



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

**FACTORES PSICOBIOLOGICOS Y SOCIOCULTURALES EN LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON
TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SALUD SAN MARTIN
DE SOCABAYA, AREQUIPA 2015**

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

BACHILLER: SANDRA COAGUILA AYALA

**AREQUIPA - PERÚ
2015**

**FACTORES PSICOBIOLOGICOS Y SOCIOCULTURALES EN LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON
TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SALUD SAN MARTIN
DE SOCABAYA, AREQUIPA 2015**

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida diaria y permitirme ayudar a través del don que me otorgo, también a mis padres que siempre me apoyan

AGRADECIMIENTO

A mi Alma Mater, por acogerme y darme la oportunidad de ser una gran profesional.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la relación entre los factores psicobiológicos y socioculturales con la adherencia al tratamiento de los Pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa 2015. Es una investigación descriptiva transversal,, correlacional se trabajó con una muestra de 36 pacientes, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario de alternativas múltiples, la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,893; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,91, la prueba de hipótesis se realizó mediante el la R de Pearson con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Conclusiones:

Los factores psicobiológicos con nivel Bajo no tienen adherencia al tratamiento de los pacientes con TBC en un 55%(20) y el factor psicobiológico Alto tienen adherencia en un 17%(6), estos resultados nos indican la relación que existe entre ambas variables factor psicobiológico y adherencia, encontrando el valor de la R de Pearson de 0,873, lo cual nos indica que existe una relación significativa entre ambas variables, con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Palabras Claves: *Factores psicobiológicos, socioculturales, Adherencia tratamiento de los Pacientes con Tuberculosis*

ABSTRACT

The present study was Objective: To determine the relationship between the psychobiological and sociocultural factors adherence of TB patients Microred Health of San Martin de Socabaya, 2015. Arequipa is a correlational descriptive investigation ,, he worked with a sample of 36 patients, for the gathering of information in a multiple alternatives are used, the validity of the instrument was performed using the test match the judgment of experts to obtain a value of 0.893; reliability was performed using Cronbach's alpha with a value of 0.91, hypothesis testing was performed using Pearson's R with a significance level of $p < 0.05$.

Conclusions:

Psychobiological factors have Low adherence of TB patients by 55% (20) and the psychobiological factor Alto have adhesion by 17% (6), these results indicate the relationship between two variables factor psychobiological and adherence, finding the value of R Pearson 0.873, which indicates that there is a significant relationship between the two variables, with a significance level of $p < 0.05$.

Keywords: *psychobiological factors, socio-cultural, Adhesion treatment of TB patients*

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
INDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	
1.2. Formulación del problema	1
1.2.1. Problema General	4
1.2.2. Problemas Específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación del estudio	7
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	9
2.2. Base teórica	16
2.3. Hipótesis	65
2.4. Variables	67
CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	73
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	74
3.3. Población y muestra	76
3.4. Técnicas e instrumentos	77
3.5. Procedimiento	81

CAPÍTULO IV RESULTADOS	82
CAPITULO V DISCUSIÓN	89
CONCLUSIONES	93
RECOMENDACIONES	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es uno de los problemas de salud pública de mayor trascendencia social a nivel nacional, esta situación se agudiza día a día, debido al gran porcentaje de población que vive en extrema pobreza, se estima que en el 2001 la tasa de incidencia de la tuberculosis en el país fue de 77,4 / 100 000 habitante, el Ministerio de Salud enfrenta esta realidad alarmante mediante la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis cuyo objetivo es brindar atención integral al paciente, familia y comunidad en riesgo de enfermar y morir por tuberculosis. Es así que el enfermero responsable de promover, conservar y restablecer la salud del paciente y familia dentro del cumplimiento de sus funciones en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis debe crear e implementar estrategias para viabilizar la eficacia y eficiencia del componente.

Asumiendo que el nivel educativo de las personas influye sobre las decisiones que adoptaron frente a las enfermedades en cuanto a cumplir con el tratamiento, mantener los cuidados necesarios y aplicar las medidas preventivas, se consideró al paciente como el eje central en la recuperación de su salud y la prevención de la enfermedad.

En tal sentido, el estudio titulado FACTORES PSICOBIOLOGICOS Y SOCIOCULTURALES EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SALUD SAN MARTIN DE SOCABAYA, AREQUIPA 2015.

Tiene como objetivo general. Conocer la relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento en pacientes. De modo que los hallazgos del estudio nos sirvan de base para brindar información válida y confiable a los pacientes de de la Microred de Salud San Martin de Socabaya, Arequipa 2015.lo cual le permita generar ideas innovadoras de educación e información y favorecer un clima adecuado para la comunicación con los pacientes que tienen tuberculosis enfatizando en la

importancia de la continuidad del tratamiento, los cuidados en el hogar y la medidas preventivas.

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 referencia a los resultados obtenidos a través de un procesamiento de datos y se presentan en gráficos para su mejor comprensión

Capítulo V: se discuten los resultados confrontándolo con la literatura para luego dar las conclusiones y recomendaciones pertinentes y finalizar la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La tuberculosis representa hoy en día un problema de Salud Pública en el mundo, teniendo en cuenta las altas tasas de incidencia y mortalidad estimadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS); las cuales, para finales del año 2013, están en 8,9 millones de casos incidentes, con un rango entre 8,3 millones a 9 millones; 1,3 millones de muertes y más aún por el incremento de la enfermedad asociada con comorbilidades como el VIH, la diabetes y otras. La estrategia Alto a la Tuberculosis de la OMS es actualmente el pilar en el que se basa el Plan Mundial para Detener la TBC. La Estrategia contempla cinco componentes que aprovechan el trabajo adelantado previamente con el enfoque del Directly Observed Treatment Short (DOTS) o Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) en español, siendo los cinco componentes: (i) compromiso político, (ii) diagnóstico mediante examen de baciloscopia, (iii) suministro regular de medicamentos antituberculosos de primera línea, (iv) quimioterapia de corta duración y (v) sistema estándar para registrar e informar el número de casos detectados por los programas nacionales de control

de TB (PNCT) y los resultados de tratamiento. Y su objetivo es reducir la carga mundial de TBC para el año 2015. (1)

La tuberculosis (TBC) se ubica a nivel mundial como la segunda causa de muerte por enfermedades infecciosas después del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): La OMS declaró a la TB como una emergencia mundial en salud pública en 1993, lo cual favoreció que a mediados de los años 1990, los Estados miembros concretaran esfuerzos para mejorar la atención y el control de la tuberculosis en sus propios territorios y a nivel internacional. Las políticas y estrategias de la OMS para el control de la tuberculosis están basadas en la detección de los casos más infectantes, a través de la búsqueda activa de individuos sintomáticos respiratorios, que son examinados por medio de baciloscopia de esputo y en el éxito en la administración del tratamiento con esquemas normados en las cohortes de pacientes que ingresan para la toma del medicamento administrado de manera estrictamente supervisada, hasta el egreso como curación ó tratamiento terminado. Por esta razón cada uno de los países miembros dirige sus esfuerzos al logro de las metas establecidas en razón a la detección del sintomático respiratorio y en segundo lugar alcanzar las tasas de éxito en el tratamiento de las cohortes. (1)

Actualmente, a pesar de que existe un compromiso como país frente a la reducción de la carga por TBC, la cual se refleja a través de la adopción, revisión, actualización e implementación de planes y políticas que permitan el acceso al diagnóstico y el tratamiento farmacológico; la ejecución de estos no ha sido suficiente para controlar la que ha sido considerada como una enfermedad biológica y social. Así, el reconocimiento de las características personales, sociales y económicas de los diferentes grupos afectados por TBC, constituye un aporte importante para el desarrollo de intervenciones

efectivas, trascendiendo de esta manera el problema biomédico de la tuberculosis. (2)

En el Perú la Tuberculosis Pulmonar es considerada una de las principales enfermedades de Salud Pública, es una enfermedad infectocontagiosa de gran impacto en la salud de las personas, la misma que trae consigo devastadoras consecuencias no solo en el aspecto físico, sino también a nivel social y económico. El Ministerio de Salud señala que en el año 2012, la tuberculosis afectó a 36 957 personas, con una tasa de morbilidad de 124,3 x 100 000 habitantes y de ellas cobró la vida de aproximadamente mil personas. El 75% de las infecciones y muertes por tuberculosis ocurren entre los 15 y los 54 años de edad, siendo este grupo etáreo económicamente más productivo. La importancia de realizar la presente Investigación radica en la repercusión que tiene la Tuberculosis Pulmonar en la población. El Perú es uno de los países en América Latina con mayor incidencia y morbilidad de tuberculosis y asimismo se encuentra dentro de los diez países a nivel mundial con mayor número de pacientes multidrogos resistentes. La Tuberculosis enfrenta un obstáculo muy importante para su control: el abandono del tratamiento, así como la no adherencia, condiciones que tienen implicaciones graves tanto para el enfermo, como para la familia y comunidad, debido a que el paciente no se cura y continúa la cadena de transmisión de enfermedad. Adicionalmente, la bacteria puede desarrollar resistencia a los medicamentos, lo cual predispone al fracaso del tratamiento, aumentando costos del mismo y la morbimortalidad de los pacientes. (2)

El presente estudio de investigación es de tipo descriptiva correlacional, con diseño no experimental, que tiene como propósito proporcionar información válida y significativa sobre la relación entre los factores influyentes y la adherencia al tratamiento de la

Tuberculosis. Los resultados permitirán desarrollar estrategias para fortalecer condiciones desde los servicios de salud, para conseguir mayor adherencia al tratamiento. Tratamiento que se encuentra directamente a cargo de la profesional de enfermería.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la relación entre los factores psicobiológicos y socioculturales con la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa 2015?

1.2.2. Problemas Específicos

Ñ ¿Cuáles son los factores psicobiológicos y socioculturales presentes en pacientes con TBC de la Microred de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa 2015?

Ñ ¿Cómo es la adherencia al tratamiento de los pacientes con TBC de la Microred de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa 2015?

Ñ ¿Cómo influyen los factores biológicos en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa 2015?

Ñ ¿Cómo influyen los factores fisiológicos en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa

2015?

Ñ ¿Cómo influyen los factores psicológicos en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa 2015?

Ñ ¿Cómo influyen los factores sociales en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa 2015?

Ñ ¿Cómo influyen los factores culturales en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa 2015?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivos Generales

Determinar la relación entre los factores psicobiológicos y socioculturales con la adherencia al tratamiento de los Pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa 2015

1.3.2. Específicos

Ñ Establecer los factores psicobiológicos y socioculturales presentes en pacientes con TBC de la Microred de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015

Ñ Precisar la adherencia al tratamiento de los pacientes

con TBC de la Microred de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015

Ñ Identificar la relación de los factores biológicos en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015

Ñ Precisar la relación de los factores fisiológicos en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015

Ñ Determinar la relación de los factores psicológicos en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015

Ñ Identificar la relación de los factores sociales en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015

Ñ Determinar la relación de los factores culturales en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015

1.4. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre los factores influyentes y la adherencia al tratamiento de los Pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya, buscando generar nuevos conocimientos que sustenten las estrategias a poner en marcha para la erradicación de la enfermedad.

Es de actualidad, porque en el interior del país los departamentos registrados con mayor tasa de incidencia en Tuberculosis son: Loreto, La Libertad, Madre de Dios, Tacna, Ica, Arequipa y Junín. Además de que por tal motivo también nuestra ciudad está incluida dentro de los porcentajes más altos de multidrogos resistentes, según lo indica el Ministerio de Salud en sus últimas estadísticas.

Estudio pertinente porque el profesional de enfermería es parte del equipo multidisciplinario de salud, es quien dinamiza los procesos de atención que se brinda como: la Terapia Directamente Observada de Corta Duración (DOTS), las visitas domiciliarias y la entrevista de enfermería, la que constituye un eje fundamental de acción de la estrategia, tanto por su labor educativa como por el rol orientador que debe brindar; en el caso de los pacientes con Tuberculosis el desconocimiento sobre su enfermedad y el tratamiento farmacológico conllevaría a muchos riesgos entre ellos el abandono del tratamiento.

Tiene trascendencia porque ante todo lo referido y considerando que la adherencia es un factor clave del éxito del tratamiento contra la tuberculosis y que el conocimiento del paciente sobre su tratamiento es determinante para ello. Es que a raíz de la obtención de información adecuada es que se puede promover la creación de

nuevas estrategias que permitan superar las brechas entre el paciente y en cumplimiento del tratamiento antituberculoso.

Su utilidad está centrada en la creación de estrategias que permitan combatir los factores influyentes, la desidia de los pacientes con tuberculosis con respecto al cumplimiento del tratamiento; considerando que las tasas de incidencia para TBC más elevadas se encuentran en territorios pobres, donde principalmente las personas afectadas son difíciles de localizar, como aquellas sin hogar, desempleados y con bajos ingresos, creándose un ambiente desfavorable para asegurar la adherencia al tratamiento, lugares donde en muchas ocasiones sólo la enfermera hace frente a la atención de estos pacientes.

Aportará bases científicas útiles en el desarrollo del proceso de atención de enfermería, empleando sus resultados en el desarrollo de las actividades preventivo promocionales, que son la base de los cuidados de enfermería, los cuales tienen la finalidad evitar el incremento de las enfermedades infectocontagiosas, además del tratamiento, la recuperación y reinserción de los enfermos a la sociedad.

Además de la satisfacción personal de llevar a cabo un estudio de investigación en el área de la salud comunitaria en enfermería en la línea intervención de enfermería en grupos de riesgo, ofreciendo a la Escuela Académico Profesional de Enfermería, conocimientos de primera línea con bases científicas, culminando con la obtención del título profesional de Licenciada en Enfermería.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.1.1. A Nivel Internacional

MURCIA, L. 2014. Colombia. “Evaluación de la Adherencia al tratamiento para Tuberculosis en el Departamento del Amazonas 2009-2013”. Estudio de Investigación realizado en la Universidad Nacional de Colombia. La investigación tuvo el objetivo de evaluar el cumplimiento y el índice de adherencia al regreso de los pacientes diagnosticados con TB pulmonar que ingresaron a tratamiento en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre del 2013, en el departamento del Amazonas.

El presente trabajo es un estudio descriptivo, retrospectivo; implicó la recolección de variables personales, sociales y económicas de la cohorte de pacientes en el departamento del Amazonas durante el periodo de tiempo establecido.

Los resultados evidenciaron un registro total de 249 casos de TB pulmonar en el departamento del Amazonas; el 90%

ingresaron como casos nuevos; el 83% ingresó por baciloscopia positiva. Al egreso un 83.5% fueron adherentes al tratamiento; el tiempo total en tratamiento en el grupo de pacientes adherentes al tratamiento para TB osciló entre 116 a 262 días, con un promedio de 188.18 días y una desviación estándar de 20.2 días; el índice de adherencia en este grupo osciló entre 100% y 69.4%. Aquellos que presentaron índices inferiores al 80% de adherencia se consideraron como índice bajo de cumplimiento; dentro de este grupo el 75% eran mujeres, el 60% registró primaria incompleta, 53% eran SISBEN I, la ocupación más frecuente fue ser ama de casa, el 22.5% recibió tratamiento inyectable con estreptomina.

