



**UAP | UNIVERSIDAD  
ALAS PERUANAS**

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

**“FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO  
ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL  
CENTRO DE SALUD BELLAVISTA PERÚ – COREA,  
CALLAO – PERÚ. 2015”**

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

**BACHILLER: RICARDI ASCAÑO MAYRA**

**LIMA - PERÚ**

**2017**

**“FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO  
ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL  
CENTRO DE SALUD BELLAVISTA PERÚ – COREA,  
CALLAO – PERÚ. 2015”**

*A Dios, ya que gracias a él, tenemos a nuestros padres maravillosos, los cuales nos apoyan en nuestras derrotas y celebran nuestros triunfos*

*Agradezco a Dios y a mis padres por darme la vida, por darnos los valores que han hecho la mujer que soy por su amor, por apoyarme en todas las decisiones que he tomado y estar siempre que los necesite.*

## RESUMEN

El presente estudio titulada “Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud bellavista Perú – corea, Callao – Perú. 2015” tuvo como objetivo general determinar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud bellavista Perú – corea, Callao – Perú. 2015” fue de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo, de corte transversal de nivel aplicativo, no experimental. Llego a las siguientes conclusiones:

Podemos resaltar que el grupo etario de mayor relevancia es 26 a 40 años, predominio del género masculino con instrucción secundaria, la mayoría son casados y sus viviendas son de madera, y tiene un ingreso de 1,000 soles mensuales, son dependientes. El factores psicosocial es el que tiene una mayor asociación con el abandono del tratamiento antituberculoso, seguido por el factor institucional en los pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, Callao Perú 2015. En el factor institucional el horario de atención tuvo una mayor asociación seguido por el acceso al establecimiento de salud con el abandono del tratamiento antituberculoso. En el factor psicosocial la falta de apoyo Familiar tuvo una mayor asociación con el abandono del tratamiento antituberculoso seguido por el consumo de alcohol y tabaco. La duración del tratamiento y los efectos adversos al medicamento tuvieron una mayor asociación con el abandono del tratamiento antituberculoso

**Palabras claves:** Tuberculosis, abandono, tratamiento

## **ABSTRACT**

The present study entitled "Factors associated with the abandonment of antituberculous treatment in patients attended at the bellavista Peru - corea health center, Callao - Peru. 2015 "had as general objective to determine the factors associated with the abandonment of antituberculous treatment in patients attended at the bellavista Peru - corea health center, Callao - Peru. 2015 "was of quantitative type, of descriptive design, cross-sectional application level, non-experimental. I come to the following conclusions:

We can highlight that the most important age group is 26 to 40 years, predominantly male with secondary education, most are married and their homes are wood, and has an income of 1,000 monthly soles, are dependent. The psychosocial factors is the one that has a greater association with the abandonment of the antituberculous treatment, followed by the institutional factor in the patients attended at the health center Bellavista Peru - Korea, Callao Peru 2015. In the institutional factor the working hours had a Greater association followed by access to health facilities with the abandonment of tuberculosis treatment. In the psychosocial factor the lack of family support had a greater association with the abandonment of the tuberculosis treatment followed by the consumption of alcohol and tobacco. The duration of treatment and the adverse effects to the drug had a greater association with the abandonment of the antituberculosis treatment

**Key words:** Tuberculosis, abandonment, treatment

## INDICE

Pág.

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTO**

**RESUMEN**

**ABSTRAC**

**ÍNDICE**

**INTRODUCCIÓN**

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

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema General	4
1.2.2. Problemas Específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación del estudio	5
1.5. Limitaciones de la investigación	6

### **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Base teórica	12
2.3. Definición de términos	24
2.4. Variables	26
2.4.1. Definición conceptual de la variable	26
2.4.2. Definición operacional de la variable	26
2.4.3. Operacionalización de la variable	27

<b>CAPITULO III: METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	28
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	28
3.3. Población y muestra	29
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	29
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	29
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	29
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	30
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION</b>	37
<b>CONCLUSIONES</b>	39
<b>RECOMENDACIONES</b>	40
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	41
<b>ANEXOS</b>	
Matriz	
Instrumento	

## INTRODUCCIÓN

Las curvas de tuberculosis en la provincia constitucional del Callao en los últimos seis años están en la meseta, lo que nos indica que la tuberculosis aun es un problema de salud pública en esta región, ubicándose en escenario II (alto riesgo de infección) por lo que se debe tener mayor énfasis en las estrategias del primer nivel de atención. El informe de epidemiología de Callao 2014 nos da a conocer que el porcentaje de curados es menor al promedio nacional y el porcentaje de abandono es muy elevada (10%)

El presente estudio estuvo destinado a determinar aquellos factores que favorecen el abandono del tratamiento antituberculoso, investigando aquellas características relevantes y frecuentes en los pacientes que no se adhieren al tratamiento.

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.

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

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

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

La tuberculosis (TB) sigue siendo una de las enfermedades transmisibles más mortales. Se calcula que en 2013 contrajeron la enfermedad 9 millones de personas y que 1,5 millones fallecieron por esta causa según cifras manifestadas por la Organización mundial de Salud en el informe mundial de la tuberculosis 2014. (2)

Se sabe que la tuberculosis es una enfermedad social totalmente curable, que es causa y consecuencia directa de la pobreza y que afecta a la población económicamente activa de cualquier edad siendo los grupos de edad más afectados los comprendidos entre los 19 y 45 años. (3)

La TB va decayendo lentamente de año en año y se calcula que entre 2000 y 2013 se salvaron 37 millones de vidas gracias a diagnósticos y tratamientos eficaces. Sin embargo, dado que la mayoría de las muertes por TB son evitables, la mortalidad de esta enfermedad sigue siendo inaceptablemente alta. De los 9 millones de personas que se calcula que contrajeron la TB en 2013, más de la mitad (56%) pertenecían a las regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, y una cuarta parte a la de África, que también fue la que presentó mayores tasas de incidencia y mortalidad en relación con el tamaño de la población. Solo India y China representaron el 24% y el 11% de los casos, respectivamente. 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. (2)

Su fuerte asociación con la pobreza hace que tenga mayor prevalencia e incidencia en zonas donde las personas tienen menores recursos económicos. En las Américas cada año se registran 220,000 nuevos casos de tuberculosis y mueren más de 50,000 personas a consecuencia de esta enfermedad. (4) El 95% de los casos y el 98% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países en vías de desarrollo. Existen varios factores, que crean condiciones propicias para el agravamiento del problema de la tuberculosis, donde se asocian el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el incremento de la pobreza, crecimiento de las zonas marginales y migraciones en busca de mejor calidad de vida; a esto se suma el debilitamiento de los programas de control, la falta de información hacia la población, la resistencia a las drogas antituberculosas. (5)

En América, la TB 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 Estados Unidos, cuya tasa fue para ese año, de 5,1 por 100,000 habitantes.

La tuberculosis 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 Multifármaco rresistentes (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 hábitat, trabajo y alimentación, las actividades económicas, culturales y sociales, constituyen un gran foco de atracción para la población.

En el Perú la situación de la epidemia de la tuberculosis se ha incrementado, a pesar de los progresos en las intervenciones de prevención y control. En el año 1992 se notificó más de 55 mil casos, mientras que el 2007, se ha logrado reducir esta cifra en 32,7% y la meta para el 2011 fue disminuir el número de casos en un 50%. No obstante, la TBMDR, TBXDR, la comorbilidad de TB/VIH-sida, la discriminación y lo complicado de las intervenciones técnicas, socioeconómicas y culturales, significan un reto para el mejoramiento. (4) En Lima y Callao, se encuentran el mayor número de afectados por esta enfermedad, y por tanto representan el mayor número de casos. (6)

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 y eficiencia del programa antes de la aplicación de esta estrategia. (2)

La OMS considera que cuando el porcentaje de abandono supera el 5% este problema es atribuible a deficiencias en la calidad de atención de los servicios, en cambio si las causas de abandono son menores al 5% estos son atribuibles a factores dependientes del paciente por lo que se deben realizar intervenciones individualizadas.

