

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**“CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES EN PACIENTES
ADHERENTES AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA
ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCION Y CONTROL DE
LA TUBERCULOSIS CENTRO DE SALUD PERÚ COREA 2018”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

TESISTA

Bach. Daniel Alejandro, CHAHUA GALLARDO

ASESORA

Lic. Enf., Bertha, SERNA ROMÁN

**HUÁNUCO – PERÚ
2019**



UNIVERSIDAD DE HUANUCO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 5:00 horas del día 05 del mes de junio del año dos mil diecinueve, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- | | |
|---|-------------------|
| • Mg. Edith Cristina Jara Claudio | Presidenta |
| • Mg. Silvia Lorena Alvarado Rueda | Secretaria |
| • Lic. Enf. Wilmer Teofanes Espinoza Torres | Vocal |
| • Lic. Enf. Bertha Serna Román | (Asesora) |

Nombrados mediante Resolución N°672-2019-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado: **"CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES EN PACIENTES ADHERENTES AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS "CENTRO DE SALUD PERÚ COREA" 2018**, presentada por la Bachiller en Enfermería **Sr. Daniel Alejandro, Chahua Gallardo**, para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) aprobado por Unanimidad con el calificativo cuantitativo de 15 y cualitativo de Bueno.

Siendo las 18:20 pm horas del día 05 del mes de Junio del año 2019, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTA


SECRETARIA


VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este estudio a Dios, a mis padres y a mi novia, por el deseo de superación y amor que me brindan cada día en que han sabido guiar mi vida por el sendero de la verdad a fin de poder honrar a mi familia con los conocimientos adquiridos, brindándome el fruto de sus esfuerzos y sacrificios por ofrecerme un mañana mejor.

AGRADECIMIENTOS

Al término de esta etapa de mi vida, quiero agradecer a todas las personas que me motivaron a seguir adelante y aportaron de alguna manera a la investigación.

A mi novia por su incondicional amor, dedicación y perseverancia.

A mi familia ya que ellos son mi motor y motivo para seguir adelante.

A mis compañeros de clase quienes compartieron conmigo diversas actividades de estudiante.

A los docentes de la EAP de Enfermería quienes me impartieron sus conocimientos para ser un profesional competente.

A mis unidades de estudio por haber participado voluntariamente en el llenado de los instrumentos.

A mi asesor quien de una y otra manera formo parte de la elaboración del estudio.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
INDICE.....	iv
RESUMEN.....	viii
SUMARY.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	x

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema.....	12
1.2. Formulación del problema.....	14
1.3. Objetivos general.....	14
1.4. Objetivo específico.....	15
1.5. Justificación de la investigación.....	15

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.....	17
2.2. Bases teóricas.....	29
2.3. Definición conceptuales de términos básicos.....	65
2.4. Hipótesis.....	67
2.5. Variables.....	68
2.5.1 Variable Independiente.....	68
2.5.2 Variable Dependiente.....	68
2.5.3. Variable Interviniente.....	68
2.6. Operacionalización de Variables.....	69

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.	Tipo de Investigación.....	71
3.1.1	Enfoque.....	71
3.1.2	Alcance o Nivel.....	71
3.1.2	Diseño.....	71
3.2.	Población y Muestra.....	72
3.3.	Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	74
3.3.1	Para el análisis e interpretación de datos.....	74

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1	Procesamientos de datos.....	75
------------	------------------------------	----

CAPITULO V

5 DISCUSIONES DE RESULTADOS

5.1	Resultados del trabajo de investigación.....	92
CONCLUSIONES		95
RECOMENDACIONES		96
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		97
ANEXOS		106
	- Matriz de Consistencia	
	- Instrumentos antes y después	
	- Constancia de Validación	
	- Permiso de ejecución del estudio	
	- Base de Datos	

NDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Distribución de los pacientes estudiados según sexo	76
Tabla 2: Distribución de los pacientes estudiados según edad	77
Tabla 3: Distribución de los pacientes estudiados según estado civil	78
Tabla 4: Distribución de los pacientes estudiados según ocupación	79
Tabla 5: Características generales: Con quien vive en su Hogar	80
Tabla 6: Cumplimiento del tratamiento antituberculoso en los pacientes	81
Tabla 7: Estilo de vida en los pacientes con tuberculosis. Ud. recoge los víveres del Centro de Salud	82
Tabla 8: Estilo de vida en los pacientes con tuberculosis. Como es su alimentación (frecuentemente)	83
Tabla 9: Estilo de vida en los pacientes con tuberculosis. Asiste Ud. a lugares cerrados (discotecas, buses, centros comerciales)	84
Tabla 10: Actitudes frente al tratamiento antituberculoso. Cuanto tiempo espera ud. para que el personal de salud le administre sus medicinas	85
Tabla 11: Actitudes frente al tratamiento antituberculoso. La sesión educativa brindada por el personal.	86
Tabla 12: Actitudes frente al tratamiento antituberculoso. Asiste a las sesiones educativas	87
Tabla 13: Apoyo psicológico en los pacientes con tuberculosis	88
Tabla 14: Vulnerabilidad a la enfermedad. ¿Cuál es la actitud de su familia en relación a su enfermedad?	89
Tabla 15: Vulnerabilidad a la enfermedad. ¿Cuál es su situación laboral actual?	90
Tabla 16: Vulnerabilidad a la enfermedad. ¿Cuál es el ingreso familiar promedio actual en su hogar?	91

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Distribución de los pacientes estudiados según sexo	76
Figura 2: Distribución de los pacientes estudiados según edad	77
Figura 3: Distribución de los pacientes estudiados según estado civil	78
Figura 4: Distribución de los pacientes estudiados según ocupación	79
Figura 5: Características generales: Con quien vive en su Hogar	80
Figura 6: Cumplimiento del tratamiento antituberculoso en los pacientes	81
Figura 7: Estilo de vida en los pacientes con tuberculosis. Ud. recoge los víveres del Centro de Salud	82
Figura 8: Estilo de vida en los pacientes con tuberculosis. Como es su alimentación (frecuentemente)	83
Figura 9: Estilo de vida en los pacientes con tuberculosis. Asiste Ud. a lugares cerrados (discotecas, buses, centros comerciales)	84
Figura 10: Actitudes frente al tratamiento antituberculoso. Cuanto tiempo espera ud. para que el personal de salud le administre sus medicinas	85
Figura 11: Actitudes frente al tratamiento antituberculoso. La sesión educativa brindada por el personal.	86
Figura 12: Actitudes frente al tratamiento antituberculoso. Asiste a las sesiones educativas	87
Figura 13: Apoyo psicológico en los pacientes con tuberculosis	88
Figura 14: Vulnerabilidad a la enfermedad. ¿Cuál es la actitud de su familia en relación a su enfermedad?	89
Figura 15: Vulnerabilidad a la enfermedad. ¿Cuál es su situación laboral actual?	90
Figura 16: Vulnerabilidad a la enfermedad. ¿Cuál es el ingreso familiar promedio actual en su hogar?	91

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características psicosociales de los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis, en el en el Centro de Salud Perú Corea 2018. **Materiales y Método:** El estudio fue observacional, descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo Fueron incluidos en el estudio 50 pacientes con tratamiento antituberculoso que acudieron al Centro de Salud Perú Corea, los datos se obtuvieron mediante la aplicación de un instrumento (cuestionario) de 25 preguntas, que fue validado por expertos. Los datos fueron tabulados y analizados mediante la herramienta Microsoft Excel® 2007 y SPSS versión 23. Se aplicó la estadística descriptiva frecuencias y porcentajes que fueron presentadas en tablas y gráficos. **Resultados:** la mayor frecuencia se encontró que vive con más de un familiar (70,0%), asiste puntualmente como corresponde al tratamiento los pacientes manifestaron un 88%, la hora para la toma de los medicamentos es adecuado, en un 84%, después de tomar sus medicamentos el 22% manifestaron tener alguna molestia, el 82% de los pacientes manifestaron comer alimentos saludables, Asiste Ud. A lugares cerrados (discotecas, buses, centros comerciales) manifestaron Si el 40%, solo el 30% asistieron a las sesiones educativas, 48% recibe apoyo psicológico, el 90% manifestaron recibir buen trato por el personal de salud. El 64% manifestaron que sus familiares siempre están pendientes de mi salud. **Conclusiones:** Los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso que asisten a recibir apoyo psicológico frecuentemente es en menor porcentaje, los pacientes en su mayoría manifestaron que sus familiares siempre están pendientes de mi salud. Los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso se caracterizan por su bajo ingreso económico (menor al sueldo mínimo), el mayor porcentaje se encuentra desempleado, 42% no asiste a las sesiones educativas y el mayor número de los pacientes asisten a lugares cerrados. **Palabras claves:** Tuberculosis, características psicosociales, estilo de vida, vulnerabilidad.

SUMMARY

Objective: To determine the psychosocial characteristics of patients adhering to antituberculous treatment of the national strategy of prevention and control of tuberculosis, at the Peru Korea Health Center 2018. **Materials and Methods:** The study was observational, descriptive cross-sectional with a quantitative approach. Fifty patients with antituberculous treatment who attended the Health Center of Peru, were included in the study; the data was obtained by applying an instrument (questionnaire) of 25 questions, which was validated by experts. The data were tabulated and analyzed using the tool Microsoft Excel® 2007 and SPSS version 23. Descriptive statistics were applied to frequencies and percentages that were presented in tables and graphs. **Results:** the highest frequency was found to live with more than one family member (70.0%), attend promptly as corresponds to the treatment, 88% of the patients showed, the time for taking the medication is adequate, in 84%, After taking their medications, 22% said they had some discomfort, 82% of the patients said they ate healthy foods, You attend to closed places (discotheques, buses, shopping centers) manifested If 40%, only 30% attended educational sessions, 48% receive psychological support, 90% reported receiving good treatment by health personnel. 64% said that their relatives are always aware of my health. **Conclusions:** The patients adherent to the antituberculous treatment who attend to receive psychological support frequently is in smaller percentage, the patients in their majority showed that their relatives are always pending of my health. Patients adhering to antituberculosis treatment are characterized by low income (less than the minimum wage), the highest percentage are unemployed, 42% do not attend educational sessions and the largest number of patients attend closed places.

Key words: Tuberculosis, psychosocial characteristics, lifestyle, vulnerability.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis conocida también como TB, es una enfermedad infectocontagiosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis* (Bacilo de Koch); esta enfermedad infecciosa se transmite a través del aire que ataca principalmente los pulmones, aunque también a otros órganos.¹ Actualmente es considerada como un problema de salud pública, siendo la segunda causa principal de muertes en adultos a nivel mundial, lo que conlleva consigo consecuencias a nivel físico, psicológico, social y económico, dicha enfermedad ocasiona 1,9 millones de muertes cada año en el mundo; se presenta con una frecuencia anual aproximadamente de 8 millones de casos nuevos.¹

La tuberculosis continúa siendo un problema de la salud pública mundial. Se puede observar que alrededor de un tercio de la población mundial posee infección tuberculosa latente y una proporción elevada de ellos puede pasar a enfermedad activa, inclusive años después de contraer la infección.²

Por el cual, las Instituciones como la Organización Panamericana de la Salud, simultáneamente con los programas nacionales de control de la tuberculosis han propuesto estrategias locales a través de planes hechos para el control de la Tuberculosis, con la misión de certificar que cada paciente con Tuberculosis posea un fácil acceso a un diagnóstico eficaz y oportuno con tratamiento temprano de calidad, por lo cual habría una disminución de la carga socioeconómica y de desigualdad social que genera la tuberculosis.³

Por ello el presente estudio de investigación titulado: “características psicosociales de los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis, en el en el Centro de Salud Perú Corea 2018.”, se realiza con el objetivo general de determinar características psicosociales de los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis, en el en el Centro de Salud Perú Corea 2018. Conociendo en la presente investigación; permitan mejorar la calidad de atención a los pacientes con tuberculosis teniendo en cuenta el seguimiento, visitas domiciliarias para lograr el cumplimiento del tratamiento y de esta manera disminuir la morbilidad.

En este sentido, el estudio se organizó en cinco capítulos. El primero comprende el problema, la justificación y los objetivos, d. En el segundo capítulo se presenta el marco teórico, el cual incluye los antecedentes del problema de investigación, las bases teóricas para el sustento de dicho tema y las definiciones conceptuales de igual modo se consideran la hipótesis y las variables en estudios. El tercer capítulo está compuesto por la metodología de la investigación, como tipo de estudio, método de estudio, población y muestra, las técnicas de recolección y análisis de datos. En el cuarto capítulo se presenta los resultados de la investigación con su respectiva comprobación de hipótesis y en el último y quinto capítulo se muestra la discusión de los resultados. Posteriormente se presentan las conclusiones y las recomendaciones. También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexo.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), entre 1995 y 2014, se han notificado un total de 78 millones de casos acumulados y 66 millones de los pacientes fueron tratados con éxito. En el 2014, 6,3 millones de casos de tuberculosis fueron notificados por las autoridades nacionales de los programas contra la tuberculosis (PNT) y notificados a la OMS.⁴

En el Perú anualmente se notifican alrededor de 27 mil casos nuevos de enfermedad activa y 17 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar frotis positivo, somos uno de los países con mayor cantidad de casos de tuberculosis en las Américas; la emergencia de cepas resistentes han complicado las actividades de prevención y control, en los últimos dos años en el país se han reportado más de 1500 pacientes con tuberculosis multidrogo resistente (MDR) por año y alrededor de 80 casos de tuberculosis extensamente resistente (XDR) por año.⁵

En los departamentos registrados con mayor tasa de incidencia en la tuberculosis son: Loreto, La Libertad, Madre de Dios, Tacna, Ica, Arequipa y Junín. Se registra que aproximadamente el 58% y 82% de tuberculosis y tuberculosis multigradosresistentes se concentran en lima y callao.⁵

Se estima que el 75% de las infecciones y muertes causadas por la tuberculosis afectan entre los 15 y 54 años de edad siendo el grupo de población económicamente más productivo.²

Ante esta problemática la tendencia creciente, del sector salud enfrenta a dicha enfermedad con un enfoque multisectorial e interinstitucional que permite el abordaje en un contexto de alianzas estratégica.⁶

La estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis tiene como objetivo brindar una atención integral de calidad con la finalidad de disminuir la morbimortalidad y sus repercusiones sociales y económicas.⁷

El profesional de Enfermería es quien dinamiza los procesos de atención de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis, donde se brinda Atención Integral e Individualizada dirigida al paciente, familia y Comunidad; así mismo la educación y orientación al paciente son primordiales a fin de favorecer la adherencia al tratamiento, estilos de vida saludable y lograr la recuperación del paciente.⁸

Por ende, el diagnóstico y tratamiento temprano de las personas contagiadas con la tuberculosis en su entorno es un caso principal para tomar una medida a organizarnos en la prevención y el control de la Tuberculosis.⁸

1.2. Formulación del problema

Problema General

¿Cuáles son las características psicosociales de los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, en el Centro de Salud Perú Corea 2018?

Problemas específicos

- ¿Cómo establecer las características psicológicas de los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso en estudio?
- ¿Cuáles serán las características sociales de los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso en pacientes adultos de estudio?
- ¿En qué términos de proporción se establecerán las características más importantes presente en los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso en pacientes adultos de estudio?
- ¿Cómo ubicar demográficamente a los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso en pacientes del estudio?

1.3. Objetivos general.

Determinar las características psicosociales de los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis, en el en el Centro de Salud Perú Corea 2018.

1.4 Objetivos específicos

- Describir las características psicológicas de los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso en pacientes del estudio.
- Describir las características sociales de los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso en pacientes adultos de estudio.
- Estimar en términos de proporción la característica más importante presente en las pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso en pacientes adultos de estudio.
- Establecer demográficamente a los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso en pacientes del estudio.

1.5 Justificación de la investigación

La presente investigación se justifica por las siguientes razones:

1.5.1 A NIVEL TEORICO

La importancia de realizar la presente Investigación radica en la repercusión que tiene la Tuberculosis en la población.

El Perú es uno de los países en América Latina con mayor incidencia y morbilidad, encontrándose dentro de los países a nivel mundial con mayor número de incidencia en pacientes multidrogo - resistentes. (MDR)

El presente trabajo es de gran importancia ya que se muestra la insuficiente adherencia al tratamiento de tuberculosis y sus efectos.

Hasta la actualidad no han sido investigadas exhaustivamente en nuestro medio.

1.5.2 A NIVEL PRÁCTICO

Este proyecto pretende identificar cuáles son los factores psicológicos y sociales que interfieren en la adherencia al tratamiento de la tuberculosis en el Centro de Salud Perú Corea y poder replantear las estrategias sanitarias existentes que están limitando dicho problema.

1.5.3 A NIVEL METODOLOGICO

El estudio ayudará a validar y adaptar los instrumentos de recolección de datos sobre las variables de los factores psicosociales para el tratamiento antituberculosos y la Adherencia al tratamiento antituberculoso.