Concluyendo que la evaluación del tratamiento y seguimiento hasta la curación de los pacientes que ingresan a una cohorte son aspectos que deben ser tenidos en cuenta dentro de un programa de control, el abandono como la irregularidad en el tratamiento son aspectos que deben ser vigilados con el fin de contribuir a minimizar la aparición de la TB – MDR; este tipo de estudios aportan en la construcción de nuevas políticas públicas acordes a la población. (3)

GÓMEZ, G. y Cols. 2010. México. “Apoyo familiar y la adherencia al tratamiento por el paciente con tuberculosis pulmonar”. Estudio de Investigación realizado en la Universidad Autónoma de México. La investigación tuvo el objetivo de determinar si el apoyo de la familia al paciente con tuberculosis pulmonar influye su adherencia al tratamiento. La metodología que se utilizó: Estudio observacional, comparativo, prospectivo y transversal al total de casos de tuberculosis pulmonar, que cumplieron con los criterios de inclusión, se les aplicó el

APGAR familiar y la encuesta de Moriski para valorar la adherencia al tratamiento.

Entre los resultados se obtuvieron 32 pacientes con adherencia al tratamiento de los cuales, 31 calificaron con apoyo familiar, 12 pacientes sin adherencia al tratamiento de los cuales 2 calificaron con apoyo familiar; se aplicó la prueba de X² no paramétrica con corrección de Yates obteniendo una p 0.0001. Concluyendo que el apoyo de la familia tiene vital importancia en la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar. (4)

ARROSSI, S. y Cols. 2012. Argentina. "Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires". Estudio de Investigación realizado en la Universidad de Buenos Aires. El objetivo de este estudio fue identificar las características sociodemográficas de los pacientes y las características del tratamiento que influyen en la no-adherencia al tratamiento antituberculoso. Se realizó un estudio de corte transversal, en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

Se encuestaron 38 pacientes que no adhirieron al tratamiento y 85 pacientes que adhirieron al tratamiento, diagnosticados durante el año 2007, residentes y atendidos en hospitales de municipios seleccionados. El análisis de los factores se llevó a cabo mediante regresión logística.

Los resultados indican que los pacientes con viviendas sin agua, tuvieron 3 veces más probabilidad de no adherencia (OR=2,8; IC95% 1,1-6,9). Asimismo, los pacientes que realizaban los controles en un hospital tuvieron 3 veces más

riesgo de no adherir que los que los realizaban en centros de atención primaria (OR=3,2; IC95% 1,1-8,9).

Concluyendo que el perfil de paciente en riesgo de no-adherencia, está caracterizado por estar en condiciones de pobreza, y con dificultades de acceso a la atención de su salud.
(5)

2.1.2. A Nivel Nacional

PEREZ, R. y Cols. 2012. Perú. “Relación entre Nivel de Conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y Actitud hacia el Tratamiento - Usuario Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011. Tarapoto”. Estudio de Investigación realizado en la Universidad Nacional de San Martín. El presente estudio se realizó para determinar la relación entre nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento del usuario de la Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011. El diseño del estudio es descriptivo correlacional de corte transversal, prospectivo.

La muestra, no probabilística por conveniencia fue de 60 usuarios de la ESCTBC quienes cumplieron con los criterios de inclusión. Se empleo el método cuantitativo. Los resultados demuestran que la mayoría de los pacientes con tuberculosis pulmonar presentan un nivel de conocimientos alto (76,3%) y medio (23,3%) sobre el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas, y una actitud de aprobación (88,3%) y una actitud indiferencia (11,7%) no encontrándose actitud de rechazo en ninguno de ellos. La prueba de correlación de Pearson demuestran una relación directamente significativa ($p=0.684$) que acepta nuestra hipótesis de estudio.

Concluyendo que el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento de la TBC (alto y medio), tiene una relación significativa ($p < 0.05$) con la actitud (de aceptación e indiferencia) hacia el tratamiento por el usuario de la Estrategia Sanitaria de TBC, por lo que se recomienda mantener y mejorar los módulos educativos para el usuario que ingresa a la ESCTBC, a fin de mejorar la actitud hacia ella. (6)

DALENS, E. 2012. Perú. "Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con Tuberculosis. Red de Salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos". Estudio de investigación realizado en la Universidad Ricardo Palma. La investigación tuvo como objetivo identificar los factores que pueden inducir al abandono del tratamiento de la tuberculosis esquema I, en la Red de Salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos. Estudio de tipo cuantitativo, método observacional, diseño descriptivo. La población estuvo conformada por todas las personas en situación de abandono al I Esquema de tratamiento en el primer semestre 2010, considerando una muestra no probabilística intencional constituida 70 pacientes afectados por tuberculosis.

Los resultados después del estudio de 258 casos evidenciaron que el abandono de tratamiento fue predominantemente masculino (94,6%), siendo que el 45% tenía edad entre 21-40 años y el 60,9% estaba en condición de soltero, caracterizados por tener bajos ingresos económicos (67,8%), reportar consumo de alcohol (58,1%), cigarrillo (39,9%) y drogas (32,9%), haber presentado efectos secundarios al tratamiento (45,3%) y utilizar movilidad para trasladarse al centro de salud a recibir terapia medicamentosa (65,1%); el 89,5% recibió

visitas domiciliarias por faltas al tratamiento y 69,8% consideró que las pastillas que recibía eran demasiadas, siendo que el 30,2% había presentado náuseas, vómitos, entre otros problemas digestivos.

Concluyendo que entre los factores se destacaron el pertenecer al sexo masculino, bajo ingreso económico, consumo de alcohol, cigarrillos y drogas, la necesidad de utilizar transporte para llegar al establecimiento de salud y presentar efectos secundarios a los medicamentos. (7)

TACURI, M. 2010. Perú. "Relación entre Adherencia y Nivel de Conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con Tuberculosis en el Centro de Salud Primavera. El Agustino". Estudio de investigación realizado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tuvo como objetivo determinar la relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis. Se utilizó el método Descriptivo Correlacional, de corte Transversal. La muestra estuvo constituida por 38 pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar, registrados en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Primavera.

Las conclusiones a las que se llegaron fueron: 1. La mayoría de los pacientes con Tuberculosis tienen un nivel medio de conocimientos sobre el tratamiento de esta enfermedad, coincidentemente el nivel de conocimientos sobre el tratamiento farmacológico, así como el conocimiento de las indicaciones de seguimiento, se ubica en la mayoría de los pacientes en el nivel medio.

2. La mayoría de los pacientes no mostraron adherencia al tratamiento de la tuberculosis en general, condición similar

aconteció respecto a las indicaciones de seguimiento y al tratamiento farmacológico propiamente dicho.

3. Existe relación directa entre adherencia y nivel de conocimientos de los pacientes con tuberculosis es decir que la no adherencia está presente en los pacientes que tienen nivel de conocimiento medio a bajo y quienes son adherentes al tratamiento tienen un nivel alto de conocimientos resultado obtenido mediante la prueba estadística del Ji cuadrado con un nivel de significancia del 95% de confianza y un grado de libertad de 2. (8)

2.1.3. A Nivel Local

MANSILLA, E. 2013. Perú. Factores Relacionados con el abandono al tratamiento de la Tuberculosis en los pacientes diagnosticados como casos nuevos en Centro de Salud San José - Camaná. Microred San José, Camaná - Arequipa en el 2011-2012". Estudio de Investigación realizado en la Universidad Nacional de San Agustín. La investigación tuvo el objetivo de documentar los factores que inciden en el abandono de tratamiento en los Establecimientos de Salud de San José - Camaná. El método utilizado en este estudio es Epidemiológico de Campo, de tipo Exploratorio, Descriptivo, Correlacional, aplicada a una muestra de 45 pacientes que iniciaron tratamiento Esquema 1, y luego abandonaron. El proceso y análisis de datos generales del paciente, muestra que de 45 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%.

Los resultados evidenciaron que entre los factores relacionado con el abandono de tratamientos están los relacionados con

aspectos sociales como el consumo de drogas (3%), alcohol (18%), 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%.

Concluyendo 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. (9)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Teoría de Enfermería

A. Modelo de Nola Pender

Esta teoría 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. (8)

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 comparables.

Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria. (9)

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Pender indica: “Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”. (8)

a. Metaparadigmas

- **Salud:** Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.
- **Persona:** Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.
- **Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.
- **Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es 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. (9)

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida. (8)

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. (9)

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

- **La Primera Teoría, es la de la Acción Razonada**, originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado. (8)

- **La Segunda es la Acción Planteada**, adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.

- **La Tercera es la Teoría Social-Cognitiva**, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad. (9)

b. Empleo del Modelo Teórico en la Investigación

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud, tiene como estrategia fundamental la Educación Sanitaria, que es la encargada de promover los cambios de actitudes en las personas, la cual al ser desarrollada se ajusta a la realidad de cada persona, por lo que se considera que si un paciente con TBC posee conocimientos adecuados de su enfermedad, la adherencia al tratamiento sería al 100%, eliminando la probabilidad de abandono del tratamiento.

B. Modelo de Madeleine Leininger

Leininger, es la fundadora de la enfermería transcultural y líder en la teoría de los cuidados a las personas enfermería transcultural fue la primera enfermera profesional con

preparación universitaria que obtuvo un premio en antropología cultural y social. Nació en Sutton Nebraska y comenzó su carrera como enfermera después de haberse diplomado en la Escuela de Enfermería de San Anthony Denver.

a. Fuentes Teóricas

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería, definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

La enfermería transcultural va mas allá de los conocimientos, y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basaran en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas este, saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermeras.

b. Enfermería Transcultural

Se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural.

c. Enfermería Intercultural

Se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médicos o aplicados; la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación.

Según Leininger, la enfermera transcultural es una enfermera diplomada, que es capaz de aplicar conceptos generales, principios y prácticas de la enfermería transcultural, creados por las enfermeras transculturales especialistas, por otro lado, Leininger defiende y promueve una teoría nueva y diferente, y no la teoría tradicional de la enfermería, que normalmente se define como un conjunto de conceptos relacionados entre sí de forma lógica y proposiciones hipotéticas que se pueden probar a fin de explicar o predecir un hecho, fenómeno o situación. En cambio, Leininger defiende la teoría como el descubrimiento sistemático y creativo del conocimiento de un campo de interés o de un fenómeno que parecen relevantes para entender o explicar fenómenos desconocidos.

d. Metaparadigmas

- **Personas:** Ser cultural que ha sobrevivido al tiempo y al espacio.
- **Entorno:** Todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales.
- **Cuidado:** Acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o a la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación.
- **Salud:** Creencias, valores y formas de actuar reconocidas culturalmente y utilizadas con el fin de preservar y mantener el bienestar de una persona o un grupo y permitir la realización de las actividades cotidianas.

e. Empleo del Modelo Teórico en la Investigación

La teoría de la diversidad y universalidad de Leininger está fundamentada en la educación del ser humano a través de su cultura, lo que le va permitir evidenciar como los procesos culturales influyen en el paciente con TBC, para desarrollar o no una adherencia adecuada a su tratamiento; permitiendo también a través de la Educación Sanitaria al paciente, emplear estrategias estructuradas según sus creencias, ideas, hábitos y nivel educativo; logrando el entendimiento del paciente y afianzando la relación enfermera paciente en beneficio de su salud y

logrando como meta final el autocuidado del mismo paciente.

2.2.2. Tuberculosis

A. Definición

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. (10)

Aunque la tuberculosis es una enfermedad predominantemente de los pulmones, puede afectar también el sistema nervioso central, el sistema linfático, el sistema circulatorio, el sistema genitourinario, el aparato digestivo, los huesos, las articulaciones e incluso la piel. (2)

B. Transmisión

La transmisión de la tuberculosis solo puede realizarse por personas que tengan activa la enfermedad. La TBC se transmite a través de partículas expelidas por el paciente bacilífero (con TBC activa) con la tos, estornudo, hablando, cantando, escupida, etc., por lo que se recomienda no tener contacto con terceras personas. Las gotas infecciosas son de un diámetro entre 0,5 a 5 μm , pudiéndose producir alrededor de 400 000 con un solo

estornudo. Cada una de esas gotitas proveniente de un enfermo activo puede transmitir el microorganismo, especialmente sabiendo que la dosis infectante de la tuberculosis es considerablemente baja, de modo que la inhalación de una sola de las bacterias puede causar una infección. La probabilidad de una transmisión eficaz aumenta con el número de partículas contaminadas expelidas por el enfermo, en lo bueno que sea la ventilación del área, la duración de la exposición y en la virulencia de la cepa del *Mycobacterium tuberculosis*. Las personas con contactos frecuentes, prolongados, o intensos tienen un riesgo alrededor del 25% mayor de ser infectados. Para un fumador las posibilidades de enfermar se multiplican por 2,5. Un paciente con TBC activa sin tratamiento puede infectar entre 10 -15 personas por año. Otros riesgos incluyen aquellas áreas donde la TBC es frecuente, en pacientes inmunodeprimidos con condiciones como malnutrición y sida, poblaciones étnicas en alto riesgo y trabajadores de la salud sirviendo en regiones de alto riesgo. En los pacientes con sida la TBC, actúa como enfermedad oportunista (coinfección) fuertemente asociada. También puede transmitirse por vía digestiva, sobre todo al ingerir leche no higienizada procedente de vacas tuberculosas infectadas con *Mycobacterium bovis*. (11) (12)

C. Cuadro Clínico

En el comienzo de la enfermedad, las personas con tuberculosis pueden tener síntomas comunes a otras enfermedades, como son fiebre, cansancio, falta de apetito, pérdida de peso, depresión, sudor nocturno y disnea en casos avanzados; mas cuando se agregan las aflicciones de

tos y expectoración purulenta por más de quince días debe estudiarse, pues se considera un síntoma respiratorio. (10)

En un 25% de los casos activos, la infección se traslada de los pulmones, causando otras formas de tuberculosis. Ello ocurre con más frecuencia en aquellos pacientes inmunosuprimidos y en niños. Las infecciones extrapulmonares incluyen la pleura, el sistema nervioso central causando meningitis, el sistema linfático causando escrófula del cuello, el sistema genitourinario causando tuberculosis urogenital y los huesos o articulaciones en el caso de la enfermedad de Pott. Una forma especialmente seria de tuberculosis diseminada lleva el nombre de tuberculosis miliar. A pesar de que la tuberculosis extrapulmonar no es contagiosa, puede coexistir con la contagiosa tuberculosis pulmonar. (12)

D. Clasificación de la Tuberculosis

Clínicamente la tuberculosis se puede manifestar por signos y síntomas pulmonares o extrapulmonares. El primer caso incluye:

a. Neumonía Tuberculosa

Puede deberse a primoinfección o a reactivación, aunque la infección primaria suele causar pocos síntomas (paucisintomática). La primoinfección se caracteriza por la formación del complejo primario de Ghon (adenitis regional parahiliar, linfangitis y neumonitis). (13)

La clínica en la reactivación suele ser insidiosa, con febrícula y malestar general. Es frecuente la sudoración nocturna y la pérdida de peso. En cuanto a semiología pulmonar, suele haber tos persistente que se puede acompañar de esputos hemoptoicos (sanguinolentos). La neumonía tuberculosa es muy contagiosa, motivo por el cual los pacientes deben estar aislados durante dos semanas desde el inicio del tratamiento. (14)

b. Pleuritis Tuberculosa

Aparece generalmente en personas jóvenes y suele hacerlo de forma aguda y unilateralmente. El signo principal es un exudado en el espacio pleural. Característicamente en este exudado se puede detectar la enzima adenosin-desaminasa (ADA) elevada. Asimismo el tipo celular predominante en el exudado son los linfocitos y las células mesoteliales son escasas. (12)

Con respecto a las extrapulmonares, pueden aparecer en el contexto de una tuberculosis miliar, la reactivación de un foco pulmonar o en ausencia de enfermedad clínica pulmonar. Incluye:

a. Tuberculosis Meníngea

Forma de meningitis bacteriana causada por *Mycobacterium tuberculosis* o más raramente *Mycobacterium bovis*. El organismo se asienta en las meninges, predominantemente en la base encefálica, y forma microgranulomas con posterior rotura. El curso

clínico tiende a ser subagudo, que progresa en días. Los síntomas pueden ser: Dolor de cabeza, rigidez de nuca, déficits neurológicos. (15)

b. Tuberculosis Oftálmica

Infección tuberculosa del ojo, principalmente del iris, cuerpos ciliares y coroides.