Durante las prácticas comunitarias en el C.S Bellavista Perú Corea, se pudo observar el abandono del tratamiento tuberculosos en muchos pacientes, constituyendo una evidencia alarmante debiéndose este hecho a diversos factores relacionados con los servicios de salud, atención brindada al paciente, las visitas domiciliarias, drogadicción, alcoholismo, delincuencia, y las reacciones adversas al Medicamento (RAM), en este contexto es que se decide realizar la presente investigación.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuáles son los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, Callao Perú 2015?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

¿Cuál es el factor institucional asociado al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, Callao Perú 2015?

¿Cuál es el factor psicosocial asociado al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, Callao Perú 2015?

¿Cuál es el Factor Tratamiento asociado al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, Callao Perú 2015?

### **1.3. Objetivos De La Investigación**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, Callao Perú 2015

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

Identificar el factor institucional asociado al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, Callao Perú 2015

Identificar el factor psicosocial asociado al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, Callao Perú 2015

Identificar el Factor Tratamiento asociado al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, Callao Perú 2015

### **1.4. Justificación del Estudio**

Uno de los agravantes que presentan los programas de salud en el control de la tuberculosis es el abandono del tratamiento de los pacientes por diversas razones que en el presente trabajo identificaremos.

La importancia de nuestro estudio radica en la identificación de aquellos factores que se asocian al abandono del tratamiento antituberculoso que nos permitirá idear estrategias enfocadas directamente a ellos y con la disminución de estos casos la eficacia del tratamiento será la adecuada.

Esto conllevaría a la disminución de la morbilidad, a la disminución de la probabilidad de contagio a otras personas y a la disminución de la aparición de la resistencia bacteriana que a la vez es un aumento en el costo del tratamiento para el estado.

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

La primera limitación corresponde a la población de estudio, ya que la muestra solo pertenece a los pacientes con TB atendidos en el centro de salud Bellavista Perú – Corea.

La segunda limitación corresponde a que los resultados sólo servirán para las instituciones donde se llevara a cabo la investigación.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

#### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**CÁCERES, Manrique Flor de María** “Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso” (Colombia – 2009) teniendo como objetivo determinar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso y así desarrollar intervenciones. Fue un estudio de seguimiento en una cohorte de adultos con tuberculosis, residentes en un área urbana. Con las siguientes conclusiones:

*“Se definió abandono como faltar durante un mes o mas al tratamiento. Los pacientes fueron entrevistados al ingreso y seguidos hasta el abandono. En el resultado de 261 personas, 9 abandonaron (14.9 %). Fueron factores protectores: tener apoyo familiar, efectos secundarios y recibir el tratamiento donde se hizo el diagnóstico. Los factores de riesgo fueron los siguientes: inicio de síntomas mayor de dos meses, estrato socioeconómico bajo, tener entre 21 y 30 años y haber estado detenido. En conclusión el abandono es mayor que en los reportes anteriores y que en otros lugares. Se recomienda hacer diagnósticos tempranos,*

*tratamiento oportuno, fomentar el apoyo familiar, realizar intervenciones ante la falta de tratamiento". (7)*

**MEJIA, Mejia Jorge** "Abandono del tratamiento antituberculoso: factores asociados", (México - 2005) Se trata de establecer la asociación entre el abandono del tratamiento antituberculoso y las características individuales del paciente y de los servicios de salud en población del Instituto Mexicano del Seguro Social en Acapulco, Guerrero. A través de un estudio de casos y controles se analizaron 50 pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso entre el 1 de enero de 2008 y el 30 de junio de 2009 los controles fueron 107 pacientes escogidos en forma aleatoria que terminaron en el mismo periodo. La unidad de adscripción fue el factor que con mayor significación se asoció al abandono del tratamiento antituberculoso. Conclusiones:

*"El desconocimiento que el paciente tiene de su enfermedad se asoció significativamente con el abandono del tratamiento cuando se estratificó por migración, apoyo familiar y desconfianza hacia el profesional de salud en su acierto para tratar la enfermedad. Se construyó el perfil del paciente que abandonó el tratamiento mediante un modelo de regresión logística (AU)".(8)*

**FERRER Ximena** "Adherencia al tratamiento de la tuberculosis del adulto en Santiago", Chile. Se realizó un estudio prospectivo para estimar la magnitud actual de la adherencia al tratamiento antituberculoso abreviado, el grado de abandono, las características de las personas que abandonan y las causas de este abandono. El universo del estudio estuvo constituido por pacientes de tuberculosis mayores de 15 años que se atendieron en los Servicios de Salud Occidente y Sur de la Región Metropolitana de Santiago de Chile, entre el 1 de octubre de 2006 y el 31 de enero de 2007. Conclusiones:

*“El porcentaje de abandono del tratamiento, calculado por medio del método de la tabla de vida, fue 11,5. El perfil de los que abandonaron fue el siguiente: hombre, menor de 45 años, soltero, con baja escolaridad, sin trabajo estable, sin hogar y alcohólico. Además se aplicó una encuesta de opinión sobre las variables asociadas con el abandono y se concluyó que las principales fueron el alcoholismo y la intolerancia a los medicamento antituberculosos. El conocimiento de este perfil permite tomar medidas preventivas para evitar el abandono del tratamiento, así como educar e incluso hospitalizar al inicio del tratamiento a los pacientes tuberculosos con este perfil”. (9)*

#### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

**CULQUI Lévano Dante**, “Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú”. Cuyo objetivo fue identificar factores de pronóstico del abandono del tratamiento antituberculoso en la provincia de Ica, Perú. Métodos. Entre 2004 y 2005 se llevó a cabo un estudio de casos y testigos (razón numérica de 1:1) en la provincia de Ica. Se identificaron 55 casos de abandono del tratamiento antituberculoso. Los factores evaluados se seleccionaron a partir del modelo del campo de la salud de La londe. Las respectivas razones de posibilidades se calcularon por medio de análisis unifactorial y multifactorial. Conclusiones:

*“Para mejorar el cumplimiento del régimen antituberculoso es necesario brindar a los pacientes información personalizada sobre la enfermedad y su tratamiento, además de ofrecerles horarios flexibles y apropiados para recibirlo. El consumo de drogas es el factor de riesgo más alto de abandono, por lo que resultan cruciales su identificación y seguimiento.*

*Resultados. Se identificaron como factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso los siguientes:*

*considerar insuficiente la información proporcionada por el personal de salud sobre el tratamiento (razón de posibilidades [odds ratio, OR]: 4,20; intervalo de confianza de 95% [IC95%]: 1,77 a 10,02), considerar inadecuados los horarios para recibir el tratamiento (OR: 9,95; IC95%: 1,97 a 50,21) y consumir drogas ilícitas (OR: 7,15; IC95%: 1,69 a 30,23)". (10)*

**MEZA Garcia Monica** “Factores de riesgo para el fracaso del tratamiento antituberculoso totalmente supervisado”, Cuyo objetivo era determinar los factores de riesgo en pacientes con tuberculosis pulmonar que fracasaron al tratamiento antituberculoso totalmente supervisado por el Programa de Control de Tuberculosis (PCT). Pacientes y métodos: Estudio caso-control (26 casos y 78 controles). Caso fue aquel que fracasó al tratamiento antituberculoso, presentando persistencia de Cultivo positivo en el cuarto mes de tratamiento o reaparición de cultivo positivo luego de negativizar. Control fue aquel que se curó. Todos fueron registrados en el PCT de ocho Centros de Salud de Lima Norte. Se evaluó edad, sexo, baciloscopia, anormalidades radiográficas, antecedente de contacto de alto riesgo, intervalo libre de enfermedad, comorbilidad, consumo de alcohol tabaquismo, tiempo de enfermedad, disnea, fiebre, pérdida de peso, síntomas depresivos y cumplimiento del tratamiento. Conclusiones:

*“El fracaso al tratamiento antituberculoso puede ser predecible. Se encontró cuatro factores de riesgo que intervinieron independientemente en la condición de fracaso al tratamiento: edad < 32 años, persistencia de disnea, baciloscopia de esputo positiva al segundo mes de tratamiento en pacientes sin antecedente de tuberculosis, y el antecedente de contacto de alto riesgo. En los resultados se encontró cuatro factores de riesgo asociados con la condición de fracaso: edad < 32 años (OR =*

14,5,  $p = 0,008$ ), antecedente de contacto con un paciente con tuberculosis “de alto riesgo” ( $OR = 22, p < 0,001$ ), disnea persistente ( $OR = 18, p = 0,02$ ), y, persistencia de baciloscopia de esputo positiva al segundo mes de tratamiento ( $OR = 9, p = 0,02$ ). (11)

**MUNAYCO César** “Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú”. Estudio de casos y controles no pareados en pacientes diagnosticados de tuberculosis que finalizaron tratamiento hasta septiembre de 2006. Se definieron como casos los pacientes que abandonaron el tratamiento por  $\geq 30$  días consecutivos, y como controles los que completaron el tratamiento sin interrupción. Los factores se identificaron mediante regresión logística, calculándose las odds ratios (OR) y los intervalos de confianza al 95% (IC). Se estudiaron 265 casos y 605 controles. El abandono del tratamiento en nuestro estudio se asoció al sexo masculino ( $OR = 1,62$ ;  $IC: 1,07-2,44$ ), al hecho de sentir malestar durante el tratamiento ( $OR = 1,76$ ;  $IC: 1,19-2,62$ ), al antecedente de abandono previo ( $OR = 7,95$ ;  $IC: 4,76-13,27$ ) y al consumo de drogas recreativas ( $OR = 3,74$ ;  $IC: 1,25-11,14$ ). Así mismo, si tenemos en cuenta la interacción antecedente de abandono previo y pobreza, el riesgo de abandono aumenta ( $OR = 11,24$ ;  $IC: 4-31,62$ ). Por el contrario, recibir buena información sobre la enfermedad ( $OR = 0,25$ ;  $IC: 0,07-0,94$ ) y poder acceder al sistema sanitario en los horarios ofertados (08.00-20.00 h) ( $OR = 0,52$ ;  $IC: 0,31-0,87$ ) se asociaron a un mejor cumplimiento. Como conclusiones:

*“El abandono del tratamiento antituberculoso se asoció a factores no modificables (sexo masculino, abandono previo) y a otros cuyo control mejoraría el cumplimiento (malestar durante el tratamiento, consumo de drogas recreativas y pobreza). Así mismo, es*

*prioritario facilitar el acceso al sistema sanitario y mejorar la información recibida sobre tuberculosis.” (12)*

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. La Tuberculosis**

La tuberculosis es una enfermedad causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. Es curable y prevenible. (13)

La tuberculosis 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; es decir, esas personas están infectadas por el bacilo pero (aún) no han enfermado ni pueden transmitir la infección.

Las personas infectadas con el bacilo tuberculoso tienen a lo largo de la vida un riesgo de enfermar de tuberculosis de un 10%. Sin embargo, este riesgo es mucho mayor para las personas cuyo sistema inmunitario está dañado, como ocurre en casos de infección por el VIH, malnutrición o diabetes, o en quienes consumen tabaco.

Cuando la forma activa de la enfermedad se presenta, los síntomas (tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, etcétera) pueden ser leves durante muchos meses. Como resultado de ello, en ocasiones los pacientes tardan en buscar atención médica y transmiten la bacteria a otras personas. A lo

largo de un año, un enfermo tuberculoso puede infectar a unas 10 a 15 personas por contacto estrecho. Si no reciben el tratamiento adecuado, hasta dos terceras partes de los enfermos tuberculosos mueren.

### **Tratamiento Antituberculoso:**

El tratamiento de la tuberculosis es una de las acciones esenciales del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Se basa en regímenes normalizados de quimioterapia antituberculosa de corta duración. Se insiste en la necesidad de encarar el tratamiento antituberculoso desde los puntos de vista asistencial y epidemiológico. Resultan claros los objetivos de tratar al paciente para: Evitar la muerte, lograr su curación y minimizar las secuelas anatómicas y funcionales. Aunque también debe tenerse en cuenta desde un punto de vista epidemiológico, la necesidad de: curar al 100 % de los pacientes a efectos de eliminar las fuentes de infección en la comunidad, evitar las recaídas y prevenir la emergencia de resistencia bacilar a los fármacos antituberculosos. (13)

### **Conversión y reversión bacteriológica:**

- Conversión: Se considera cuando se tienen dos cultivos negativos consecutivos con intervalo de 30 días, después de tener un cultivo positivo.(13)
- Reversión: Se considera cuando luego de una conversión bacteriológica inicial, vuelve a presentar dos cultivos positivos consecutivos tomados con un intervalo de 30 días.(13)

### **Condición de ingreso según antecedente de tratamiento:**

- Caso nuevo: Paciente con diagnóstico de tuberculosis que nunca ha recibido tratamiento anti-tuberculosis o que lo ha

recibido por menos de 30 días consecutivos ó 25 dosis continuas.

- Caso antes tratado: Paciente con diagnóstico de tuberculosis con antecedente de haber recibido tratamiento antituberculosis por 30 días o más. Se clasifican en:
- Recaída: Paciente que presenta otro episodio de TB diagnosticado después de haber sido dado de alta como curado o como tratamiento terminado.
- Abandono recuperado: Paciente que no concurrió a recibir tratamiento por más de 30 días consecutivos, es dado de alta como abandono y es captado nuevamente por el establecimiento de salud (EESS) para reiniciar tratamiento desde la primera dosis.
- Fracaso: Paciente que ingresa a un nuevo tratamiento luego de haber sido declarado como fracaso terapéutico de un esquema con medicamentos de primera o segunda línea.

**Condición de egreso de pacientes con TB pulmonar en tratamiento con esquemas para TB sensible:**

- Curado: Paciente con confirmación bacteriológica al inicio, que concluye el esquema de tratamiento y cuenta con baciloscopía de esputo negativa en el último mes de tratamiento.
- Tratamiento completo:
  - Paciente con confirmación bacteriológica al inicio, que concluye el esquema tratamiento con buena evolución y en quien no fue posible realizar la baciloscopía de esputo en el último mes de tratamiento.
  - Paciente sin confirmación bacteriológica al inicio de tratamiento que concluye esquema de tratamiento con buena evolución.
- Fracaso: Paciente con baciloscopía o cultivo de esputo positivo a partir del cuarto mes de tratamiento.

- Fallecido: Paciente que fallece por cualquier razón durante el tratamiento de la tuberculosis. (13)
- Abandono: Paciente que inicia tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa.
- No evaluado: Paciente al que no se le ha asignado la condición de egreso. Incluye los casos transferidos a otro EESS en los que se desconoce su condición de egreso.
- Éxito de tratamiento: Resultado de la suma de los pacientes con la condición de egreso "curado" y "tratamiento completo".

