, mediante los procesos de hidrólisis (produciendo un metabolito activo) e hidroxilación. El tiempo de

semivida es de 9 a 10 h, pudiendo ser superior en pacientes con insuficiencia renal. En las primeras 24 h el 70% del producto se elimina por la orina, en forma de metabolitos o como principio activo inalterado.

El principal efecto adverso de la pirazinamida es la hepatotoxicidad, que se relaciona con la dosis. Con el uso de dosis habituales (25 mg/kg) la frecuencia de hepatotoxicidad es inferior al 1%. Es también causa frecuente de poliartralgias e hiperuricemia asintomática aunque en raras ocasiones requiere el ajuste de dosis o la suspensión del tratamiento. Otros efectos adversos son las náuseas, anorexia o rash cutáneo.

### ***Etambutol***

El etambutol se considera un fármaco de primera línea para todas las formas de tuberculosis y es incluido en las fases iniciales de muchas pautas dado que suprime la proliferación de los bacilos resistentes a isoniacida. Las resistencias al etambutol se desarrollan con mucha lentitud. Su mecanismo de acción radica en la alteración de la biosíntesis de la pared celular de los bacilos.

El etambutol presenta una rápida absorción por vía oral, presentando concentraciones terapéuticas en las primeras 2 a 4 h de su administración. Un 75% del producto se elimina de forma inalterada por la orina en las primeras 24 h. El tiempo de semivida es de unas 2 a 4 h.

El principal efecto adverso del etambutol es la neuritis óptica con una disminución de la agudeza visual o una reducida discriminación de los colores que puede afectar a uno o los dos ojos. Se trata de un efecto relacionado con dosis diarias superiores a 15 mg/kg. Una pauta intermitente podría reducir la probabilidad de presentar este efecto. Los pacientes que inician una pauta con etambutol deben realizar un test de agudeza visual y de discriminación de colores que se debe monitorizar mensualmente si el tratamiento presenta una

duración superior a dos meses, a altas dosis o en pacientes con cierto grado de insuficiencia renal. Raramente el etambutol puede producir reacciones cutáneas. En los niños, durante los dos primeros meses se pueden administrar dosis de etambutol de 15 a 25 mg/kg al presentar niveles plasmáticos inferiores del fármaco<sup>115</sup>. En niños pequeños que no colaboran en la exploración se pueden realizar potenciales visuales evocados<sup>116</sup>.

### ***Estreptomicina***

Fue el primer fármaco activo que se empleó para el tratamiento de la tuberculosis. La aparición de otros fármacos eficaces por vía oral y el tratamiento combinado permitieron reducir su utilización.

### ***Otros agentes antituberculosos***

Existen otros agentes con actividad frente a *M.tuberculosis*, cuyo uso se limita en combinación con otros agentes de primera línea y en sustitución de aquellos que no se han demostrado eficaces. Tienen una mayor toxicidad y su coste es muy superior al de los fármacos anteriormente descritos, y con excepción de las fluoroquinolonas, su actividad frente a *M.tuberculosis* es muy inferior a la de los fármacos de primera línea. Con el uso de estos fármacos pueden aparecer resistencias con facilidad y por tanto requieren un mayor control por parte de un especialista.

### ***Otras rifamicinas***

Son un grupo de antimicrobianos especialmente efectivos en el tratamiento de infecciones causadas por micobacterias y en todas ellas el principal mecanismo de acción es la inhibición de la síntesis de RNA en organismos procariotas. Habitualmente se consideran agentes antituberculosos en ciertas situaciones, especialmente por intolerancia a la rifampicina o en pacientes en tratamiento con antirretrovirales por su menor capacidad de presentar interacciones farmacológicas. La rifabutina presenta también una rápida absorción

oral y se localiza preferentemente en órganos y tejidos debido a su elevada lipofilia. Su metabolismo es principalmente hepático y la eliminación tanto renal como por la bilis. El tiempo de semivida promedio es elevado, de 45 h. La capacidad de inducción de enzimas hepáticas es muy inferior a la de rifampicina. La rifabutina puede ser causa de neutropenia severa (hasta 2%) sobre todo en dosis elevadas, con la pauta diaria y en pacientes infectados por el VIH. En combinación con antimicrobianos macrólidos u otros fármacos con capacidad para reducir la eliminación de rifabutina, ésta puede ser causa de uveítis. Al igual que con la rifampicina, la rifabutina se asocia a incrementos asintomáticos de las enzimas hepáticas y en menos de un 1%, con hepatitis clínica. Puede ser causa también de efectos gastrointestinales, reacciones cutáneas, poliartralgias, pseudoictericia y síndrome pseudogripal. Causa también una coloración anaranjada de los fluidos corporales.

Las **quinolonas**, sobre todo la moxifloxacina y la levofloxacina tienen actividad bactericida contra el M. tuberculosis. Las resistencias que aparecen a las quinolonas son de tipo cruzado y abarca toda la clase de estos antimicrobianos. Por ello se han utilizado sólo en combinación con otros agentes y en los esquemas terapéuticos en que no se pueda utilizar la pauta inicial estándar.

La **protionamida**, similar a la etionamida, es un fármaco bacteriostático que se ha usado principalmente en los casos en que otros fármacos han sido ineficaces o están contraindicados. Puede presentar resistencia cruzada con la isoniacida.

La **cicloserina** es otro fármaco con actividad contra el M. tuberculosis, sobre todo en medio alcalino. No presenta resistencias cruzadas con los demás agentes antituberculosos y su uso se limita al tratamiento en combinación cuando los compuestos considerados de primera línea son ineficaces.

El **ácido paraaminosalicílico (PAS)** tiene una acción bacteriostática específica sobre el M. tuberculosis. La aparición de cepas muy resistentes a este fármaco y la incorporación de nuevos agentes eficaces en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar han reducido prácticamente su uso.

La experiencia clínica con el **linezolid** es muy limitada pero presenta una elevada actividad in vitro contra diversas micobacterias.

En la tabla 4 se presenta la clasificación de los fármacos antituberculosos adoptada de la OMS (16)

**Tabla 4. Clasificación de los fármacos antituberculosos (16)**

<b>Grupo</b>	<b>Fármaco (abreviatura)</b>
Grupo 1. Antituberculosos ORALES de primera línea	Isoniacida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z), etambutol (E)
Grupo 2. Antituberculosos INYECTABLES	Estreptomina (S), kanamicina (Km), amikacina (Am), capreomicina (Cm)
Grupo 3. Fluoroquinolonas	Moxifloxacino (Mfx), gatifloxacino (Gfx), levofloxacino (Lfx)
Grupo 4. Antituberculosos orales bacteriostáticos de segunda línea	Protionamida (Pto), etionamida (Eto), cicloserina (Cs), ácido p-aminosalicílico (PAS)

<p>Grupo 5. Otros fármacos (potencialmente útiles de eficacia no demostrada)</p>	<p>Clofamicina (Cfz), linezolid (Lzd), claritromicina (Clr), tiazetazona (Th), amoxicilina-clavulánico (Amx/Clv)</p>
--	--

### **Prevención de la Tuberculosis**

La prevención de la tuberculosis es una serie de medidas que tiene como finalidad evitar la infección por tuberculosis y en caso esta se produzca tomar las medidas para evitar el paso de la infección a la enfermedad. Las medidas preventivas están dirigidas a evitar la diseminación del bacilo de Koch.