Tuberculosis cardiovascular: tuberculosis que afecta a corazón, pericardio o vasos sanguíneos.

La pericarditis tuberculosa puede evolucionar a pericarditis constrictiva, hecho que lleva al uso de corticoesteroides en su tratamiento. (14)

c. Tuberculosis del Sistema Nervioso Central

Tuberculosis del cerebro, médula espinal o meninges. Generalmente causada por *Mycobacterium tuberculosis* y más raramente por *Mycobacterium bovis*. (16)

d. Tuberculosis Genitourinaria

Causa habitual de piuria estéril (leucocitos en orina sin germen visible). El acceso de la infección al aparato genitourinario suele ser por vía sanguínea. Puede ser causa de esterilidad por afectación de los epidídimos en los hombres y de la trompas de Falopio en las mujeres. (11).

e. Tuberculosis Ganglionar

Compromete las cadenas ganglionares cervicales y supraclaviculares. Produce hinchazón de los ganglios linfáticos. Puede presentar escrofulodermia: Hinchazón de extensión local del tejido subcutáneo por una reactivación del bacilo tuberculoso en dichos tejidos. En este caso, se producen fístulas o úlceras drenantes, que presentan fibrosis e induración además de un característico color rojizo oscuro. Es común en pacientes jóvenes y niños. En infantes es muy común que la infección se presente en ganglios superficiales acompañados de fístulas. El 50 % de los casos, tanto en jóvenes como en niños, la enfermedad se manifiesta con grave hinchazón de los ganglios cervicales. El ganglio hinchado se presenta en exploración física como una gran masa dolorosa y con probable fistulación (escrófula). Dicha fistulación (escrofulodermia) suele ser de color rojo oscuro. En todos los casos hay presencia de fiebre. (15)

f. Tuberculosis Ósteoarticular

Tras una infección pulmonar el bacilo puede circular por el torrente sanguíneo hasta alojarse en algún hueso o articulación, se trataría así de una osteoartritis tuberculosa o tuberculosis ósteoarticular. También puede aparecer osteomielitis tuberculosa sin afectación articular, aunque su frecuencia es baja. Teóricamente, la infección puede originarse por una herida producida por un objeto contaminado con el bacilo, si bien no está documentada ninguna por esta vía. En los años 1930 se realizaban

tratamientos con luz de arco de carbón con resultados dispares. (16)

g. Diseminados (TBC Miliar)

- **Tuberculosis Miliar:** Forma de tuberculosis debida a la diseminación sanguínea del bacilo, afectando a distintos órganos. Suele ocurrir en personas con grave alteración del sistema inmune. Asimismo es más frecuente en ancianos. Clínicamente puede cursa con inicio agudo o insidioso. La sintomatología es dominada por fiebre y otros síntomas constitucionales. Para su diagnóstico deben practicarse alguno o todos los siguientes cultivos: esputo, orina, jugo gástrico o médula ósea. (17)

E. Diagnóstico

La TBC activa se diagnostica por la detección de *Mycobacterium tuberculosis* en cualquier muestra del tracto respiratorio (TBC pulmonar) o fuera de él (TBC extrapulmonar). Aunque algunos métodos más modernos (diagnóstico molecular) han sido desarrollados, la visión microscópica de bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) y el cultivo en medio Löwenstein-Jensen siguen siendo el gold standard del diagnóstico de la TBC, especialmente en países con bajos recursos sanitarios, aunque últimamente el método MODS viene siendo validado dando resultados con una sensibilidad y especificidad superiores al cultivo. La microscopía de BAAR es rápida y barata y un método muy eficiente para detectar pacientes contagiosos. El uso de cultivo en la TBC se realiza cuando hay poca carga bacteriana (mayor sensibilidad), para la identificación de la

cepa y para el estudio de sensibilidades a los distintos tratamientos. Tanto la microscopia como el cultivo pueden usarse para monitorizar el tratamiento. (18)

a. Autofluorescencia

Nuevo método diagnóstico para tuberculosis. La Universidad Autónoma de Madrid comunicó recientemente que se ha publicado en el Journal of Clinical Microbiology, un trabajo donde se describe por primera vez que las micobacterias son capaces de emitir fluorescencia, lo que permite verlas en un microscopio de fluorescencia sin necesidad de una tinción previa. (16)

Esta característica recientemente descubierta por este equipo presenta mucho interés para el diagnóstico de la tuberculosis, ya que hasta ahora era necesario recurrir a las tinciones específicas para poder observar la mayoría de las bacterias, ya que muy pocas presentan autofluorescencia. Sin embargo la autofluorescencia emitida por las micobacterias de color azul celeste es tan intensa y brillante como cuando éste es teñido de verde con el método antiguo. (19)

Además se ha constatado que el fenómeno es permanente, no disminuyendo la autofluorescencia con el paso del tiempo por lo que no es necesaria una conservación especial de las muestras para su mantenimiento. (16)

b. Radiografía de Tórax

La radiografía es esencial en el diagnóstico de la enfermedad. Las lesiones típicas radiológicas son apicales, en hemitórax derecho, en segmentos posteriores y generalmente formando cavidades. (14)

La herramienta fundamental para el diagnóstico de caso de tuberculosis es la bacteriología (baciloscopia y cultivo) por su alta especificidad, sensibilidad y valor predictivo. En aquellas situaciones donde los estudios bacteriológicos no sean concluyentes será necesario realizar el seguimiento diagnóstico de acuerdo con la organización de la red de servicios de salud, utilizando otros criterios: clínico, epidemiológico, diagnóstico por imágenes, inmunológico, anatomopatológico. (17)

Toda persona con diagnóstico de Tuberculosis previa consejería y aceptación se deberá realizar la prueba de diagnóstico para VIH.

c. Baciloscopia de Esputo

Consiste en una prueba seriada (tres días consecutivos), donde se toma una muestra de esputo para ver qué bacteria se encuentra presente. Para esta prueba no se necesita estar en ayunas o sin cepillarse. Con un costo bajo y de rápida ejecución, la baciloscopia es una técnica que permite identificar al 70-80% de los casos pulmonares positivos. (19)

La bacteria *Mycobacterium tuberculosis* posee una estructura de pared diferente de aquellas que son capaces de ser tipificables por la tinción Gram al presentar una cantidad de lípidos muy abundante. Se le denomina ácido-alcohol resistente y esta característica es la que permite su observación por la tinción de Ziehl Neelsen. (16)

d. Cultivo de Muestra Biológica

El cultivo puede hacerse en medio Löwenstein-Jensen, que está constituido por:

- Huevo (albúmina, lípidos) (coagula y le da solidez).
- Verde de Malaquita (inhibe otras bacterias).
- Glicerol (fuente de carbono).
- Asparraginas (fuente de nitrógeno).

Crece muy lentamente (30 a 90 días) a 37 °C en atmósfera con dióxido de carbono (en cultivo crecen mejor a pesar de ser aerobio estricto), dando colonias con aspecto de migas de pan (o huevos de araña), secas amarillentas y rugosas. (20)

Precauciones: tubo de vidrio, tapa a rosca para transporte, operar bajo gabinete de seguridad biológica.

e. Prueba de la Tuberculina mediante la Técnica de Mantoux

Es una prueba cutánea (intradermoreacción) para detectar infección tuberculosa. Se utiliza como reactivo el

PPD (Derivado Proteico Purificado). Hay que destacar que la prueba de la tuberculina Mantoux solo implica contacto, no infección. (21)

f. MODS

La observación microscópica de susceptibilidad de medicamentos (MODS) es un método de desarrollo reciente que posee una sensibilidad y especificidad muy elevadas, como también una gran reducción del tiempo para el diagnóstico de infección por el *Mycobacterium tuberculosis*, a la vez que evalúa la resistencia antibióticos de primera línea, como la isoniacida y la rifampicina para los pacientes TB-MDR (multidrogorresistentes). (18)

F. Tratamiento

El tratamiento de la tuberculosis se realiza con combinaciones de fármacos antituberculosos, haciendo eficaces las pautas de seis meses de tratamiento, dos en la primera fase de tratamiento y cuatro meses en la segunda fase. (16)

La tuberculosis es curable, pero es necesario un diagnóstico temprano (acudir inmediatamente al médico), ya que es una enfermedad grave si no se sigue el tratamiento adecuado. En seguida, es indispensable no abandonar el tratamiento dado por el médico porque, al suspender el tratamiento, esta enfermedad empeora rápidamente y se favorece la proliferación de bacilos resistentes a los medicamentos. (16)

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. (19)

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.

G. Manejo Integral de la persona diagnosticada de Tuberculosis

Toda persona afectada por tuberculosis debe recibir atención integral en el EESS durante todo su tratamiento que incluye: atención médica, atención por enfermería, asistencia social, psicología, salud sexual y reproductiva, evaluación nutricional y exámenes auxiliares basales. (4)

a. Esquemas de tratamiento para la Tuberculosis

La administración de los esquemas de tratamiento anti-TBC es responsabilidad del personal de salud y es de lunes a sábado, incluido feriados.

El esquema de tratamiento inicial debe ser ratificado o modificado dentro de los 30 días calendario de haberse iniciado, de acuerdo a los resultados de las prueba de sensibilidad rápidas a isoniacida y rifampicina. (2)

Los esquemas de tratamiento antituberculosis se establecen de acuerdo al perfil de sensibilidad a isoniacida y rifampicina por prueba de sensibilidad rápida.

b. Factores de Riesgo para TBC Resistente a medicamentos

Los principales factores de riesgo para TBC Resistente se enumeran a continuación:

- Fracaso a esquema con medicamentos de primera línea.
- Contacto de caso confirmado de TB resistente.
- Recaída dentro de los siguientes 6 meses de haber sido dado de alta de un esquema con medicamentos de primera línea.
- Recaída luego de haber sido dado de alta con medicamentos de segunda línea.
- Personas privadas de su libertad (PPL) y residentes de albergues, comunidades terapéuticas, entre otros.

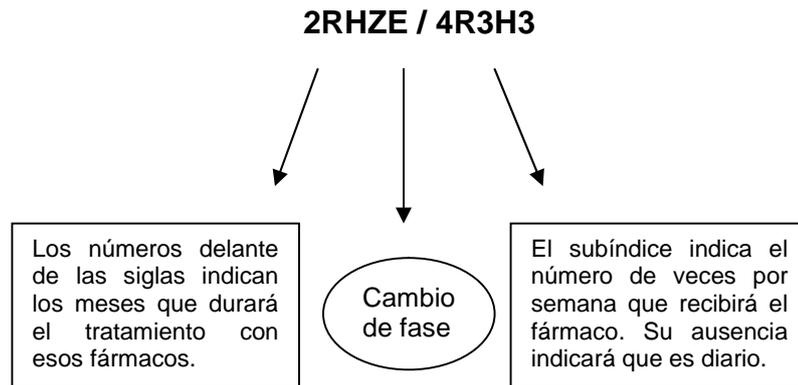
- Antecedente de tratamientos múltiples (más de dos episodios previos de TBC).
- Antecedente de irregularidad al tratamiento, abandono o terapia no supervisada.
- Contacto con persona que falleció por TBC.
- Comorbilidades: diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, tratamiento inmunosupresor, otros y coinfección con VIH.
- Trabajadores y estudiantes de la salud.

Si el paciente cumple con uno de los criterios señalados, la Estrategia Sanitaria PCT del EESS debe garantizar lo siguiente:

- Obtener una muestra de esputo y asegurar el procesamiento de la prueba de sensibilidad (PS) rápida y/o PS convencional.
- Referir al paciente para evaluación al médico consultor. Iniciar el esquema de tratamiento para TBC sensible en aquel paciente que se encuentra clínicamente estable y tienen en proceso su PS rápida.
- Si el resultado de la PS rápida demuestra TBC resistente, se debe modificar el esquema según el flujo de decisiones terapéuticas dentro de los 30 días calendarios.
- En los pacientes con factores de riesgo para TBC-resistente y/o deterioro clínico radiológico y en quienes no se puede esperar el resultado de PS rápida o convencional para iniciar tratamiento, la indicación del esquema estará a cargo del médico consultor. (8)

c. Esquema para TBC Sensible

La nomenclatura del esquema se representa de la siguiente manera:



•Indicación para pacientes con TBC sin infección por VIH/SIDA:

- Paciente con TBC pulmonar frotis positivo o negativo.
- Pacientes con TBC Extrapulmonar, excepto compromiso miliar, SNC y Ósteoarticular.
- Pacientes nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados). Esquema para adultos y niños:

<p>Primera Fase: 2 meses (HREZ) diario (50 dosis)</p> <p>Segunda Fase: 4 meses (H3R3) tres veces por semana (54 dosis)</p>
--

Las dosis recomendadas se definen en las Tablas 1 y 2 de la presente Norma Técnica de Salud.

TABLA 1:

Dosis de medicamentos antituberculosis de primera línea para personas de 15 años o más

Medicamentos	Primera Fase Diaria		Segunda Fase Tres veces por semana	
	Dosis (mg/kg)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/kg)	Dosis máxima diaria
Isoniacida (H)	5 (-6)	300 mg.	10 (8-12)	900 mg.
Rifampicina (R)	10 (8-12)	600 mg.	10 (8-12)	600 mg.
Pirazinamida (Z)	20 (20-30)	2000 mg.		
Etambutol (E)	25 (15-25)	1600 mg.		

Tanto en la primera fase como en la segunda fase, la dosis máxima no debe exceder lo dispuesto en la Tabla 1 antes señalada.

TABLA 2:

Dosis de medicamentos antituberculosis de primera línea para personas menores de 15 años

Medicamentos	Primera Fase Diaria		Segunda Fase Tres veces por semana	
	Dosis (mg/kg)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/kg)	Dosis máxima diaria
Isoniacida (H)	10 (10-15)	300 mg.	10 (10-20)	900 mg.
*Rifampicina (R)	15 (10-20)	600 mg.	15 (10-20)	600 mg.
Pirazinamida (Z)	35 (30-40)	1500 mg.		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1200 mg.		

* Sólo administrar Rifampicina en jarabe, en la presentación autorizada por la DIGEMID, incluida en el PNUME. No se recomienda utilizar soluciones preparadas de manera no industrial.

- Tanto en la primera fase como en la segunda fase, la dosis máxima no debe exceder lo dispuesto en la Tabla 2 antes mencionada.
- En la primera fase se debe administrar 50 dosis diarias (de lunes a sábado) por dos meses.
- En la segunda fase se debe administrar 54 dosis tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado) por 4 meses.

d. Esquema para TBC Extrapulmonar con compromiso del SNC u Ósteoarticular:

En los casos de TBC Miliar o Extrapulmonar con compromiso del sistema nervioso central (SNC) u ósteoarticular, la duración del tratamiento es de dos meses la primera fase y 10 meses la segunda fase.

<p>Primera Fase: 2 meses (HRZE) diario (50 dosis)</p> <p>Segunda Fase: 10 meses (HR) diario (250 dosis)</p>

Las dosis de los medicamentos son las mismas dispuestas en las Tablas 1 y 2 para personas de 15 a más años y menores de 15 años, respectivamente. Las dosis de Isoniacida y Rifampicina son las mismas en primera y segunda fase. (2)

En casos de meningitis, pericarditis y formas miliares en niños y adultos debe añadirse corticoterapia sistémica a una dosis recomendada de 1 - 1.5 mg/Kg/día de

prednisona (o su equivalente) por dos a cuatro semanas, seguido de una disminución progresiva del 30% de la dosis cada semana hasta su suspensión. (8)

• **Indicación para pacientes con TBC con infección por VIH/SIDA:**

- Paciente VIH con TBC pulmonar frotis positivo o negativo.
- Pacientes VIH con TBC extrapulmonar, excepto compromiso SNC y ósteoarticular.
- Pacientes VIH nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados).