**Condición de egreso de pacientes con TB pulmonar en tratamiento con esquemas para TB MDR y TB XDR**

- Curado: Paciente que concluye el esquema de tratamiento y cuenta con 10 cultivos mensuales negativos consecutivos en los últimos 12 meses del tratamiento programado para casos de TB MDR y TB XDR.
- Tratamiento completo: Paciente que completó el tratamiento programado sin evidencia de fracaso, pero que no implica que cumple el criterio de curado.
- Fracaso: Paciente que no logra conversión bacteriológica al sexto mes de tratamiento o en quien se produce reversión bacteriológica después del sexto mes. También se considera como fracaso cuando se demuestra la ampliación de la resistencia, a una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea.
- Fallecido: Paciente que fallece por cualquier razón durante el tratamiento de la tuberculosis.
- Abandono: Paciente que inicia tratamiento y los discontinúa por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa.

- h. No evaluado: Paciente al que no se le ha asignado la condición de egreso. Incluye los casos transferidos a otro EESS en los que se desconoce su condición de egreso.
- Éxito de tratamiento: Resultado de la suma de los pacientes con la condición de egreso "curado" y "tratamiento completo"

### **Abandono del Tratamiento Antituberculoso**

La respuesta terapéutica a la tuberculosis impone una carga pesada para quien lo sufre, principalmente. Esta se origina en lo prolongado y repetitivo de un tratamiento muy cargado de medicamentos y cuya administración exige la asistencia diaria o muy frecuente al establecimiento. (14)

Si bien desde una perspectiva médica las reacciones adversas a los fármacos suelen estar definidas en función de la severidad del daño orgánico, los efectos secundarios de la medicación cobran significancia en relación con la adhesión al tratamiento. La experimentación de molestias debido a la medicación, junto con la falta de información anticipada sobre las mismas, lleva en algunos casos ya sea al abandono de la terapia o a considerar esa posibilidad. El costo de los medicamentos para contrarrestar los malestares puede tener importancia en la evaluación de la constancia en el tratamiento, tratándose de población de muy limitados recursos económicos, en su mayoría.

El cumplimiento o el abandono del tratamiento contra la TBC depende de una suma de factores como el conocimiento y las creencias del enfermo en torno a la TBC, sus expectativas de curación, los beneficios y/o perjuicios, que le ocasiona el proceso de tratamiento, la oportunidad e idoneidad del mismo, la calidad de atención recibida en el establecimiento, así como otros medios

de apoyo o soporte efectivo, familiar y comunitario al momento de experimentar la condición de enfermo de TBC.

Lo que se pretende con este tipo de estudios es explicar qué “factores” inciden en los resultados y, en especial, aquellos aspectos que puedan ser objeto de toma de decisiones.

## **Factores asociados al abandono del tratamiento**

### **Factor Personal**

**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. (15) Salazar mostro que el promedio de edad de las personas que abandonan el tratamiento oscila entre 28 y 45 años. (16) Mientras Meza y Altuzar mostraron que la edad de los pacientes más afectados fluctuaba entre 20 y 40 años, (17) 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. (10) 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, Sosa. et, al., observaron que los varones predominaron tanto en el grupo de casos como en el de los testigos, una asociación que fue positiva y estadísticamente significativa, con el abandono del tratamiento. (19)

**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. (16) Cáceres y Orozco observaron que el índice de abandono del tratamiento el 1,2 (IC95% 0,9-2,3) vivían en un estrato bajo. (15)

**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 (16) observaron en cuanto al nivel educativo que solo el 31% de los casos y el 40% tenían estudios secundarios, y solo el 8,8% estudiaron en la universidad. Meza y Altuzar (17) observaron que en la escolaridad predominó la primaria incompleta para abandono y no abandono, considerando 20% de los pacientes que no tenían escolaridad.

**Estado civil o Marital.** Es la situación 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. (19)

**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. (17) Sosa, observo que quienes vivían en la calle o no tenían domicilio estable presentaron un riesgo tres veces mayor de desistir de la farmacoterapia. (14)

**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.

### **Factores psicosociales**

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.

**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. 19

**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. 20

**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

### **Factores relacionados al tratamiento**

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

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

**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 del tratamiento.

**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. 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.

### **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.<sup>16</sup>

**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.

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.

### **Consecuencias del abandono de tratamiento**

El problema del abandono de tratamiento antituberculoso tiene connotaciones graves, como son el deterioro físico de la salud del paciente por la enfermedad, la posibilidad de estimular los mecanismos de resistencia bacteriana, la continuación de la propagación de la infección y la perpetuación de su existencia en

la humanidad. Al abandonar el tratamiento hay reducción de las tasas de curación, aumento de recaídas, recidivas y aumento de la susceptibilidad del paciente a otras infecciones. La terapia inadecuada facilita la aparición de resistencia bacteriana que a sumada a la coinfección con el virus del VIH, puede incrementar la diseminación de la tuberculosis multiresistente, aumentando la morbilidad la mortalidad; lo cual cataloga como una emergencia mundial de grandes dimensiones.<sup>21</sup>

La no adherencia es la incapacidad o la oposición del paciente a cumplir con todos los componentes del tratamiento. Cuando un tratamiento se complica o dura un largo periodo, como en el caso de la tuberculosis, a menudo los pacientes se cansan o desaniman de continuar con el tratamiento. Esta conducta es uno de los más grandes problemas en el control de la tuberculosis y puede provocar serias consecuencias. Cuando un paciente no es adherente a todo el proceso de tratamiento puede permanecer enfermo por más tiempo o agravar su enfermedad, continuar transmitiendo la tuberculosis a otros, desarrollar y transmitir la tuberculosis drogo resistente, y fallecer como resultado de un tratamiento interrumpido.<sup>22</sup>

**La teoría 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 de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Programa de Salud:** Un programa de salud es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población. De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención.
- **Tuberculosis:** La tuberculosis (abreviada TBC o TB), llamada antiguamente tisis es una infección bacteriana contagiosa que compromete principalmente a los pulmones, pero puede propagarse a otros órganos. La especie de bacterias más importante y representativa causante de tuberculosis es *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, perteneciente al complejo *Mycobacterium tuberculosis*. La TBC es posiblemente la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo.
- **Bacilo de Koch:** Agente causante de la tuberculosis, que pertenece al género *Mycobacterium*, integrado por más de treinta de ellos. Las micobacterias se distinguen por su propiedad ácido-alcohol resistente, de forma que no puedan cambiar de color con alcohol ácido una vez teñidas. La pared de esta micobacteria contiene multitud de sustancias inmunorreactivas que activan la inmunidad celular del huésped muy importante en la patogenia de la enfermedad.
- **Tratamiento:** Es el conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas. No se debe confundir con terapéutica, que es la rama de las ciencias de la salud que se ocupa de los medios empleados y su forma de aplicarlos en el tratamiento de las enfermedades, con el fin de aliviar los síntomas o de producir la curación.

- **Abandono:** Paciente que inicia tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa.
- **Control de infecciones de Tuberculosis:** Conjunto de medidas destinadas a prevenir la transmisión de la tuberculosis dentro de los establecimientos de salud, la comunidad y la vivienda del afectado por TB. Las medidas son de tres tipos: administrativas, de control ambiental y de protección respiratoria.
- **Contacto:** Persona que tiene o ha tenido exposición con un caso índice diagnosticado de tuberculosis en los tres meses previos al diagnóstico.
- **Sintomático Respiratorio (SR):** Persona que presenta tos y flema por 15 días o más.
- **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.
- **Paciente en riesgo de abandono:** Paciente que presenta irregularidad durante el tratamiento.
- **Fracaso terapéutico:** Paciente que mantiene baciloscopia positiva hasta el cuarto mes de tratamiento o en los pacientes que presentan baciloscopias positivas en dos controles sucesivos, después de un periodo de negativización de dos meses habiendo recibido tratamiento regular y supervisado.
- **Factor de abandono:** Agente / elemento/ circunstancia que contribuye a causar el abandono de tratamiento.