Para prevenir la enfermedad se deben de realizar actividades de promoción de la salud orientadas a la identificación del sintomático respiratorio en los pobladores en riesgo, fomentando además las medidas preventivas como el mejoramiento de estado nutricional, estilos de vida saludable; se deben explicar a la población también que las discriminaciones o estigmas no tienen justificación.

Podemos concluir que la prevención de la tuberculosis son las medidas principales tomadas anticipadamente su objetivo principal de prevenir la enfermedad, evitar la diseminación por contactos, evitando de esta manera las posibles complicaciones de enfermedad que afectaría gravemente la salud del paciente incluso podría causarle la muerte si no recibe el tratamiento adecuado.

### **Principales estrategias para la prevención y control de la tuberculosis**

- ❖ **Plan Regional de la Tuberculosis 2006- 2015:** “Tiene como visión construir una América libre de tuberculosis para el 2050. La misión es asegurar que cada paciente con tuberculosis tenga pleno acceso al

diagnostico y tratamiento de calidad, para disminuir la carga social, económica y de inequidad que impone la tuberculosis.” (17)

❖ **Estrategia Alto a la Tuberculosis OMS 2006:** “Su finalidad es reducir la carga mundial de la tuberculosis para el 2015 promoviendo la expansión del DOTS de calidad fortaleciendo el Sistema de Salud, involucrando a todos los proveedores de salud, empoderando a los afectados con tuberculosis y las comunidades.”

❖ **La Dirección General de la salud de las Personas “Estrategia sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis”**  
“Garantiza a través de la ISN-PCT que las personas afectadas accedan en forma gratuita en todo el territorio Nacional a la detección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, asegurando las buenas prácticas de atención con un enfoque de derechos humanos, sin ningún tipo de discriminación, ya sea de género, edad nivel socioeconómico, raza o etnia.”<sup>(17)</sup>

#### **Principales medidas de prevención de la tuberculosis pulmonar**

Para prevenir esta enfermedad se deben tener muy en claro los objetivos y las prioridades en la lucha contra esta enfermedad. Que tiene objetivos principales: reducir la diseminación de la tuberculosis en la comunidad identificando al sintomático respiratorio que son la principal fuente de transmisión de esta enfermedad.

El tratamiento oportuno, la curación de la persona con tuberculosis pulmonar son las principales prioridades en la lucha contra la tuberculosis

#### **Diagnóstico y tratamiento Oportuno**

La principal medida para evitar el contagio es a través de la eliminación de las fuentes de infección presentes en la comunidad este se logra cuando se detecte al sintomático respiratorio, se le

realice oportunamente las pruebas diagnósticas y se le brinde tratamiento oportuno para su condición de salud.

La administración oportuna de los medicamentos antituberculosos logra rápidamente que los pacientes dejen de ser contagiosos cortando así la cadena de transmisión.

El sintomático respiratorio es toda persona con tos con expectoración por más de 15 días. Pero estas personas no solo se identificaran en los servicios de salud sino también en la comunidad ya que por lo general estas personas piensan que ellos nunca padecerán esta enfermedad y no acuden a los Centros De Salud por tal motivo y otros casos por el temor a ser estigmatizados. Por eso es importante la participación comunitaria para que estimulen a la personas que presenten los síntomas a acudir al Centro de Salud para que se realicen los exámenes correspondiente de esta manera se asegurara que estos pacientes reciban tratamiento oportuno. Hasta que estén curados.

- ❖ **Control de contactos:** Es una herramienta fundamental para evitar la diseminación de la enfermedad, son considerados contactos todas las personas que viven en el mismo domicilio o tienen contacto directo con la persona que padece de tuberculosis, estos están expuestos al riesgo de infección independientemente del parentesco.

(17)

Por lo tanto los contactos pueden ser; del grupo familiar, compañeros de labores, compañeros de estudios y vecinos de la comunidad. Es importante el seguimiento de estas personas por las siguientes razones:

- Para que lo examinen en el Centro de Salud
- Para saber si a diseminado la enfermedad

- Para que puedan recibir tratamiento oportuno en el Establecimiento de Salud
- Para evitar que contagien a otras personas  
Además existen dos clases de contactos que debemos tomar en cuenta
- **Contactos ocasionales:** toda persona que viva en el domicilio de la persona con tuberculosis aunque este no sea pariente.
- **Contacto conviviente:** es toda persona que ha tenido contacto prolongado con la persona enferma de tuberculosis
- ❖ **Quimioprofilaxis:** Es la administración de la Isoniacida a las personas en riesgo de ser infectadas o enfermar de tuberculosis con el objetivo de prevenir la tuberculosis pulmonar.
- ❖ **Prácticas de estilos de vida saludable**
- a. **Alimentación y nutrición saludable:** Existe cada vez mayor evidencia sobre la relación entre el valor nutritivo y la combinación de los alimentos consumidos, el estado de nutrición del ser humano tiene un impacto significativo en el desarrollo humano, la salud y el medio social. .

La alimentación es muy importante para la salud pero debe ser una alimentación equilibrada entre las proteínas, carbohidratos, grasas y vitaminas de acuerdo a las necesidades que nuestro cuerpo requiere.

De esta manera estaríamos nutriendo saludablemente mejorando nuestra calidad de vida evitando así enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis que ataca generalmente a personas con el sistema inmunológico bajo producto de la desnutrición o de alguna enfermedad crónica. Por eso es que la nutrición juega un papel importante en la recuperación del paciente con tuberculosis.

**b. Higiene y ambiente:** Las prácticas de higiene permiten a la población minimizar la exposición de los factores de riesgos para la salud y el bienestar <sup>(18)</sup>

La higiene es fundamental para prevenir las enfermedades presentes en el medio ambiente, para eso es importante adquirir habilidades saludables para la vida cotidiana. Como es cumplir con las medidas higiénicas ya sea en casa o en la comunidad así se protege la salud personal y la de los demás.

**c. Actividad física:** La actividad física realizada con regularidad tiene efectos positivos en la salud. Por ejemplo , 30 minutos diarios de actividad física moderada como caminar, bailar, subir escaleras o montar bicicleta por lo menos 5 veces a la semana pueden mejorar nuestra calidad de vida.