Primera Fase: 2 meses (HREZ) diario (50 dosis)

Segunda Fase: 7 meses (HR) diario (175 dosis)

El esquema debe administrarse durante 9 meses: 50 dosis diarias en la primera fase (de lunes a sábado) y 175 dosis diarias en la segunda fase, (de lunes a sábado). Debe garantizarse el cumplimiento de las 225 dosis programadas. (2)

La dosis de los medicamentos son las dispuestas en las Tablas 1 y 2 para personas de 15 a más años y menores de 15 años, respectivamente. Las dosis de Isoniacida y Rifampicina son las mismas en primera y segunda fase. (9).

e. Esquemas para TBC Resistente

Los esquemas de tratamiento para TBC resistente son de tres tipos: Estandarizado, empírico e individualizado:

• Esquema Estandarizado

Indicación:

Paciente con factores de riesgo para TBC MDR y en quien por la severidad de su estado, no se puede esperar el resultado de una PS rápida o convencional para iniciar tratamiento. Es indicado por el médico consultor. Esquema: Primera Fase: 6-8 meses (EZLfxKmEtoCs) diario Segunda Fase: 12-16 meses (EZLfxEtoCs) diario. (13)

Primera Fase: 6-8 meses (EZLfxKmEtoCs) diario
--

Segunda Fase: 12-16 meses (EZLfxEtoCs) diario
--

• Esquemas Empíricos

Indicaciones:

- Paciente con diagnóstico de TBC resistente según PS rápida.
- Paciente con diagnóstico de TBC resistente según PS convencional sólo a medicamentos de primera línea.
- Paciente que es contacto domiciliario de un caso de TBC resistente y en quien por la severidad de su

estado, no se puede esperar el resultado de una PS rápida o convencional para iniciar tratamiento. (16)

En este caso en el esquema se basa en el tratamiento del caso índice. Es indicado por el médico consultor.

TABLA 3:

Esquemas empíricos para TBC Resistente basados en la PS rápida a H y R

Resultados PS Rápida	Esquema empírico	Duración	Comentario
TBC H resistente	2 (REZLfx) /7 (RELfx)	Terapia diaria excepto domingos por 9 meses	Ajustar estos esquemas según resultado de PS convencional a medicamentos de 1 y 2 línea
TBC R resistente	6-8 (HEZLficKmEtoCs) / 12 (HEZLfxEtoCs)	Terapia diaria excepto domingos 12 a 18 meses	
TBC H y R resistente TBC (MDR)	6-8 (EZLfxKmEtoCs) / 12-16 (EZLfxEtoCs)	Terapia diaria excepto domingos > 18 meses	

• Esquemas Individualizados

Indicación:

Paciente con diagnóstico de TBC resistente con resultados de una PS convencional para medicamentos de primera y segunda línea.

Casos de TBC Mono o Polirresistente: En casos de TBC mono o polirresistente a medicamentos de primera línea, los esquemas individualizados deben darse de manera diaria de lunes a sábado. (19)

H. Prevención

Se previene mediante una vida sana e higiénica, identificando oportunamente a los enfermos y asegurando su curación para no contagiar a otras personas, principalmente por medio de la vacunación con vacuna BCG. (20)

a. Medidas Preventivas

- La persona infectada debe protegerse siempre que tosa con pañuelos desechables.
- Lavado de manos después de toser.
- Ventilación adecuada del lugar de residencia.
- Limpiar el domicilio con paños húmedos.
- Utilizar mascarilla en zonas comunes.
- Restringir visitas a personas no expuestas a la enfermedad.
- Garantizar adherencia al tratamiento.
- No fumar. El cigarrillo no causa tuberculosis, pero sí favorece el desarrollo de la enfermedad

2.2.3. Factores influyentes en el tratamiento de Tuberculosis

La identificación de factores que influyen la probabilidad de abandonar el tratamiento es el primer paso para el diseño de

intervenciones que mejoren la adherencia al tratamiento y el control de la enfermedad. (11)

Los factores asociados a la adherencia pueden atribuirse al individuo, a la enfermedad, al tratamiento o al equipo asistencial. (12)

A. Individuo

Las características demográficas (edad, sexo, raza, estudios, ocupación), así como el nivel cultural y la situación económica, no son factores predictores del nivel de adherencia de un individuo. (4)

Los factores psicológicos influyen en el cumplimiento; la ansiedad, la depresión, el alcoholismo empeoran la adherencia. (4)

Las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial son factores a tener en cuenta. (7)

B. Enfermedad

La infección por el VIH puede cursar de forma asintomática o sintomática y la aceptación y adherencia al tratamiento pueden ser diferentes en cada una de estas fases. El mal pronóstico que presenta la enfermedad en ausencia de tratamiento puede ser de ayuda para comprender la necesidad del mismo. Es conocido que muchos pacientes con tuberculosis dejan la medicación en ausencia de síntomas. (9)

C. Régimen Terapéutico

En numerosos estudios se ha demostrado que la adherencia a un tratamiento disminuye cuando aumentan el número de fármacos y la frecuencia de administración, con la aparición de efectos adversos y cuando el tratamiento es prolongado en el tiempo. (11)

D. Equipo Asistencial

La relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia. La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen favorablemente. (12)

Se han descrito diversos factores de riesgo para desarrollar TBC-MDR: La falla de un tratamiento previo para tuberculosis, contacto de un caso índice con multirresistencia, ser trabajador del sector salud, estar en una prisión, hospitalización en una institución donde se haya detectado un brote de TBC-MDR. (12)

2.2.4 Situación de la Tuberculosis en el Mundo

El Reporte Global de Control de la Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud 2013, registró a nivel mundial para el año 2012, un estimado de 8,6 millones de casos incidentes de tuberculosis y una tasa de incidencia mundial de 122 x 100.000 habitantes; dentro de este total, se registraron cerca de 1,3 millones de muertes, de los cuales 320.000 fueron pacientes TBC-VIH positivos y 940.000 corresponden a casos TBC–VIH negativos. Aproximadamente 450.000 casos

correspondieron a TBC-MDR y en este grupo se estimaron unas 170.000 muertes. A pesar de que la mayoría de casos de muertes ocurrieron en hombres, se registraron 410.000 muertes en mujeres y 74.000 en niños. Al observar la situación por continentes, África y la región sur este de Asia registraron el 58% del total de los casos; solo en África se calcula que se presenta un cuarto del total de casos registrados en el mundo. Algunas regiones europeas no están en camino de reducir a la mitad los niveles de mortalidad para el año 2015. (13)

La carga de TBC esta principalmente concentrada en países en desarrollo, sin embargo la India y China reunidas tienen casi el 38% del total de casos de TBC registrados en todo el mundo, la India tiene aproximadamente el 27% de los casos en el mundo, y China aporta el 12% de los casos nuevos de TBC en el mundo al año. La estimación de TBC en población infantil presenta alguna dificultad teniendo en cuenta los métodos diagnósticos utilizados para la clasificación del caso; no obstante la OMS registra que para el año 2013 se presentaron alrededor de 500.000 casos nuevos de TBC infantil y de estos 74.000 murieron. (1)

Actualmente la carga de tuberculosis multirresistente en el mundo está representada en 27 países, un total de 450.000 nuevos casos fueron diagnosticados como TBC multirresistente en el año 2013; este total incluye casos de resistencia primaria y adquirida. (3)

2.2.5 Tuberculosis y Salud Pública

La TBC continúa siendo uno de los retos en Salud Pública a nivel mundial, las tasas de morbilidad y mortalidad que se

mantienen anualmente nos muestran que a pesar de los avances tecnológicos que permiten diagnósticos más precisos y rápidos, junto con esquemas de tratamiento reconocidos y estandarizados; estos no siempre son accequibles a toda la población; en el informe presentado por la OMS para el año 2013 en el mundo se registraron más de 8.6 millones de casos nuevos de TBC y 1.4 millones de muertes. Las cepas de TBC sensibles a medicamentos anti TBC se han mantenido estables en los últimos cinco años, especialmente en población adulta mayor de 45 años; sin embargo, existe un fenómeno entre la población adulta mayor de 15 años entre los cuales la TBC-MDR ha venido en incremento en algunos países, en los cuales las estrategias implementadas para su control y tratamiento regular no han tenido el éxito esperado; este ha sido el ejemplo del Perú quien a pesar de tener uno de los mejores programas de control de TBC a finales de los años 90's , durante los últimos 10 años viene registrando un número creciente de casos de TBC-MDR. En el mundo durante el año 2013, el 3.7% de los casos nuevos registrados correspondieron a TBC-MDR y dentro de los previamente tratados el 20% correspondieron a TBC-MDR. La comorbilidad TBC - VIH es otra situación que en países con escasos recursos genera tasas de mortalidad importantes; en el año 2012 cerca de 1.1 millones de personas presentaron comorbilidad TBC - VIH y 0.4 millones fallecieron, de este grupo el 79% eran procedentes de África. Según la OMS, la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento en este grupo poblacional, deben darse como acciones colaborativas entre programas con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y mejorar la calidad de vida. (14)

2.2.6. Situación de la Tuberculosis en el Perú

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

Por otro lado, la detección del mayor número de casos corresponde a que el Ministerio de Salud ha implementado más pruebas de sensibilidad para pacientes sospechosos, con lo cual se identifica a más personas enfermas en forma temprana. (15)

Antes se realizaba cinco mil o seis pruebas de descarte al año, pero ahora se realiza unas 20 mil. En otros países de América, como Brasil, se tienen datos de 90 mil casos de TBC sensible (el triple que Perú), aún no se han implementado pruebas de este tipo. (13)

Según la estadística del Ministerio de Salud, durante el año 2013 se registraron 31 mil casos de TBC en la forma sensible, 1,260 casos de TBC multidrogo resistente (MDR) y apenas 66 casos de TB extremadamente drogorresistente (XDR). Las regiones con más incidencia del mal fueron Madre de Dios, Callao, Ucayali, Tacna, Loreto y Lima, donde se ha fortalecido la atención con medicinas y médicos especialistas. (16)

En la capital la mayor cantidad de casos de TBC se concentra en los distritos de San Juan de Lurigancho, precisamente el que alberga la mayor cantidad de población de Lima, le siguen en la estadística: El Agustino, Santa Anita, Ate Vitarte y el Rímac.

Con 11 mil 521 atenciones y 1,051 casos confirmados de TBC, el hospital Hipólito Unanue es uno de los que atiende el mayor número de casos de la ciudad. Por ello, allí se ha implementado un laboratorio especializado con tecnología molecular que permitirá detectar los bacilos de la tuberculosis resistente en solo tres días, cuando antes estos análisis tomaban entre 40 y 45 días. (13)

Se trata del primer laboratorio de este tipo en Latinoamérica. Con esta tecnología se empezará a dar el tratamiento más rápido y se cortará la cadena de transmisión del mal. Además, el laboratorio permitirá aumentar las pruebas de sensibilidad a la enfermedad, de 20 mil a 36 mil anuales. (16)

Pese a los avances del Ministerio de Salud en el tema, el tratamiento aún sufre algunas trabas, por el alto costo del mismo. Cada tratamiento de las personas diagnosticadas con TBC sensible cuesta unos 40 dólares por seis meses; mientras que en el caso de las personas con TBC multidrogo resistente el tratamiento individual puede costar cuatro mil dólares en dos años, y los casos de extrema resistencia llegan hasta 60 mil dólares, también en dos años.

Empero, el Estado asume dichos gastos y para ello, este año cuenta con un presupuesto de 230 millones de soles, con los cuales fortalecerá las actividades de detección, diagnóstico y

tratamiento de la enfermedad. Las atenciones son completamente gratuitas, aún en los casos más graves y caros. (11)

No obstante, otro problema que se presenta es la deserción de los pacientes de los programas de TBC. Pero ante ello se ha implementado un sistema de tratamiento a domicilio para los casos de los pacientes más graves. (12)

2.2.7. Adherencia al Tratamiento de Tuberculosis

A. Definición

La Adherencia al tratamiento antituberculoso es el cumplimiento del tratamiento farmacológico y cumplimiento de las indicaciones de seguimiento que favorece al paciente a mejorar su estado de salud.

En la actualidad el tema de adherencia a los tratamientos médicos tiene gran trascendencia, debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren, necesariamente que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas que se han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente. El incumplimiento de las indicaciones médicas, no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito contra la Tuberculosis, sino que produce un aumento de la morbilidad y mortalidad, así como aumenta los costos de la asistencia sanitaria. Es así que genera grandes pérdidas en el aspecto personal, familiar y social. En la literatura encontramos diferentes términos para referirnos a este concepto como son: adherencia, cumplimiento, alianza terapéutica, seguimiento,

entre otros. En mención al termino “cumplimiento”, se define como: “acción y efecto de cumplir”, “ejecutar o llevar a cabo”. En la práctica médica este concepto, suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos por parte del paciente. (14)

La adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo. Al constituir una conducta de salud para su explicación se ha partido de los modelos de comportamientos de salud. Especialmente el modelo de creencias de salud ha sido el más utilizado y considerado adecuado para predecir el cumplimiento con la medicación, porque tienen en cuenta la motivación por la salud, la vulnerabilidad y gravedad percibida, la valoración diferencial costos-beneficios y las claves para la acción. (8)

El tratamiento de la tuberculosis pulmonar se basa en diversas indicaciones como son: El tratamiento farmacológico propiamente dicho, las indicaciones de seguimiento en el control de la enfermedad, así como el tratamiento complementario que requiere el paciente. Según la Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis. (17)

También están descritas las indicaciones de seguimiento prescritas por el equipo de salud que debe cumplir el paciente, las indicaciones del tratamiento complementario como son: la nutrición, se debe procurar asegurar una nutrición adecuada en el paciente con la finalidad de lograr el incremento del peso corporal; mantener el reposo físico por lo menos durante la primera fase del tratamiento; así

mismo mantener una terapia psicológica considerando que esta enfermedad puede generar depresión en el paciente.
(18)

La tuberculosis es una enfermedad considerada un problema de salud pública a nivel mundial, por lo que requiere un alto nivel de adherencia para lograr el éxito del tratamiento. A principios de la década de los 90, se aplicó con éxito la estrategia DOTS. Al respecto la Organización Mundial de la Salud considero su aplicación como una de las más exitosas del mundo. La Organización Mundial de la Salud recomienda el Tratamiento de Observación directa a corto plazo (DOTS, por sus siglas en inglés), esto significa que los pacientes tienen que tomar su medicación diaria bajo la supervisión de un profesional de la salud o una persona capacitada. El tratamiento farmacológico acortado ha demostrado ser la intervención sanitaria más eficaz en el control de la tuberculosis, teniendo en consideración los siguientes fundamentos básicos:

- Tratamiento con asociación de medicamentos (terapia combinada) de alta eficacia que prevenga la selección de bacilos resistentes, evitando así los fracasos de tratamiento.
- Tiempo suficiente de tratamiento, con un número de tomas que asegure el mínimo porcentaje de recaídas.
- Reacciones adversas mínimas
- Administración de medicamentos en boca directamente observado por el personal de salud durante la ingesta del

medicamento y que garantice la adherencia y con ello el cumplimiento de la terapia.