De igual modo, ayudaran al diseño de un muestreo adecuado y a la mejora en la forma de recolectar nuestros datos sin sesgos. Este proyecto se basará en el estudio de método de descripción y será factible, porque es accesible por la distancia y el tiempo que otorgamos a la población.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Gallardo CR, Gea MT, Requena J, Miralles JJ, Rigo MV, Aranaz JM, España, 2014. "Factores asociados a la adherencia en el tratamiento de la infección tuberculosa", **Objetivo:** Analizar la adherencia al tratamiento de la infección tuberculosa (TIT) e identificarlos factores de riesgo para su cumplimiento. **Método:** El estudio fue observacional de cohortes históricas. Se realizó en el Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant (Alicante); con la participación de todas las personas con una prueba de tuberculina (PT) que fue realizada durante el estudio de contactos (EC) de tuberculosis durante 6 años. **Resultados:** Se incluyó al análisis a 764 personas. En el cual, de los 566 pacientes, el 59,7% terminaron el EC, presentando infección tuberculosa (IT). De los pacientes con IT, el 45,6% no iniciaron el tratamiento y los factores asociados fueron: edad (36-65 años; RR: 5,8; IC 95%: 1,2-27,5 y > 65 años; RR: 11,3; IC 95%: 2,0-64,0), relación social con el caso índice de tuberculosis (RR: 2,2; IC 95%: 1,2-3,8) e induración de la PT (≥ 15 mm; RR: 0,5; IC 95%: 0,3-0,9). La tasa de cumplimiento fue del 80,4% entre los que comenzaron el TIT. La pauta de tratamiento de 7-9Hras se asoció con mayor cumplimiento del TIT (RR: 12,7; IC 95%: 1,5-107,3). **Conclusiones:** La tasa de cumplimiento del TIT fue elevada entre los que iniciaron tratamiento. Casi la mitad de los pacientes con

IT no iniciaron tratamiento y los factores asociados fueron: edad, relación social e induración de la PT. La pauta de tratamiento se relacionó con mayor cumplimiento.¹

Plata LI, Colombia, 2015, “Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis”. **Objetivo:** Describir los factores de riesgo asociados a la no adherencia al tratamiento en los pacientes adscritos al programa de tuberculosis en el Municipio de Villavicencio, cohorte 2012. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo. Se obtuvo datos de caracterización sociodemográfica sobre factores de riesgo de pacientes que abandonaron el tratamiento para la enfermedad-cohorte 2012- mediante la aplicación de un instrumento diseñado por el investigador y revisado por expertos. Los datos fueron tabulados y analizados mediante la herramienta Microsoft Excel® 2007 y Epi-info 7.0. **Resultados:** el 75% de los pacientes pertenecen al género masculino; el promedio de edad es de 30 años, el 63% pertenecen al régimen subsidiado de salud. Las importantes causas de abandono fueron: efectos adversos a los medicamentos (58%), inapropiada atención del personal de salud (43%), dificultad de acceso al servicio (32%). Los factores sociales encontrados fueron hacinamiento 67% y desempleo 62%. **Conclusiones:** Algunos factores no modificables como la edad y el género, así como factores modificables como estilos de vida inadecuados y efectos adversos; cuyo control mejoraría el cumplimiento; propician al abandono del tratamiento. Las variables psicológicas y sociales deben ser evaluadas para que se

conviertan en predictores de probables abandonos o alteraciones en el tratamiento antituberculoso.⁹

Arrossi S, Herrero MB, Greco A, Ramos S, Argentina, 2014, "Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina".

Objetivo: Identificar las características sociodemográficas de los pacientes y las características del tratamiento que influyen en la no adherencia al tratamiento antituberculoso. **Materiales y método:** 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. **Resultados:** En total 123 (64%) pacientes fueron encuestados, distribuidos en 38 (31%) no adherentes y 85 (69%) adherentes, (40 no adherentes y 30 adherentes no se pudo localizarlos, principalmente, por dificultades ligadas al registro del domicilio). Entre los no adherentes y adherentes; 57 eran mujeres (46%) y 66 eran hombres (54%) no fueron estadísticamente demostrativas. Se demostró que los pacientes con viviendas sin agua, tuvieron 3 veces mayor 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 de los que realizaron en centros de atención primaria (OR=3,2; IC95% 1,1-8,9). **Conclusiones:** Estos resultados proponen que la

descentralización del tratamiento al primer nivel de atención contribuiría a enriquecer la aceptación a la adherencia de los pacientes, y quizás reducir las barreras de acceso a los servicios de salud donde se llevan a cabo el tratamiento y los controles. La protección social de los pacientes más vulnerables deberá considerarse prioritaria dentro de las estrategias de control de la enfermedad para reducir los obstáculos a la adherencia.¹⁰

Bisero E, Luque G, Borda ME, Melillo K, Zapata A, Varela S, Argentina, 2015, "Evaluación de adherencia al tratamiento en un nuevo modelo de atención de niños con tuberculosis en un hospital público". **Objetivo:** Evaluar la adherencia al tratamiento en el nuevo modelo de atención en la población pediátrica con tuberculosis y describir las características clínico-epidemiológicas de la población pediátrica atendida con tuberculosis. **Material y método:** Diseño observacional, descriptivo, transversal. Se utilizó el test de Fisher para comparar la adherencia del año 2008-2009 con el año 2010, se consideró un valor de significación estadística de 0.05%. **Resultados:** Se encontró 25 niños con tuberculosis. La mediana fue 83 meses (rango 2 m a 15 años). Los eutróficos fueron un 84%. Detectaron foco en el 64%. En la prueba tuberculínica dio positiva en un 76%. Prevalció la forma pulmonar; la común o moderada se observó en 14/25 y la grave en 7/25. La forma extrapulmonar más frecuente fue hallada en la ganglionar. El patrón radiológico predominante fue unilateral sin cavidad 11/25. El rendimiento bacteriológico fue del 64%. En el año 2010 la tasa de abandono fue del 12%. No se encontraron fallecidos.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes presentaron formas comunes o moderadas. La TB ganglionar prevaleció como forma extrapulmonar. La tasa de abandono descendió luego de la implementación del nuevo modelo de atención.¹¹

García A. Carlos A, Muñoz S. Alba I, Colombia, 2014, “Evaluación de indicadores programáticos: la necesidad de un enfoque social de la tuberculosis”. **Objetivo:** Evaluar indicadores del Programa de Control de Tuberculosis del Municipio de Tumaco-Nariño durante el periodo comprendido entre 2010-2012. **Material y método:** Estudio cuantitativo de alcance descriptivo y transversal retrospectivo, conforme a los procesos relacionados con la ética en investigación. **Resultados:** El porcentaje de curación bajó de 86% a 81,5%; se registró aumentos progresivos de los fracasos (2,7% a 3,7%), transferidos (8,3% a 11,2%); la incidencia aumentó de 21,4 (2010) a 26,2 (2012 cohorte a junio) así como la cobertura de asesoría y oferta de prueba voluntaria de VIH (85% a 90%). **Conclusiones:** Se evidenciaron debilidades que pueden incrementar el riesgo de TB MDR y por ende el control en la cadena de transmisión. Resaltando así la necesidad de fortificar aspectos programáticos que examinen las condiciones de vulnerabilidad social de los afectados y el desarrollo de acciones desde un rumbo social integral.¹²

Heredia MR, Puc FM, Caamal Á, Vargas A, México, 2014, “Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán”. **Objetivo:** Estudiar determinantes sociales del paciente durante el tratamiento de la enfermedad. **Materiales y**

Métodos. Estudio cuantitativo, no experimental, transeccional descriptivo, de un grupo de 31 pacientes del Estado de Yucatán, a quienes se aplicaron encuestas basadas en el formato de la escala de Likert, para medir determinantes sociales y adherencia al tratamiento. **Resultados.** El 83.8% de los encuestados pertenece a un nivel socioeconómico bajo. El 61.3% se halla en pobreza extrema. El 83.4% acudieron a centros de salud cercanos a su domicilio y relataron que las instrucciones del personal médico fueron confusas y los procedimientos diagnósticos incómodos y molestos. El 54.8% tenían un conocimiento precario sobre la enfermedad y temía al rechazo de su familia o comunidad. Los medicamentos causaron malestar en 80.6% de los pacientes y el 16.1% abandonó el tratamiento. **Conclusiones:** En este sentido, la tarea de los servicios de salud deberá orientarse a incrementar la calidad en los servicios utilizando un enfoque multidisciplinario, a tener personal capacitado con conocimiento del contexto social, cultural y económico de la realidad del enfermo, a establecer una mejor relación médico-paciente. Y facilitar el conocimiento de la enfermedad, mediante difusión amplia y permanente en los medios de comunicación masiva, como la televisión y la radio.¹³

Ramírez M, Pascual JF, Amer M, Vidal JL, Noguerado A, España, 2015, "Evolución y tratamiento de pacientes con tuberculosis multirresistente". **Objetivo:** Evaluar las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas y los resultados del tratamiento de una serie española de pacientes con tuberculosis

multirresistente. **Método:** Estudio retrospectivo realizado entre enero de 1998 y diciembre de 2010 en la Unidad de Aislamiento de Medicina Interna del Hospital de Canto blanco La Paz de Madrid.

Resultados: Se evaluaron a un total de 47 pacientes. La edad media comprendía los 36 años y siendo 33 varones. Un 64% eran extranjeros. Se halló 26 casos nuevos (55,3%). Los pacientes fueron resistentes a 5 fármacos de mediana y 3 cumplieron criterios de tuberculosis extremadamente resistente. La mediana de tiempo hasta la negativización del cultivo fue de 68,5 días (rango intercuartil [RIQ] 49,5-91,8) y la de hospitalización 2,75 meses (RIQ 1,3-4,6). Los pacientes recibieron tratamiento durante 22,4 meses de mediana (RIQ 15,3-24,3). Se alcanzó una respuesta próspera al tratamiento en el 93%. Se ejecuto directamente un tratamiento observado en el 79%. El 68% mostraron efectos adversos, que fueron leves o moderados en el 75%. Se logró realizar un seguimiento tras la culminación del tratamiento en 14 pacientes, con una mediana de 40,5 meses (RIQ 7,4-55), y no se objetivó ninguna recidiva clínica ni microbiológica.

Conclusión: La totalidad de los pacientes con tuberculosis multirresistente alcanzaran la curación con el uso de pautas de tratamiento apropiadas, un control absoluto de los efectos adversos y la aplicación de estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento.¹⁴

ANTECEDENTES NACIONALES

Morales HE, Lima- Perú, 2015, “Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TB-MDR de la Red Almenara”. **Objetivo:** Determinar si la depresión influye en la adherencia al tratamiento en los pacientes multidrogorresistentes (TB-MDR) de la Red Almenara. **Materiales y métodos.** Estudio analítico transversal prospectivo se desarrolló con una población de 81 pacientes con TB-MDR. Se uso el Test de depresión de Zung para medir el nivel depresión, mientras que para la medición de la adherencia al tratamiento antituberculoso se utilizó el Test de Morisky- Green y se revisó las Fichas de control de tratamiento antituberculoso de cada paciente. Se uso la prueba de la Exacta de Fisher para analizar los resultados obtenidos, considerando un intervalo de confianza de 95% ($p < 0.05$). **Resultados:** Los pacientes que no muestran depresión poseen el 82.14% de adherencia al tratamiento, asimismo los que presentan depresión leve tienen 76.67% de adherencia al tratamiento. Mientras que los pacientes con depresión moderada ostentan un 17.65%. Es decir, se encuentra una agrupación estadísticamente demostrativa entre la Depresión y la adherencia al tratamiento ($p < 0.05$). **Conclusiones:** Según los resultados del estudio la depresión se asocia a la mala adherencia al tratamiento antituberculoso en los pacientes con tuberculosis TB-MDR.¹⁵

Crispín V, Roque M, Salazar ME, Almonacid A, Pérez JR, Abarca F, Almonacid RD, Lima- Perú, 2014, “Factores de riesgo para

tuberculosis multidrogorresistente en establecimientos de salud urbano marginales 2006-2008”. **Objetivo:** Establecer los factores de riesgo asociados a TB-MDR en establecimientos de salud urbano marginales de Lima Este durante los años 2006 a 2008. **Materiales y método:** El estudio fue observacional, descriptivo, analítico de casos y controles, apareado en edad y género. **Resultados:** Se consideró caso a todo paciente diagnosticado y que recibió tratamiento para TB-MDR y control a todo paciente diagnosticado de tuberculosis pulmonar sanado al término del tratamiento con drogas de primera línea (esquemas uno o dos). La información fue sacada de la historia clínica, del libro de registro de pacientes y de la tarjeta de control de tratamiento. Se incorporaron 126 casos y 126 controles, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. 108 (85,7%) controles y 19 (15%) casos fueron nuevos al tratamiento. 45 (36%) casos fueron fracasos al tratamiento anterior con esquemas uno o dos, y 28 (22%) casos tuvieron antecedente de contacto con pacientes TB-MDR. El antecedente personal de tuberculosis (OR = 28; IC 95%: 21,1 – 34,9, $p < 0,005$), antecedente familiar de tuberculosis (OR = 1.68; IC 95%: 1,65 – 2,09, $p < 0,05$), tener familiar fallecido por tuberculosis (OR = 4,03; IC 95%: 3,04 – 5,02, $p < 0,005$), el fracaso a tratamiento anterior con esquemas uno o dos ($p < 0,01$), el infrapeso (OR = 4,95; IC 95%: 3,73 – 6,17, $p < 0,005$) y la condición de nuevo, fueron los factores asociados a la TB-MDR. **Conclusiones:** El fracaso a tratamiento con esquema uno o dos, el contacto previo con un paciente de TB-MDR, la condición de nuevo,

tener antecedente personal o familiar, tener familiar fallecido por tuberculosis, la infección por VIH, y el bajo peso, estuvieron asociados a TB-MDR. La diabetes mellitus y el asma bronquial, no estuvieron asociados a la TB-MDR.¹⁶

Aparco JP, Huamán L, Segura E, Lima- Perú, 2015, “Variación del estado nutricional durante el tratamiento antituberculoso en beneficiarios del programa PANTBC”. **Objetivo:** Analizar la variación nutricional de los beneficiarios actuales y pasados del Programa de Alimentación y Nutrición al Paciente Ambulatorio con Tuberculosis y Familia (PANTBC). **Materiales y métodos:** Se realizó un análisis secundario a partir de la valoración antropométrica por medio del índice de masa corporal (IMC) en beneficiarios actuales y pasados del programa PANTBC. Las mediciones se realizaron al inicio, segundo y quinto o sexto mes y se comparó la distribución del estado nutricional al inicio respecto al final (prueba de McNemar-Bowker). **Resultados:** Se incluyó información de 409 beneficiarios actuales y 110 beneficiarios pasados. Tanto en beneficiarios actuales como pasados se observó disminución progresiva de la condición de bajo peso (IMC<18,5) así como el aumento de la condición de sobrepeso. Los resultados de la tercera medición mostraron que el 57,7% de los beneficiarios actuales que iniciaron con bajo peso terminaron con peso normal, mientras el 20,7% de los que iniciaron con peso normal terminaron con sobrepeso. La comparación del estado nutricional al inicio respecto al final mostró cambios en la distribución ($p<0,05$). **Conclusiones:** A lo largo del programa PANTBC existe variación del

estado nutricional de los beneficiarios, con la tendencia de pasar de un nivel inferior a otro superior de IMC.¹⁷

Anduaga A, Marticorena J, Beas R, Chanamé D, Veramendi M, Wiegering A, Zevallos E, Cabrera R, Suárez L, Lima- Perú, 2016, “Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria”. **Objetivo:** Identificar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en un centro de salud de atención primaria del distrito de Chorrillos, Lima, Perú. **Materiales y métodos:** Estudio de casos y controles retrospectivo no pareado. Se definió como caso a los pacientes que abandonaron el tratamiento por un periodo de 30 días consecutivos o más y como controles a los pacientes que terminaron el tratamiento antituberculoso. Se valoró el puntaje de riesgo de abandono que se realiza en el centro de salud (≥ 22), así como variables demográficas. Se calculó el odds ratio (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC95%) usando regresión logística. **Resultados:** Se incluyó 34 controles y 102 casos. En el análisis multivariado se encontró que quienes cursaron menos de seis años de educación (OR: 22,2; IC95%: 1,9-256,1) así como quienes tenían un puntaje $\geq$ a 22 puntos en la prueba de riesgo de abandono (OR= 21,4; IC95%: 6,3-72,4) tenían mayor probabilidad de abandonar el tratamiento antituberculoso. **Conclusión:** El abandono del tratamiento antituberculoso está asociado con tener menos de seis años de educación y un score mayor a 22 puntos en la prueba de abandono de tratamiento antituberculoso.¹⁸

Culqui R, Munayco CV, Grijalva CG, Cayla JA, Horna O, Alva K, Suárez LA, Perú, 2014, "Factors Associated with the Non-completion of Conventional Anti-Tuberculosis Treatment in Peru".

Objetivo: Identificar factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso convencional en Perú. **Materiales y**

métodos: Estudio de casos y controles no pareados en pacientes diagnosticados de tuberculosis durante 2004–2005 y que finalizaron tratamiento hasta septiembre de 2006. Se definieron como casos los pacientes que abandonaron el tratamiento por ≥ 30 días consecutivos, y como controles los que completaron el tratamiento sin interrupción. Los factores se identificaron mediante regresión logística, calculándose las odds ratios (OR) y los intervalos de confianza al 95% (IC). **Resultados:** Se estudiaron 265 casos y 605 controles. El abandono del tratamiento en nuestro estudio se asoció al sexo masculino (OR = 1,62; IC: 1,07–2,44), al hecho de sentir malestar durante el tratamiento (OR = 1,76; IC: 1,19–2,62), al antecedente de abandono previo (OR = 7,95; IC: 4,76–13,27) y al consumo de drogas recreativas (OR = 3,74; IC: 1,25–11,14). Así mismo, si tenemos en cuenta la interacción antecedente de abandono previo y pobreza, el riesgo de abandono aumenta (OR = 11,24; IC: 4–31,62). Por el contrario, recibir buena información sobre la enfermedad (OR = 0,25; IC: 0,07–0,94) y poder acceder al sistema sanitario en los horarios ofertados (08.00–20.00 h) (OR = 0,52; IC: 0,31–0,87) se asociaron a un mejor cumplimiento.