**d. Cuidados en el hogar**

- El paciente tiene que tener una habitación para el solo
- El paciente tiene que permanecer aislado y utilizar cubre boca durante un mes estrictamente para evitar diseminar la enfermedad
- Ventilar la habitación abriendo las ventana para que ingrese los rayos solares con el fin de que destruyan los bacilos que se encuentren en el cuarto
- El paciente debe toser o escupir en el papel higiénico, embolsarlo y luego desecharlo.
- Tiene que alimentare adecuadamente con una dieta equilibrada de acuerdo a su estado de salud
- Los enfermos con tuberculosis pulmonar presentan disnea al esfuerzo, incrementando su frecuencia respiratoria por lo cual tiene que descansar periódicamente

### 2.2.3. Abandono Del Tratamiento De La Tuberculosis

#### **Factores socio demográficos y socioeconómicos**

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

**Edad.** Es el termino que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo. No existe unificación a la edad de mayor riesgo de abandono. Un estudio mostró que la incidencia de abandono de tratamiento era quienes tenían edad entre 21-30 años. Salazar et.al (19) mostraron que el promedio de edad de las personas que abandonan el tratamiento oscila entre

28 y 45 años. Mientras Meza y Altuzar. (20) mostraron que la edad de los pacientes más afectados fluctuaba entre 20 y 40 años, se observa que afectó a toda una población económicamente activa (46% y 36% para abandono y no abandono respectivamente).

**Sexo.** Es la clasificación del sexo de una persona en función de ser mujer o varón. Aunque existen propuestas de hacer explícito la intersexualidad. La literatura apoya a la premisa que los hombres tienden a abandonar el tratamiento más que las mujeres. Culqui. et,al mostraron que los pacientes que abandonaron el tratamiento fueron del sexo masculino. Otro estudio mostró que de los casos, el 68,4% fueron hombres y el 31,6% fueron mujeres, no se presentaron diferencias importantes en cuanto al sexo en los controles ( $X= 2.53$ ,  $p= 0,111$ ). (21) Otro estudio mostró que en el

grupo de abandono predominó el sexo masculino con una diferencia porcentual mínima. <sup>(3)</sup> Sosa. et, l observaron que los varones predominaron tanto en el grupo de casos como en el de los testigos, una asociación que fue positiva por una OR de 2,51 (IC95%: 1,63–3,94) y estadísticamente significativa, con el abandono del tratamiento.

**Estrato económico.** Es el resultado del desarrollo económico que marca una pauta importante en el desenvolvimiento de una persona. Se expresa en la ocupación del principal sostén y el patrimonio del hogar Variable latente del cual solo se puede medir sus manifestaciones. Vivir en un estrato bajo suele ser descrito como un factor de riesgo para el abandono de tratamiento. Un estudio mostró respecto al estrato económico que el 68% de los casos, el 70,2% de los controles pertenecían al estrato social bajo. (21)

Cáceres y Orozco observaron que el índice de abandono del tratamiento el 1,2 (IC95% 0,9-2,3) vivían en un estrato bajo.

**Nivel educativo.** Se refiere al periodo, medido en años escolares, que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal. A menor nivel educativo mayor será la probabilidad de abandono. Es decir mientras más bajo sea el nivel educativo más difícil se hace la comunicación tanto con la familia, como con el personal de salud. Salazar.et,al <sup>(19)</sup> observaron en cuanto al nivel educativo que solo el 31% (6/13) de los casos y el 40% (23/57) de los controles tenían estudios secundarios, y solo el 8,8% (5/57) de los controles estudiaron en la universidad. Otro estudio mostró que la escolaridad menor que la instrucción secundaria completa, se relacionó con una mayor probabilidad de abandonar el tratamiento ( $p= 0,001$ ). (1) Meza y Altuzar (22) observaron que en la escolaridad

predominó la primaria incompleta (58,3% vs 48,8%) para abandono y no abandono, considerando 20% de los pacientes que no tenían escolaridad. Finalmente un estudio observó que el bajo nivel educativo predominó en los pacientes que desertaron el tratamiento.

**Estado civil o Marital.** Es la situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del intesco, 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. 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. Salazar. et,al <sup>(21)</sup> al evaluar el estado civil demostraron que no había diferencia entre tener pareja y no tenerla

**Falta de vivienda.** Es una necesidad específica de la pobreza. Se evidencia que en diferentes estudios realizados, la falta de vivienda, va 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. Sosa.et,al observaron que quienes vivían en la calle o no tenían domicilio estable presentaron un riesgo tres veces mayor de desistir de la farmacoterapia (OR: 3,08; IC95%: 1,57- 6,49), una asociación que resultó estadísticamente significativa.

**Ingresos económicos.** Se relaciona tanto con diversos aspectos económicos pero también sociales ya que la existencia o no de los mismos puede determinar el tipo de calidad de vida de una familia o de un individuo. Un estudio mostró que el 84,2% (16/19) de los que abandonaron no tenían capacidad económica mientras que el 59,6%

(34/57) de los controles presentaron esta misma situación, el riesgo de abandono fue de 3,61 ( $p = 0,05$ , IC 0,87 a 21.18). (21) 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. (23)

## 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

### **Caso de tuberculosis:**

Tuberculosis: a la enfermedad infecciosa, generalmente crónica, causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. microti*, *M. africanum* y *M. canettii*), que se transmite del enfermo al sujeto sano por inhalación de material infectante, ingestión de leche contaminada por dicho complejo, contacto con personas enfermas bacilíferas o animales bovinos enfermos.

### **Abandono:**

La noción de abandono hace referencia al acto de dejar de lado o descuidar cualquier tratamiento (24)

### **Fracaso terapéutico:**

Todo paciente en tratamiento regular y estrictamente supervisado cuyo cultivo de BK del cuarto mes de tratamiento es positivo. (25)

### **Detección y Diagnóstico de TB MDR**

Son actividades de salud pública para identificar precozmente a los pacientes con Tuberculosis MDR y de esta forma prevenir una mayor transmisión de la enfermedad.

Los conceptos de Sintomático Respiratorio (SR), Sintomático Respiratorio Identificado (SRI), Sintomático Respiratorio Examinado (SREx) y Contacto, son los mismos que los señalados por la norma nacional

## **2.4. VARIABLES**

### **2.4.1. Definición conceptual de la variable**

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

### **2.4.2. Definición operacional de la variable**

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

### 2.4.3. Operacionalización de la variable

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
FACTORES QUE INDUCEN AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO	Instigación al Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Incumplimiento del tratamiento</li> <li>-Régimen del tratamiento</li> </ul>
PACIENTES CON TBC	Sociodemográficos y económicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Edad</li> <li>-Sexo</li> <li>- Nivel educativo</li> <li>-Estado civil o Marital</li> <li>- Falta de vivienda</li> </ul>

	Psicosociales y Ambientales	<ul style="list-style-type: none"><li>-Consumo de alcohol</li><li>-Falta de apoyo familiar</li><li>-Migración</li><li>-Tipo de familia</li></ul>
--	-----------------------------	--

## **CAPITULO III: METODOLOGIA**

### **3.1. TIPO Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

#### **Estudio de tipo cuantitativo,**

La Metodología Cuantitativa es aquella que permite examinar los datos de manera numérica, especialmente en el campo de la Estadística.

Para que exista Metodología Cuantitativa se requiere que entre los elementos del problema de investigación exista una relación cuya Naturaleza sea lineal. Es decir, que haya claridad entre los elementos del problema de investigación que conforman el problema, que sea posible definirlo, limitarlos y saber exactamente donde se inicia el problema, en cual dirección va y que tipo de incidencia existe entre sus elementos.

Los elementos constituidos por un problema, de investigación Lineal, se denominan: variables, relación entre variables y unidad de observación.