Este es el factor más importante para la curación de todas las personas enfermas, lo cual es la base de la estrategia. Debido a las connotaciones sociales de la tuberculosis y el alto costo de los medicamentos, el estado garantiza el acceso al tratamiento a todos los enfermos con tuberculosis y la gratuidad del mismo. (19)

B. Dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica

Los factores que se constituyen en barreras a la adherencia a los medicamentos antituberculosos pueden clasificarse en:

- Determinantes socio económicos.
- Determinantes relacionados con el sistema y el equipo de atención sanitaria.
- Determinantes relacionados con la enfermedad.
- Determinantes relacionados con el tratamiento y
- Determinantes relacionados con el paciente.

a. Determinantes Socioeconómicos

La falta de redes de apoyo social efectivas y circunstancias de la vida inestables; creencias culturales y populares acerca de la enfermedad y el tratamiento; grupo étnico, sexo y edad; costo elevado de la medicación; costo elevado del transporte; implicación en la justicia criminal; implicación en el tráfico de drogas son algunos

de los determinantes que pueden relacionarse con la adherencia al tratamiento. (20)

b. Determinantes relacionados con el Equipo de Salud o de Asistencia Sanitaria

Una relación inadecuada entre el personal sanitario y el paciente puede provocar un distanciamiento del paciente y por ende una baja adherencia al tratamiento anti TBC; los prestadores de asistencia sanitaria que son responsables por la administración del tratamiento anti TBC muchas veces no han sido adiestrados, están recargados de trabajo, no son supervisados ni apoyados en sus tareas o presentan incapacidad para actuar frente a reacciones adversas a medicamentos o el predecir cuando un paciente es potencialmente no adherente. (21)

c. Determinantes relacionados con la enfermedad

El uso de drogas recreativas, los estados mentales alterados causados por abuso de estas sustancias psicotrópicas, estados de depresión y estrés psicológico por la enfermedad y el entorno pueden influir en la adherencia al tratamiento anti TBC. (19)

d. Determinantes relacionados con el tratamiento

El número de comprimidos que deben tomarse, así como su toxicidad y los efectos colaterales de otro tipo asociados con su uso pueden actuar como un obstáculo al tratamiento continuo. El régimen ordinario de la OMS para el tratamiento de la tuberculosis incluye el uso de

cuatro fármacos para una “fase intensiva” inicial (2 a 3 meses), y dos o tres compuestos para una fase de “continuación” adicional (6 a 8 meses). Los medicamentos pueden tomarse todos los días o “intermitentemente” tres veces por semana. (20)

e. Determinantes relacionados con el paciente

Su percepción respecto de la enfermedad, consideraciones culturales, el temor al rechazo, situaciones de depresión o estrés psicológico, son situaciones que influyen. (22)

2.2.8. Factores Psicobiológicos

Los factores Psicológicos son inherentes al organismo y menos susceptibles de modificación que los demás factores. En las sociedades desarrolladas, estos factores influyen de forma muy relevante en la mortalidad de las personas, son las alteraciones congénitas y las hereditarias; pero a partir de cierta edad la importancia de estos factores como causantes de enfermedades disminuye de forma importante. (14)

Dentro de estos factores se evaluará la edad, sexo, efectos adversos, fisiopatología de la enfermedad, aceptación al tratamiento, inclusión social, ocupación, nivel educativo y barreras culturales. Mediante cuestionario elaborado para tal fin (11)

a. Edad

Edad biológica, tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Cualquiera de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona, o cualquiera de dichos periodos por sí solo. Una división común de la vida de una persona por edades es la de bebé, niño, púber, adolescente, joven, adulto, mediana edad y tercera edad. Algunas expresiones que contienen el término edad son edad del pavo(pubertad) y edad propecta (tercera edad). (16)

b. Sexo

La palabra sexo es utilizada frecuentemente para designar diversas cosas. Por ejemplo, cuando se nos pregunta cuál es nuestro sexo, acertadamente respondemos hombre o mujer; sin embargo, la palabra sexo regularmente se utiliza para referirse a actividades que tienen que ver con la obtención de placer sexual. (17)

A. Factores Fisiológicos

Abarcan todas las funciones multicelulares. Están centrados en la anatomía y fisiología de los diferentes órganos del cuerpo humano relacionados, en donde la primera hace hincapié en el conocimiento de la forma, mientras que la segunda pone interés en el estudio de la función de cada parte del cuerpo, siendo ambas áreas de vital importancia en el conocimiento médico general. (14)

a. Efectos Adversos

Son síntomas indeseables previstos que pueden presentar los pacientes ante la prescripción de un determinado tratamiento. El programa puede servir para

una ayuda memoria al médico para que este refresque la posibilidad de presentación de estos síntomas y advierta al paciente sobre los mismos. En la Historia Clínica, se advierte que tal reacción adversa pudo haber sido producido por algunos de los fármacos suministrados a ese paciente, como por ejemplo reacción alérgica, etc. (19)

b. Fisiopatología de la Enfermedad

La fisiopatología es el estudio de los procesos patológicos (enfermedades), físicos y químicos que tienen lugar en los organismos vivos durante la realización de sus funciones vitales. Estudia los mecanismos de producción de las enfermedades en relación a los niveles máximos molecular, subcelular, celular, tisular, orgánico y sistemático o funcional. (9)

B. Factores Psicológicos

Los factores que interviene en la producción de los fenómenos sociales es el psicológicos. Se trata del factor más íntimo, más medular respecto a los fenómenos interhumanos. En toda persona afecta sobremanera el influjo de la sociedad sobre el alma del individuo, de la psicología de las interacciones, de las características psíquicas y, finalmente, del desarrollo de la conciencia. (10)

a. Aceptación del Tratamiento

Se refiere a la conformidad de llevar a cabo el tratamiento establecido, cumplir con la toma de los medicamentos que

logren combatir la enfermedad de la Tuberculosis, específicamente el bacilo de Koch. Dicho tratamiento tiene un tiempo de duración largo, en promedio seis meses si se logra la curación del paciente con el primer esquema, en caso de generar reacciones adversas, recaídas o abandono del tratamiento, este se prolongaría por muchos meses más. (19)

C. Factores Sociales

Son factores que encierran las características tanto familiares como sociales del individuo, son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren. (16)

a. Inclusión Social

Significa el grado en el que la compañía de una persona es tenida por otros como satisfactoria para el mantenimiento de relaciones estrechas. Expectativas sociales y aceptación social sólo puede alcanzarse cuando la persona se conforma a las expectativas del grupo con el cual desea identificarse. (14)

b. Ocupación

Es un término que está vinculado al trabajo, labor o el quehacer. En general, determina la vocación de cada persona, la cual es elegida según sus características, habilidades, conocimientos y convicción. (11)

D. Factores Culturales

Son hechos que condicionan circunstancias específicas en el equilibrio biopsicosocial de las personas, son conocidos como factores determinantes en el ámbito de la salud. Estos rigen la conducta de las personas. Es en la sociedad donde se desarrollan percepciones, preferencias y conductas, a través de un proceso de socialización que involucra a la familia y a otras instituciones claves. (19)

a. Nivel Educativo

Fases secuenciales del sistema de educación que agrupa a los distintos niveles de formación, teniendo en cuenta que se realicen antes o después de haber recibido de forma ordenada la calificación adecuada para pasar de grado a grado, lo cual acredita a la persona para el desempeño y ejercicio de una ocupación o disciplina determinada. (20)

b. Barreras Culturales

La cultura es la identidad compartida por un pueblo o una nación y proporciona el telón de fondo necesario para comprender la forma de vivir y ver el mundo de sus gentes. Como las culturas se desarrollan de forma diferente, es lógico que al comunicarse unas con otras aparezcan ciertas barreras y dificultades causadas por dichas diferencias. (12)

E. Tratamiento Farmacológico

En medicina, tratamiento o terapia es el conjunto de medios de clase farmacológica, cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas. Es un tipo de juicio clínico, el cual busca tras su aplicación la reversión total de la enfermedad. (10)

a. Cumplimiento del Tratamiento

La asistencia regular es una parte importante de la adherencia al tratamiento. La asistencia irregular y retrasos interrumpen la secuencia del tratamiento y reducen el interés y la curación. Asistir regularmente y ser puntual son responsabilidades compartidas tanto del personal de salud como del paciente. (11)

b. Reacciones Adversas

Es cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas. (19)

F. Seguimiento del Tratamiento

El seguimiento de la mayoría de personas con tuberculosis puede realizarse en atención primaria, así como realizar un aislamiento domiciliario. El seguimiento debería realizarse en

unidades de atención especializada ambulatoria o incluso requerir el ingreso hospitalario. (11)

a. Consulta Médica

La asistencia a la consulta médica determina el interés del paciente por desarrollar de forma adecuada la adherencia al tratamiento, condicionando de esa forma el compromiso a cumplir con el tratamiento y condiciones además de asegurar la recuperación de su salud. (12)

b. Entrevista de Enfermería

En la entrevista de enfermería se dilucidan las interrogantes del paciente acerca de su enfermedad y la temática de su tratamiento, además de las posibles reacciones adversas que se generen con los fármacos que consume. Cabe resaltar que es vital la Educación Sanitaria que realice la profesional de enfermería para lograr el compromiso del paciente con la recuperación de su salud, además de que se aprovecha para evaluar sus condiciones de vida y los probables contactos existentes en el ambiente del paciente con tuberculosis. (21)

c. Control de Examen Radiológico y Entrega de Resultado

Es un examen imagenológico que se realiza en inicios para diagnosticar la enfermedad, además de realizarse como un control del paciente para valorar la evolución de la enfermedad con el tratamiento prescrito. (14)

d. Entrega mensual de muestra de Esputo

Es un análisis de baciloscopia en esputo que se realiza laboratorialmente para evaluar la presencia del bacilo y la eficacia del tratamiento en el paciente. (19)

e. Control de la Curva Ponderal

Evaluación que va de la mano con el seguimiento al paciente con tuberculosis, la cual evidencia la disminución de la infección a medida que el paciente cumple con el tratamiento establecido. (22)

f. Visita Domiciliaria

Es la atención entregada por profesionales del equipo de salud en el hogar, a un integrante de una familia con fines de brindar apoyo diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación o simplemente seguimiento del tratamiento. (19)

g. Entrevista Social

Es la entrevista que busca adquirir conocimientos del paciente con respecto a su individualidad y su entorno. El trabajador social debe asumir una actitud de respeto hacia el ser humano, este respeto es una categoría moral, por cuanto representa una forma de realizar la preocupación más comprometida con el otro, sin anular las posibilidades propias del individuo. (19)

2.2.9. Adherencia

En la actualidad el tema de adherencia a los tratamientos médicos tiene gran trascendencia, debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren, necesariamente que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas que se han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente.

2.2.10. Factores de Adherencia

Existen factores que están asociados a la adherencia del tratamiento antituberculoso entre los cuales se menciona:

los relacionados a la interacción del personal de salud con el paciente, al régimen terapéutico, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente.

- En la interacción profesional de la salud - paciente cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Se ha observado que proporcionar la información necesaria sobre la enfermedad, de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del paciente contribuye a mejorar la adherencia. En algunos casos los pacientes con Tuberculosis no entienden sobre el proceso de enfermedad, el tratamiento, los exámenes de control, el porqué el tratamiento de la tuberculosis tiene una larga duración, entre otros aspectos; por lo cual, es necesario no solo proporcionar la información, sino llevarlo a cabo a medida del entendimiento del paciente.
- En cuanto a la relación personal de salud -paciente,

debe estar basada en la confianza y respeto, considerando que el tratamiento contra la tuberculosis es de meses, si el paciente confía es más probable que siga las indicaciones y consejos, así como manifieste sus dudas y temores. El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Los aspectos que ejercen una mayor influencia en el tratamiento contra la tuberculosis son: la dosificación, y los efectos secundarios de los medicamentos.

- En el caso del tratamiento de esquema uno, se sigue regímenes de multidosis, según las fases del esquema, son entre diez y once pastillas que el paciente debe ingerir en una sola toma. En cuanto a la duración del tratamiento, según el esquema en referencia, son seis meses de tratamiento; por lo que en relación a la conducta de cumplimiento, las tasas de adherencia disminuiría a medida que la terapia se alargaba. Los pacientes con Tuberculosis se encuentran más vulnerables a las reacciones adversas, por la dosificación de medicamentos así como por el tiempo prolongado del tratamiento.
- Con relación a las características de la enfermedad es necesario señalar la importancia de los síntomas como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia. El paciente con Tuberculosis que por lo general experimenta un conjunto particular de síntomas al inicio de la enfermedad, al inicial el esquema de tratamiento, durante la primera fase, puede disminuir drásticamente los síntomas, se siente aliviado, asintomático y pone en riesgo la adherencia al

tratamiento. En la adherencia terapéutica existen varios factores psicosociales que influyen considerablemente, entre ellos podemos mencionar: las creencias, las actitudes, las atribuciones, la representación mental de la enfermedad y el apoyo social. Igualmente los factores culturales (étnicos, religiosos) determinan el comportamiento de la familia y del grupo del paciente, e influyen directa o indirectamente en sus comportamientos, actitudes, creencias y atribuciones en materia de salud. Muchas personas que padecen de tuberculosis tienen fuertes creencias culturales respecto a la enfermedad y la forma de ser tratada; cuando el tratamiento prescrito entra en conflicto con estas creencias, se pone en riesgo la adherencia al tratamiento.

2.3. HIPÓTESIS

Dado que la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis es el resultado de la interacción de múltiples factores que llevan a aceptar de forma integral el plan de tratamiento indicado.

Es probable que existan factores psicobiológicos y socioculturales relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con TBC de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya.

A. Hipótesis Específicas:

H₁: Existen factores psicobiológicos y socioculturales presentes en pacientes con TBC.

H₂: Es probable que la adherencia al tratamiento en

pacientes con TBC sea adecuada.

H₃: Los factores biológicos influyen con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya.

H₀: Los factores biológicos no influyen con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya.

H₄: Los factores fisiológicos influyen con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya.

H₀: Los factores fisiológicos no influyen con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya.

H₅: Los factores psicológicos influyen con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya.

H₀: Los factores psicológicos no influyen con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya.

H₆: Los factores sociales influyen con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya

H₀: Los factores sociales no influyen con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya.

H₇: Los factores culturales influyen con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya.

H₀: Los factores culturales no influyen con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya.

2.4. VARIABLES

A. Variable X: Factores Psicobiológicos y Socioculturales

Factores Psicobiológicos

a. Indicador:

- Factores Biológicos

• Subindicadores:

- Edad.

- Sexo.

a. Indicador:

- Factores Fisiológicos

Ñ Subindicadores:

- Efectos Adversos.

- Fisiopatología de la Enfermedad

b. Indicador:

- Factores Psicológicos

Ñ Subindicador:

- Aceptación del Tratamiento.

Factores Socioculturales

c. Indicador

- Factores Sociales

Ñ Subindicadores

- Inclusión Social
- Ocupación

d. Indicador:

- Factores Culturales

Ñ Subindicadores

- Nivel Educativo
- Barreras Culturales

B. Variable Y: Adherencia al Tratamiento TBC

a. Indicador

- Tratamiento Farmacológico

Ñ Subindicadores

- Cumplimiento del Tratamiento
- Reacciones Adversas

b. Indicador

- Seguimiento del Tratamiento

Ñ Subindicadores

- Consulta Médica.
- Entrevista de Enfermería.
- Control de examen radiológico y entrega de resultado.
- Entrega mensual de muestra de esputo.
- Control de la curva ponderal.
- Visita Domiciliaria.
- Entrevista Social.