- **Adherencia al tratamiento:** Conducta que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consiente de recursos para lograr el resultado esperado.
- **Paciente en abandono:** Paciente que no concurre a recibir tratamiento por 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.
- **Familia:** La familia supone por un lado una alianza, el matrimonio, y por el otro una filiación, los hijos.

## 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 (mayor de 30 días consecutivos). 3 días alternos

### 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. Operalización de la Variable

<b>VARIABLE</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>
Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso	Factor Institucional	Relación enfermera-paciente Trato inadecuado Acceso a los establecimientos de salud Horario de atención
	Factor Psicosocial	Consumo de alcohol y tabaco. Consumo de Drogas Migración. Apoyo Familiar. Tipo de familia Rol familiar
	Factor relacionado al Tratamiento	Conocimiento de la enfermedad. Efectos adversos al medicamento. Duración del tratamiento. Incumplimiento del tratamiento

## **CAPÍTULO III: METODOLOGIA**

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

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

### **3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN**

La Investigación se realizo en el centro de Salud Bellavista, perteneciente a la Dirección Regional de Salud ubicado en la provincia Constitucional del Callao, perteneciente a la microred Bellavista que cuenta con cinco establecimientos de Salud y cuya jurisdicción integra los distritos de La Perla, Bellavista y Carmen de la Legua. Los casos de pacientes con TB según las estadísticas de diciembre 2014 del establecimiento 101.27 por 100 000 habitantes.

La base de la microred es el centro de salud Bellavista Perú Corea, que esta localizado en una zona urbanizada y comercial del distrito de Bellavista, no aledaña a ninguna zona marginal o AAHH, por lo cual se suscita la controversia sobre la elevada cifra de personas afectadas por esta enfermedad.

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población estuvo conformada por 30 casos diagnosticados con TBC. Para la muestra se utilizo la misma cantidad por ser un número reducido.

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

La Técnica que se utilizo fue la encuesta y el instrumento fue un cuestionario.

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

El instrumento se sometió a juicios de expertos y se solicito a 5 profesionales que emitan opinión y tomar en cuenta las observaciones para la formulación de algunos ítems.

Para la confiabilidad se realizo la prueba piloto estadística de alfa de Crombach para poder medir el nivel de verosimilitud de los resultados sobre la variable de estudio.

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

Se obtuvo primero el permiso del centro de salud como de los pacientes a encuestar y posteriormente se realizo el vaciado de la información. Para el procesamiento de los datos se utilizo el programa de Excel y el paquete estadístico SPS21.

Para el análisis descriptivo se trabajo con medidas de tendencias central, asimismo con tablas y grafico de barras.

## **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 tratamiento antituberculoso atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, Callao Perú y luego los gráficos, ambos relacionados con los objetivos de la investigación. En el análisis de los resultados solo se realiza en base a los 30 pacientes.

**Tabla 1**

Perfil de los pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea,  
Callao Perú 2015

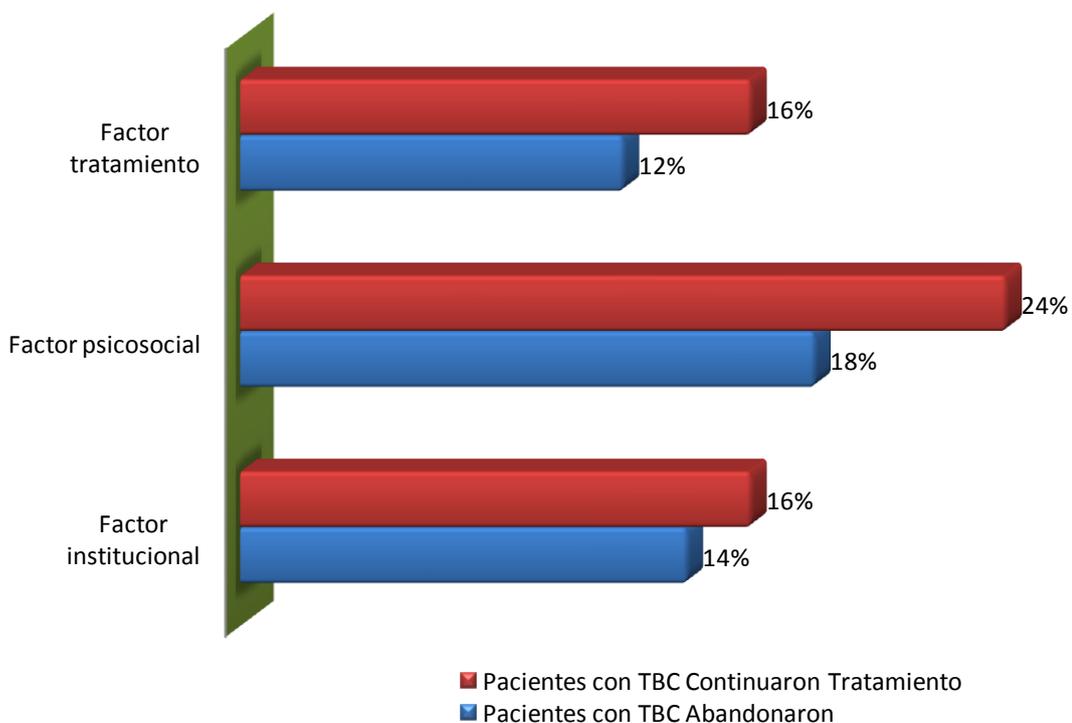
Perfil	Pacientes con TBC	
	f	f %
<b>Edad</b>		
18 a 25	4	13%
26 a 40	12	40%
41 a 60	5	16%
61 a mas	9	31%
Total	30	100%
<b>Genero</b>		
Masculino	18	60%
Femenino	12	40%
Total	30	100%
<b>Grado de Instrucción</b>		
Primaria	6	23%
Secundaria	17	56%
Superior	7	21%
Total	30	100%
<b>Estado civil</b>		
Soltero	6	23%
Casado	13	43%
Conviviente	9	31%
Divorciado	2	3%
Total	30	100%
<b>Vivienda</b>		
Mat. Noble	5	16%
Esteras	10	34%
Madera	15	50%
Total	30	100%
<b>Ingreso económico</b>		
Menor a 750 mensual	7	23%
1000 soles mensuales	13	43%
1500 soles mensuales	10	34%
Total	30	100%
<b>Condición laboral</b>		
Independiente	9	32%
Dependiente	15	51%
Ama de casa	4	13%
Estudiante	2	4%
Total	30	100%

**Fuente:** Encuesta a los pacientes con TBC atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, Callao Perú. 2015

Podemos resaltar que el grupo etario de mayor relevancia es 26 a 40 años con el 40%. El género masculino predomina con el 60%, En el grado de instrucción, el nivel secundario constituye el 56%% de pacientes, el 43% son casados, el 50% tienen viviendas de madera, el 43% tiene un ingreso de 1,000 soles mensuales, el 51% su condición son dependientes.