(26)

## **Método observacional**

Cuando hablamos de método observacional nos referimos no tanto a la observación con la que comienza la investigación científica como a uno de los métodos de los que dispone el científico para la comprobación de sus hipótesis. Aunque toda verificación de una hipótesis científica (también la verificación experimental y la correlacional) implica algún tipo de observación, generalmente se habla de método de verificación observacional cuando se intenta verificar una hipótesis o recabar datos de la realidad sin introducir ningún tipo de artificio, sin ejercer un control sobre las variables independientes o sobre los sujetos a estudiar, simplemente observando las conductas que espontáneamente ejecutan los sujetos. (27)

## **Diseño descriptivo**

El objetivo de los estudios descriptivos es DESCRIBIR UNA ENFERMEDAD O CARACTERÍSTICA EN UNA/S POBLACIÓN/ES DETERMINADA/S, por lo tanto son útiles cuando se conoce poco acerca de lo que queremos estudiar y normalmente sirve como inicio de posteriores investigaciones analíticas. Debemos tener en cuenta que en los estudios descriptivos no analizamos asociación entre enfermedad (efecto) y determinadas características (causas).

### **3.2. DESCRIPCION DEL AMBITO DE ESTUDIO**

El Centro de Salud Paucarpata se encuentra en la localidad de Paucarpata Distrito de Paucarpata Provincia de Arequipa Region Arequipa en un area geografica urbana, tiene 32 años de funcionamiento en el cual la población del Distrito es de 47356 y la poblacion asignada al EESS es de 18693, cuenta con 6 medicos, 7 obtetrices, 2 odontologos, 7 enfermeras 1 químico farmaceutico, 2 asistentes sociales, 5 tecnicos, 5 auxiliares entre otros profesionales.

### **3.3. POBLACION Y MUESTRA**

La poblacion estuvo constituida por todos los pacientes con diagnostico de tuberculosis melitus que abandonaron el tratamiento. El Centro de Salud Paucarpata 350. en conjunto con los pacientes que estan en tratamiento continuo.

La muestra estudiada fue de 60 pacientes que abandonaron el tratamiento.

#### **Criterios de inclusión:**

Mayores de 18 años

Pacientes que abandonaron el tratamiento

No asisten continuamente al tratamiento

Están de acuerdo con la investigación

#### **Criterios de exclusión:**

Pacientes menores de 18 años

Pacientes que no estén de acuerdo con la investigación.

### **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

El presente trabajo de investigación utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento de recolección de datos el cuestionario.

Dicho instrumento consta de las siguientes partes: titulo de la investigación, introducción (donde se evidencia el saludo, las indicaciones y/o objetivos para el llenado del instrumento); datos generales (en las que se determina la edad, género y el grado de instrucción) y por ultimo el contenido de lo estructurado según las dimensiones e indicadores el cual consta de 39 ítems o preguntas.

### **3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

Para poder recolectar los datos se contó como instrumento un cuestionario de tipo semi estructurado el cual será validado mediante

Juicio de Expertos, Se solicitó a 7 profesionales de la salud (2 médicos, 1 nutricionista y 4 enfermeras) para que dieran su punto de vista sobre el cuestionario empleado y de esta manera otorguen la validación y /o sugerencias al respecto.

### **3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

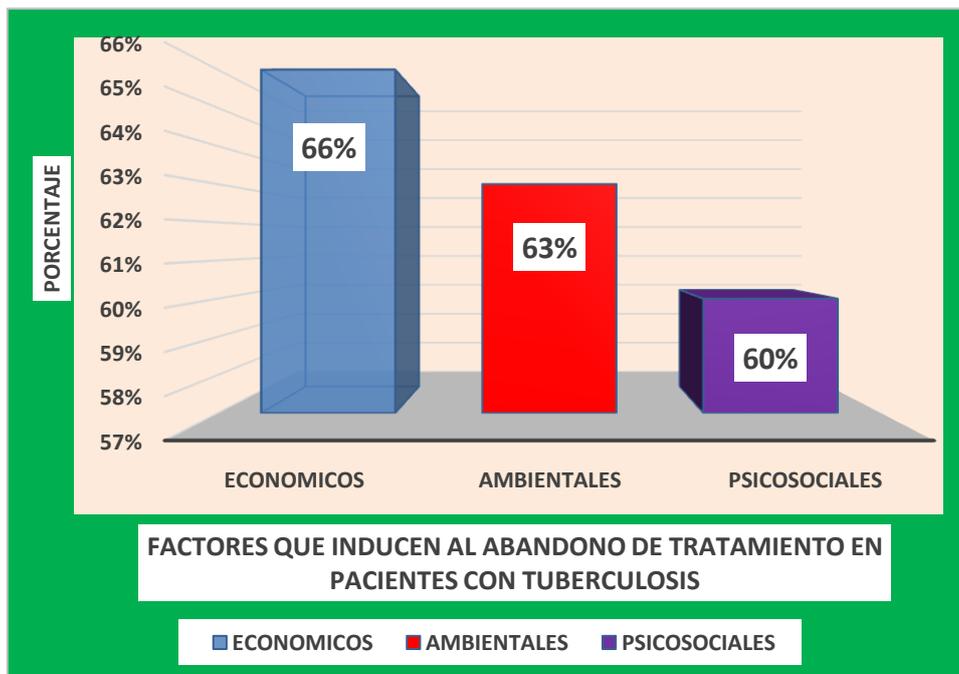
Para la recolección de datos, se llevó a cabo una entrevista con los encargados del Centro de Salud Paucarpata para obtener el permiso correspondiente, así mismo con la enfermera jefe para que me permitiera aplicar el instrumento a los pacientes.

El recojo de información se programó durante el mes de Junio-Agosto del año 2015, el instrumento se aplicó en promedio de 20 minutos aproximadamente por cada paciente.