Conclusiones: El abandono del tratamiento antituberculoso se asoció a factores no modificables (sexo masculino, abandono previo) y a otros cuyo control mejoraría el cumplimiento (malestar durante el tratamiento, consumo de drogas recreativas y pobreza). Así mismo, es prioritario facilitar el acceso al sistema sanitario y mejorar la información recibida sobre tuberculosis.¹⁹

ANTECEDENTES LOCALES

No se encontraron antecedentes nacionales o regionales.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 TUBERCULOSIS

Es una infección bacteriana contagiosa que compromete principalmente a los pulmones, pero puede propagarse a otros órganos.²⁰

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. 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.²¹

2.2.2 ETIOLOGIA

El *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch es el agente etiológico de la tuberculosis. Se trata de un bacilo aerobio estricto, ácido-alcohol resistente, no tiene movilidad, es de crecimiento lento; esta bacteria se inactiva con radiación ultravioleta y/o temperaturas por encima de 60°C. Varias especies similares integran el complejo *M. tuberculosis*: *M. bovis*, *M. africanum* y *M. microti*. El bacilo BCG (*M. bovis* atenuado) también puede ocasionar una enfermedad en pacientes inmunocomprometidos, la que no se puede distinguir clínicamente de la tuberculosis. En la mayoría de casos, esta enfermedad es controlada por la inmunidad celular, de los cuales un 10% desarrollará la enfermedad activa a lo largo de su vida.²²

2.2.3 PATOGENIA

A) Primo-Infección Tuberculosa (Típica De Los Niños)

En la tuberculosis pulmonar el primer contacto con el BK se realiza siempre por vía aérea mediante la inhalación de partículas aéreas contaminadas con bacilos procedentes de otros pacientes.²³ La inhalación de estas partículas contaminadas posibilita que los bacilos pueden penetrar hasta los alvéolos, anidando especialmente en las zonas sub pleurales, preferentemente de los vértices.²⁴

B) Tuberculosis de re-infección (típica de los adultos)

La tuberculosis del adulto puede hacerse de dos maneras:

SECUNDARIA: Es una reactivación a partir de focos endógenos previos inactivos, generalmente silentes (complejo primario, focos apicales, adenopatías, tuberculomas, etc.). Esto suele ocurrir cuando existen procesos intercurrentes que deprimen los mecanismos de defensa del organismo.²⁵

PRIMARIA: Se trata de un nuevo contagio externo por vía aérea que se desarrolla de manera similar a la primo infección.²⁶

A partir de un foco infeccioso inicial, tanto en la prima infección tuberculosa como en la tuberculosis de re-infección, puede producirse una diseminación por contigüidad, por vía broncógena, hematógena y linfática. La diseminación puede afectar a otras zonas del pulmón, al pulmón contralateral, a la pleura y a otros órganos y estructuras extra pulmonares.²⁷

Síntomas funcionales:

- Tos, que puede ser seca o productiva
- Expectoración, que puede ser escasa o abundante, de color blanquecino y aspecto purulento. En algunos

pacientes la expectoración puede ser interna, no visible y pasar desapercibida debido a que los pacientes degluten el esputo: se ha dicho que el estómago es la escupidera del tuberculoso.

- Hemoptisis, que puede oscilar desde un esputo ligeramente teñido de rojo hasta la sangre pura (hemoptisis franca).
- Dolor torácico, que puede deberse a la tos o a pleuritis asociada.
- Disnea que se presenta especialmente en las formas graves, y puede oscilar desde disnea de grandes esfuerzos hasta la disnea de reposo.²⁸

2.2.4 CAUSAS

La tuberculosis (TB) pulmonar es causada por la bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis* (M. tuberculosis) y se puede adquirir por la inhalación de gotitas de agua provenientes de la tos o el estornudo de una persona infectada. La infección pulmonar resultante se denomina tuberculosis primaria.²⁹

La mayoría de las personas que presentan síntomas de una infección de tuberculosis resultaron primero infectadas en el pasado. En algunos casos, la enfermedad puede reactivarse en cuestión de semanas después de la infección primaria.³⁰

Las siguientes personas están en mayor riesgo de tuberculosis activa:

- Los ancianos.
- Los bebés.
- Las personas con sistemas inmunitarios debilitados, por ejemplo, debido a SIDA, quimioterapia, diabetes o medicamentos que debilitan el sistema inmunitario.

El riesgo de contraer tuberculosis aumenta si usted:

- Está entorno a personas que padecen la enfermedad.
- Vive en condiciones de vida insalubres o de hacinamiento.
- Padece desnutrición.

Los siguientes factores pueden incrementar la tasa de infección tuberculosa en una población:

- Aumento de las infecciones por VIH.
- Aumento del número de personas sin hogar (ambiente de pobreza y mala nutrición).
- Aparición de cepas de tuberculosis fármaco resistentes.³⁰

2.2.5 SITUACION DE LA TUBERCULOSIS EN EL MUNDO Y AMERICA LATINA

A) Epidemiología de la tuberculosis en el mundo

La tuberculosis (TB) continúa siendo un importante problema de salud global. La carga de la enfermedad causada por la TB se mide en términos de incidencia, prevalencia y mortalidad. Para el año 2014 a nivel mundial se estimó que, alrededor de 9.6 millones de personas enfermaron de TB y 1,5 millones murieron a causa de esta enfermedad. Además, se estimó también que 480 mil personas desarrollaron tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) y 190 mil murieron a causa de esta. A nivel mundial, la tasa de incidencia de TB varía ampliamente entre los países. El mayor porcentaje de casos nuevos de TB se reportaron en los países de las regiones de Asia Sudoriental - Pacífico Occidental (58%) y África (28%).³¹

La resistencia a los medicamentos antituberculosis es un factor que ha complicado las acciones de control de la tuberculosis y se ha convertido en un importante problema emergente de salud pública en varios países.³¹

Dentro del Plan Mundial Alto a la Tuberculosis se promueve el diagnóstico, la detección y el tratamiento de la TB-MDR como una de las prioridades máximas, instando la realización de las pruebas de sensibilidad a drogas en todos los casos nuevos de TB con alto riesgo de padecer TB-MDR y, en el 100% de los casos en retratamiento.³¹

A nivel mundial se estimó un 3.3% en pacientes recién diagnosticados y, un 20% en pacientes previamente tratados fueron TB MDR en el año 2014. Respecto al número de pacientes con TB MDR, se estimó 480 000 casos, el número de casos detectados (123 000) en todo el mundo, solo representa el 41% de esta estimación global. Así también para el año 2014 se reportó por lo menos un caso de TB extensamente resistente (TB-XDR) en 105 países, estimándose que el 9,7% de los casos de TB-MDR tenían TB-XDR casi 66 millones de personas con TB fueron tratadas con éxito en los países que adoptaron las estrategias mundiales de control de la Tuberculosis de la OMS. Para la cohorte del año 2013, a nivel mundial, la tasa de éxito del tratamiento para pacientes nuevos fue del 86% (nivel que viene siendo sostenido desde 2005). La tasa de mortalidad por tuberculosis en 2015 fue 47% más bajo que en el año 1990; la meta de reducción de mortalidad en 50% se logró en cuatro regiones de la OMS y en 11 PACT.³¹

B) Epidemiología de la tuberculosis en la región de las Américas y El Caribe

En la Región de las Américas y el Caribe, para el año 2012 se estimó una incidencia de tuberculosis de 29 casos por 100 mil habitantes, dos tercios de los casos nuevos tuvieron lugar en los países del área andina de América del Sur. Además, el 60% de los casos nuevos se concentraron en cuatro países, siendo Haití, Bolivia, Guyana y Perú los países que reportan las más altas tasas de incidencia en toda la región de las Américas y el Caribe.³²

Respecto a la mortalidad por tuberculosis en la región de las Américas, se estimó una tasa de mortalidad por TB cercana a 2 por 100 mil habitantes, además desde el año 1990 la mortalidad ha disminuido de forma continua en todas las subregiones y, esta tendencia ha sido bastante marcada en el área andina de América del Sur. Para el año 2012, en la región de las Américas se estimó 6962 casos de TB MDR entre los casos notificados de TB pulmonar, siendo Perú y Brasil los países con más de la mitad de todos los casos estimados en la región.³²

La detección y el tratamiento de la TB-MDR siguen siendo una prioridad en el control de la TB en las

Américas. En la Región de las Américas y el Caribe se observan logros importantes en las metas mundiales para el control de la TB, en lo que respecta a la reducción de la incidencia, prevalencia y mortalidad por TB, todas las subregiones a excepción del Caribe ya habían alcanzado las metas propuestas para el 2015. Pero todavía se tiene dificultades en las metas sobre el éxito del tratamiento y el fortalecimiento en el diagnóstico de la TBMDR.³²

2.2.6 SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN EL PERÚ

En el Perú la tasa de morbilidad en el año 2006 fue de 129.3 X 100,000 habitantes; la tasa de incidencia de TB todas las formas 109.9 x 100, 000 habitantes; se diagnosticaron 19,251 casos nuevos de Tuberculosis pulmonar frotis positivo (TBP-FP); demostrando tasa de incidencia de TBP-FP: 67.1 x 100,000 habitantes.³³

El Perú ocupa el primer lugar como país con mayor carga de TB-MDR, en todo el continente americano por encima de Guatemala, Argentina, similar que África, Europa del este y el sudeste asiático.³⁴

En el año 2005 en el Perú, la Tasa de Incidencia Anual (TIA) de TB-MDR en mayores de 15 años, tuvo el siguiente comportamiento: en el Callao 52.5, en Lima 40.2 y Ayacucho fue de 15.2. En Lima Metropolitana y Callao, se presentó de

la siguiente manera: en el Agustino 48.4, en San Juan de Lurigancho 35, en la Victoria 32.4, en Ventanilla 29.5. en Carmen de la Legua 27.9, en Villa El Salvador 25.5, en San Martín de Porres 24, en Ate 22 casos, en Villa María del Triunfo 21.9 y en San Juan de Miraflores fue de 13.5.³⁵

2.2.7 NORMA TECNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DE TUBERCULOSIS

FINALIDAD

Lograr hacia fines del 2010 consolidar y expandir la estrategia DOTS y DOTS plus, permitiendo el fortalecimiento de la atención de personas con tuberculosis sensibles, tuberculosis resistentes y coinfectados con VIH/SIDA en los establecimientos de salud del MINSA en particular y en los demás establecimientos del sector salud priorizando las regiones con mayor carga de tuberculosis.³⁶

OBJETIVO GENERAL

Disminuir progresivamente y sostenidamente la incidencia de tuberculosis mediante la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno y gratuito y supervisado de las personas con tuberculosis (TB) en todos los servicios de salud del país, brindando atención integral de calidad con finalidad de disminuir la morbilidad y sus repercusiones sociales y económicas.³⁶

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Asegurar la continuidad y ampliación de la estrategia mediante planes para el desarrollo del Sector Salud.
- Fortalecer la capacidad gerencial de todos los niveles de atención.
- Realizar la localización de casos de TB en forma precoz y oportuna a través del examen gratuito de los sintomáticos respiratorios identificados en los servicios de salud.
- Mantener la gratuidad y supervisión estricta del tratamiento a los enfermos con TB.
- Fortalecer la estrategia DOTS plus a nivel nacional.
- Garantizar el desarrollo de un sistema de información operacional y epidemiológica veraz, oportuna y de calidad para la toma de decisiones.
- Establecer estrategias de promoción de salud a través del desarrollo de los componentes de la información educación, comunicación y abogacía (IECA) y Promoción social:
- Promover la comunicación estratégica en el marco de desarrollo de la ciudadanía en salud.
- Fortalecer las dimensiones de salud pública gerencial epidemiológica y operacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención Y Control de TB.

- Propiciar la investigación operacional, epidemiológica, clínica y de salud pública, priorizando áreas problemáticas, como TB MDR, con infección TB_VIH/SIDA, áreas de elevado riesgo de transmisión de TB (AERT) y poblaciones vulnerables (poblaciones indígenas, prisioneros y otras).
- Establecer alianzas estratégicas con la sociedad civil y organizaciones de afectados debidamente acreditados.

ÁMBITO LEGAL:

La presente norma técnica es de aplicación en todos los establecimientos del sector salud a nivel nacional.³⁷

BASE LEGAL.

- Ley 26842 – Ley General de Salud
- Ley 27657 – Ley del Ministerio de salud
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 27657
- Decreto Supremo N° 022-2005-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 729-2003-SA que aprobó el Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS

- Resolución Ministerial N° 771-2004-SA, que creó la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.³⁷

DISPOSICIONES GENERALES

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT), es la respuesta socio-sanitaria al problema de la tuberculosis, considerado como una prioridad sanitaria nacional, multisectorial e interinstitucional; que permite un abordaje multifactorial para el control, reducción y prevención de esta enfermedad, mediante una movilización nacional de recursos orientados a acciones de alto impacto y Concertada entre los diferentes actores sociales e instituciones, con un enfoque de costo-efectividad de alta rentabilidad económica y social.³⁸

El Ministerio de Salud, a través de la ESN-PCT garantiza que las personas afectadas accedan en forma gratuita en todo el territorio nacional a detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, asegurando las buenas prácticas de atención con un enfoque de derechos humanos, sin ningún tipo de discriminación, ya sea de género, edad, nivel socioeconómico, raza ó etnia y otros.³⁸

En el Nivel nacional así como en el nivel regional donde la tuberculosis es un problema de salud pública, se conformará un Comité Técnico integrado por las dependencias de la

institución, involucradas en la implementación y ejecución de las actividades de prevención y control de la tuberculosis y un Comité Consultivo integrado por representantes de instituciones de la sociedad civil y organizaciones de afectados que desarrollen y ejecuten planes de abogacía que garanticen el compromiso político con la asignación de recursos necesarios en cada uno de los niveles de atención para la aplicación de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la tuberculosis.³⁸

En el nivel local las autoridades competentes garantizarán el cumplimiento de la norma técnica con la participación de equipos multidisciplinarios y asegurarán consulta médica, detección, diagnóstico y tratamiento gratuitos, ofreciendo buenas prácticas de atención y respeto a los derechos humanos.

La ESN-PCT en los diferentes niveles e instituciones del sector salud, promoverá la plena participación de las organizaciones de personas afectadas debidamente acreditadas, fomentando el desarrollo de ciudadanía en salud, que implica el ejercicio de derechos y responsabilidades.

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

Para el desarrollo ordenado de la respuesta socio-sanitaria, ante la complejidad de las necesidades de salud, se deben considerar las siguientes disposiciones específicas:

DERECHOS HUMANOS Y ETICA EN EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

La ESN-PCT, considera necesario incorporar mayores elementos para la reflexión bioética y los derechos humanos, como orientadores del accionar del personal de salud en el desarrollo de las actividades de prevención y control de la tuberculosis en nuestro país.

DIGNIDAD HUMANA, BIOÉTICA, DERECHOS HUMANOS

- Dignidad humana: Está en la base de los Derechos Humanos reconocidos universalmente, siendo éstos indivisibles, integrales, imprescindibles, irrenunciables, inalienables y progresivos. La dignidad humana es condición propia de toda persona, por su sola condición de humano, por ello la persona es un fin en sí mismo y no puede ser considerado como un medio, objeto o instrumento. Por eso toda persona merece ser tratada con respeto y consideración, en situación de salud o enfermedad, e independientemente de su condición social, raza o credo religioso.

•Ética/ bioética: Lo ético es inherente a la condición humana, por ello la reflexión y práctica de la ética son indispensables para una convivencia armónica y aplica a todos los ámbitos. La bioética, es una ética aplicada y una respuesta a los retos que crean los avances científicos y tecnológicos en torno a la vida. Es una disciplina que tiene mucho que aportar al campo de la salud, como valiosa herramienta de reflexión y que promueve una atención sanitaria de calidad. La corriente principal lista de la bioética reconoce 4 principios clásicos:

- Respeto a las personas: que enfatiza en el respeto a su autonomía, es decir de auto determinarse por sí mismos de modo consciente y responsable, teniendo como base una adecuada información.
- Beneficencia: maximizar los beneficios para el paciente
- No maleficencia: no causar daño, minimizar los posibles riesgos
- Justicia: imparcialidad en riesgos y beneficios. Equidad en la distribución de los recursos.

Estos principios se convierten en derechos de las personas sanas o enfermas que juntamente con los derechos humanos ameritan ser tomados en cuenta por los prestadores de servicios de salud para ofrecer una atención integral de calidad

DERECHOS HUMANOS, DERECHOS EN SALUD:

Los derechos humanos son “condiciones esenciales del género humano, materiales y espirituales, que necesitamos para satisfacer nuestras necesidades y realizarnos como seres humanos” (Declaración Universal de los Derechos Humanos). El derecho a la vida, la libertad personal, privacidad, seguridad, igualdad ante la ley, a la no discriminación, a la expresión, al libre tránsito, a la asociación, entre otros, son derechos humanos civiles y políticos. El derecho a la salud, educación, condiciones dignas de vida y de trabajo son derechos humanos que corresponden al grupo de derechos económicos, sociales y culturales.

Todos son derechos fundamentales de toda persona, que se mantienen vigentes también en situaciones de enfermedad.

Estos han sido reconocidos, suscritos y ratificados por la mayoría de países, entre ellos el Perú.

La bioética y los derechos humanos constituyen pues, poderosos instrumentos de reflexión, cuyo conocimiento y práctica promuevan una asistencia sanitaria de calidad.

PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y ÉTICA EN LA ESN-PCT

La promoción de los derechos humanos y ética en la ESN-PCT tiene como objetivos:

- Promover en el personal de salud de los diferentes niveles de atención y en las personas con tuberculosis, la información, capacitación y reflexión sobre los Derechos humanos y bioética, para fomentar su práctica.
- Fomentar el derecho a la información que tiene la persona con tuberculosis sobre su enfermedad, alternativas de la conducta terapéutica a seguir, pronóstico y promover el ejercicio del principio de Autonomía.
- Promover la práctica de los Derechos Humanos y de los principios Bioéticos en el quehacer diario de los prestadores de servicios y personas con tuberculosis en los establecimientos de salud.
- Fomentar el respeto a la dignidad de cada individuo, el derecho a la intimidad y confidencialidad de la persona con tuberculosis en todos los momentos de la relación entre la persona con tuberculosis y el prestador del servicio de salud.
- Lograr una mayor satisfacción en los usuarios internos y externos de la ESN-PCT por el trabajo realizado en los diferentes niveles.

Entre las actividades a realizar tenemos:

El MINSA a través de las ESN-PCT promoverá y facilitará la capacitación del personal de salud y personas con tuberculosis en Derechos Humanos y Bioética.