2.4.1. Definición Conceptual

A. Factores Psicobiológicos

Los factores psicobiológicos y socioculturales son el conjunto de factores que adoptan íntegramente la visión científica del mundo, sostenido en el hecho de que los procesos mentales y conductuales son procesos cerebrales, siendo condicionantes para el cumplimiento o abandono del tratamiento en pacientes con TBC.(11)

B. Adherencia al Tratamiento TBC

Un conjunto de conductas en las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continua las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables. (12)

2.4.2. Definición Operacional

A. Factores Psicobiológicos

Los factores Psicológicos son inherentes al organismo y menos susceptibles de modificación que los demás factores. En las sociedades desarrolladas, estos factores influyen de forma muy relevante en la mortalidad de de las personas, son las alteraciones congénitas y las hereditarias; pero a partir de cierta edad la importancia de estos factores como causantes de enfermedades disminuye de forma importante. (14)

Se evaluará en base a indicadores como factores fisiológicos, efectos adversos, factores psicológicos, aceptación al tratamiento, factores sociales, factores culturales; tratamiento farmacológico, seguimiento del tratamiento; esto serán evaluadas en base a datos obtenidos de la ficha de registro de programa.

2.4.3. Operacionalización de Variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADOR	SUB-INDICADOR		
<u>Independiente</u> FACTORES PSICOBIOLOGICOS SOCIOCULTURALES	Psicobiológica	Factores Biológicos	Edad		
			Sexo		
		Factores Fisiológicos	Efectos Adversos Fisiopatología de la Enfermedad		
	Sociocultural	Factores Psicológicos	Aceptación al Tratamiento Inclusión Social		
		Factores Sociales	Ocupación		
			Factores Culturales	Nivel Educativo Barreras Culturales	
		<u>Dependiente</u> ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TBC		Tratamiento Farmacológico	Cumplimiento del Tratamiento Reacciones Adversas
					Consulta Médica Entrevista de Enfermería
Seguimiento del Tratamiento	Control de examen radiológico y entrega de resultado Entrega mensual de muestra de esputo Control de la curva ponderal				
	Visita Domiciliaria				
	Entrevista Social				

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

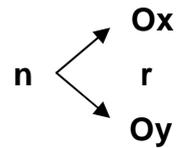
3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo

- Investigación descriptiva correlacional, que presenta un enfoque cualitativo, busca determinar la relación de causa efecto entre las variables en estudio. (23)
- Investigación transversal por el tipo de medición a realizarse, evidenciando la evaluación en un único momento. (24)
- Por el número de variables es una investigación de tipo bivariado, ya que el estudio esta compuesto por 2 variables. (23)
- Estudio de campo, porque la información será recolectada en el lugar donde se desarrolla la muestra, generando un mínimo margen de error. (25)

3.1.2. Diseño

Investigación con diseño no experimental, puesto que las variables no sufrirán cambio alguno. (24)



Donde:

n = Pacientes con tratamiento de Tuberculosis.

Ox= Factores influyentes en el tratamiento.

Oy= Adherencia la tratamiento TBC.

r = Relación entre los factores influyentes y la adherencia la tratamiento de la tuberculosis.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL AMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

A. Ubicación Espacial

El Centro de Salud empieza a prestar sus servicios el 9 de agosto de 1961 cuyo primer director de la Institución fue el Dr. Melitón Salas Tejada y su ayudante enfermero Ángel Valdivia.

La Microred de Salud San Martín de Socabaya actualmente está compuesta por 06 establecimientos de salud:

- El Centro de Salud de San Martín de Socabaya.
- El Centro de Salud 4 de Octubre.
- Puesto de Salud Lara.
- Puesto de Salud San Fernando.
- Puesto de Salud Salaverry.

- Puesto de Salud Ciudad Mí Trabajo.

Cabe resaltar que la Microred de Socabaya cobertura el Segundo Nivel de Atención en Salud, atendiendo dentro de la población de Socabaya, en su mayoría a las personas aseguradas con el SIS.

Limites:

Por el norte : José Luis Bustamante y Rivero.

Por el sur : Yarabamba.

Por el este : Mollebaya, Characato y Sabandía.

Por el oeste : Jacobo Hunter.

B. Ubicación Temporal

Estudio se realizó entre los meses de abril a julio del año 2015, como lo señala el cronograma de la investigación.

C. Donde se atiende al paciente con tuberculosis

Tiene un ambiente destinado para la administración el tratamiento

Hay un modulo especial para el paciente con tuberculosis

D. Quien lo Atiende

Para la administración de tratamiento la atiende la enfermera

Para el control y seguimiento lo atiende el medico

E. Cuantos atiende al paciente con tuberculosis

5 enfermeras

F. Horario de funcionamiento

Las 12 horas del día

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población

Estuvo conformado por todos los pacientes con tuberculosis que son tratados en los diferentes establecimientos de salud de la Microred de San Martín de Socabaya durante el periodo de estudio, de acuerdo al registro de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya, son un promedio de 36 pacientes. (26)

TABLA 4:

Frecuencia de pacientes con tratamiento de Tuberculosis en los diferentes Establecimientos de Salud de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya

Establecimientos de Salud	Alumnos de Pacientes con Tto TBC	
	fi	%
Centro de Salud San Martín de Socabaya	7	19,44
Centro de Salud 4 de Octubre	5	13,90
Puesto de Salud de Ciudad Mi Trabajo	7	19,44
Puesto de Salud Lara	6	16,67
Puesto de Salud Salaverry	4	11,11
Puesto de Salud San Fernando	7	19,44
TOTAL	36	100,00

Fuente: Secretaria de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya

La Muestra

Se trabajó con toda la población por ser esta accesible. Siendo el total de la muestra de 36 pacientes con tratamiento de Tuberculosis en la Microred de Salud de San Martín de Socabaya.

Por tanto, el muestreo es no probabilístico censal, porque se trabajará con toda la población.

Criterios de Inclusión

- Pacientes que reciben el tratamiento
- Pacientes que den su consentimiento Informado.

Criterios de Exclusión

- Pacientes menores de edad.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes que han sido transferidos recientemente de otro Centro de Salud.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Técnicas

Las técnicas a emplear para la investigación fueron:

- Técnica de la encuesta para la variable X.
- Técnica de la observación documental para la variable Y.

Instrumentos

- Para la variable X es un Test de Factores Psicobiológicos y Socioculturales en el Tratamiento Antituberculosis. (Apéndice 1).

- El cual fue elaborado por la Autora del proyecto, la Bach. Sandra Coaguila Ayala.
- El cuestionario está estructurado en base a los subindicadores de la investigación.
- Su valoración está fundamentada por 5 ítems evaluables en el cuadro de datos del instrumento y 4 ítems calificables, los cuales pueden ser respondidos según la siguiente escala de alternativas:

Si = 1 punto.

No = 3 puntos.

Su puntuación total oscila entre 4 a 12 puntos, resultando los siguientes criterios por el puntaje obtenido:

- ✓ Alto entre 10 y 12 puntos.
- ✓ Medio entre 7 y 9 puntos.
- ✓ Bajo entre 4 y 6 puntos.

- Su validez estará a cargo del juicio de expertos, a los cuales será presentado el instrumento.
- Su confiabilidad está dada por alpha de cronbach 0.79.

- Para la variable Y es la Ficha de Registro sobre el Tratamiento del Paciente con Tuberculosis (Apéndice 2).
- los datos se obtienen de la hoja de consentimiento con testigos que se abre para cada paciente, este documento

fue elaborado a nivel central (MINSa) norma técnica para su uso a nivel nacional

- El cual fue elaborado con anterioridad para su empleo en otras investigaciones.
- Los ítems de la ficha de registro están estructurados en base a los subindicadores de la investigación.
- Su valoración está fundamentada por 9 ítems, los cuales reflejan como es que el paciente con TBC asume la responsabilidad de su tratamiento.

- a** 5 puntos.
- b** 3 puntos.
- c** 1 punto.

Su puntuación total oscila entre 9 a 45 puntos, resultando los siguientes criterios por el puntaje obtenido:

- ✓ Adherencia entre 27 a 45 puntos.
- ✓ No adherencia entre 9 a 26 puntos.

- Su validez está dada por su aplicación en anteriores investigaciones.
- Su confiabilidad esta dada por el coeficiente de alpha de cronbach >0.87 .

Matriz del Instrumento

VARIABLES	INDICADORES	INDICADORES	INSTRUMENTOS	ÍTEMS	VALORACIÓN	ESCALA
Variable X Factores Psicobiológicos y Socioculturales en el Tratamiento	Biológicos	Edad	Test de Factores Psicobiológicos y Socioculturales en el Tratamiento Antituberculosos	Cuadro de datos	Alto	Nominal
		Sexo		1		
	Fisiológicos	Efectos Adversos		Cuadro de datos	Medio	
		Fisiopatología de la Enfermedad		2		
	Psicológicos	Aceptación al Tratamiento		3	Bajo	
	Sociales	Inclusión Social		Cuadro de datos		
		Ocupación		4		
	Culturales	Nivel Educativo		Cuadro de datos		
Barreras Culturales						
Variable Y Adherencia la Tratamiento TBC	Tratamiento Farmacológico	Cumplimiento del Tratamiento	Ficha de Registro sobre el Tratamiento del paciente con Tuberculosis	1 - 2	Adherencia	Nominal
		Reacciones Adversas				
	Seguimiento del Tratamiento	Consulta Médica		3 - 4 - 5 - 6 - 7	No Adherencia	
		Entrevista de Enfermería				
		Control de examen radiológico y entrega de resultado				
		Entrega mensual de muestra de esputo				
		Control de la curva ponderal				
		Visita Domiciliaria				
Entrevista Social						

3.5. PROCEDIMIENTO

A. Coordinación con las Autoridades:

- a. Entrega de la solicitud para la aplicación de los instrumentos de la investigación al Gerente de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya.
- b. Presentación de la Investigación ante las Enfermeras encargadas de la Estrategia Sanitaria para lograr su colaboración.

B. Aplicación del Instrumento

- a. Explicación del objetivo de la investigación y de los instrumentos a los pacientes con Tuberculosis para lograr su participación.
- b. Orientación a los pacientes con Tuberculosis al momento del llenado de los instrumentos.

C. Procesamiento de la información:

- a. Una vez obtenida la información de la muestra delimitada para la investigación, se procederá a realizar el análisis estadístico, utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 11.0
- b. Se empleará técnicas estadísticas como: Cuadros de Frecuencia y Coeficiente de Pearson.

D. Presentación de los resultados

- a. Se elaborará un informe final de acuerdo a las especificaciones de la Escuela Académico Profesional de Enfermería.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1
FACTORES PSICOBIOLOGICOS PRESENTES EN PACIENTES CON
TBC DE LA MICRORED DE SALUD SAN MARTÍN DE SOCABAYA.
AREQUIPA 2015

Factores psicobiológicos	Nº pacientes	%
ALTO	6	17%
MEDIO	9	25%
BAJO	21	58%
Total	36	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 1, los factores psicobiológicos presentes en pacientes con TBC de la Microred de salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015, es Bajo en un 58%(21), Medio en un 25%(9) y Alto en un 17%(6).

TABLA 2
FACTORES SOCIOCULTURALES PRESENTES EN PACIENTES CON
TBC DE LA MICRORED DE SALUD SAN MARTÍN DE SOCABAYA.
AREQUIPA 2015

Factores socioculturales	Nº pacientes	%
ALTO	4	11%
MEDIO	8	22%
BAJO	24	67%
Total	36	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 2, los factores socioculturales presentes en pacientes con TBC de la Microred de salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015, es Bajo en un 67%(24), Medio en un 22%(8) y Alto en un 11%(4).

TABLA 3

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TBC DE LA MICRORED DE SALUD SAN MARTÍN DE SOCABAYA. AREQUIPA 2015

Adherencia	Nº pacientes	%
Adherencia	11	31%
No adherencia	25	69%
Total	36	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 3,, la adherencia al tratamiento de los pacientes con TBC de la Microred de salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015, es adherencia en un 69%(25) y no adherencia en un 31%(11).

TABLA 4
RELACIÓN DE LOS FACTORES PSICOBIOLOGICOS Y LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON
TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SALUD SAN MARTIN DE
SOCABAYA. AREQUIPA 2015

	FACTOR PSICOBIOLOGICO						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO			
Adherencia	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Adherencia	6	17	4	11	1	3	11	31%
No adherencia	0	0	5	14	20	55	25	69%
Total	6	17%	9	25%	21	58%	36	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 4, los factores psicobiológicos con nivel Bajo no tienen adherencia al tratamiento de los pacientes con TBC en un 55%(20) y el factor psicobiológico Alto tienen adherencia en un 17%(6), estos resultados nos indican la relación que existe entre ambas variables factor psicobiológico y adherencia.

TABLA 5

FACTORES SOCIOCULTURALES EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SALUD SAN MARTIN DE SOCABAYA. AREQUIPA 2015

	FACTOR SOCIOCULTURAL						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO		Nº	%
Adherencia	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Adherencia	3	8	6	17	2	6	11	31%
No adherencia	1	3	2	5	22	61	25	69%
Total	4	11%	8	22%	24	67%	36	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 5, los factores socioculturales con nivel Bajo no tienen adherencia al tratamiento de los pacientes con TBC en un 61%(22) y el factor sociocultural Alto tienen adherencia en un 8%(3), estos resultados nos indican la relación que existe entre ambas variables factor sociocultural y adherencia.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Ha; Es probable que existan factores psicobiológicos relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con TBC de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya.

Ho: Es probable que no existan factores psicobiológicos relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con TBC de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya.

Ha Ho

=0,05 (5%)

Tabla 6: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

		Factor psicobiológico	Adherencia
Factor psicobiológico	Correlación de Pearson	1	,873**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	36	36
Adherencia	Correlación de Pearson	,873**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	36	36

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Según los resultados presentados en la Tabla 6, aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.21, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,873, lo cual nos indica que existe una relación significativa entre ambas variables: Factor psicobiológico y adherencia al tratamiento de la TBC con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Siendo cierto que: Es probable que existan factores psicobiológicos relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con TBC de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya.

Ha; Es probable que existan factores socioculturales relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con TBC de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya.

Ho: Es probable que no existan factores socioculturales relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con TBC de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya.

Ha Ho
=0,05 (5%)

Tabla 7: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

		Factor sociocultural	Adherencia
Factor sociocultural	Correlación de Pearson	1	,881**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	36	36
Adherencia	Correlación de Pearson	,881**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	36	36

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Según los resultados presentados en la Tabla 7, aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.21, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,881, lo cual nos indica que existe una relación significativa entre ambas variables: Factor sociocultural y adherencia al tratamiento de la TBC con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Siendo cierto que: Es probable que existan factores socioculturales relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con TBC de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya.

CAPITULO V DISCUSION DE RESULTADOS

Según nuestros hallazgos los factores psicobiológicos presentes en pacientes con TBC de la Microred de salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015, es Bajo en un 58%(21), Medio en un 25%(9) y Alto en un 17%(6). MURCIA, (2014) Los resultados evidenciaron un registro total de 249 casos de TB pulmonar en el departamento del Amazonas; el 90% ingresaron como casos nuevos; el 83% ingresó por baciloscopia positiva. Al egreso un 83.5% fueron adherentes al tratamiento; el tiempo total en tratamiento en el grupo de pacientes adherentes al tratamiento para TB osciló entre 116 a 262 días, con un promedio de 188.18 días y una desviación estándar de 20.2 días; el índice de adherencia en este grupo oscilo entre 100% y 69.4%. Aquellos que presentaron índices inferiores al 80% de adherencia se consideraron como índice bajo de cumplimiento; dentro de este grupo el 75% eran mujeres, el 60% registró primaria incompleta, 53% eran SISBEN I, la ocupación más frecuente fue ser ama de casa, el 22.5% recibió tratamiento inyectable con estreptomicina. Concluyendo que la evaluación del tratamiento y seguimiento hasta la curación de los pacientes que ingresan a una cohorte son aspectos que deben ser tenidos en cuenta dentro de un programa de control, el abandono como la irregularidad en el tratamiento son aspectos que deben ser vigilados con el fin de contribuir a minimizar la aparición de la TB – MDR; este tipo de

estudios aportan en la construcción de nuevas políticas públicas acordes a la población.