## CAPITULO IV: RESULTADOS

### GRAFICA 1

#### FACTORES QUE INDUCEN AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA - AREQUIPA 2015

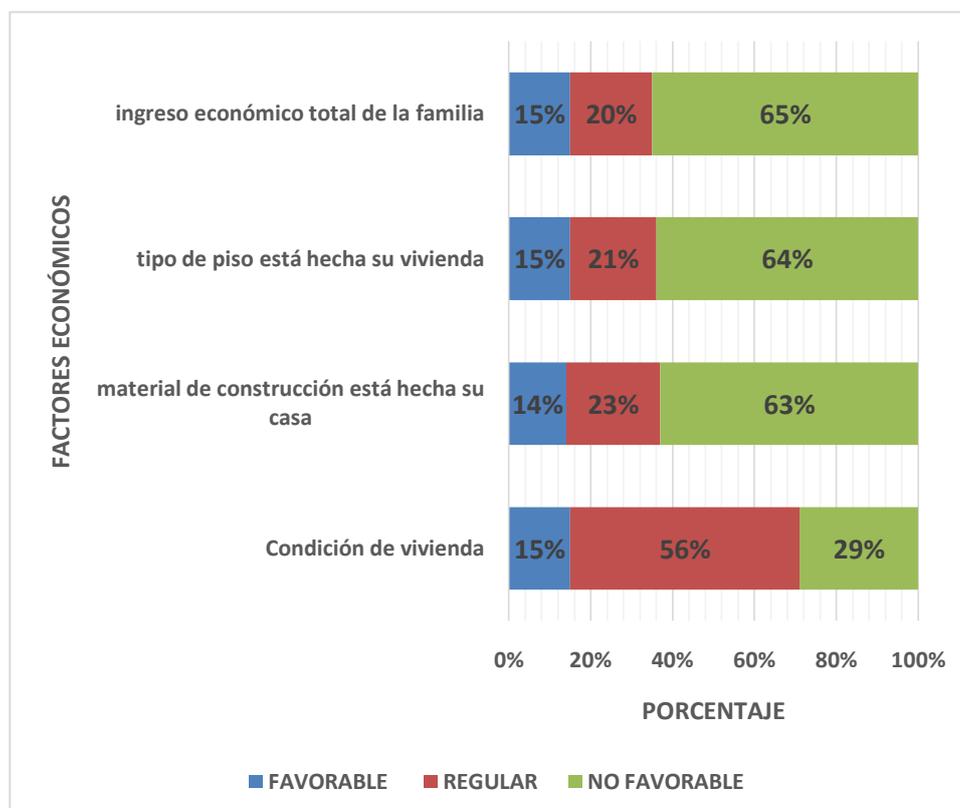


Según los resultados presentados en la Grafica 1, los Factores que inducen al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ampliación Paucarpata-Arequipa 2015, de acuerdo a lo indicado por el 100%(60 pacientes), es el Factor Económico en un 66% con el mayor porcentaje, de acuerdo a lo indicado por el 100%(60 pacientes), en sus respuestas señalan que en el factor Económico: No es favorable el ingreso económico de la familia 65%, asimismo no es favorable el tipo de piso de su vivienda 64%, también no es favorable el material con la cual está construida su casa 63%. Y es Regular la condición de la vivienda 56%. En el Factor Ambiental en un 63%, donde se presenta: No es Adecuado el número de personas que

viven en su casa 63%, asimismo no es adecuado el agua y desagüe en su casa 62%, Es Regular lo que su entorno le ofrece fuerza emocional para que continúe con el tratamiento 55%, también es Regular las habitaciones que tienen en su casa y además es Regular el rol que cumple en su familia 54%. En el Factor Psicosociales en menor porcentaje de 60%, consideran lo siguiente: A veces consume alcohol 67%, también A veces fuma 54% y siempre asiste a fiestas 59%.

## GRAFICA 2

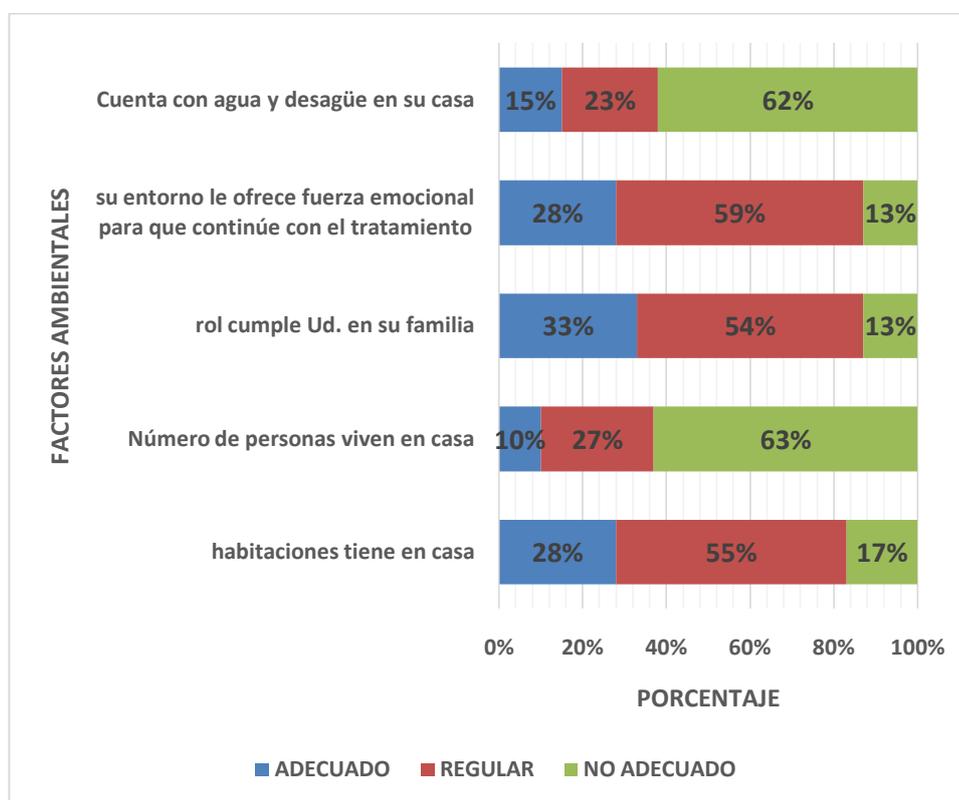
### FACTORES ECONOMICOS QUE INDUCEN AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA - AREQUIPA 2015



Según los resultados presentados en la Grafica 2, Los Factores Económicos que inducen al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ampliación Paucarpata-Arequipa 2015, de acuerdo a lo indicado por el 100%(60 pacientes), en sus respuestas señalan que: No es favorable el ingreso económico de la familia 65%, asimismo no es favorable el tipo de piso de su vivienda 64%, también no es favorable el material con la cual está construida su casa 63% y es Regular la condición de la vivienda 56%.

### GRAFICA 3

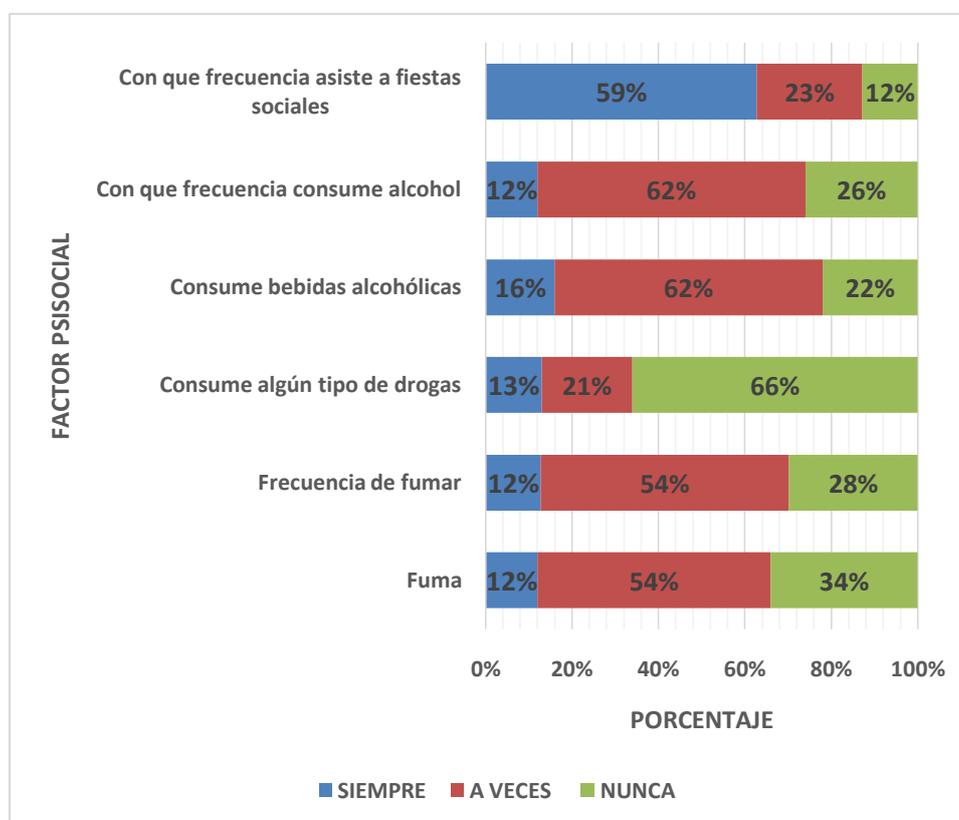
#### FACTORES AMBIENTALES QUE INDUCEN AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA - AREQUIPA 2015