- Capacitación para la práctica del consentimiento informado.
- Información clara, veraz, completa y comprensible según el nivel social y cultural de la persona con tuberculosis.
- Difusión de los derechos y responsabilidades de la persona con tuberculosis en forma visible en los establecimientos de salud.
- Monitorear que los protocolos de investigación en seres humanos que se aplican en personas con tuberculosis, cuenten con la aprobación de los Comités de Ética de Investigación según niveles.
- Consulta a los Comités de Ética asistencial (Bioética) sobre aquellos casos donde existen conflictos de valores.
- Elaboración de guías para la atención de casos especiales, respetando los principios bioéticos.³⁸

2.2.8 ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT) es el órgano técnico normativo

dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas, responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú; garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a todos los enfermos con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad.³⁹

Está integrado a los servicios generales de salud a nivel nacional, se opera desde el nivel local y su cobertura alcanza a todos los establecimientos del Ministerio de Salud y otras instituciones (Seguro Social de Salud Es Salud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidades de las Fuerzas Armadas, Centros Médicos de las Universidades, Sanidad del Instituto Nacional Penitenciario INPE, Municipalidades, Centros Médicos de la Iglesia, Sector Privado y otros).⁴⁰

El control de la Tuberculosis en el Perú se sustenta en el documento “Norma Técnica de Salud para Control de la Tuberculosis “que incorpora y aplica la estrategia DOTS recomendada por la OMS/OPS.”³⁷

La estrategia DOTS garantiza la curación de la mayor proporción de pacientes y la reducción del riesgo de enfermar para la comunidad. De consolidarse y amplificarse en forma eficiente, se producirá la eliminación gradual de la tuberculosis como problema de salud pública.⁴⁰

En el Perú, la ESN-PCT cuenta con los medios técnicos de diagnóstico accesibles y esquemas de tratamiento de alta eficacia para afrontar con éxito el desafío de este grave problema de salud pública.⁴¹

2.2.9 NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La no adherencia es la incapacidad o la oposición del paciente a cumplir con todos los componentes del tratamiento descritos anteriormente. Cuando un tratamiento se complica los pacientes se cansan o se desaniman de continuar con el tratamiento.⁹ Esta conducta es uno de los más grandes problemas del control de la TB y puede provocar serias consecuencias. Un paciente no adherente a todo el proceso de tratamiento puede:⁴²

- Permanecer enfermo por más tiempo o agravar su enfermedad.
- Continuar transmitiendo la TB a otros.
- Desarrollar y transmitir la TB drogo resistente.
- Fallecer como resultado de un tratamiento interrumpido.⁴²

2.2.10 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN LA ESTRATEGIA

La adherencia al tratamiento significa que el paciente está siguiendo el curso recomendado de tratamiento, tomando

todos los medicamentos prescritos durante todo el tiempo que sea necesario, realizándose los exámenes y pruebas de control; así mismo, que está cumpliendo las medidas de control de la TB y ejerciendo sus derechos y deberes como persona infectada. La adherencia es importante porque la TB es casi siempre curable si los pacientes cumplen con su tratamiento.⁴³

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.

Muchos autores se han pronunciado sobre la definición del término Adherencia, es así que se recoge de la literatura las siguientes definiciones:

- La adherencia consiste en “cumplir estrictamente con las dosis específicas de los medicamentos”. En la práctica, significa que debe tomarse la medicación cuando toca y durante todo el periodo de tratamiento.
- La adherencia terapéutica hace referencia, a “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”.

- Por otro lado, una autora. Refiere que; “la adherencia a un tratamiento se define como la coincidencia entre la conducta del paciente y la orden del médico”.
- En efecto la Organización Mundial de la Salud, máximo organismo de salud, define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones, en contra parte Aines y Sackett la definen como “la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida, coinciden con las indicaciones dadas por los profesionales sanitarios”, siendo por tanto, la no adherencia el grado en que no se realizan estas indicaciones.
- 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 valoraron diferencial costos-beneficios y las claves para la acción.⁴³

2.2.11 ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

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, conceptos y factores psicosociales. Universidad de las Islas Baleares. 1966 existen dos Esquemas de Tratamiento Farmacológico; el Esquema I y el Esquema II y otros tratamientos indicados para la tuberculosis Multidrogoresistente. 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:⁴⁴

- 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.

- Estudio realizado por la ONG Solidaridad Países Emergentes (ASPEM) ha revelado que el hacinamiento pone en riesgo la integridad física y psicológica de las personas ocasionándoles vulnerabilidad a contraer la enfermedad (TUBERCULOSIS).
- Terapia psicológica considerando que esta enfermedad puede generar depresión en el paciente. El tratamiento farmacológico 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.

Dada la naturaleza de la Investigación se ha desarrollado solo aspectos de tratamiento farmacológico y las indicaciones de seguimiento.⁴⁵

2.2.12 FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

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.⁴⁶

En la interacción profesional de la salud - paciente cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente. Se ha observado que proporcionar la información necesaria mediante las sesiones educativas sobre la enfermedad, de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión, contribuyendo a mejorar la adherencia.

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. Los aspectos que ejercen una mayor influencia en el tratamiento contra la tuberculosis son: la dosificación, y los efectos secundarios de los medicamentos.

En la adherencia terapéutica existen varios factores psicosociales que influyen considerablemente, entre ellos podemos mencionar: las creencias, las actitudes, 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.

En lo personal, el paciente con tuberculosis puede agravar su estado de salud, como la resistencia a los fármacos, así como mantener su estado emocional alterado por el estigma social de esta enfermedad, entre otros.

El éxito alcanzado, obedece a que la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis en su búsqueda de sinergias y alianzas estratégicas, consiguió canalizar el esfuerzo individual de las diferentes dependencias del Ministerio de Salud en los niveles regional, local y otros sectores del estado, instituciones de la

sociedad civil, organizaciones de personas con tuberculosis, empresa privada, de modo que el esfuerzo se convirtiera en mucho más que la suma de sus partes, a favor de la lucha contra la tuberculosis.⁴⁶

2.2.13 LA VULNERABILIDAD SOBRE EL TRATAMIENTO TUBERCULOSO

La situación de vulnerabilidad de los pacientes ante el tratamiento de la tuberculosis ha sido ampliamente abordada en la investigación científica. Los temas que más sobresalen en los estudios de casos consideran un conjunto de características personales de los pacientes que se han observado en la práctica concreta como factores determinantes de la no adherencia al tratamiento.

Los determinantes económicos familiares se han considerado como muy importantes. En una investigación realizada en Argentina, los autores encontraron que los pacientes se caracterizan por su integración en grupos familiares numerosos (de más de seis personas). Esto se ha relacionado con la dependencia económica de la familia hacia la persona enferma.

Como parte de la vulnerabilidad del paciente, se han mencionado algunos aspectos relacionados con la ocupación laboral, tales como el tipo de actividad y los

horarios de trabajo; que podrán ser determinantes en la conducta de riesgo.

La adopción de prácticas poco saludables como el consumo de drogas y alcohol es incompatible con el tratamiento de la enfermedad, y evidencia el nivel de percepción del riesgo ante la tuberculosis por parte de los pacientes. Se encontró que en los pacientes que abandonaron el tratamiento, destaca un alto porcentaje de tabaquismo, de consumo de alcohol y de consumo de drogas por vía parenteral.

Respecto a las condiciones higiénicas y sanitarias, se determinó como característica de los pacientes tuberculosos, las precarias condiciones habitacionales en que viven. Luego de revisar algunas características personales tales como las condiciones económicas, la ocupación laboral, la percepción del riesgo a nivel individual y los estilos de vida, es posible definir la vulnerabilidad de los pacientes tuberculosos ante el tratamiento.

La vulnerabilidad de los pacientes está condicionada por elementos que definen la trayectoria social de las personas, sin embargo, no debería considerarse como el único elemento explicativo del riesgo de no adherencia al tratamiento.⁴⁷

2.2.14 EL CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS Y LA ADHERENCIA

El conocimiento que el paciente obtenga sobre la enfermedad de la tuberculosis y su tratamiento puede haberlo obtenido de diferentes fuentes como son: los medios de comunicación audiovisual (televisión, radio), medios de comunicación escrita, así como de la publicidad que el sector salud dispone. Cabe mencionar la importancia que recae en el equipo multidisciplinario la información y educación sobre esta enfermedad. Así también en los representantes de organizaciones sociales de base (promotores de salud, organizaciones de personas con tuberculosis, club de madres, vaso de leche, comedores y otros), instituciones públicas y privadas. Todas las partes involucradas en la atención son parte de la socialización del conocimiento acerca de la enfermedad de la tuberculosis y su tratamiento farmacológico.

En mención a las fuentes de conocimiento, acerca de la enfermedad de la Tuberculosis, y su tratamiento farmacológico, es preciso mencionar que el proceso de cambio, en el control de la tuberculosis incorpora la comunicación estratégica, como elemento novedoso; que ha permitido mejorar paulatinamente la interacción y dialogo entre el personal de los servicios de salud y los ciudadanos en diversos escenarios y espacios (individual, familiar y

comunitario); de tal manera que los mensajes comunicacionales son elaborados, teniendo en cuenta las necesidades de la persona con tuberculosis.

Por otra parte, la asignación de un profesional de enfermería, para que desarrolle actividades de consejería, a través de la línea telefónica gratuita del Ministerio de Salud (INFOSALUD), que facilita brindar información sobre Tuberculosis y Tuberculosis Multidrogo - resistentes a la ciudadanía.⁴⁸

2.2.15 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA TUBERCULOSIS

La administración de medicamentos, según la norma planteada por el Ministerio de Salud, será supervisada en el 100 % de los casos por el personal de salud, y en casos estrictamente necesarios, por los Promotores de Salud.⁴⁹

La administración del tratamiento deberá ser ambulatorio, diario, excepto domingos e integrado a los servicios generales de salud (puestos de salud, centros de salud y hospitales).⁵⁰

El tratamiento farmacológico antituberculoso presenta una asociación de medicamentos (terapia combinada), lo cual favorece a reacciones al medicamento. Las reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFAS) más frecuentes son: náuseas, dolores gástricos, insomnio,

euforia, síndrome gripal y anorexia, pero se presentan otras reacciones que se presenta según cada fármaco del tratamiento, así por ejemplo según los medicamentos se puede presentar.⁵¹

- Estreptomicina: Daño auditivo y vestibular, dolor en el lugar de inyección, parestesias.
- Isoniacida: Neuropatía periférica, hepatitis.
- Rifampicina: Anorexia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, hepatitis, secreciones corporales de color anaranjado.
- Etambutol: Neuritis óptica.
- Pirazinamida: Dolor articular, hepatitis.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO FARMACOLÓGICAS DE LOS MEDICAMENTOS DE PRIMERA LINEA.

FARMACO	ACTIVIDAD CONTRA TB	ABSORCION	METABOLISMO	EXCRECION
Rifampicina (R)	Bactericida	Absorción retardada por alimentos.	Hepático	Mayor parte en heces 20-30% por riñón.
Soniazida (H)	Altamente bactericida	Mejor absorción en ayunas.	Hepático	Renal
Pirazinamida (Z)	Bactericida	Efecto de alimentos en biodisponibilidad es mínimo.	Hepático	70% por riñón.
Etambutol (E)	Bacteriostático (bactericida a altas dosis)	Efecto de alimentos en biodisponibilidad es mínimo.	Renal y hepático	80% por riñón.
Estreptomicina (S)	Bactericida	Parenteral	Distribución amplia en tejidos y líquidos corporales	50-60% por riñón y pequeña cantidad por bilis.

*siglas oficiales de los medicamentos en el Perú y recomendadas por la OMS.

TRATAMIENTO ESQUEMA – DOS 2RHEZS-1RHEZ/5R₂H₂E₂				
Duración 8 meses (115 dosis)				
FASES	DURACIÓN	FRECUENCIA	MEDICAMENTOS Y DOSIS	TOTAL POR ENFERMO
1ra.	02 meses (50 dosis)	Diario excepto domingos y feriados	Rifampicina x 300 mg 2 Cápsulas Isoniacida x 100 mg 3 Tabletas Pirazinamida x 500 mg 3 Tabletas Etambutol x 400 mg 3 tabletas Estreptomicina x 1 gr	R x 300 mg.= 230 cap. H x 100 mg.= 545 tab
	01 mes (25 dosis)	Diario excepto domingos y feriados	Rifampicina x 300 mg 2 cápsulas Isoniacida x 100 mg 3 tabletas Pirazinamida x 500 mg 3 Tabletas Etambutol x 400 mg 3 Tabletas	Z x 500 mg=225 tab. E x 400 mg = 465 tab.
2da.	05 meses (40 dosis)	Dos veces por semana	Rifampicina x 300 mg 2 cápsulas Isoniacida x 100 mg 8 tabletas Etambutol x 400 mg 6 tabletas	S x 1 gr. = 50 amp.
NOTA : • La persona con menos de 50 Kg de peso, tanto adultos como niños. la dosis de medicamentos se administra en relación con el peso del paciente de acuerdo a la posología adjunta. • En menores de 7 años, valorar riesgo beneficio del uso del Etambutol, por el riesgo de producir neuritis óptica. Utilizar Estreptomicina como medicamento alternativo al Etambutol. • En embarazadas: No utilizar Estreptomicina, en función a su eventual toxicidad sobre el feto. En caso de ser necesario, evaluar el riesgo-beneficio con decisión informada de la paciente y su familia. • En los mayores de 60 años, la dosis diaria de Estreptomicina utilizada no deberá exceder de 0.75 gr.				

TRATAMIENTO ESQUEMA – UNO (2RHEZ/4R₂H₂)				
Duración 6 meses (82 dosis)				
FASES	DURACIÓN	FRECUENCIA	MEDICAMENTOS Y DOSIS	TOTAL POR ENFERMO
1ra.	02 meses (50 dosis)	Diario, excepto domingos y feriados	Rifampicina x 300 mg 2 cápsulas Isoniacida x 100 mg 3 tabletas Pirazinamida x 500 mg 3 tabletas Etambutol x 400 mg 3 tabletas	R x 300 mg 164 cap. H x 100 mg 406 tab Z x 500 mg 150 tab.
2da.	04 meses (32 dosis)	Dos veces por semana	Rifampicina x 300 mg 2 cápsulas Isoniacida x 100 mg 8 tabletas	E x 400 mg 150 tab.
NOTA: - La persona con tuberculosis con menos de 50 Kg. de peso, tanto adultos como niños. la dosis de medicamentos se administra en relación con el peso del paciente de acuerdo a la posología adjunta. - En menores de 7 años, valorar riesgo beneficio del uso del Etambutol, por el riesgo de producir neuritis óptica. Utilizar Estreptomicina como medicamento alternativo al Etambutol.				

A) FUNDAMENTOS DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

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:⁵²

- a) Tratamientos con asociación de medicamentos (terapia combinada) de alta eficacia que prevenga la selección de bacilos resistentes, evitando así los fracasos de tratamiento.
- b) Tiempo suficiente de tratamiento, con un número de tomas que asegure el mínimo porcentaje de recaídas.
- c) Reacciones adversas mínimas
- d) 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.⁵²

B) INDICACIONES DE SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

En tal efecto para el éxito del tratamiento contra la tuberculosis, no solo es la adherencia estricta al tratamiento farmacológico, sino a su vez cumplir con las indicaciones de seguimiento, el régimen de indicación por el equipo de salud.⁵³

En la atención a la persona con tuberculosis que sigue el esquema de tratamiento Uno, se realizara como mínimo tres consultas médicas. Las consultas son gratuitas, de cumplimiento obligatorio y deberán ser realizadas por el médico tratante. La primera consulta se realiza al inicio del tratamiento, en donde se brinda las principales indicaciones sobre el

tratamiento, posibles efectos adversos, control bacteriológico mensual entre otros. La segunda consulta se realiza al cambio de fase donde se continúa con el seguimiento del caso a través de la evaluación clínica, bacteriológica y radiológica. La tercera consulta se dará en el alta del paciente. Es el diagnóstico seguro de tuberculosis, identificándose bacilos alcohol ácido resistentes (BAAR) a través del examen microscópico directo de la expectoración mediante la baciloscopía se confirma con una especificidad del 100%. Así como la radiología, la radiografía de tórax es el método más sensible para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar ya que certifica, con la baciloscopía, la enfermedad.⁵⁴

Como ya se mencionó, el éxito del tratamiento contra la tuberculosis, no solo es la adherencia estricta al tratamiento farmacológico, sino a su vez cumplir con las indicaciones de seguimiento.⁵³

2.3 Definiciones conceptuales de términos básicos

La Tuberculosis: Infección bacteriana contagiosa que compromete principalmente a los pulmones, pero puede propagarse a otros órganos. La bacteria más importante y representativa causante de tuberculosis es *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, perteneciente al complejo *Mycobacterium tuberculosis*.⁵⁵

Primo-Infección Tuberculosa: Cuando los bacilos incluidos en los núcleos de las gotitas de Pflügge superan los mecanismos de defensa bronco-pulmonares, llegan a los alvéolos de los lóbulos inferiores del pulmón.

Esta invasión desencadena una reacción inespecífica, compuesta por leucocitos polimorfonucleares (fagocitos), líquido de edema y fibrina, es decir exudado.⁵⁶

Reinfección endógena: Este tipo de tuberculosis se desarrolla a expensas de la reactivación de un foco latente, formado muchos años atrás en el curso de una siembra ocurrida en la etapa de bacilemia de la tuberculosis primaria.

- **Reinfección exógena:** La tuberculosis por reinfección exógena puede producirse en un sujeto previamente infectado, que, al ser contagiado nuevamente por otro individuo, puede a su vez enfermar desarrollando una tuberculosis de tipo "adulto"⁵⁶

Hemoptisis: Que puede oscilar desde un esputo ligeramente teñido de rojo hasta la sangre pura (*hemoptisis franca*).⁵⁷

Disnea: Que se presenta especialmente en las formas graves, y puede oscilar desde disnea de grandes esfuerzos hasta la disnea de reposo.⁵⁷

No adherencia: La no adherencia es la incapacidad o la oposición del paciente a cumplir con todos los componentes del tratamiento descritos anteriormente. Cuando un tratamiento se complica los pacientes se cansan o se desaniman de continuar con el tratamiento. Esta conducta es uno de los más grandes problemas del control de la TB y puede provocar serias consecuencias.⁵⁸

Adherencia al tratamiento: La adherencia al tratamiento significa que el paciente está siguiendo el curso recomendado de tratamiento, tomando todos los medicamentos prescritos durante todo el tiempo que sea necesario, realizándose los

exámenes y pruebas de control; así mismo, que está cumpliendo las medidas de control de la TB y ejerciendo sus derechos y deberes como persona infectada.⁵⁹

La vulnerabilidad: Se refiere al hecho de que podemos ser sujetos de los efectos negativos del cambio psicológicos, ya sea como individuos, como miembros de una comunidad, como ciudadanos de un país o como parte de la humanidad en general.

2.4 Hipótesis

1.4.1 Hipotesis General

Por ser un estudio descriptivo, no se tuvo en cuenta la hipótesis general, sin embargo, en el estudio se formularon hipótesis descriptivas.

1.4.2 Hipotesis Descriptivas

H1

Los principales factores psicológicos para la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes adultos. Creencias y actitudes de salud entre el personal de salud y el paciente, Motivación del personal de salud y familia, Vulnerabilidad, La gravedad percibida, Comunicación entre el personal de salud y la familia.

H2

Los principales factores sociales para la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes adultos: La interacción entre el personal de salud y el paciente, El régimen terapéutico, El apoyo familiar y social, Técnicas grupales, Refuerzos conductuales

2.5. Variables

2.5.1 Variable Independiente.

Factores psicosociales para el tratamiento antituberculosos.