**Gráfico 1**

Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, Callao Perú 2015

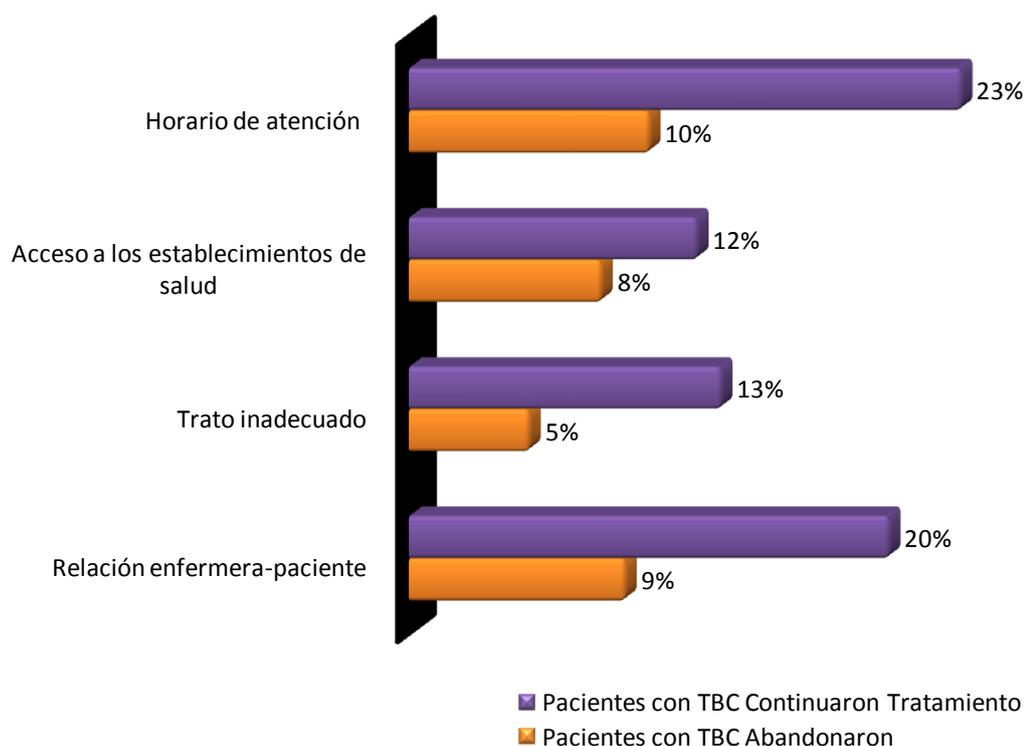


**Fuente:** Encuesta a los pacientes con TBC atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, Callao Perú. 2015

El factores psicosocial es el que tiene una mayor asociación con el abandono del tratamiento antituberculoso, seguido por el factor institucional con el 14%, y por último el factor tratamiento con el 12% en pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, Callao Perú 2015

**Gráfico 2**

Factor institucional asociado al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, Callao Perú 2015

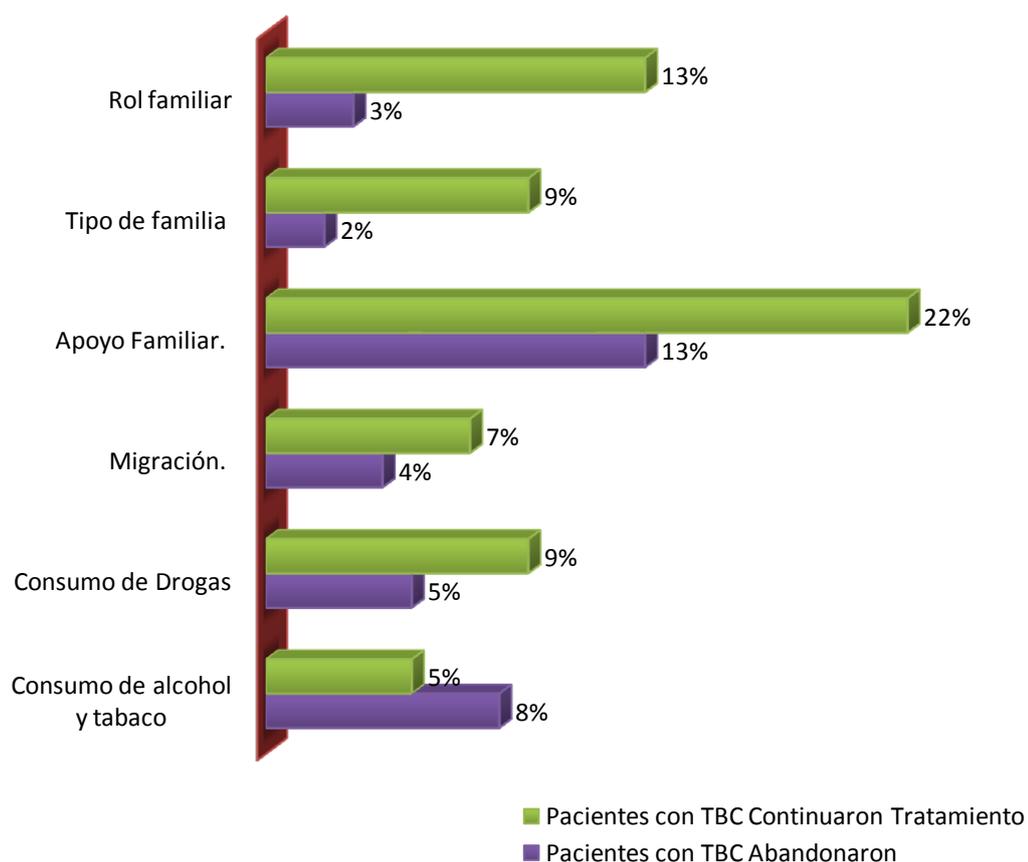


**Fuente:** Encuesta a los pacientes con TBC atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, Callao Perú. 2015

En el factor institucional se tuvo que el 9% abandonaron el tratamiento antituberculoso en relación enfermera-paciente, el 5% por el trato inadecuado, el 8% por el acceso al establecimiento de salud, el 10% por el horario de atención

**Gráfico 3**

Factor psicosocial asociado al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, Callao Perú 2015

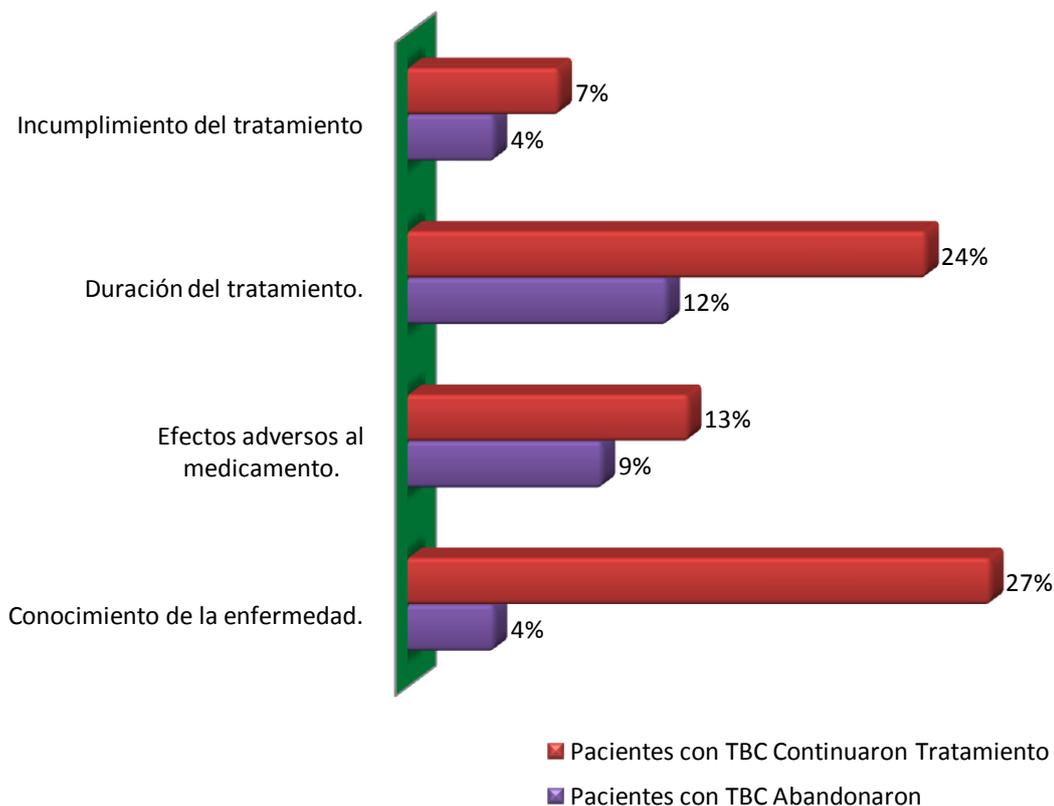


**Fuente:** Encuesta a los pacientes con TBC atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, Callao Perú. 2015

En el factor psicosocial se tuvo que el 8% abandonaron el tratamiento antituberculoso en relación al consumo de alcohol y tabaco, el 5% por el consumo de drogas, el 4% por la migración, el 13% por falta de apoyo Familiar, el 2% por el tipo de familia y el 3% por el rol familiar