Según los resultados presentados en la Grafica 3, Los Factores Ambientales que inducen al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ampliación Paucarpata-Arequipa 2015, de acuerdo a lo indicado por el 100%(60 pacientes), en sus respuestas señalan que: No es Adecuado el número de personas que viven en su casa 63%, asimismo no es adecuado el agua y desagüe en su casa 62%, Es Regular lo que su entorno le ofrece fuerza emocional para que continúe con el tratamiento 55%, también es Regular las habitaciones que tienen en su casa y además es Regular el rol que cumple en su familia 54%.

#### GRAFICA 4

### FACTORES PSICOSOCIALES QUE INDUCEN AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA - AREQUIPA 2015



Según los resultados presentados en la Grafica 4, Los Factores Psicosociales que inducen al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ampliación Paucarpata-Arequipa 2015, de acuerdo a lo indicado por el 100%(60 pacientes), en sus respuestas señalan que: A veces consume alcohol 67%, también A veces fuma 54% y siempre asiste a fiestas 59%.

## **DISCUSION DE RESULTADOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Los Factores que inducen al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ampliación Paucarpata-Arequipa 2015, de acuerdo a lo indicado por el 100%(60 pacientes), es el Factor Económico en un 66% con el mayor porcentaje, de acuerdo a lo indicado por el 100%(60 pacientes), en sus respuestas señalan que en el factor Económico: No es favorable el ingreso económico de la familia, asimismo no es favorable el tipo de piso de su vivienda 64%, también no es favorable el material con la cual está construida su casa 63%. Y es Regular la condición de la vivienda 56%. En el Factor Ambiental en un 63%, donde se presenta: No es Adecuado el número de personas que viven en su casa 63%, asimismo no es adecuado el agua y desagüe en su casa 62%, Es Regular lo que su entorno le ofrece fuerza emocional para que continúe con el tratamiento 55%, también es Regular las habitaciones que tienen en su casa y además es Regular el rol que cumple en su familia 54%. En el Factor Psicosociales en menor porcentaje de 60%, consideran lo siguiente: A veces consume alcohol 67%, también A veces fuma 54% y siempre asiste a fiestas 59%.Coincidiendo con Navarro, Rueda, Mendoza (2012) Conclusiones: el estudio permitió identificar las variables asociadas al abandono del tratamiento antituberculoso, clasificar los factores de riesgo y construir un instrumento que al implementarse en los servicios de salud de la región, permitiría al personal de salud detectar oportunamente a los pacientes con un posible riesgo.

### **OBJETIVO ESPECIFICO 1**

Los Factores Económicos que inducen al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ampliación Paucarpata-Arequipa 2015, de acuerdo a lo indicado por el 100%(60 pacientes), en sus respuestas señalan que: No es favorable el ingreso económico de la familia,

asimismo no es favorable el tipo de piso de su vivienda 64%, también no es favorable el material con la cual está construida su casa 63%. Y es Regular la condición de la vivienda 56%. Coincidiendo con Plata (2013) Conclusiones: algunos factores no modificables como la edad y el género, así como factores modificables como estilos de vida inadecuados y efectos adversos; cuyo control mejoraría el cumplimiento; contribuyen al abandono del tratamiento. Las variables psicológicas y sociales deben ser evaluadas para que se conviertan en predictores de probables abandonos o irregularidades en el tratamiento antituberculoso.

## **OBJETIVO ESPECIFICO 2**

Los Factores Ambientales que inducen al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ampliación Paucarpata-Arequipa 2015, de acuerdo a lo indicado por el 100%(60 pacientes), en sus respuestas señalan que: No es Adecuado el número de personas que viven en su casa 63%, asimismo no es adecuado el agua y desagüe en su casa 62%, Es Regular lo que su entorno le ofrece fuerza emocional para que continúe con el tratamiento 55%, también es Regular las habitaciones que tienen en su casa y además es Regular el rol que cumple en su familia 54%. Coincidiendo con Montufar y Noboa (2012) Entre los factores relacionado con el abandono de tratamientos están los relacionados con aspectos sociales como el consumo de drogas (57%), alcohol (18%), delincuencia (4%), seguido de factores vinculados con los Servicios de Salud: mala atención (66%), falta de visitas domiciliarias dentro de las 48 horas de haber abandonado el tratamiento (67%) y los factores relacionados con el tratamiento como las RAM con el 38%. Concluimos que el principal factor de abandono de tratamiento está relacionado con los servicios de salud, por lo tanto recomendamos la importancia del manejo humano ajustado a los tiempos y adecuado a las necesidades de los pacientes, el cumplimiento normativo de las visitas domiciliarias para la reinserción del paciente al tratamiento y el manejo interprogramático para la solución oportuna de los problemas motivo de abandono.

### **OBJETIVO ESPECIFICO 3**

Los Factores Psicosociales que inducen al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ampliación Paucarpata-Arequipa 2015, de acuerdo a lo indicado por el 100%(60 pacientes), en sus respuestas señalan que: A veces consume alcohol 67%, también A veces fuma 54% y siempre asiste a fiestas 59%. Coincidiendo con RIQUERO (2012) Dentro de los resultados más resaltantes, se halló que la depresión difiere por tipos de tratamiento, encontrándose que los pacientes que recibieron el tratamiento esquema 1, presentan bajos niveles de depresión leve a moderada; a diferencia de los que reciben el tipo de tratamiento multiresistente, quienes demuestran altos niveles de depresión moderada a severa.

## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERO**

Los Factores que inducen al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ampliación Paucarpata-Arequipa 2015, de acuerdo a lo indicado por los pacientes, es el Factor Económico con el mayor porcentaje, que en sus respuestas señalan: No es favorable el ingreso económico de la familia, asimismo no es favorable el tipo de piso de su vivienda, también no es favorable el material con la cual está construida su casa. y es Regular la condición de la vivienda. En el Factor Ambiental, donde se presenta: No es Adecuado el número de personas que viven en su casa, asimismo no es adecuado el agua y desagüe en su casa, Es Regular lo que su entorno le ofrece fuerza emocional para que continúe con el tratamiento, también es Regular las habitaciones que tienen en su casa y además es Regular el rol que cumple en su familia. En el Factor Psicosociales en menor porcentaje, consideran lo siguiente: A veces consume alcohol, también A veces fuma y siempre asiste a fiestas

### **SEGUNDO**

Los Factores Económicos que inducen al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ampliación Paucarpata-Arequipa 2015, de acuerdo a lo indicado por los pacientes, en sus respuestas señalan que: No es favorable el ingreso económico de la familia, asimismo no es favorable el tipo de piso de su vivienda, también no es favorable el material con la cual está construida su casa y es Regular la condición de la vivienda.

### **TERCERO**

Los Factores Ambientales que inducen al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ampliación Paucarpata-Arequipa 2015, de acuerdo a lo indicado por los pacientes, en sus respuestas señalan que: No es Adecuado el número de personas que viven en su casa, asimismo no es adecuado el agua y desagüe en su casa, Es Regular lo que su

entorno le ofrece fuerza emocional para que continúe con el tratamiento, también es Regular las habitaciones que tienen en su casa y además es Regular el rol que cumple en su familia.

#### **CUARTO**

Los Factores Psicosociales que inducen al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ampliación Paucarpata-Arequipa 2015, de acuerdo a lo indicado por los pacientes, en sus respuestas señalan que: A veces consume alcohol, también A veces fuma y siempre asiste a fiestas.

## **RECOMENDACIONES**

Desarrollar un programa de educación, dirigido a usuarios que reciben el tratamiento de tuberculosis pulmonar del Centro de Salud Ampliación Paucarpata-Arequipa, haciendo énfasis en la importancia del cumplimiento y el involucramiento de la familia.

Proporcionar información personalizada al paciente y familia sobre la importancia del tratamiento y la resistencia bacteriana que se produce al abandonarlo.

Fortalecer el seguimiento riguroso a los pacientes que ingresan al programa de tuberculosis mediante las visitas domiciliarias, a fin de crear y mantener un vínculo permanente entre usuario-personal de salud, en la intención de reducir el riesgo de abandono.

Considerar que todo paciente nuevo en el programa de tuberculosis debe llenar una ficha, donde se incluyan indicadores que permitan determinar los factores de riesgo de abandono (consumo bebidas alcohólicas, consumo de droga ilícitas y de tabaco, familias disfuncionales, bajos recursos económicos, entre otras), información que permitirá direccionar las estrategias de intervención individualizada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Culqui DR GCRSCJSL. Factores pronósticos del abandono del. Rev Panam Salud Publica. 2005 18(1); 14(20).
2. Perú MdSd. Control de la Tuberculosis. Programa Nacional de Control de Enfermedades. 2000.
3. Meza M ARMD. Factores de riesgo para el fracaso del tratamiento antituberculoso. Rev Sociedad Peruana Med Interna. 1999; 33(08).
4. Ribeiro SA AVCAea. case-control study about indicators of noncompliance in patients with tuberculosis. Pneumol. 2000; 26(6).
5. and WFCop. experience and lessons from tuberculosis—II. Br Med. Br Med.
6. Quintero\* CN. Factores asociados al abandono del. ciencia y cuidado. 2013 julio; 10(1).
7. Plata-Casas LI. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis. ciencia y salud. 2012 julio; 12(2).
8. DELFINA MSM. “FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN. 2012-2013. TESIS.
9. PAZ PR. DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN. 2012. TESIS.
10. ABC d. DEFINICION ABC. [Online].; 2007 [cited 2014 JULIO. Available from: <https://www.definicionabc.com/general/factores.php>.
11. OMS.; 2014 [cited 2014.
12. Prevention CfDCa. EPIDEMIOLOGI OF TUBERCULOSIS. 202..

13. M K. Teoría del conocimiento. [Online].; 1972.  
available from: <http://ustadistancia.academia.edu/documents/0027/7028/> .
14. ALUD GFD. ESTANDARES PARA LA ATENCION DE LA TBC EN MEXICO.  
[Online].; 2008 [cited 2015 JULIO 16. Available  
from:<http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/20para%20la%20atencion%20en%20TB.pdf>.
15. OMS. Tuberculosis (TB). [Online].; 2012 [cited 2015 ABRIL 12. Available  
from: <http://www.who.int/tb/challenges/mdr/tdrfaqs/es/>.
16. SALUD G. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y  
la Prevención de la Tuberculosis. [Online].; 2011 [cited 2015 JULIO 17. Available from:  
<http://portal.guiasalud.es/web/guest/home;jsessionid=2554d11c28faf07f7fc9e7804aa2>.
17. PUBLICA RdESMDS. "HERRAMIENTAS Y ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN Y  
CONTROL DE  
LA TUBERCULOSIS A NIVEL COMUNITARIO" (TAES COMUNITARIO). [Online].;  
2005 [cited 2015 JUNIO 12. Available from:  
[http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/TAES\\_comunitario\\_m%C3%B3dulo\\_%20IV.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/TAES_comunitario_m%C3%B3dulo_%20IV.pdf).
18. MINSA. MINSA Dirección General de Promoción de la Salud. Marco conceptual  
metodológico para el abordaje de la promoción de la salud. [Online].; 2005.
19. Salazar. CL UMZWRFMF. 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. Rev. Ces Medicina. 2004 julio; 18(1).

20. Meza. Y AM. Factores relacionados con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar Enero-Abril 1999. [consulta el setiembre del. Rev. de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 1999 enero.
21. Salazar. CL UMZWRFMF. Factores de riesgo para el abandono de tratamiento contra la tuberculosis en la ciudad de Medellín Enero-Julio/2004.Vol 18 N°1. Ces Medicina. 2004 ENERO JULIO; 18(1).
22. Meza. Y AM. I. [Online].; 1999 [cited 2015 junio 12.
23. Sosa N, S P, Y Barreto M. Abandono del tratamiento de la tuberculosis en nicaragua. revista panamericana de salud publica. 2005.
24. Culturalia E. Cuál es el Significado de Abandono. Concepto, Definición, Qué es Abandono. [Online].; 2012 [cited 2015 junio. Available from : <https://edukavital.blogspot.pe/2012/10/concepto-de-abandono.html>.
25. minsa. NORMA TECNICA N° 025 -/MINSA/DGSP V.01. estrategia sanitaria nacional. .
26. Palacios RM. MONOGRAFIAS.COM. [Online].; 2006 [cited 2015 JULIO 13. Available from : <http://www.monografias.com/trabajos38/investigacion-cualitativa/investigacion-cualitativa2.shtml>.
27. Olleta JE. DICCIONARIO DE PSICOLOGÍA CIENTÍFICA Y FILOSÓFICA. [Online]. Available from: <http://www.e-torredebabel.com/Psicologia/Vocabulario/Metodo-Observacional.htm>.
28. OMS. LA TUBERCULOSIS. 2013. TBC.