2.5.2 Variable Dependiente

Adherencia al tratamiento antituberculoso

2.5.3 Variable Interviniente

Sexo

Edad

2.6 Operacionalización de variables

VARIABLE (DEFINICIÓN CONCEPTO)	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	TIPOS DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR FINAL
Adherencia al tratamiento antituberculoso: Conjunto de conductas en las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento terapéutico y poner en práctica de manera continua las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables”. Factores psicosociales que presentan en el tratamiento antituberculoso. Las actitudes, creencias, apoyo social y vulnerabilidad del	Respuesta obtenida al aplicar un cuestionario que mide el cumplimiento del plan terapéutico y estilos de vida que eviten riesgo en el paciente con tuberculosis. Respuesta obtenida al aplicar un cuestionario sobre las creencias, actitudes, representación mental de la enfermedad, apoyo social y vulnerabilidad frente al tratamiento	Variable cualitativa Variable cualitativa	Cumplimiento del tratamiento antituberculoso. Estilo de vida en los pacientes con tuberculosis. Creencias referidas a la causa de enfermedad. Actitudes frente al tratamiento antituberculoso. Apoyo social. Vulnerabilidad a la enfermedad.	1. Tomar los medicamentos en el día, hora y dosis correcta 2. reacciones adversas al tratamiento. 3. Realiza sus consultas y controles en el centro de salud. 1. Seguir una alimentación balanceada rica en micronutrientes 2. Evitar ambientes como: lugares cerrados (discotecas, buses, centro comercial, etc. 1. Hereditaria. 2. Se adquiere por mala alimentación. 3. Por el uso de objetos personales del enfermo. 4. Higiene inadecuada o por compartir utensilios. 5. Beber agua fría 6. Por castigo de Dios, brujería. 7. Por faltar a las normas morales y sociales. 1. Tiempo de espera para la atención. 2. Asiste a las sesiones educativas brindados por la personal salud. 3. Importancia de las sesiones educativas. 4. Comprensión de las sesiones educativa. 1. Recursos e inversiones empleados e en el régimen terapéutico. 2. Apoyo de instituciones para la alimentación en pacientes con bajos recursos económicos. 3. Apoyo psicológico de especialistas con	Escala nominal. Escala nominal.	Si No Si No

paciente ante el tratamiento antituberculoso.	antituberculoso.			el fin de incorporarlos a la sociedad. 4. Relación entre personal de salud – paciente 1. Relación familiar 2. Actitud de la familia ante la enfermedad 3. Situación económica. 4. Discriminación de la sociedad ante la enfermedad.		
---	------------------	--	--	---	--	--

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

3.1.1 Enfoque

Según la intervención del investigador, el estudio fue observacional, debido a que no existe intervención del investigador.

Según la planificación de la toma de datos, la investigación fue prospectiva, porque los datos necesarios para el estudio son recogidos a propósito de la investigación (primarios).

Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio, fue transversal, debido a que serán medidas en una sola ocasión.

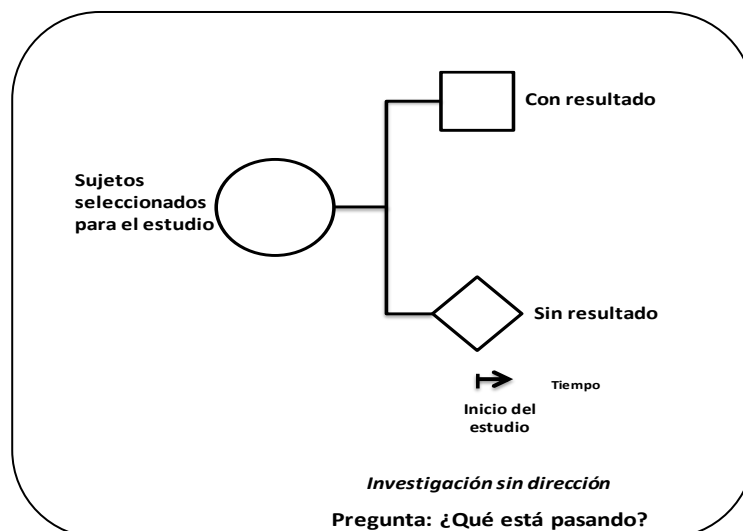
Y, según el número de variables de interés, el estudio fue descriptivo, porque el análisis estadístico será univariado

3.1.2 Alcance o nivel

Descriptivo

3.1.3 Diseño

Para efecto de la investigación se consideró el diseño de estudio de corte transversal:



3.2. Población y muestra

Población

La población estuvo conformada por 50 usuarios que reciben tratamiento en estrategia sanitaria de tuberculosis en el Centro de Salud Perú Corea 2018., sin distinción de sexo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSION

Criterios de inclusión: Se incluyeron en el estudio:

- Pacientes que residan en el distrito de Amarilis - Paucarbamba
- Usuarios inscritos en la estrategia sanitaria de tuberculosis
- Usuarios que hablen español.
- Pacientes que acepten firmar el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Pacientes que residen en otros distritos que no sea Amarilis – Paucarbamba.
- Analfabetos
- Los usuarios que no estén inscritos a la estrategia sanitaria de tuberculosis.
- Usuarios que hablen otro idioma diferente al español.
- Pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado

UBICACIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESPACIO Y TIEMPO

El estudio se llevó a cabo en el en el Centro de Salud Perú Corea 2018, ubicado en la localidad de Paucarbamba, distrito de Amarilis, provincia y departamento de Huánuco. La duración del estudio estuvo comprendida en el mes de agosto a octubre del 2018.

MUESTRA Y MUESTREO

Este estudio contó con muestra de 50 personas. La muestra se realizó por conveniencia, tomando como referencia el total de la población.

UNIDAD DE ANALISIS

Cada paciente en estudio.

UNIDAD DE MUESTREO

Igual que la unidad de análisis.

MARCO MUESTRAL

Estará conformada por una lista construida en formato Excel.

TIPO DE MUESTREO

El muestreo fue no probabilístico intencionado

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos encuesta, los instrumentos fueron cuestionario, que fueron validados (validez de contenido) por juicio de expertos (tres profesionales).

3.3.1 Para el análisis e interpretación de datos

La información obtenida a través de los cuestionarios se ingresó una base de datos en forma automatizada empleando el software estadístico SPSS versión 23.0 los resultados fueron reportados en cuadros estadísticos y gráficos estadísticos.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1 Procesamientos de datos

En este capítulo se describen los resultados obtenidos del análisis de los datos del presente estudio. Los datos se representan por medio de cuadros y gráficos en columnas, gráficos circulares, para observar su comportamiento. En el paquete estadístico SPSS versión 23 en el cual se estimó frecuencias, porcentajes descriptivos.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, con el propósito de Determinar las características psicosociales de los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis, en el en el Centro de Salud Perú Corea 2018, encontrándose los siguientes resultados:

Tabla N°1
Distribución de los pacientes estudiados según sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Masculino	38	76,0	76,0
Femenino	12	24,0	24,0
Total	50	100,0	100,0

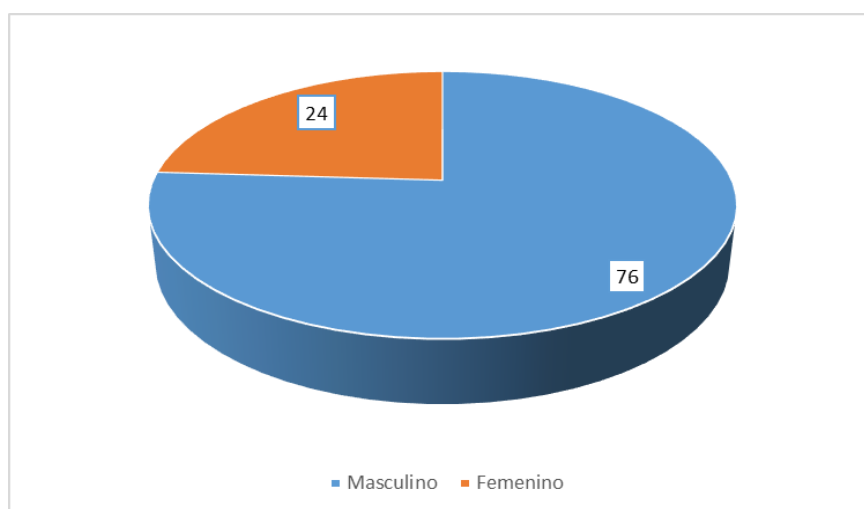


Gráfico 1
Distribución de los pacientes estudiados según sexo

Interpretación:

En la tabla y gráfico 1, se observa la distribución de los sujetos de estudio según sexo, obteniéndose los siguientes resultados: De un total de 50 (100%), 38 (76,0%) son de sexo masculino y el restante 24,0%, es decir 12 pacientes son de sexo femenino.

Tabla N°2
Distribución de los pacientes estudiados según edad

	Frecuencia	Porcentaje
18 a 32 años	28	56,0
33 a 46 años	13	26,0
47 a 60 años	3	6,0
61 a 77 años	6	12,0
Total	50	100,0

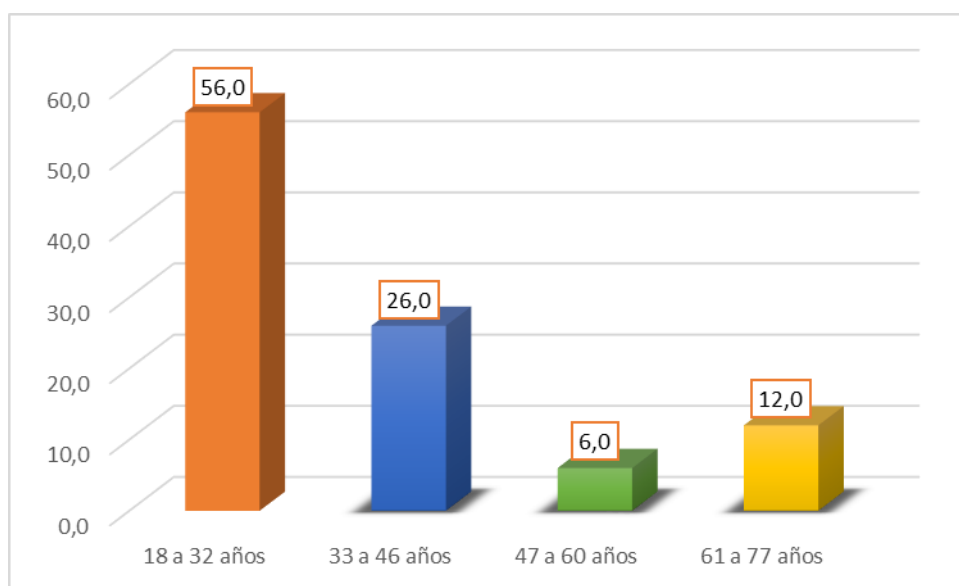


Gráfico 2
Distribución de los pacientes estudiados según edad

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico, se presenta la distribución de los pacientes según sus edades, observándose lo siguiente: Del total de datos observados, la mayor frecuencia se encontró en pacientes de 18 a 32 años (56,0%), seguido en frecuencia por pacientes de 33 a 46 años 26%, 61 a 77 años 12% y finalmente, los pacientes de 47 a 60 años 6,0%.

Tabla N°3
Distribución de los pacientes estudiados según estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	31	62,0
Casado	3	6,0
Conviviente	16	32,0
Total	50	100,0

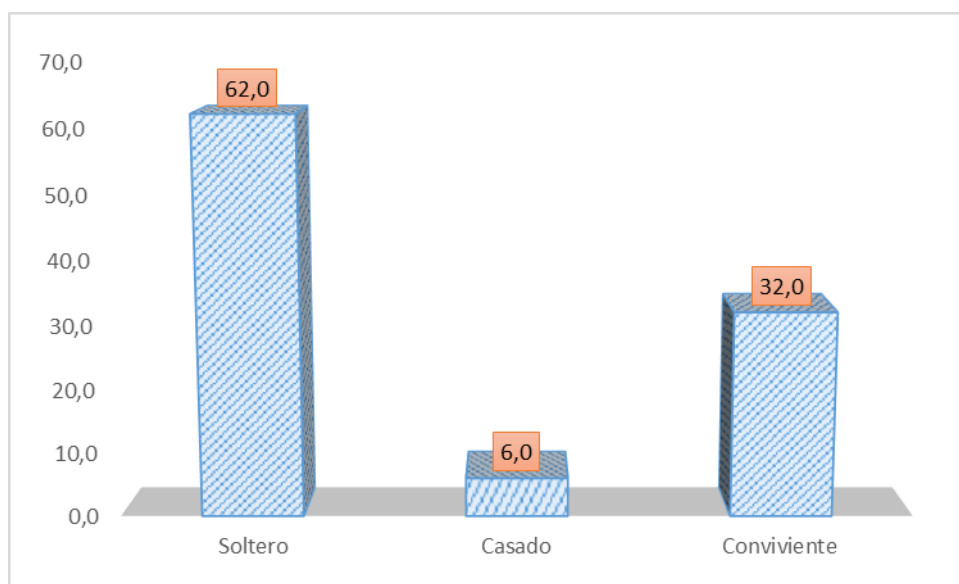


Gráfico 3
Distribución de los pacientes estudiados según estado civil

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico, se presenta la distribución de los pacientes según su estado civil, observándose lo siguiente: la mayor frecuencia se encontró pacientes solteros con un 62%, seguido pacientes con estado civil conviviente 32% y finalmente los casados 6,0%.

Tabla N°4
Distribución de los pacientes estudiados según ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Comerciante	8	16,0	16,0
Ama de casa	8	16,0	16,0
Chofer	6	12,0	12,0
Estudiante	17	34,0	34,0
Otros	11	22,0	22,0
Total	50	100,0	100,0

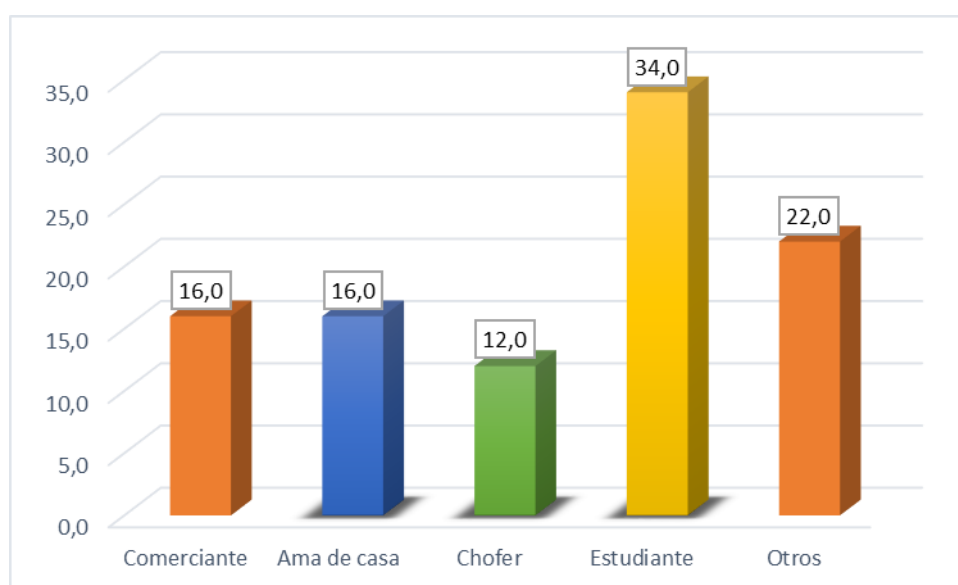


Gráfico 4
Distribución de los pacientes estudiados según ocupación

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico, se presenta la distribución de los pacientes según ocupación, observándose lo siguiente: Del total de datos observados, la mayor frecuencia se encontró en pacientes estudiantes (34,0%), seguido en frecuencia por pacientes comerciante y ama de casa con un 16% y finalmente, chofer 12,0%.

Tabla N°5
Características generales: Con quien vive en su Hogar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Solo	3	6,0	6,0
Con un familiar	12	24,0	24,0
Más de un familiar	35	70,0	70,0
Total	50	100,0	100,0

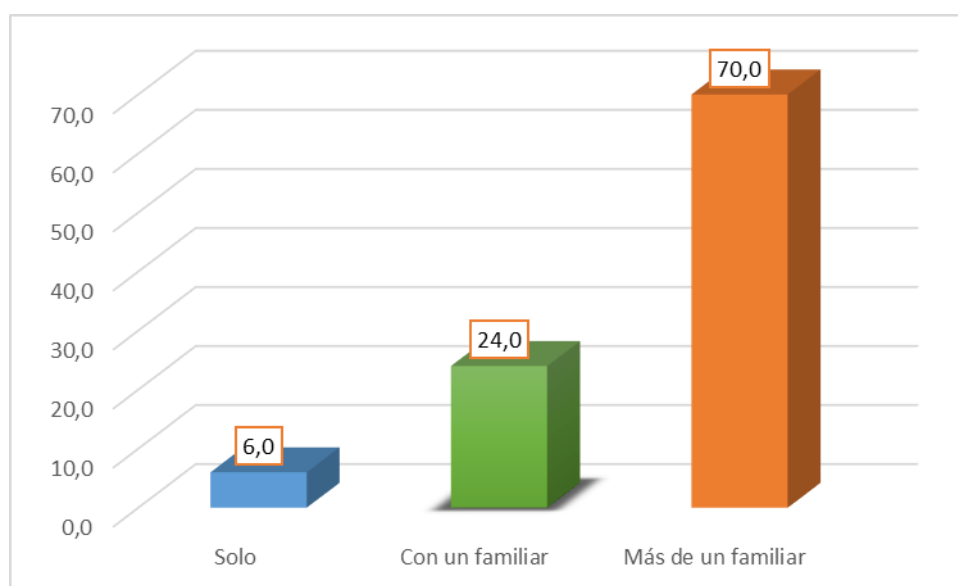


Gráfico 5
Características generales: Con quien vive en su Hogar

Interpretación:

En la pregunta con quien vive el paciente, Del total de datos observados, la mayor frecuencia se encontró que vive con más de un familiar (70,0%), seguido en frecuencia con un familiar 24% y un mínimo porcentaje vive solo 6,0%.