**Gráfico 4**

Factor Tratamiento asociado al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, Callao Perú  
2015



**Fuente:** Encuesta a los pacientes con TBC atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, Callao Perú. 2015

En el tratamiento se tuvo que el 4% abandonaron el tratamiento antituberculoso por desconocimiento de la enfermedad, el 9% por los efectos adversos al medicamento, el 12% por la duración del tratamiento, el 4% por el incumplimiento del tratamiento

## **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN**

La tuberculosis en nuestro país es la principal enfermedad social altamente curable que afecta a la población económicamente activa, resaltando de manera importante que los adolescentes y los adultos mayores constituyen la tercera parte del total de casos. (23) 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. (24)

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. (25)

Nola Pender nos dice que la enfermera tiene la responsabilidad personal en los cuidados sanitarios siendo la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal, creando un ambiente de confianza con el paciente.

Cuando se empieza el tratamiento y la remisión de los síntomas se hace evidente, el paciente tiene una sensación de bienestar y considera que ya no es importante continuar con el tratamiento, por lo tanto abandona si no sabe o no ha percibido la importancia de terminar el tratamiento y las consecuencias de no hacerlo. Estos resultados se asemejan a los encontrados por Mejia Mejia Jorge en su y el de Cáceres Manrique Flor de María.

## CONCLUSIONES

1. Podemos resaltar que el grupo etario de mayor relevancia es 26 a 40 años, predominio del género masculino con instrucción secundaria, la mayoría son casados y sus viviendas son de madera, y tiene un ingreso de 1,000 soles mensuales, son dependientes.
2. El factores psicosocial es el que tiene una mayor asociación con el abandono del tratamiento antituberculoso, seguido por el factor institucional en los pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, Callao Perú 2015
3. En el factor institucional el horario de atención tuvo una mayor asociación seguido por el acceso al establecimiento de salud con el abandono del tratamiento antituberculoso
4. En el factor psicosocial la falta de apoyo Familiar tuvo una mayor asociación con el abandono del tratamiento antituberculoso seguido por el consumo de alcohol y tabaco
5. La duración del tratamiento y los efectos adversos al medicamento tuvieron una mayor asociación con el abandono del tratamiento antituberculoso

## RECOMENDACIONES

- Al Establecimiento de salud se debe considerar capacitar equipo multidisciplinario para el seguimiento y adhesión al tratamiento, además incorporar a la familia para la recuperación de la Persona Afectada por la TBC
- Se recomienda al personal de salud encargado de los programas de tuberculosis, fomentar un ambiente de tranquilidad, que incluyan un vínculo de confianza y solidaridad con el paciente. Pudiendo realizar capacitaciones en relación a la importancia de la continuidad del tratamiento
- Sensibilizar sobre lo perjudicial del consumo de alcohol y drogas en la mejoría de su salud y disminuir la posibilidad de riesgo de abandono del retratamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet].Control Mundial de la Tuberculosis: Informe OMS 2009[consultado Enero del 2010]. Disponible en: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2009/...html](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/...html)
2. Organización Mundial de la Salud – OMS [Sede Web] Informe Mundial sobre la tuberculosis 2014 [fecha de acceso 29 de abril 2015] URL disponible en: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/es/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/)
3. Construyendo las Alianzas Estratégicas para detener la Tuberculosis: Una experiencia peruana [Internet] Perú. Ministerio de Salud, Dirección general de salud de las personas; 2006 [consultado en enero del 2010] Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/...tuberculosis/.../ConstruyendoAlianzasEstrategicas.pdf>.
4. Bonilla, Asalde.C. Situación de la Tuberculosis en el Perú. [Acta Medica Peruana] 2008 [consultado en Febrero del 2010] .Vol. 25 (3). Disponible en: <http://www.Scielo.org.pe/SciELO.php>
5. El Control de la Tuberculosis en las Américas. [Internet]Boletín Epidemiológico. Organización Panamericana de la Salud; 1998 [consulta en Marzo del 2010] Vol. 19(2). Disponible en: [www.paho.org/spanish/sha/epibul\\_95-98/bs982tub.htm](http://www.paho.org/spanish/sha/epibul_95-98/bs982tub.htm).
6. Ministerio de Salud. “El 3.8% de personas Abandonan el Tratamiento” [Internet].Perú:12 de Junio del 2005 [consulta en Marzo del 2010].Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/ocom/prensa.asp?np\\_codigo=2560&mes=6&...](http://www.minsa.gob.pe/ocom/prensa.asp?np_codigo=2560&mes=6&...)
7. Caceres Manrique, M. Factores de riesgo para abandono(no adherencia) del tratamiento antituberculoso, Scielo salud colectiva 2012.
8. Mejia Mejia J. Abandono del Tratamiento Antituberculoso en Acapulco [Tesis doctoral] Instituto Mexicano del seguro social de Acapulco 2005.
9. Ferrer Donaire J. Adherencia al tratamiento de la Tuberculosis del adulto en Santiago de Chile. Scielo Artículo científico 2010.
10. Culqui Levano D. Factores pronósticos del Tratamiento antituberculoso en una region endemica del Perú [Tesis doctoral] Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
11. Meza Garcia M. Factores de riesgo para el fracaso del tratamiento antituberculoso totalmente supervisado, Scielo salud colectiva 2009.

12. Munaico C. Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú. Scielo Articulo científico 2011.
13. Ministerio de Salud. Norma técnica de Salud para la Atención Integral de personas afectadas por Tuberculosis 2013. Perú: Ministerio de Salud, 2013.
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. Salazar. CL, Uribe. MP, Zuluaga. W, Ríos. F, Montes. F: Factores de riesgo para el abandono de tratamiento contra la tuberculosis en la ciudad de Medellín, Rev. Ces Medicina. Enero-Julio/2004.Vol 18 N°1.
16. 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>.
17. 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>
18. 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.
19. Vargas Onofre W. Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, en el distrito La Victoria periodo [Tesis doctoral] Universidad Mayor de San Marcos 2010.
20. Polanco. F.Tuberculosis, [Monografía en línea] Monografías.com SA;2007 [Consulta en Mayo 2010] Disponible en: <http://www.monografia.com/trabajos/tuberculosis...html>.