29. OMS. Estrategia Alto a la Tuberculosis. [Online].; 2015 [cited 2015 JULIO 15].  
Available from: [http://www.who.int/tb/strategy/stop\\_tb\\_strategy/es/](http://www.who.int/tb/strategy/stop_tb_strategy/es/).
30. VIJAY S KPCLSVBHKUPRSG. Risk factors associated with default among new smear positive TB patients treated under DOTS in India. [Online]. INDIA; 2010 [cited 2015 JUNIO 12].  
Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-73482015000100008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482015000100008).
31. FARGA V. Tuberculosis lqhqs. Tuberculosis, lo que hay que saber. [Online].; 2008 [cited 2015 JUNIO 12]. Available from:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-73482015000100008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482015000100008).
32. Cáceres F, Orozco L. Biomédica instituto de salud, Colombia [Internet]. [Online].; 2007 [cited 2014 JUNIO 12].
33. mexicanas no. medicasos. [Online].; 2012 [cited 2015 junio 12]. Available from:  
<http://www.medicasos.com/enarm/medicina-interna/normas-oficiales-mexicanas/94-tuberculosis-definiciones>.



# ANEXOS

### Matriz de Consistencia

## FACTORES QUE INDUCEN AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD AMPLIACION PAUCARPATA - AREQUIPA 2015

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES DEL TITULO	DIMENSIONES	INDICADORES
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>¿Cuáles son los Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ampliación Paucarpata - Arequipa 2015</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar los Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ampliación Paucarpata - Arequipa 2015</p> <p><b>OBJETIVO ESPECIFICO</b></p> <p>Describir los factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis en la dimension instigacion al tratamiento del Centro de Salud Ampliación Paucarpata - Arequipa 2015</p> <p>Identificar los factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis en la dimension socio</p>	<p><b>HIPOTESIS GNERAL</b></p> <p>La variable factores que inducen al abandono de tratamiento se relaciona significativamente con los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Ampliación Paucarpata - Arequipa 2015</p>	<p>factores que inducen al abandono de tratamiento</p>	<p>Instigacion al tratamiento</p> <p>Socio demografico y economica</p> <p>Psicosociales y ambientales</p>	<p>Incumplimiento del tratamiento</p> <p>Régimen del tratamiento</p> <p>-Edad</p> <p>-Sexo</p> <p>- Nivel educativo</p> <p>-Estado civil o Marital</p> <p>- Falta de vivienda</p> <p>-Consumo de alcohol</p> <p>-Falta de apoyo familiar</p> <p>-Migración</p> <p>-Tipo de familia</p>

	<p>demografico y economica del Centro de Salud Ampliacion Paucarpata - Arequipa 2015</p> <p>Identificar los factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis en la dimension Psicosociales y ambientales del Centro de Salud Ampliacion Paucarpata - Arequipa 2015</p> <p>Identificar los factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis en la dimension tratamiento del Centro de Salud Ampliacion Paucarpata - Arequipa 201</p>				
--	---	--	--	--	--

FACTORES QUE INDUCEN AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN LOS  
PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD AMPLIACION  
PAUCARPATA - AREQUIPA 2015

**CUESTIONARIO**

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS**

1. En cuanto al género
  - a) Femenino b) Masculino
2. ¿Qué edad tiene?
3. Años escolarizados que tiene: \_\_\_\_\_

4. Estado Civil

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Conviviente
- d) Separado
- e) Viudo

5. ¿De qué región proviene?

- a) Costa
- b) Sierra
- c) Selva

6. Tiempo de residencia en Lima

- a) Menor de 1 año
- b) mayor de 1 año
- c) siempre

#### **FACTORES ECONÓMICOS:**

7. Condición de vivienda

- a) Casa propia
- b) Casa prestada
- c) Casa de un Familiar
- d) Casa alquilada

8. ¿De qué material de construcción está hecha su casa?

- a) Madera
- b) Material noble
- c) Adobe - Quincha

d) Estera

9. ¿De qué tipo de piso está hecha su vivienda?

a) Tierra

b) Cemento

c) Mayólica

d) Madera

10. ¿Cuál es el ingreso económico total de la familia?

a) menor o igual de s/.400.00

b) mayor o igual de s/.400.00

c) mayor o igual de s/.600.00

d) mayor o igual de s/. 800.00

#### **FACTORES AMBIENTALES:**

11. ¿Cuántas habitaciones tiene en casa?

a) 1

b) 2

c) 3

d) 4

12. ¿Número de personas viven en casa?

a) 3-4

b) 4-7

c) 8-10

d) más de 10

13. ¿Con quién (es) vive Ud.?

- a) Familia
- b) Hijo
- c) Esposa
- d) Solo
- e) Otros (hermanos, amigos etc.)

14. ¿Qué rol cumple Ud. en su familia?

- a) Padre b) Hijo
- c) Abuelo
- d) Tío
- c) Otros

15. ¿Quiénes en su entorno le ofrece fuerza emocional para que continúe con el Tratamiento?

- a) Familia
- b) Parientes lejanos
- c) Vecinos
- d) Centro de Salud
- e) Centro de Rehabilitación u otro
- f) ninguno

16. ¿Cuenta con agua y desagüe en su casa?

- a) Servicio común
- b) Servicio propio
- c) No

**FACTORES PSICOSOCIALES:**

17. ¿Fuma Ud.?

- a) Si
- b) No

18. Si la respuesta es sí cuantos cigarrillos al día.

- a) De 1 a 2
- b) De 3 a 5
- c) De 5 a 10
- d) 11 a más

19 ¿Hace cuanto tiempo empezó a fumar?

- a) Hace días
- b) Hace meses
- d) Hace 1 año
- d) Hace 2 años a más

20 ¿Consume algún tipo de drogas?

- a) Si
- b) No

21. ¿Qué tipo de droga?

- a) PBC – Cocaína
- b) Marihuana
- b) Éxtasis
- c) Ninguno

22. ¿Consum bebidas alcohólicas?

- a) Si
- b) No

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

Cerveza

b) Ron

c) Vino

d) Cañazo

e) Ninguno

24. Con que frecuencia consume alcohol

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

25. ¿Con que frecuencia asiste a fiestas sociales?

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

## FACTORES RELACIONADOS AL TRATAMIENTO

26. ¿Cuánto sabe Ud. de la enfermedad de tuberculosis?
- a) Poco
  - b) Nada
  - c) Mucho
  - d) Más o menos
27. ¿Fue informado por el personal de salud encunto a su enfermedad?
- a) Si
  - b) No
28. ¿Sabe cuánto es la duración de su tratamiento?
- a) Si
  - b) No
29. ¿Sabe si las pastillas que tomaba estaba de acuerdo a su peso?
- a) Si
  - b) No
30. ¿Sabe cuántas pastillas debe de tomar al día?
- a) Si
  - b) No
  - c) No se
31. ¿Qué tipo de molestias ha sentido en el transcurso de su tratamiento?
- a) Nauseas, vómitos, ardor al estomago, diarreas
  - b) Sarpullidos en el cuerpo, picazón en piel, heridas de piel c)  
Dolores musculares, dolor de huesos, desorientación
  - d) Otros
  - e) Más de uno

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

a) Si

b) No

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

a) Poco

b) Mucho

c) Excesivo