Tabla N°6
Cumplimiento del tratamiento antituberculoso en los pacientes

Preguntas	Sí		A veces		No		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Asiste usted puntualmente como corresponde al tratamiento	44	88,0	6	12,0	0	0,0	50	100,0
La hora para la toma de los medicamentos es adecuado	42	84,0	8	16,0	0	0,0	50	100,0
Siente alguna molestia después de tomar sus medicamentos	11	22,0	17	34,0	22	44,0	50	100,0

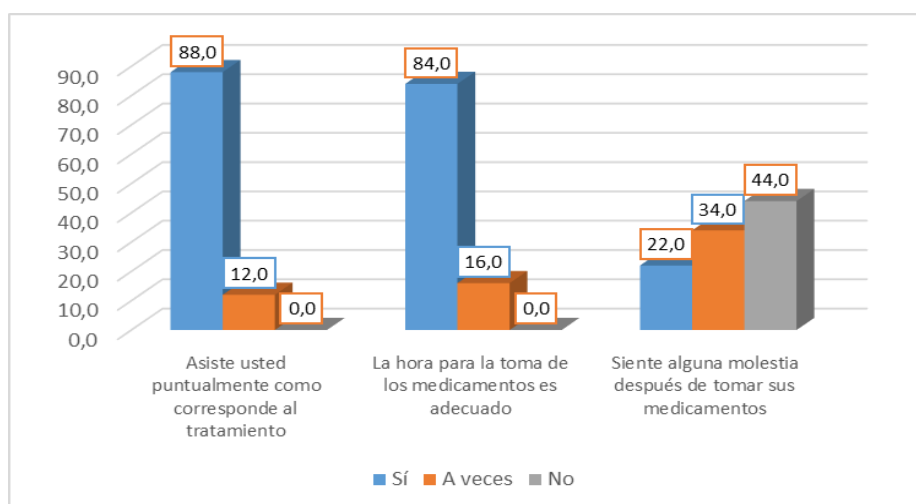


Gráfico 6
Cumplimiento del tratamiento antituberculoso en los pacientes

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico, se presenta la distribución de los pacientes el cumplimiento del tratamiento antituberculoso, en la pregunta asiste puntualmente como corresponde al tratamiento los pacientes manifestaron un 88%, con referente a la pregunta la hora para la toma de los medicamentos es adecuado, en un 84% respondieron sí, en la pregunta siente alguna molestia después de tomar sus medicamentos el 22% manifestaron tener alguna molestia.

Tabla N°7

Estilo de vida en los pacientes con tuberculosis. Ud. recoge los víveres del Centro de Salud

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	21	42,0
No	29	58,0
Total	50	100,0

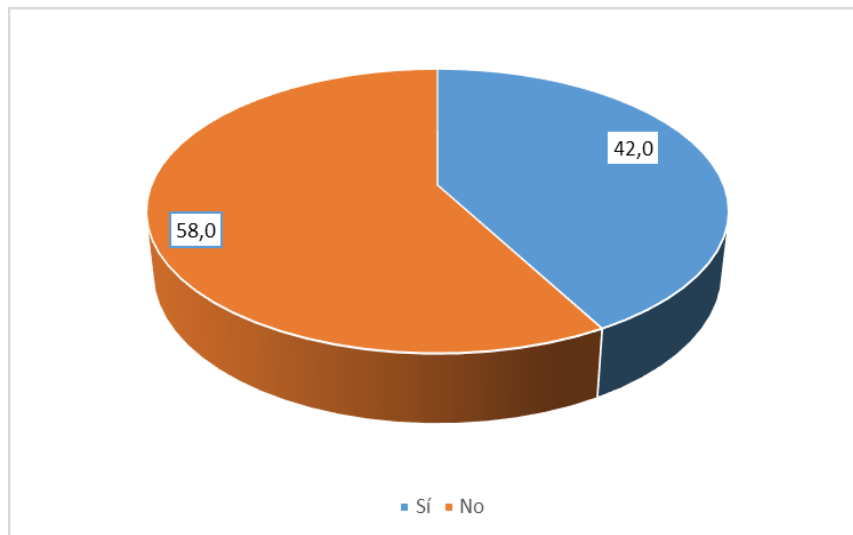


Gráfico 7

Estilo de vida en los pacientes con tuberculosis. Ud. recoge los víveres del Centro de Salud

Interpretación:

En la distribución de los pacientes según estilo de vida en los pacientes con tuberculosis, en la pregunta Ud. Recoge víveres del Centro de Salud manifestaron Si el 42%, y el mayor porcentaje de los pacientes no recogen sus víveres.

Tabla N°8

Estilo de vida en los pacientes con tuberculosis. Como es su alimentación (frecuentemente)

	Frecuencia	Porcentaje
Frutas, verduras, carnes (pescado pollo) menestras, leche	42	84,0
Café, té, tortas, frituras en latados y gaseosa	8	16,0
Total	50	100,0

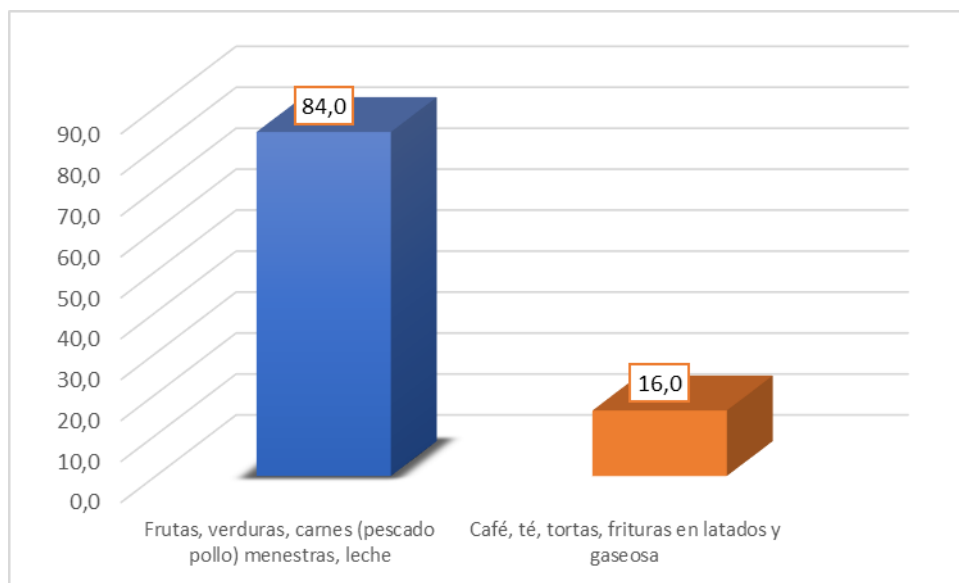


Gráfico 8

Estilo de vida en los pacientes con tuberculosis. Como es su alimentación (frecuentemente)

Interpretación:

En la distribución de los pacientes según estilo de vida en los pacientes con tuberculosis, en la pregunta: cómo es su alimentación el 82% de los pacientes manifestaron comer frutas, verduras, carnes, menestras y leche y solo el 16% manifestaron comer alimentos no saludables.

Tabla N°9

Estilo de vida en los pacientes con tuberculosis. Asiste Ud. a lugares cerrados (discotecas, buses, centros comerciales)

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	20	40,0
A veces	19	38,0
No	11	22,0
Total	50	100,0

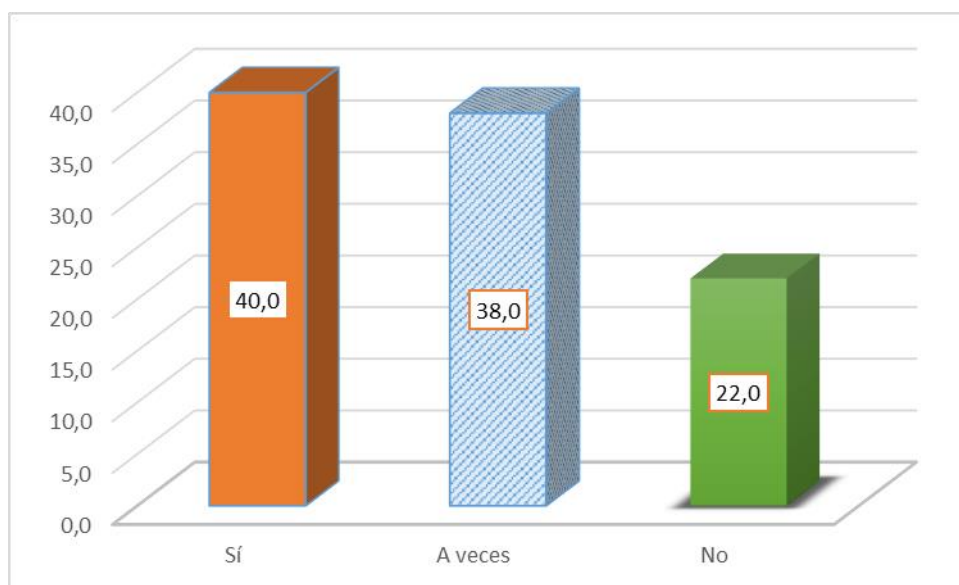


Gráfico 9

Estilo de vida en los pacientes con tuberculosis. Asiste Ud. a lugares cerrados (discotecas, buses, centros comerciales)

Interpretación:

En la distribución de los pacientes según estilo de vida en los pacientes con tuberculosis, en la pregunta. Asiste Ud. A lugares cerrados (discotecas, buses, centros comerciales) manifestaron Si el 40%, a veces el 38% y no en menor porcentaje 22%.

Tabla N°10

Actitudes frente al tratamiento antituberculoso. Cuanto tiempo espera ud. para que el personal de salud le administre sus medicinas

	Frecuencia	Porcentaje
La atención es inmediata	45	90,0
Espero poco tiempo	3	6,0
Espero demasiado tiempo	2	4,0
Total	50	100,0

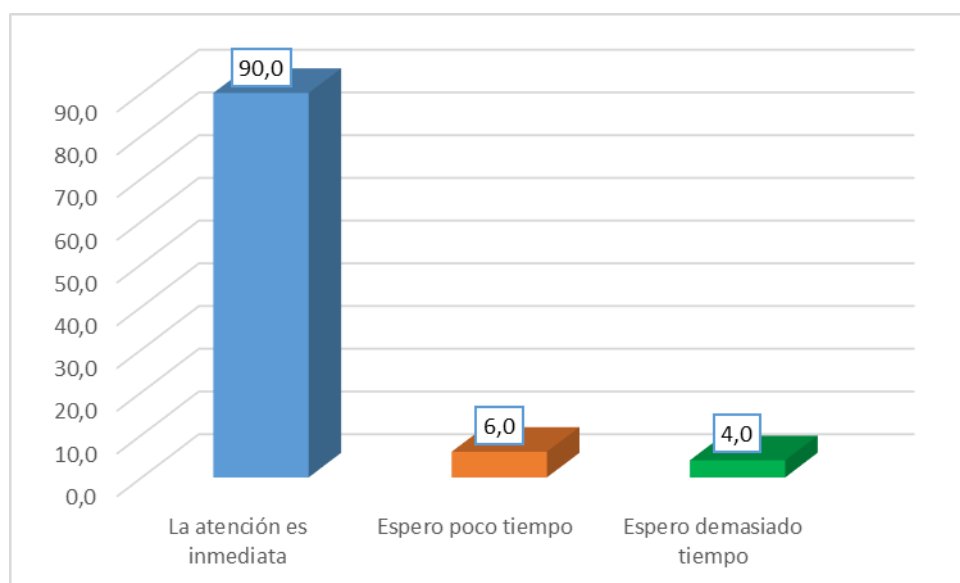


Gráfico 10

Actitudes frente al tratamiento antituberculoso. Cuanto tiempo espera ud. para que el personal de salud le administre sus medicinas

Interpretación:

En la distribución de los pacientes Actitudes frente al tratamiento antituberculoso, en la pregunta. Cuanto tiempo espera Ud. Para que el personal de salud le administre sus medicinas manifestaron la atención es inmediata el 90%, espero poco tiempo 6% y espero demasiado tiempo 4%.

Tabla N°11

Actitudes frente al tratamiento antituberculoso. La sesión educativa brindada por el personal.

	Frecuencia	Porcentaje
Comprensible	41	82,0
No comprensible	9	18,0
Total	50	100,0

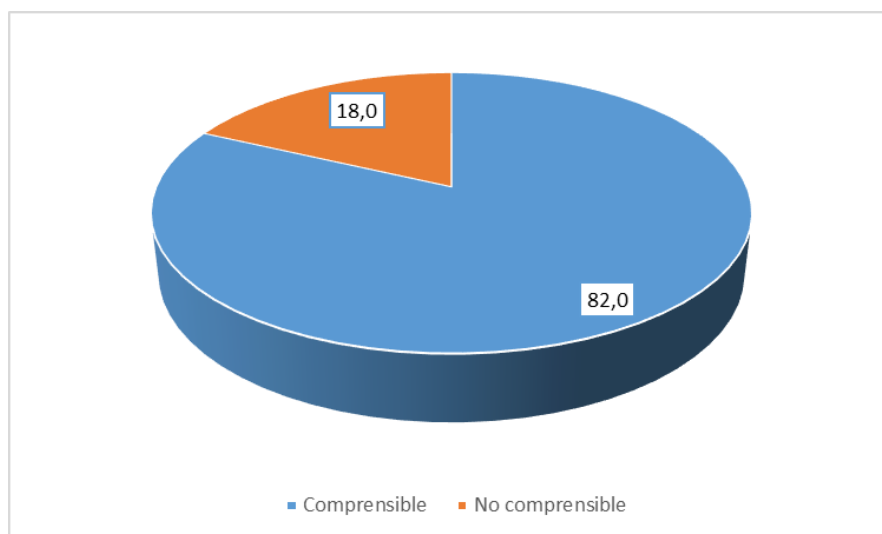


Gráfico 11

Actitudes frente al tratamiento antituberculoso. La sesión educativa brindada por el personal.

Interpretación:

En la distribución de los pacientes Actitudes frente al tratamiento antituberculoso, en la pregunta. Las sesiones educativas brindadas por el personal manifestaron la atención es comprensible el 82%, no es comprensible 18%.

Tabla N°12

Actitudes frente al tratamiento antituberculoso. Asiste a las sesiones educativas

Preguntas	Si		A veces		No		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Ha usted lo motivan para asistir a las sesiones educativas	20	40,0	18	36,0	12	24,0	50	100,0
Asiste Ud. a las sesiones educativas	15	30,0	14	28,0	21	42,0	50	100,0

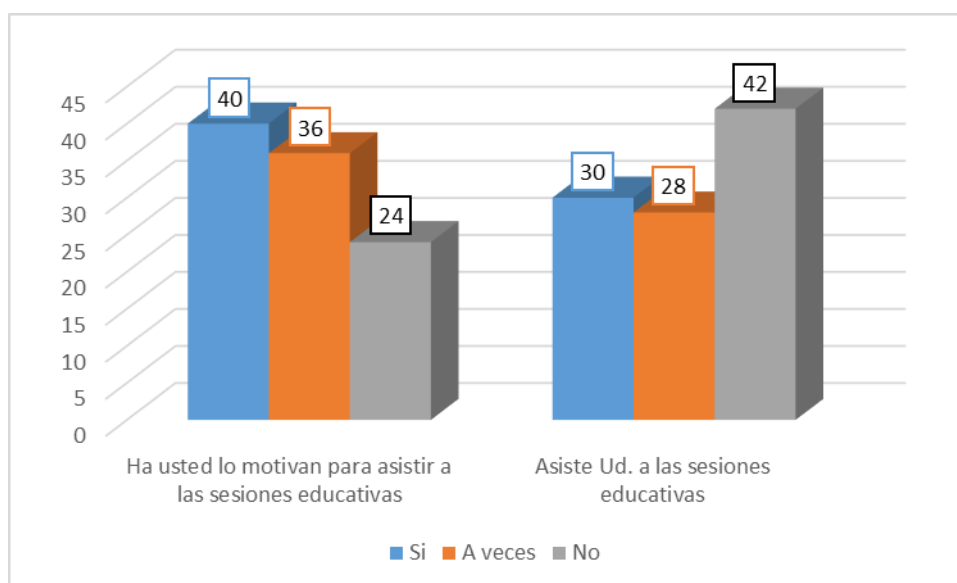


Gráfico 12

Actitudes frente al tratamiento antituberculoso. Asiste a las sesiones educativas

Interpretación:

En la distribución de los pacientes Actitudes frente al tratamiento antituberculoso, en la pregunta: Asiste a las sesiones educativas solo el 30% asistieron, en la pregunta ¿Ha usted lo motivan para asistir a las sesiones educativas? El 40% refieren que no fueron motivados.

Tabla N°13
Apoyo psicológico en los pacientes con tuberculosis

Preguntas	Si		A veces		No		Total	
	f	%	f	%	F	%	f	%
Recibe apoyo psicológico	12	24,0	14	28,0	24	48,0	50	100,0
El trato que recibe por el personal de salud es bueno	45	90,0	5	10,0	0	0,0	50	100,0

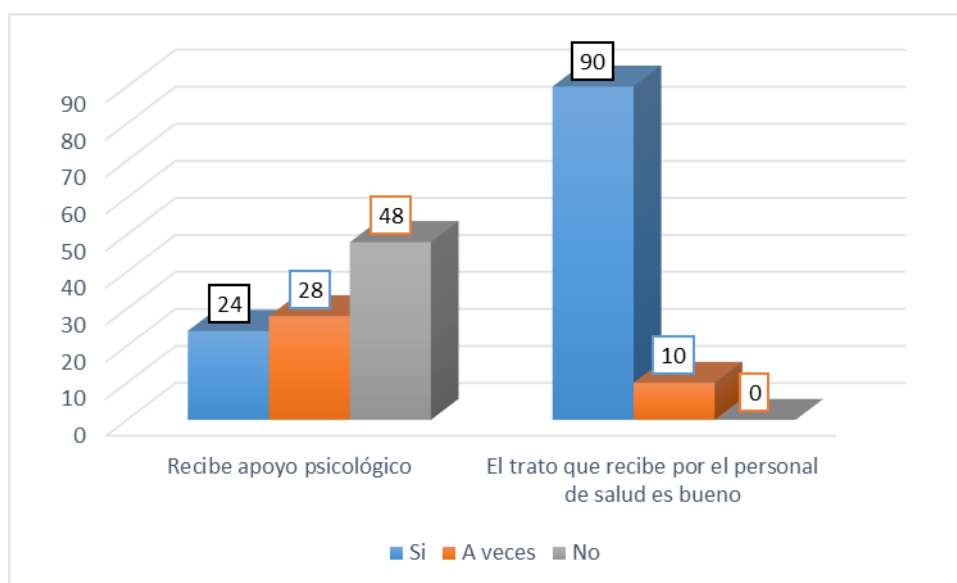


Gráfico 13

Apoyo psicológico en los pacientes con tuberculosis

Interpretación:

En la distribución de los pacientes según apoyo psicológico, en la pregunta: 48% recibe apoyo psicológico, el 90% manifestaron recibir buen trato por el personal de salud.