Los factores socioculturales presentes en pacientes con TBC de la Microred de salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015, es Bajo en un 67%(24), Medio en un 22%(89) y Alto en un 11%(4). Coincidiendo con GÓMEZ y Cols. (2010) Entre los resultados se obtuvieron 32 pacientes con adherencia al tratamiento de los cuales, 31 calificaron con apoyo familiar, 12 pacientes sin adherencia al tratamiento de los cuales 2 calificaron con apoyo familiar; se aplicó la prueba de χ^2 no paramétrica con corrección de Yates obteniendo una $p < 0.0001$. Concluyendo que el apoyo de la familia tiene vital importancia en la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar.

Adherencia al tratamiento de los pacientes con TBC de la Microred de salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015, es adherencia en un 69%(25) y no adherencia en un 31%(11). Coincidiendo con ARROSSI, y Cols. (2012) Los resultados indican que los pacientes con viviendas sin agua, tuvieron 3 veces más probabilidad de no adherencia ($OR=2,8$; $IC95\%$ 1,1-6,9). Asimismo, los pacientes que realizaban los controles en un hospital tuvieron 3 veces más riesgo de no adherir que los que los realizaban en centros de atención primaria ($OR=3,2$; $IC95\%$ 1,1-8,9). Concluyendo que el perfil de paciente en riesgo de no-adherencia, está caracterizado por estar en condiciones de pobreza, y con dificultades de acceso a la atención de su salud.

Los factores psicobiológicos con nivel Bajo no tienen adherencia al tratamiento de los pacientes con TBC en un 55%(20) y el factor psicobiológico Alto tienen adherencia en un 17%(6), estos resultados nos indican la relación que existe entre ambas variables factor psicobiológico y adherencia, encontrando el valor de la R de Pearson de 0,873, lo cual nos indica que existe una relación significativa entre ambas variables, con un nivel de significancia de $p < 0,05$. Coincidiendo con PEREZ y Cols. (2012) Los resultados demuestran que la mayoría de los pacientes con tuberculosis pulmonar presentan un nivel de conocimientos alto (76,3%) y medio (23,3%)

sobre el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas, y una actitud de aprobación (88,3%) y una actitud indiferencia (11,7%) no encontrándose actitud de rechazo en ninguno de ellos. La prueba de correlación de Pearson demuestran una relación directamente significativa ($p=0.684$) que acepta nuestra hipótesis de estudio. Concluyendo que el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento de la TBC (alto y medio), tiene una relación significativa ($p < 0.05$) con la actitud (de aceptación e indiferencia) hacia el tratamiento por el usuario de la Estrategia Sanitaria de TBC, por lo que se recomienda mantener y mejorar los módulos educativos para el usuario que ingresa a la ESCTBC, a fin de mejorar la actitud hacia ella. (6)

Los factores socioculturales con nivel Bajo no tienen adherencia al tratamiento de los pacientes con TBC en un 61%(22) y el factor sociocultural Alto tienen adherencia en un 8%(3), estos resultados nos indican la relación que existe entre ambas variables factor sociocultural y adherencia. Coincidiendo con DALENS, (2012) Los resultados después del estudio de 258 casos evidenciaron que el abandono de tratamiento fue predominantemente masculino (94,6%), siendo que el 45% tenía edad entre 21-40 años y el 60,9% estaba en condición de soltero, caracterizados por tener bajos ingresos económicos (67,8%), reportar consumo de alcohol (58,1%), cigarrillo (39,9%) y drogas (32,9%), haber presentado efectos secundarios al tratamiento (45,3%) y utilizar movilidad para trasladarse al centro de salud a recibir terapia medicamentosa (65,1%); el 89,5% recibió visitas domiciliarias por faltas al tratamiento y 69,8% consideró que las pastillas que recibía eran demasiadas, siendo que el 30,2% había presentado náuseas, vómitos, entre otros problemas digestivos. Concluyendo que entre los factores se destacaron el pertenecer al sexo masculino, bajo ingreso económico, consumo de alcohol, cigarrillos y drogas, la necesidad de utilizar transporte para llegar al establecimiento de salud y presentar efectos secundarios a los medicamentos. Coincidiendo además con TACURI (2010) Las conclusiones a las que se llegaron fueron: 1. La

mayoría de los pacientes con Tuberculosis tienen un nivel medio de conocimientos sobre el tratamiento de esta enfermedad, coincidentemente el nivel de conocimientos sobre el tratamiento farmacológico, así como el conocimiento de las indicaciones de seguimiento, se ubica en la mayoría de los pacientes en el nivel medio. 2. La mayoría de los pacientes no mostraron adherencia al tratamiento de la tuberculosis en general, condición similar aconteció respecto a las indicaciones de seguimiento y al tratamiento farmacológico propiamente dicho. 3. Existe relación directa entre adherencia y nivel de conocimientos de los pacientes con tuberculosis es decir que la no adherencia está presente en los pacientes que tienen nivel de conocimiento medio a bajo y quienes son adherentes al tratamiento tienen un nivel alto de conocimientos resultado obtenido mediante la prueba estadística del Ji cuadrado con un nivel de significancia del 95% de confianza y un grado de libertad de 2.

CONCLUSIONES

- Los factores psicobiológicos presentes en pacientes con TBC de la Microred de salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015, es Bajo en un 58%(21), Medio en un 25%(9) y Alto en un 17%(6).
- Los factores socioculturales presentes en pacientes con TBC de la Microred de salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015, es Bajo en un 67%(24), Medio en un 22%(9) y Alto en un 11%(4).
- Adherencia al tratamiento de los pacientes con TBC de la Microred de salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015, es adherencia en un 69%(25) y no adherencia en un 31%(11).
- Los factores psicobiológicos con nivel Bajo no tienen adherencia al tratamiento de los pacientes con TBC en un 55%(20) y el factor psicobiológico Alto tienen adherencia en un 17%(6), estos resultados nos indican la relación que existe entre ambas variables factor psicobiológico y adherencia, encontrando el valor de la R de Pearson de 0,873, lo cual nos indica que existe una relación significativa entre ambas variables, con un nivel de significancia de $p < 0,05$.
- Los factores socioculturales con nivel Bajo no tienen adherencia al tratamiento de los pacientes con TBC en un 61%(22) y el factor sociocultural Alto tienen adherencia en un 8%(3), estos resultados nos indican la relación que existe entre ambas variables factor sociocultural y adherencia.

RECOMENDACIONES

- A las autoridades de la Microred de Salud San Martín de Socabaya-Arequipa deben realizar un seguimiento a este grupo de pacientes, para que el nivel de adherencia se mejore teniendo en consideración aspectos como la relación de los pacientes con sus familias, con la Institución y con los profesionales de la salud.
- Realizar programas educativos que permitan mejorar los conocimientos de los pacientes con TBC relacionados con el tratamiento de su enfermedad, así como mejorar la participación de los propios pacientes en su bienestar y la calidad del servicio brindado, teniendo en cuenta las dimensiones estudiadas.
- Realizar investigaciones cualitativas y/o cuantitativas relacionadas con la adherencia o no adherencia, se amplíen a otros grupos y se sistematicen de manera que se puedan generar políticas de salud pública para el tratamiento de este tipo de enfermedad que compromete a sectores de nuestra sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World HEALTH ORGANIZATION. 2012. Global Tuberculosis Control. WHO Report Geneve. Switzerland
2. MINSA. 2012. Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis. ESN-PCT. DGSP. Lima. Perú
3. Murcia, L. 2014. Colombia. Evaluación de la Adherencia al tratamiento para Tuberculosis en el Departamento del Amazonas 2009-2013. Facultad de Medicina. Instituto de Salud Pública Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Colombia.
4. Arrossi, S. y Cols. 2012. Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires. Nº 8 (Supl. 1):S65-S76. Buenos Aires. Argentina.
5. gómez, G. y Cols. 2010. México. Apoyo familiar y la adherencia al tratamiento por el paciente con tuberculosis pulmonar. Universidad Autónoma de México. México.
6. Perez, R. y Cols. 2012. Relación entre Nivel de Conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y Actitud hacia el Tratamiento - Usuario Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011 Tarapoto. Escuela Académica Profesional de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto. Perú
7. Dalens, E. 2012. Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con Tuberculosis. Red de Salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivo. Universidad Ricardo Palma. Lima. Perú

8. Tacuri, M. 2010. Relación entre Adherencia y Nivel de Conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con Tuberculosis en el Centro de Salud Primavera. El Agustino. Escuela Académico profesional de Enfermería. Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú
9. Mansilla, E. 2013. Factores Relacionados con el abandono al tratamiento de la Tuberculosis en los pacientes diagnosticados como casos nuevos en Centro de Salud San José - Camaná. Microred San José, Camaná - Arequipa en el 2011-2012. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa. Perú.
10. Caminero, J. 2009. Tuberculosis y otras microbacteriosis. Manual de Neumología y Cirugía Torácica. Ed. Edimsa. México
11. Galván, F. y Santiuse, C. 2010. Factores relacionados con el cumplimiento de la quimioprofilaxis contra la tuberculosis. Med. Clin. Barcelona. España
12. Gelband, H. 2009. Factores de la no adherencia al tratamiento antituberculoso. Bucaramanga. Colombia.
13. MINSA. 2010. Dirección General de Salud de las Personas. Control de la Tuberculosis en el Perú. ESN-PCT. Lima. Perú
14. Gómez, F. y Gavira, R. 2010. Seguimiento al tratamiento antituberculoso. Rev. Clínica Española. Barcelona. España.
15. INEI. 2013. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Proyecciones de población por años calendario según departamentos, provincias y distritos (período 2007- 2013). Lima: INEI; 2011. Boletín Especial Nº 16. Perú

16. MINSA. 2009. Construyendo las Alianzas Estratégicas para el Control de la Tuberculosis: Experiencia Peruana. ESM-PCT. Lima. Perú
17. OMS. 2012. Promoción Sanitaria y acción comunal en pro de la salud en países en vías de desarrollo. Ginebra. Suiza
18. OPS. 2010. Condiciones de Salud en las Américas. Washington D.E. EUA
19. UNMSM. 2010. Curso Nacional de información, educación y comunicación para el control de la tuberculosis. Informe final. Lima. Perú
20. MINSA. 2009. Oficina General de Comunicaciones. Día Mundial de de Lucha contra la Tuberculosis. Lima. Perú
21. MINSA. 2009. Situación de Salud. Dirección de Salud IV Lima Este. Junio. Perú
En línea. Consulta: 03/04/15. Disponible en:
http://www.limaeste.gob.pe/limaeste/situación/asis_/SIS:2009/asis2009.pdf
22. MINSA. 2011. Impacto económico de la tuberculosis en el Perú.
En línea. Consulta: 03/04/15. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portal/osEstrategiasnacional.es/04ESNtuberculosis/tbc>
23. Canales F y Alvarado, E. 2010. Metodología de la Investigación. Edit. Limusa, 20a. Reimpresión, México.

24. Pineda y Alvarado. 2011. Metodología de la investigación. 2º ed. México

25. Hernández, R. 2009. Metodología de la investigación. Edit. Mc Graw Hill. 3ª. Interamericana México. México.
En línea. Consulta: 29/03/15. Disponible en:
<http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>

26. Microred DE SALUD DE SAN MARTÍN DE SOCABAYA. 2015. Oficina de Estadísticas. Arequipa. Perú.

ANEXOS

ANEXO 1. Test de Factores Psicobiológicos y Socioculturales en el Tratamiento Antituberculosis

Estimado Sr. (ra) (rta):

A continuación le presentamos una serie de preguntas, las cuales deberán responder con total honestidad. Marque con una X la respuesta lo considere necesario.

SI 1 punto

NO 3 puntos

I PARTE: DATOS PERSONALES

FECHA: ____/____/____	EDAD: ____ años	SEXO: F () M ()
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	OCUPACIÓN: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> No trabaja	¿CON QUIÉN VIVE? <input type="checkbox"/> Sólo <input type="checkbox"/> Con sus padres <input type="checkbox"/> Con su esposo(a) <input type="checkbox"/> Con su familia (esposo(a), hijos) <input type="checkbox"/> Con familiares
NIVEL EDUCATIVO: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Técnico superior <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Postgrado	DIAGNÓSTICO MÉDICO: <input type="checkbox"/> TBC Pulmonar <input type="checkbox"/> TBC Extrapulmonar <input type="checkbox"/> TB Drogorresistente <input type="checkbox"/> No lo sabe	

II PARTE: INFORMACIÓN GENERAL

1. ¿Sufrió Ud. efectos adversos por el tratamiento de la Tuberculosis?

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es positiva, indique ¿Qué efecto adverso presento?

- -----
- -----

- -----
- -----
- -----

2. ¿Con respecto al Tratamiento, esta Ud. de acuerdo?

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es negativa indique ¿Por qué no esta de acuerdo con el tratamiento?

- -----
- -----
- -----
- -----
- -----

3. ¿A raíz de su enfermedad, se siente rechazado por padecerla?

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es positiva indique ¿En que ámbito siente el rechazo?

- Familia
- Amigos
- Trabajo
- Institución de Salud

4. ¿Considera que existe otra forma de curar su enfermedad, que no sea recibiendo medicación farmacológica?

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es positiva indique ¿Qué otra forma de curar la Tuberculosis conoce?

- -----
- -----
- -----
- -----
- -----

Muchas Gracias...

CALIFICACIÓN

La puntuación total oscila entre 4 a 12 puntos, la puntuación total obtenida dependerá del tipo de respuesta que considere adecuada.

La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en escala del 1 al 3 respectivamente.

Los subindicadores:

- Edad.
- Sexo.
- Fisiopatología de la Enfermedad.
- Ocupación.
- Nivel Académico.

Se encuentran en el cuadro de datos personales del Instrumento.

Y sólo la pregunta N° 3 será calificada a la inversa.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL TEST DE FACTORES INFLUYENTES EN EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSIS

El Test de Factores Influyentes en el Tratamiento Antituberculosis, ha sido estructurado en base a la variable, indicadores y subindicadores de la investigación.

Su validez estará dada por el juicio de un grupo de expertos, designados por el comité científico, a los cuales será expuesto el instrumento, dando su conformidad ante el contenido del mismo.

Su confiabilidad esta dada por (alfa de cronbach =0.79).

CRITERIOS PARA ASIGNAR EL VALOR FINAL A LA VARIABLE

- **ALTO.-** Cuando la puntuación según el Test de Factores Influyentes en el Tratamiento Antituberculosis, se encuentre entre 10 y 12 puntos, evidenciándose una fuerte presencia de factores influyentes en el tratamiento.

- **MEDIO.-** Cuando la puntuación según el Test de Factores Influyentes en el Tratamiento Antituberculosis, se encuentre entre 7 y 9 puntos, evidenciándose una presencia intermedia de factores influyentes en el tratamiento.

- **BAJO.-** Cuando la puntuación según el Test de Factores Influyentes en el Tratamiento Antituberculosis, se encuentre entre 4 y 6 puntos, evidenciándose una leve presencia de factores influyentes en el tratamiento.