21. Ministerio de Salud “Garantizar la continuación del tratamiento de Tuberculosis”: Manual de Capacitación para el Manejo de la Tuberculosis. Perú [Internet] [consultado en Enero 2010] Mod. 6 P.27. Disponible en: [www.Slideshare.net/.../modulo5garantizar-la-continuidada-del-taratmiento](http://www.Slideshare.net/.../modulo5garantizar-la-continuidada-del-taratmiento)
22. Ortiz.B.Factores asociados a supervivencia en pacientes con tuberculosis en Lima, Perú. Rev. Chil Infect.2008 [consulta en marzo 2010] 25 (2): 104-107.
23. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Situación de Tuberculosis en el Perú [Internet] 2008[consultado en mayo 2010] disponible en: [bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1347MINSA1523.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1347MINSA1523.pdf).
24. Abandono de Tratamiento de TBC-Ensayos[Internet].2011[consultado en febrero 2012].Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Abandono-De-Tratamiento-De-Tbc/2500320.html>
25. Plan Estratégico TBC Minsa [Internet]. Perú: Ministerio de Salud; 2009 [consultado en marzo 2012]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/.../Plan%20Estrategico%20TBC>.

# ANEXOS

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TITULO:** “Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud bellavista Perú – corea, 2015”

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES
<p><b>Problema general</b> ¿Cuáles son los factor asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, 2015?</p> <p><b>Problemas Específicos</b> ¿Cuál es el factor institucional asociado al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, 2015?</p> <p>¿Cuál es el factor personal asociado al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, 2015?</p> <p>¿Cuál es el factor medio ambiente asociado al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, 2015?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar los factor asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, 2015</p> <p><b>Objetivos Específicos</b> Identificar el factor institucional asociado al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, 2015</p> <p>Identificar el factor personal asociado al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, 2015</p> <p>Identificar el factor medio ambiente asociado al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud Bellavista Perú - Corea, 2015</p>	<p>Variables X: Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso</p>

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso	Factor Institucional	Relación enfermera-paciente Trato inadecuado Acceso a los establecimientos de salud Horario de atención
	Factor Psicosocial	Consumo de alcohol y tabaco. Consumo de Drogas Migración. Apoyo Familiar. Tipo de familia Rol familiar
	Factor relacionado al Tratamiento	Conocimiento de la enfermedad. Efectos adversos al medicamento. Duración del tratamiento. Incumplimiento del tratamiento

TIPO DE INVESTIGACION	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD
<p>Estudio de tipo cuantitativo, método observacional y diseño descriptivo, porque permiten especificar las propiedades, características y rasgos considerados como relevantes ante cualquier fenómeno; asimismo, permite observar y describir las características de una variable. Miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Este estudio permitirá obtener información para conocer las posibles causas que inducen al abandono de tratamiento en los pacientes con tuberculosis.</p>	<p>La población estara conformada por 67 casos diagnosticados con TBC. Para la muestra se utilizo la misma cantidad por ser un número reducido</p>	<p>La Técnica a realizar será la encuesta ya que recogeremos información de nuestros pacientes y el instrumento que utilizaremos será el cuestionario.</p>	<p>El instrumento se someterá a juicios de expertos y se solicitará a 5 profesionales que emitan opinión y tomar en cuenta las observaciones para la formulación de algunos ítems.</p> <p>Para la confiabilidad Se realiza la prueba piloto estadística de alfa de Crombach para poder medir el nivel de verosimilitud de los resultados sobre la variable de estudio. Permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica.</p> <p>En la recolección de datos primero obtendremos el permiso correspondiente del centro de salud como de los pacientes a encuestar. Se les ubicara a los pacientes en su centro de salud y en sus domicilios y posteriormente se realizara el vaciado de la información.</p> <p>Para la investigación se trabajara con un ordenador cori 3 y para el procesamiento de los datos el programa de Excel y el paquete estadístico SPS21.</p> <p>Para el análisis descriptivo se trabajara con medidas de tendencias central, asimismo con tablas de frecuencia, grafico de sectores y grafico de barras.</p>

## CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene como objetivo obtener información sobre los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en el centro de salud bellavista Perú –corea.

Solicito su colaboración a través de su participación voluntaria y espontánea, expresándole que es de carácter anónimo. Agradezco anticipadamente su participación en el presente estudio.

### Instrucciones:

A continuación se presenta enunciados cada uno de ellos acompañado de alternativas, escoja una de ellas.

### Datos generales:

Edad: .....

Genero.....

Estado civil: .....

Ocupación laboral: .....

Grado de instrucción: .....

1. Condición de vivienda  
a) Casa propia b) Casa prestada c) Casa de un Familiar d) Casa alquilada
2. ¿De qué material de construcción está hecha su casa?  
a) Madera b) Material noble c) Adobe - Quincha d) Esteras
3. ¿De qué tipo de piso está hecha su vivienda?  
a) Tierra b) Cemento c) Mayólica d) Madera
4. ¿Fuma Ud.?  
a) Si b) No
5. 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
6. ¿Hace cuanto tiempo empezó a fumar?  
a) Hace días b) Hace meses d) Hace 1 año d) Hace 2 años a más
7. ¿Consume algún tipo de drogas?  
a) Si b) No
8. ¿Qué tipo de droga?  
a) PBC – Cocaína b) Marihuana b) Éxtasis c) Ninguno

9. ¿Consume bebidas alcohólicas?  
a) Si b) No
10. Si la respuesta es sí qué tipo de bebida alcohólica consume  
a) Cerveza b) Ron c) Vino d) Cañazo e) Ninguno
11. Con que frecuencia consume alcohol  
a) 1 vez por semana b) diariamente c) ocasionalmente d) Solo en fiestas Sociales
12. ¿Con que frecuencia asiste a fiestas sociales?  
a) Cada fin de semana b) Una vez al mes c) Ocasionalmente d) No asisto
13. ¿Cuánto sabe Ud. de la enfermedad de tuberculosis?  
a) Poco b) Nada c) Mucho d) Más o menos
14. ¿Fue informado por el personal de salud encunto a su enfermedad?  
a) Si b) No
15. ¿Sabe cuánto es la duración de su tratamiento?  
a) Si b) No
16. ¿Sabe si las pastillas que tomaba estaba de acuerdo a su peso?  
a) Si b) No
17. ¿Sabe cuántas pastillas debe de tomar al día?  
a) Si b) No c) No se
18. ¿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
19. ¿Ud. dejo de tomar el tratamiento por estas molestias?  
a) Si b) No
20. ¿Cómo considera la cantidad de medicamentos que recibe?  
a) Poco b) Mucho c) Excesivo
21. ¿Cómo le trata el personal de salud?  
a) Me Tratan bien  
b) No me tratan bien  
c) Son indiferentes  
d) No me tienen paciencia

22. ¿Qué tipo de transporte utiliza para llegar al establecimiento de salud?  
a) Moto taxi b) Micro c) Combi d) a pie
23. ¿Ha recibido visitas domiciliarias del personal de salud? ¿Cuántas veces?  
a) Una sola vez b) Dos veces c) Tres veces d) Cuatro veces y mas e) Nunca
24. ¿Por qué recibió la visita domiciliaria?  
a) Verificar el domicilio  
b) Falta al tratamiento  
c) Para evaluar las personas que viven conmigo (Contactos)
25. ¿Quién realizó la visita domiciliaria?  
a) La enfermera b) La técnica de enfermería c) La promotora d) El médico  
b) Todo el equipo de salud
26. ¿Considera inadecuados el horario del programa?  
a) No se adecua al horario del paciente  
b) Es adecuada al horario del paciente  
c) No es flexible al horario del paciente
27. ¿Cuántas habitaciones tiene en casa?  
a) 1 b) 2 c) 3 d) 4
28. ¿Número de personas viven en casa?  
a) 3-4 b) 4-7 c) 8-10 d) más de 10
29. ¿Con quién (es) vive Ud.?  
a) Familia b) Hijo c) Esposa d) Solo e) Otros (hermanos, amigos etc.)
30. ¿Qué rol cumple Ud. en su familia?  
a) Padre b) Hijo c) Abuelo d) Tío c) Otros
31. ¿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
32. ¿Cuenta con agua y desagüe en su casa?  
a) Servicio común b) Servicio propio c) No