Tabla N°14

Vulnerabilidad a la enfermedad. ¿Cuál es la actitud de su familia en relación a su enfermedad?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre están pendientes de mi salud	32	64,0
Me preguntan a veces me ayudan	18	36,0
Total	50	100,0

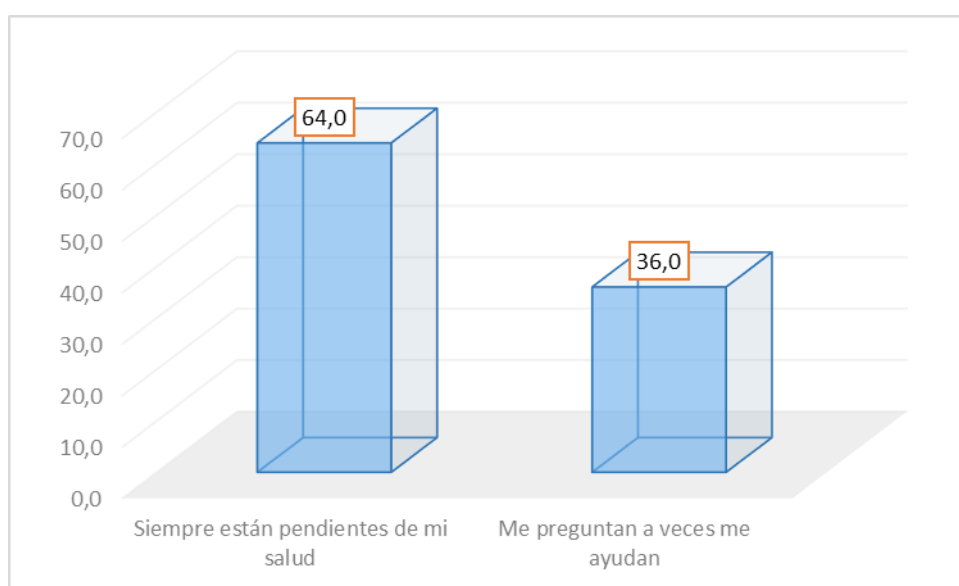


Gráfico 14

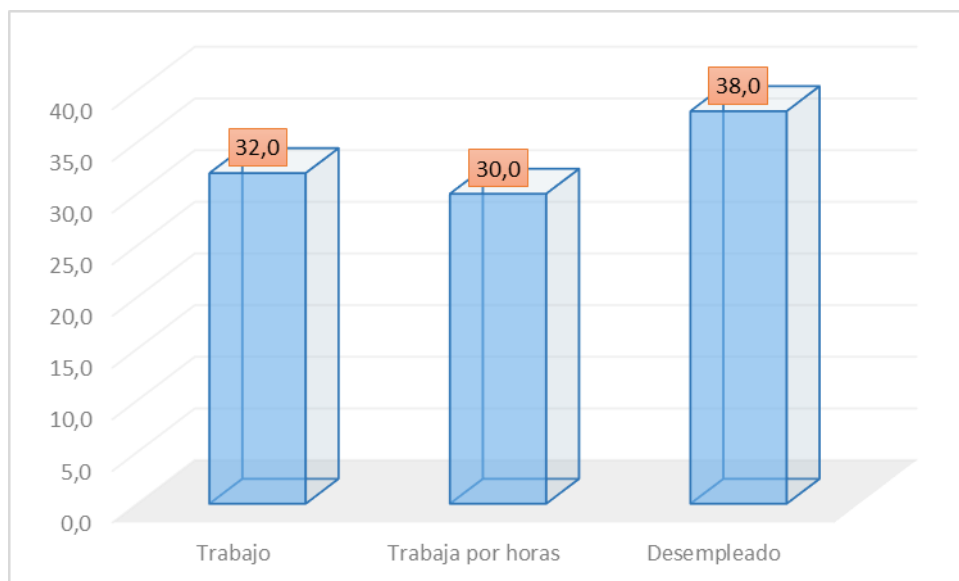
Vulnerabilidad a la enfermedad. ¿Cuál es la actitud de su familia en relación a su enfermedad?

Interpretación:

En la distribución de los pacientes según vulnerabilidad a la enfermedad, en la pregunta: ¿Cuál es la actitud de su familia en relación a su enfermedad? el 64% manifestaron que sus familiares siempre están pendientes de mi salud.

Tabla N°15**Vulnerabilidad a la enfermedad. ¿Cuál es su situación laboral actual?**

	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo	16	32,0
Trabaja por horas	15	30,0
Desempleado	19	38,0
Total	50	100,0

**Gráfico 15****Vulnerabilidad a la enfermedad. ¿Cuál es su situación laboral actual?****Interpretación:**

En la distribución de los pacientes según vulnerabilidad a la enfermedad, el 38% de los pacientes con tuberculosis respondieron estar desempleado, el 32% trabaja.

Tabla N°16

Vulnerabilidad a la enfermedad. ¿Cuál es el ingreso familiar promedio actual en su hogar?

	Frecuencia	Porcentaje
Menor al sueldo mínimo (<700.00 soles)	25	50,0
Un sueldo mínimo	13	26,0
Más de un sueldo mínimo	12	24,0
Total	50	100,0

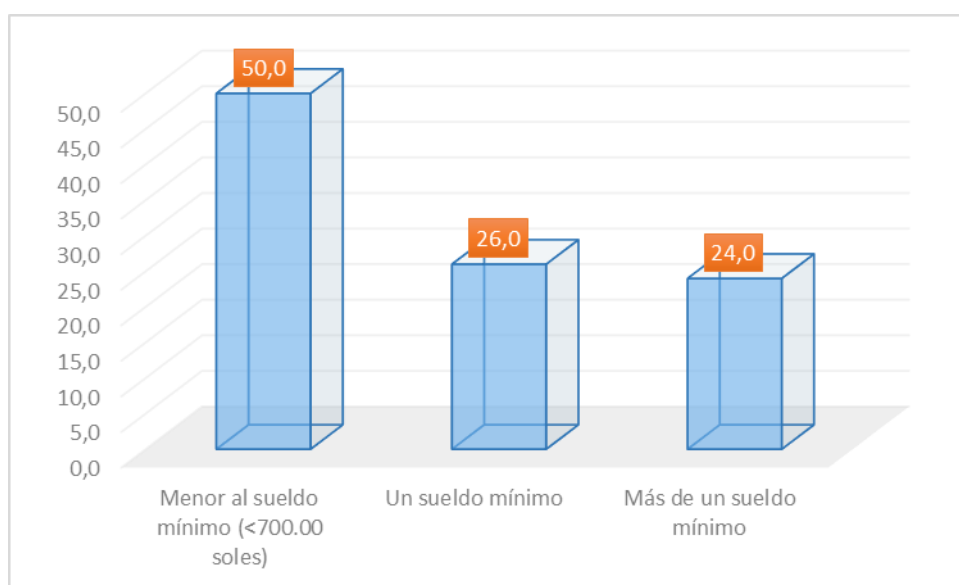


Gráfico 16

Vulnerabilidad a la enfermedad. ¿Cuál es el ingreso familiar promedio actual en su hogar?

Interpretación:

En la distribución con relación a la vulnerabilidad a la enfermedad, el 50% de los pacientes manifestaron tener menor al sueldo mínimo (<700,00 soles).

CAPITULO V

5. DISCUSIONE DE RESULTADOS

5.1 Resultados del trabajo de investigación.

La muestra estuvo conformada por 50 pacientes, 38 pacientes del sexo masculino y 12 pacientes del sexo femenino y en edades comprendidas entre 18 y 77 años que acudieron Centro de Salud Perú Corea Huánuco 2018, el período Agosto y octubre. De igual manera el muestro fue probabilística. Posterior a la selección según los criterios de inclusión y exclusión.

En los países de ingresos bajos y medios con una carga de TB alta e intermedia

La tuberculosis en nuestro país es la principal enfermedad social altamente curable que afecta a la población económicamente activa, resaltando de manera importante que los adolescentes y los adultos mayores constituyen la tercera parte del total de casos⁶⁰.

En general, se aprecia que el perfil de los grupos adherentes al tratamiento está marcado por desigualdad socioeconómica, vulnerabilidad psicoafectiva, exclusión social e inequidad en el acceso a la atención de salud. Resaltando como indicadores la edad joven, sexo masculino, vivir solo, consumo de alcohol y drogas, bajo nivel educativo, efectos adversos de los medicamentos⁶¹.

De acuerdo a los factores biosociales, se encontró que la edad promedio es de

34 años con un rango de 18 a 77 años siendo, con respecto al sexo, predominó el masculino con un 76% (38), el estado civil que predominó es la soltería con un 62% (31), el factor ocupación que presentan es estudiante con un 34. % (17). Los indicadores de la

presente investigación, coinciden con lo reportado por Plata⁹ donde el 75% de los pacientes pertenecen al género masculino; el promedio de edad es de 30 años.

Con referente a las actitudes frente al tratamiento antituberculoso, solo el 30% asiste regularmente a las sesiones educativas y el 82% de los pacientes comprende dicha sesión educativa, no hay estudios de estos indicadores para confrontar los resultados, en el MINSA existe un programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y Familia PANTBC, estudios realizado por Aparco¹⁷ reportó que existe variación del estado nutricional de los beneficiarios, con la tendencia de pasar de un nivel inferior a otro superior el Índice de Masa Corporal IMC.

Con relación al Cumplimiento del tratamiento antituberculoso en los pacientes se halló que el 88% pacientes asiste puntualmente un 84% toma a la hora sus medicamentos y el 22% manifestaron tener alguna molestia. Resultados que concuerdan con los encontrados por Gallardo¹ La tasa de cumplimiento fue del 80,4% entre los que comenzaron el Tratamiento de la Infección Tuberculosa. Culqui¹⁹ concluyó que el abandono del tratamiento antituberculoso se asoció a factores no modificables (sexo masculino, abandono previo) y a otros cuyo control mejoraría el cumplimiento (malestar durante el tratamiento, consumo de drogas recreativas y pobreza). Así mismo, es prioritario facilitar el acceso al sistema sanitario y mejorar la información recibida sobre tuberculosis.

En el estilo de vida conductas saludables de los pacientes, solo el 42% recoge víveres del Centro de Salud, el 82% de los pacientes manifestaron tener una alimentación saludable, y el 40% asiste a lugares cerrados

Con relación a la vulnerabilidad a la enfermedad, el 50% de los pacientes manifestaron tener menor al sueldo mínimo (<700,00 soles). Arrosi¹⁰ considera que la protección social de los pacientes más vulnerables deberá considerarse prioritaria dentro de las estrategias de control de la enfermedad para reducir los obstáculos a la adherencia.

Un estudio sobre el impacto económico de la TB en el Perú (29) señaló que 72% de los pacientes que trabajaban tuvieron que dejar su empleo debido a la enfermedad. Así mismo, otro estudio señala que un paciente con TB pierde, en promedio, cada año entre tres y cuatro meses de trabajo como consecuencia de la enfermedad. La pérdida de ganancias puede totalizar hasta 30% de los ingresos domésticos anuales (30). Esta situación configura un drama familiar, de ahí la importancia de mejorar los niveles de salud y educación, así como la incorporación a redes sociales de soporte económico y laboral.

Mientras no se satisfagan las necesidades básicas de la población, como empleo, vivienda, alimentación y educación, será muy difícil poder superar los mecanismos de transmisión de la enfermedad, ya que no es suficiente el hecho que la población reciba una atención médica correctiva si el problema subyace desde el origen, o sea, las condiciones de pobreza.

CONCLUSIONES

1. Las características personales de los pacientes estudiados fue el sexo masculino prevaleció en el estudio, el grupo etareo que predominó 18 a 32 años, estado civil soltero, ocupación la mayoría fue estudiante y el mayor porcentaje de los pacientes vive con más de un familiar.
2. Los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso que asisten a recibir apoyo psicológico frecuentemente son en menor porcentaje, los pacientes en su mayoría manifestaron que sus familiares siempre están pendientes de mi salud.
3. Los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso se caracterizan por su bajo ingreso económico (menor al sueldo mínimo), el mayor porcentaje se encuentra desempleado, 42% no asiste a las sesiones educativas y el mayor número de los pacientes asisten a lugares cerrados.

RECOMENDACIONES

1. Difundir los resultados a la comunidad científica y asistencial a partir de ello considerar dentro las sesiones educativas en salud dar a conocer a la población los efectos que puede conllevar la enfermedad, como prevenir la patología.
2. Realizar estudios relacionados características psicosociales en pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso de la Estrategia Nacional De Prevención y Control de la Tuberculosis con mayor número de muestra y en otros establecimientos de salud de la región Huánuco.
3. Realizar seguimiento y monitoreo a los pacientes con tuberculosis para mejorar la tasa cumplimiento del tratamiento, y que el 100% hagan uso del programa de alimentación con el fin de disminuir los efectos negativos de dicha enfermedad y la mortalidad en este grupo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Gallardo Carmen R, Requena Puche J, Miralles Buen JJ, et al. Factores asociados a la adherencia en el tratamiento de la infección tuberculosa. Aten Primaria. 2014; 46(1): 6-14.
- 2.- Arenas Nelson E, Quintero Alvares L, Rodríguez Marín K, et al. Análisis sociodemográfico y espacial de la transmisión de la tuberculosis en la ciudad de Armenia (Colombia). El Sevier. 2012; 16(3): 154-160.
- 3.- Organización mundial de la Salud, global tuberculosis report 2015. Disponible en <http://apps.who.int/ims/bitstream/10665/191102/1/9789241565059-eng.pdf>.2015.
- 4.- Organización mundial de la Salud. HIU-Associated IB facts2013. Disponible en [http://www.who.int/tb/publications/TBHIU_factsheet-24 oct 2013.pdf](http://www.who.int/tb/publications/TBHIU_factsheet-24_oct_2013.pdf).
- 5.- Araujo Ruíz V, Arévalo Arévalo SK, Torres Ahuarari RM. Factores biosociales asociados a la adherencia al tratamiento por tuberculosis pulmonar en el establecimiento de salud Iquitos. 2015.
- 6.- Plan estratégico multisectorial de la respuesta nacional a la tuberculosis en el Perú 2010-2019. MINSA. Lima, Perú.2006.
- 7.- Ministerio de salud del Perú. Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú. 2012. Disponible en <http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub-asis/asis31-pdf>.

- 8.- Ministerio de salud. Norma técnica para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis-NTS N°104_MINSA/DGSP. 01. 2013.
- 9.- Plata Casos LI. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antituberculosis. Rev. Cienc y cuidad. 2015; 12(2): 26-38.
- 10.- Arrosi Silvira, Herrera MB, Greco Adriana, et al. Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Salud colectiva. 2012; 8(1): 65-76.
- 11.- Bisero Elsa, Luque Graciela, Borda María E. Evaluación de adherencia al tratamiento en un nuevo modelo de atención de niños con tuberculosis en un hospital público. Rev. Am Med. Resp. 2013; 4: 190-196.
- 12.- García CA, Muñoz AI. Evaluación de indicadores programáticos: la necesidad de un enfoque social de la tuberculosis. Rev. Fac. Nac. Salud pública. 2014; 32(2): 76-84.
- 13.- Heredia Navarrete MR, Puc Franco M, Caamal Ley A, et al. Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán, México. Rev. Bio Med. 2012; 23: 113-120.
- 14.- Ramírez La Pausa M, Pascual Pareja JF, Amer Pérez M, et al. Evolución y tratamiento de pacientes con tuberculosis multirresistente. Med Clin (Barc). 2012; 138(15): 643-649.
- 15.- Morales Miranda HE. Influenciad de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TB-MOR de la red Almenara. Rev. Fac. Med. Hum. URP. 2015; 1: 16-22.

- 16.- Crispín V, Roque M, Salazar ME. Et al. Factores de riesgo para tuberculosis multidrogorresistente en establecimientos de salud urbano marginales 2006-2008. Cienc. Inv. 2012; 15(1): 25-29.
- 17.- Aparco JP, Huamán Espino L, Segura ER. Variación del estado nutricional durante el tratamiento antituberculoso en beneficiarios del programa PAN TBC. Rev. Perú Med Exp salud pública. 2012; 29(3): 324-328.
- 18.- Anduaga Beramendi A, Maticorena Quevedo J, Beas R, et al. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria. Acta Med Perú. 2016; 33(1): 21-28.
- 19.- Culqui DR, Murayco CV, Grijalva CG, et al. Factors associated with the non-completion of conventional anti tuberculosis treatment in Peru. Arch Bronco neural. 2012; 48(5): 150-155.
- 20.- Morán López E, Lazo Amador Y. Tuberculosis. Rev. Cubana estomatol. 2001; 38(1): 33-51.
21. - Rieder H. Annual risk of infection with Mycobacterium tuberculosis. EUF. Respir J. enero de 2005; 25(1): 181-185.
- 22.- Barrón Heli, Monteghirfo M, Rivera N. Diagnóstico molecular de Mycobacterium tuberculosis en biopsias pleurales embebidas en parafinas. An Fac Med Lima. 2006; 67(1): 11-18.