ANEXO 2. Ficha de Registro sobre el Tratamiento del Paciente con Tuberculosis

Estimado paciente:

Determinar la relación entre los factores psicobiológicos y socioculturales con la adherencia al tratamiento de los Pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa 2015

1.3.3. Específicos

- B.** Establecer los factores psicobiológicos y socioculturales presentes en pacientes con TBC de la Microred de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015
- C.** Precisar la adherencia al tratamiento de los pacientes con TBC de la Microred de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015
- D.** Identificar la relación de los factores biológicos en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015
- E.** Precisar la relación de los factores fisiológicos en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015
- F.** Determinar la relación de los factores psicológicos en la adherencia al tratamiento de los pacientes con

Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015

G. Identificar la relación de los factores sociales en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015

H. Determinar la relación de los factores culturales en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015

1. Cumplimiento de la administración del tratamiento farmacológico en la PRIMERA FASE

Control de Asistencia	1er Mes	2do Mes
a) Asistencia diaria		
b) Asistencia con una falta		
c) Asistencia con dos faltas a más faltas		

2. Cumplimiento de la administración del tratamiento farmacológico en la SEGUNDA FASE

Control de Asistencia	3er Mes	4to Mes	5to Mes	6to Mes
a) Asistencia dos veces por semana				
b) Asistencia con una falta				
c) Asistencia con dos faltas a más faltas				

3. Asistencia a Consulta Médica

- a) Al inicio del tratamiento y al cambio de fase
- b) Solo al inicio del tratamiento
- c) Sólo al cambio de fase

4. Asistencia a la Entrevista de Enfermería

- a) Al inicio del tratamiento y al cambio de fase

- b) Solo al inicio del tratamiento
- c) Al cambio de fase

5. Control de Examen Radiológico / entrega de resultado

- a) Al inicio del tratamiento y al cambio de fase
- b) Solo al inicio del tratamiento
- c) Al cambio de fase

6. Entrega mensual de muestra de esputo 1er Mes 2do Mes 3er Mes 4to Mes 5to Mes 6to Mes

Control de Asistencia	1er Mes	2do Mes	3er mes	4to Mes	5to Mes	6to Mes
a) Entrega oportuna						
b) Entrega atemporal						
c) No entrega						

7. Tendencia mensual de la curva ponderal - peso inicial:

Registro del peso	1er Mes	2do Mes	3er mes	4to Mes	5to Mes	6to Mes
Tendencia						
a) Disminuye						
b) Mantiene						
c) Incrementa						

8. Visita Domiciliaria

- a) Al inicio del tratamiento y al cambio de fase
- b) Solo al inicio del tratamiento
- c) Al cambio de fase

9. Entrevista de Servicio Social

- a) Al inicio del tratamiento
- b) En el cambio de fase
- c) Al termino del tratamiento

Muchas Gracias

CALIFICACIÓN

La calificación está basada en el criterio de cada encuestado, el cual reflejará en sus respuestas cual es la adherencia a su tratamiento, si de forma adecuada o no.

El puntaje total varía con respecto a la selección en la respuesta del encuestado en cada ítem, este va del 1 a 5. Este puntaje mínimo es de 9 y el máximo es de 45 puntos.

- a** 5 puntos.
- b** 3 puntos.
- c** 1 punto.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA FICHA DE REGISTRO SOBRE EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

La Ficha de Registro sobre el Tratamiento del Paciente con Tuberculosis consta de 9 ítems, el cual refleja como es que el paciente con TBC asume la responsabilidad de su tratamiento. La validez de esta Ficha esta dada por su empleo en anteriores investigaciones. La fiabilidad de esta escala de medida está dada por el coeficiente de Alpha de Cronbach ($>0,87$).

CRITERIOS PARA ASIGNAR EL VALOR FINAL A LA VARIABLE

ADHERENCIA.- Cuando la puntuación según La Ficha de Registro sobre el Tratamiento del Paciente con Tuberculosis, se encuentre entre 27 y 45 puntos, será una evidente adherencia al tratamiento antituberculosis.

NO ADHERENCIA.- Cuando la puntuación según La Ficha de Registro sobre el Tratamiento del Paciente con Tuberculosis, se

encuentre entre 9 y 26 puntos, será una evidente no adherencia al tratamiento antituberculosis.

ANEXO 3. Matriz de Consistencia del Estudio de Investigación

Título: Factores Psicobiológicos y Socioculturales en la Adherencia al Tratamiento de los Pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa 2015

PROBLEMA	OBJETIVOS	APOORTE CIENTÍFICO
<p>CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA</p> <p>La tuberculosis representa hoy en día un problema de Salud Pública en el mundo, teniendo en cuenta las altas tasas de incidencia y mortalidad estimadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las cuales para finales del año 2013 están en 8,9 millones de casos incidentes, con un rango entre 8,3 millones a 9 millones; 1,3 millones de muertes y más aún por el incremento de la enfermedad asociada con comorbilidades como el VIH, la diabetes y otras. La estrategia Alto a la Tuberculosis de la OMS es actualmente el pilar en el que se basa el Plan Mundial para Detener la TBC. La Estrategia contempla cinco componentes que aprovechan el trabajo adelantado previamente con el enfoque del Directly Observed Treatment Short (DOTS) ó Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) en español, siendo los cinco componentes: (i) compromiso político, (ii) diagnóstico mediante examen de baciloscopia, (iii) suministro regular de medicamentos antituberculosos de primera línea, (iv) quimioterapia de corta duración y (v)</p>	<p>GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre los factores psicobiológicos y socioculturales con la adherencia al tratamiento de los Pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa 2015</p> <p>ESPECÍFICOS:</p> <p>A. Establecer los factores psicobiológicos y socioculturales presentes en pacientes con TBC de la Microred de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015</p> <p>B. Precisar la adherencia al tratamiento de los pacientes</p>	<p>ENFOQUES ANTERIORES:</p> <p>A NIVEL INTERNACIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ MURCIA, L. 2014. Colombia. “Evaluación de la Adherencia al tratamiento para Tuberculosis en el Departamento del Amazonas 2009-2013”. ▪ GÓMEZ, G. y Cols. 2010. México. “Apoyo familiar y la adherencia al tratamiento por el paciente con tuberculosis pulmonar”. ▪ ARROSSI, S. y Cols. 2012. Argentina. “Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires”.

sistema estándar para registrar e informar el número de casos detectados por los programas nacionales de control de TB (PNCT) y los resultados de tratamiento. Y su objetivo es reducir la carga mundial de TBC para el año 2015.

En el Perú la Tuberculosis Pulmonar es considerada una de las principales enfermedades de Salud Pública, es una enfermedad infectocontagiosa de gran impacto en la salud de las personas, la misma que trae consigo devastadoras consecuencias no solo en el aspecto físico, sino también a nivel social y económico. El Ministerio de Salud señala que en el año 2012, la tuberculosis afectó a 36 957 personas, con una tasa de morbilidad de 124.3 x 100 000 habitantes y de ellas cobró la vida de aproximadamente mil personas. El 75% de las infecciones y muertes por tuberculosis ocurren entre los 15 y los 54 años de edad, siendo este grupo etáreo económicamente más productivo. La importancia de realizar la presente Investigación radica en la repercusión que tiene la Tuberculosis Pulmonar en la población, el Perú es uno de los países en América Latina con mayor incidencia y morbilidad de tuberculosis y así mismo se encuentra dentro de los diez países a nivel mundial con mayor número de pacientes multidrogos resistentes. La Tuberculosis enfrenta un obstáculo muy importante para su control: el abandono del tratamiento, así como la no adherencia, condiciones que tienen implicaciones graves tanto para el enfermo, como para la familia y comunidad, debido a que el paciente no se cura y continúa la cadena de transmisión de enfermedad. Adicionalmente, la bacteria puede desarrollar resistencia a los medicamentos, lo cual

con TBC de la Microred de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015

C. Identificar la relación de los factores biológicos en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015

D. Precisar la relación de los factores fisiológicos en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015

E. Determinar la relación de los factores psicológicos en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015

F. Identificar la relación de los factores sociales en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis

A NIVEL NACIONAL

- PEREZ, R. y Cols. 2012. Perú. "Relación entre Nivel de Conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y Actitud hacia el Tratamiento - Usuario Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011. Tarapoto".
- DALENS, E. 2012. Perú. "Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con Tuberculosis. Red de Salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos".
- TACURI, M. 2010. Perú. "Relación entre Adherencia y Nivel de Conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con Tuberculosis en el Centro de Salud Primavera. El Agustino".

A NIVEL LOCAL

- MANSILLA, E. 2013. Perú. Factores Relacionados con el abandono al tratamiento de la Tuberculosis en los pacientes diagnosticados como casos nuevos en Centro de Salud San José - Camaná. Microred San José, Camaná - Arequipa en el 2011-2012".

predispone al fracaso del tratamiento, aumentando costos del mismo y la morbilidad de los pacientes.

El presente estudio de investigación de tipo descriptiva correlacional, con diseño no experimental, que tiene como propósito proporcionar información válida y significativa sobre la relación entre los factores influyentes y la adherencia al tratamiento de la Tuberculosis. Los resultados permitirán desarrollar estrategias para fortalecer condiciones desde los servicios de salud, para conseguir mayor adherencia al tratamiento. Tratamiento que se encuentra directamente a cargo de la profesional de enfermería.

PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la relación entre los factores psicobiológicos y socioculturales con la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa 2015?

PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- A.** ¿Cuales son los factores psicológicos y socioculturales presentes en pacientes con TBC de la Microred de Salud San Martín de Socabaya? Arequipa 2015
- B.** ¿Cómo es la adherencia al tratamiento de los pacientes con TBC de la Microred de Salud San Martín de Socabaya? Arequipa 2015

de la Microred de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015

- G.** Determinar la relación de los factores culturales en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya. Arequipa 2015

ENFOQUE PROPUESTO

- COAGUILA, S. 2015. “Factores que Influyen en la Adherencia al Tratamiento de los Pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya, Arequipa”. Perú.

C. ¿Cómo influyen los factores biológicos en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya? Arequipa 2015

D. ¿Cómo influyen los factores fisiológicos en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya? Arequipa 2015

E. ¿Cómo influyen los factores psicológicos en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya? Arequipa 2015

F. ¿Cómo influyen los factores sociales en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya? Arequipa 2015

G. ¿Cómo influyen los factores culturales en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis de la Microred de Salud San Martín de Socabaya? Arequipa 2015

VARIABLES E INDICADORES	BASE TEÓRICA	HIPOTESIS
<p>VARIABLE X</p> <p>Factores Influyentes</p> <p>a. Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Factores Biológicos <p>• Subindicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad. - Sexo. <p>b. Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> - Factores Fisiológicos <p>Ñ Subindicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efectos Adversos. - Fisiopatología de la Enfermedad <p>c. Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> - Factores Psicológicos <p>Ñ Subindicador</p>	<p>1. Teoría de Enfermería</p> <p>1.1. Modelo de Nola Pender</p> <p>1.2. Modelo de Madeleine Leininger</p> <p>2. Tuberculosis</p> <p>2.1. Definición</p> <p>2.2. Transmisión</p> <p>2.3. Cuadro Clínico</p> <p>2.4. Clasificación de la Tuberculosis</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.4.1. Neumonía Tuberculosa 2.4.2. Pleuritis Tuberculosa 2.4.3. Tuberculosis Meníngea 2.4.4. Tuberculosis Oftálmica 2.4.5. Tuberculosis del Sistema Nervioso Central 2.4.6. Tuberculosis Genitourinaria 2.4.7. Tuberculosis Ganglionar 2.4.8. Tuberculosis Ósteoarticular 2.4.9. Diseminados (TBC Miliar) <p>2.5. Diagnóstico</p>	<p>Dado que la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis es el resultado de la interacción de múltiples factores que llevan a aceptar de forma integral el plan de tratamiento indicado. Es probable que existan factores psicobiológicos y socioculturales relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con TBC de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya. Arequipa 2015</p> <p>Hipótesis Específicas:</p> <p>H₁: Existen factores psicobiológicos y socioculturales presentes en pacientes con TBC.</p> <p>H₂: Es probable que la adherencia al tratamiento en pacientes con TBC sea adecuada.</p> <p>H₃: Los factores biológicos influyen con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud de San Martín de</p>

<p>- Aceptación del Tratamiento.</p> <p>d. Indicador</p> <p>- Factores Sociales</p> <p>Ñ Subindicadores</p> <p>- Inclusión Social - Ocupación</p> <p>e. Indicador:</p> <p>- Factores Culturales</p> <p>Ñ Subindicadores:</p> <p>- Nivel Educativo - Barreras Culturales</p> <p>VARIABLE Y:</p> <p>Adherencia la Tratamiento TBC</p> <p>a. Indicador:</p> <p>- Tratamiento Farmacológico</p>	<p>2.5.1. Autofluorescencia 2.5.2. Radiografía de Tórax 2.5.3. Baciloscopía de Esputo 2.5.4. Cultivo de Muestra Biológica 2.5.5. Prueba de la Tuberculina mediante la Técnica de Mantoux 2.5.6. MODS</p> <p>2.6. Tratamiento</p> <p>2.7. Manejo Integral de la persona diagnosticada de Tuberculosis</p> <p>2.7.1. Esquemas de tratamiento para la Tuberculosis 2.7.2. Factores de Riesgo para TBC Resistente a medicamentos 2.7.3. Esquema para TBC Sensible 2.7.4. Esquema para TBC Extrapulmonar con compromiso del SNC u Ósteoarticular 2.7.5. Esquemas para TBC Resistente</p> <p>2.8. Prevención</p> <p>2.8.1. Medidas Preventivas</p> <p>3. Factores influyentes en el tratamiento de Tuberculosis</p> <p>3.1. Individuo</p>	<p>Socabaya . Arequipa 2015</p> <p>H₀: Los factores biológicos no influyen con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya. Arequipa 2015</p> <p>H₄: Los factores fisiológicos influyen con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya. Arequipa 2015</p> <p>H₀: Los factores fisiológicos no influyen con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya. Arequipa 2015</p> <p>H₅: Los factores psicológicos influyen con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya. Arequipa 2015</p> <p>H₀: Los factores psicológicos no influyen con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud de San Martín de</p>
---	--	--

<p>Ñ Subindicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento del tratamiento. - Reacciones Adversas. <p>b. Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento del Tratamiento <p>Ñ Subindicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta médica. - Entrevista de enfermería. - Control de examen radiológico y entrega de resultado. - Entrega mensual de muestra de esputo. - Control de la curva ponderal. - Visita domiciliaria. - Entrevista Social. 	<p>3.2. Enfermedad</p> <p>3.3. Régimen Terapéutico</p> <p>3.4. Equipo Asistencial</p> <p>3.5. Situación de la Tuberculosis en el Mundo</p> <p>3.6. Tuberculosis y Salud Pública</p> <p>3.7. Situación de la Tuberculosis en el Perú</p> <p>4. Adherencia al Tratamiento de Tuberculosis</p> <p>4.1. Dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica</p> <p>4.1.1. Determinantes Socioeconómicos</p> <p>4.1.2. Determinantes relacionados con el Equipo de Salud ó de Asistencia Sanitaria</p> <p>4.1.3. Determinantes relacionados con la enfermedad</p> <p>4.1.4. Determinantes relacionados con el tratamiento</p> <p>4.1.5. Determinantes relacionados con el paciente</p>	<p>Socabaya. Arequipa 2015</p> <p>H₆: Los factores sociales influyen con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya. Arequipa 2015</p> <p>H₀: Los factores sociales no influyen con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya. Arequipa 2015</p> <p>H₇: Los factores culturales influyen con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya. Arequipa 2015</p> <p>H₀: Los factores culturales no influyen con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred de Salud de San Martín de Socabaya. Arequipa 2015</p>
---	---	--