- 23.- Moreno Pérez D, Alted Gómez N, Gómez Pastrana D, et al. Diagnóstico de la tuberculosis en la edad pediátrica. *An Pediatr. (Barc)*. 2010; 72(4): 283 e1- 283 e14.
- 24.- Barrios ME, Ramírez SG, Ramírez KR, et al. Características de la TBC en niños menores de 15 años durante las gestiones 2009-2010 en el hospital del niño/a "Manuel Ascencio Villarreal". *Rev. Cienc Med* 2012; 15(1): 22-25.
- 25.- Gaviria MB, Inao HM, Martínez T, et al. Papel del personal de salud en el diagnóstico tardío de la tuberculosis pulmonar en adultos de Medellín Colombia. *Rev. Panam. Salud pública*. 2010; 27(2): 83-92.
- 26.- Sosa SM, Romero FE. Comportamiento clínico y epidemiológico de la tuberculosis pulmonar en pacientes ingresados en el hospital primario Carlos Roberto Huembés de la Rama en el periodo comprendido de enero 2005-diciembre 2011. Nicaragua. 2017.
- 27.- Gonzales NE. Descripción del caso presentado en el número anterior: tuberculosis pulmonar. *Arch. Argent. Pediatr*. 2010; 108(5): 451-453.
- 28.- Rieder HL. Bases epidemiológicas del control de la tuberculosis. Unión internacional contra la tuberculosis y enfermedades respiratorias, París: 1999. Disponible en:

http://www.theunion.org/what.we.do/publications/spanish/pub.epidemiologic_basis_spa.pdf. Fecha de acceso 10/05/17.
- 29.- Alvares GE, Álvarez JF, Dorantes JE, et al. Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. *Salud publica Mex*. 2000; 42: 520- 528.

30.- Impacto socioeconómico de la tuberculosis en el Perú 2010: documento técnico/ ministerio de salud. Dirección general de salud de las personas. Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de tuberculosis Lima: ministerio de salud; 2012.

31.- organización mundial de la salud, proyecto de estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015. 67^a. Asamblea mundial de la salud punto 12.1 del orden del día provisional. A67/11. Washington. 2014. Disponible en : <http://www.apps.who.int/gb/ebwha/pdf-files/NHA67/A67-11-SP.pdf>.2014.

32.- Organización panamericana de salud. Marco de trabajo para el control de la tuberculosis en grandes ciudades de Latinoamericanos del Caribe Washington DC 2014. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com-docman&task=doc_view&itemid=270&gid=29732&lang=es.2014.

33.- MINSA. DGE. Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú. <http://www.dge.gob.pe>. Consultado: 11/05/17.

34.- Ministerio de salud del Perú. Análisis de situación de salud del Perú año 2013. Disponible en: [http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis 2012.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis%202012.pdf).

35.- Bonilla C. Situación de la tuberculosis en el Perú. Acta Med Per. 2008. 25(3): 163-170.

36.- Bocanegra MM, Gonzales NC, Mundaco JK, et al. Evaluación del control de contactos y la quimio profilaxis en la prevención de la tuberculosis, según

la norma técnica de salud en el centro de salud “El bosque”, la Victoria, Chiclayo-Perú, agosto- octubre 2007. Flumen. 2008; 4(1): 79-85.

37.- MINSA. Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis. ESN-PCT. DGSP.2006.

38.- Norma técnica de salud para el control de la TBC/ ministerio de salud. Dirección general de salud de las personas. Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la TBC. Lima: Minsa; 2006. 272p; ilustr.

39.- Ascencio L, Quispe N, Mendoza A, et al. Vigilancia nacional de la resistencia a medicamentos antituberculosos, Perú 2005-2006. Rev. Perú Med exp. Salud pública. 2009; 26(3): 278-287.

40.- MINSA. Construyendo las alianzas estratégicas para el control de la tuberculosis: experiencia peruana. ESM-PCT-2008.

41.- Ministerio de salud del Perú. Análisis de situación de salud del Perú año 2010. Disponible en:

http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis_asis25.pdf.

42.- Cáceres FM. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) en el tratamiento antituberculoso. Med UNAB.2004; 7(21): 172-180.

43.- Del Castillo M, Mendoza A, Carlos F, et al. Epidemia de tuberculosis multidrogorresistente y extensivamente resistente a drogas (TB-MDR/XDR) en el Perú: situación y propuestas para su control. Rev. Perú Med Ex pe. Salud pública. 2009; 26(3): 380-386.

- 44.- Mellado MJ. Documento de consenso sobre el tratamiento de la exposición a tuberculosis y de la infección tuberculosa latente en niños. *An Pediatr (Barc)*. 2006; 64(1): 59-65.
- 45.- Loayza Adrianzen LG. Percepción de la calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar en segunda fase de tratamiento antituberculoso en el centro de salud, El Agustino, noviembre-diciembre. Lima Perú. 2016.
- 46.- Vinaccia S, Quiceno JM, Fernández H, et al. Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *Anales de Psicología*. 2007; 23(2): 245-252.
- 47.- Nery de Sousa J, Bertolozzi MR. La vulnerabilidad a la tuberculosis en trabajadores de enfermería dentro de un hospital universitario. *Rev. Latino-AM enfermagem*. 2007; 15(2): 1-8.
- 48.- Broglia B, Bonifachich E, Cerqueiro MC, et al. Criterios de diagnóstico y tratamiento en la tuberculosis infantil. *Arch. Argent. Pediatr*. 2002; 100(2): 159-178.
- 49.-MINSA. DIRESA personas y control de la tuberculosis en el Perú. ESN-PCT.2008.
- 50.- Perú, MINSA/ Proyecto VIGIA. Vivir la tuberculosis. Estudio socio antropológico de la tuberculosis en dos zonas de alto riesgo en Lima: San Cosme y El Agustino. Lima: MINSA/ USAID; 2000.
- 51.- MINSA. Dirección general de salud de las personas. Control de la tuberculosis en el Perú. ESN-PCT-2007.

- 52.- Tacuri ME. Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el centro de salud Primavera El Agustino, 2009. Lima. 2009.
- 53.- Vidal R. Recomendaciones SEPAR. Normativa sobre la prevención de la tuberculosis. Arch Bronconeumol. 2002; 38(9): 44-51.
- 54.- García Ramos R, Lado Lado FL, Túnez Bastida V, et al. Tratamiento actual de la tuberculosis. An Med Interna (Madrid). 2003; 20(2): 91-100.
- 55.- MINSA. Oficina general de comunicaciones. Plan comunicacional. Día mundial de la lucha contra la tuberculosis. Lima febrero 2008.
- 56.- Rodríguez de Marco J. Comisión honorario para la lucha antituberculoso y enfermedades prevalentes- CHLA-EP. Disponible en: <http://www.chlaep.org.uy/publicaciones/definición-y-patogenia.pdf>.
- 57.- MINSA. Situación de salud. Dirección de salud IV. Lima este. Junio 2008.
- 58.- Ríos Vera MC. Causas personales y familiares y su influencia en el abandono del tratamiento antituberculoso en los pacientes del hospital distrital "Vista Alegre", distrito Víctor Larco Herrera. Trujillo-Perú. 2014.
- 59.- Peralta ML, Carbajal P. Adherencia al tratamiento. Rev. Cent Dermatol. Pascua. 2008; 17(3): 84-88.
- 60.- Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Situación de Tuberculosis en el Perú [Internet] 2008[consultado en mayo 2010] disponible en:

bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1347MINSA1523.pdf.

61.- Abandono de Tratamiento de TBC-Ensayos[Internet].2011[consultado en febrero 2012].Disponible en:

<http://www.buenastareas.com/ensayos/Abandono-De-Tratamiento-De-Tbc/2500320.html>

ANEXOS

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ESTUDIO: “Características psicosociales en pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso de la estrategia nacional de prevención y control de la tuberculosis en el Centro de Salud Perú Corea 2018.”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOS
PROBLEMA GENERAL: ¿Cuáles son las características psicosociales de los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, en el Centro de Salud Perú Corea?	OBJETIVO GENERAL: Determinar las características psicosociales de los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis, en el Centro de Salud Perú Corea.	HIPOTESIS GENERAL Por ser un estudio descriptivo, no se tuvo en cuenta la hipótesis general, sin embargo, en el estudio se formularon hipótesis descriptivas.	VARIABLE (1) Factores psicosociales para el tratamiento antituberculosos.	Tipo de estudio: Observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Diseño: Descriptivo de corte trasversal. Población: 50 usuarios que reciben tratamiento en estrategia sanitaria de tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea, sin distinción de sexo. Muestra: 50 usuarios. Instrumento: El instrumento será el cuestionario de factores psicológicos y sociales en la adherencia del tratamiento antituberculoso.
PROBLEMA ESPECIFICO: (1) ¿Cómo establecer las características psicológicas de los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso en estudio?	OBJETIVO ESPECIFICO (1) Describir las características psicológicas de los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso en pacientes del estudio.	HIPOTESIS DESCRIPTIVAS (1) H1: Los principales factores psicológicos para la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes adultos. a) Creencias y actitudes de salud entre el personal de salud y el paciente. b) Motivación del personal de salud y familia c) Vulnerabilidad d) La gravedad percibida e) Comunicación entre el personal	VARIABLE (2) Adherencia al tratamiento antituberculoso	

		de salud y la familia.		
PROBLEMA ESPECIFICO: (2) ¿Cuáles serán las características sociales de los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso en pacientes adultos de estudio?	OBJETIVO ESPECIFICO (2) Describir las características sociales de los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso en pacientes adultos de estudio.	HIPOTESIS DESCRIPTIVAS (2) H2: Los principales factores sociales para la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes adultos: a) La interacción entre el personal de salud y el paciente b) El régimen terapéutico c) El apoyo familiar y social d) Técnicas grupales e) Refuerzos conductuales		
PROBLEMA ESPECIFICO: (3) ¿En qué términos de proporción se establecerán las características más importantes presente en los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso en pacientes adultos de estudio?	OBJETIVO ESPECIFICO (3) Estimar en términos de proporción la característica más importante presente en las pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso en pacientes adultos de estudio.			
PROBLEMA ESPECIFICO: (4) ¿Cómo ubicar demográficamente a los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso en pacientes del estudio?	OBJETIVO ESPECIFICO (4) Establecer demográficamente a los pacientes adherentes al tratamiento antituberculoso en pacientes del estudio.			

Nº de encuesta:

Fecha: / /



ANEXO 02

CUESTIONARIO



TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES EN PACIENTES ADHERENTES AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS “CENTRO DE SALUD PERÚ COREA” 2018.

INSTRUCCIONES: Buenos días Sr (a), soy estudiante de Enfermería de la Universidad De Huánuco. Ud. Tiene en sus manos un cuestionario que forma parte de un estudio de investigación.

El objetivo del estudio es poder encontrar las dificultades que tienen ustedes para cumplir con el tratamiento indicado.

Ruego a usted responder sinceramente todas las preguntas para obtener resultados fidedignos. Por mi parte, garantizo a usted, absoluta reserva sobre su identidad. Recuerde que es un cuestionario anónimo. Gracias por su participación.

I. DATOS GENERALES: Marque con un aspa (X) según corresponda.

1. Sexo:

Masculino ☐

Femenino ☐

2. Edad: _____Años.

3. Estado Civil:

Soltero ☐

Casado ☐

Conviviente ☐

Divorciado ☐

Viudo ☐

4. En su hogar vive:

Solo ☐

Con 1 familiares ☐

Más de 1 familiar ☐

5. Ocupación:

Comerciante ☐

Ama de casa ☐

Chofer ☐

Estudiante ☐

Otros ☐

Especifique:

II. DATOS ESPECIFICOS:

Marque con un aspa (x) la respuesta que crea conveniente:

1. Asiste usted puntualmente como corresponde al tratamiento:

Si (0) ☐

A veces (1) ☐

No (2) ☐

2. Si su respuesta anterior fue si o a veces, señale los motivos de incumplimiento del tratamiento

Trabajo ☐

Falta de tiempo ☐

Me avergüenza ☐

Otros ☐

3. La hora para la toma de los medicamentos es adecuado

Si (0) ☐

A veces (1) ☐

No (2) ☐

4. Usted recibe sus medicamentos completos

Si (0) ☐

A veces (1) ☐

No (2) ☐

5. Siente alguna molestia después de tomar sus medicamentos.

Si (0) ☐

A veces (1) ☐

No (2) ☐

6. Usted recoge los vivires del centro de salud

Si (0) ☐

No (1) ☐

7. Como es su alimentación (frecuentemente)

Frutas, verduras, carnes (pescado y pollo), menestras y leche (0) ☐

Café, té, tortas, frituras, enlatados y gaseosa. (1) ☐

8. Recibe apoyo psicológico

Si (0) ☐

A veces (1) ☐

No (2) ☐

9. Cuanto tiempo espera usted para que el personal de salud le administre sus medicinas

La atención es inmediata (0) ☐

Espero poco tiempo (1) ☐

Espero demasiado tiempo (2) ☐

10. El trato que recibe por el personal de salud es bueno

Si (0) ☐

A veces (1) ☐

No (2) ☐

- 11.** Cuando va a recibir su tratamiento diario, el personal de salud se encuentra:

Siempre en su lugar y lo atienden pronto (0) ☐

Anda de un lugar a otro, pero si lo atiende (1) ☐

Nunca está en su lugar (2) ☐

- 12.** Asiste usted a sus interconsultas oportunamente.

Si (0) ☐

A veces (1) ☐

No (2) ☐

- 13.** Asiste usted a las sesiones educativas:

Si (0) ☐

A veces (1) ☐

No (2) ☐

- 14.** La sesión educativa brindada por el personal es:

Comprensible (0) ☐

Poco comprensible (1) ☐

No comprensible (2) ☐

- 15.** El personal de salud le realiza visitas domiciliarias:

Si (0) ☐

A veces (1) ☐

No (2) ☐

- 16.** Ha usted lo motivan para asistir a las sesiones educativas:

Si (0) ☐

A veces (1) ☐

No (2) ☐

- 17.** ¿Qué recomendaciones le dio el personal de salud, respecto a su enfermedad?

Le explicaron sobre su enfermedad, medidas preventivas y como cuidar a su familia. ☐

El tipo de alimentación que debe de recibir. ☐

La higiene de su persona y en su casa. ☐

Todas las anteriores. ☐

18. ¿Cómo está conformada su familia?

Papá, mamá y hermanos que viven juntos. ☐

Papa con hijos que viven separados de la mamá. ☐

Mamá con hijos que viven separados del papá. ☐

Vivió separado de sus padres y hermanos y ahora viven juntos. ☐

19. ¿Cómo es su relación familiar?

Estable, con días buenos y otros malos. (0) ☐

Violenta, con pleitos y humillaciones. (1) ☐

20. ¿Cuál es la actitud de su familia en relación a su enfermedad?

Siempre están pendiente de mi salud (0) ☐

Me preguntan y a veces me ayudan (1) ☐

Indiferente, no se preocupan (2) ☐

21. ¿Cuál es su situación laboral actual?

Trabajo (0) ☐

Trabaja por horas (1) ☐

Desempleado (2) ☐

22. ¿Cuál es el ingreso familiar promedio actual en su hogar?

Menor al sueldo mínimo (< 700.00 soles) ☐

Un sueldo mínimo (700. 00 soles) ☐

Más de un sueldo mínimo ☐

23. Usted se siente discriminado por la sociedad:

No (0) ☐

A veces (1) ☐

Si (2) ☐

24. Asiste usted a lugares cerrados (discotecas, buses, centros comerciales)

No (0) ☐

A veces (1) ☐

Si (2) ☐

25. ¿Qué hace en su tiempo libre?

Compartir con la familia ☐

No tiene tiempo libre ☐

Actividades Recreativas ☐

Grupos de apoyo social ☐

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA JUECES SOBRE EL INSTRUMENTO OBJETO DE EVALUACION

I. JUSTIFICACION

Nombre del experto: _____

Especialidad: _____

II. APRECIACION DEL EXPERTO

Nº	ITEMS	APRECIACION		OBSERVACION
		SI	NO	
1	¿El instrumento responde al planteamiento del problema?			
2	¿El instrumento responde a los objetivos del problema?			
3	¿Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la elaboración del instrumento?			
4	¿El instrumento responde a la operacionalización de las variables?			
5	¿La estructura que presenta el instrumento es secuencial?			
6	¿Los ítems están redactados de forma clara y precisa?			
7	¿El número de ítems es adecuado?			
8	¿Los ítems del instrumento son válidos?			
9	¿Se deben incrementar el número de ítems?			
10	¿Se debe eliminar algunos ítems?			

III. DECISION DEL EXPERTO

El instrumento debe ser aplicado: SI () NO ()

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

Firma y Sello

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Celia Salazar Rojas, con DNI N° 22415399, de
profesión Docente, ejerciendo actualmente como
Jefe(a) A. de CC. M.M. y DINÁMICAS en la Institución
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de
contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes
recomendaciones:

APTO PARA SU EJECUCIÓN.

En Huánuco, a los 10 días del mes de Octubre del 2018.

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Celia Salazar Rojas
Mg. Celia Salazar Rojas
Jefe (a) Del Área De Ciencias Morfológicas Y Dinámicas

Firma

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, David A. Barrueta Sautillán, con DNI N° 22416110, de
profesión Lic. Enfermero, ejerciendo actualmente como
Enfermero Asistencial, en la Institución
Hospital II ESSALUD Huánuco.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de
contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes
recomendaciones:

Apto para su ejecución.

En Huánuco, a los 12 días del mes de Octubre del 2018.



David A. Barrueta Sautillán
Cep. 23817

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, VALVERDE JARA GEROGINA, con DNI N° 42302947, de
profesión LIC. ENFERMERIA, ejerciendo actualmente como
JEFA DEL PROGRAMA (PCT), en la Institución
CENTRO DE SALUD "PERÚ COREA".

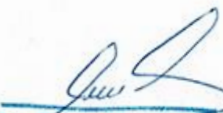
Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de
contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes
recomendaciones:

NINGUNA OBSERVACION.

Apto para su ejecución.

En Huánuco, a los 15 días del mes de Octubre del 2018.


 Gerogina Valverde Jara
Lic. Enfermería
CEP 49940


Firma

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Juan José Rolando Palacios, con DNI N° 72099240, de
profesión Economista, ejerciendo actualmente como
Área Financiera, en la Institución
Red de Salud Ambo.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de
contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes
recomendaciones:

Ninguna
Apto para su ejecución.

En Huánuco, a los 15 días del mes de Octubre del 2018.


Econ. Juan. Rolando Palacios
DNI 72099240
Reg. CEH. 00668

Firma

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, LINCOLN A. MIRAVAL TARRAZONA con DNI N° 72404067 de
profesión PSICOLOGO, ejerciendo actualmente como
JEFE DE DEPARTAMENTO PSICOLOGIA en la Institución
HOSP. REGIONAL HERMILIO VALDIZAN M.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de
contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes
recomendaciones:

NINGUNA

Apto para su ejecución.

En Huánuco, a los 17 días del mes de OCTUBRE del 2018.

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN M.
FOLIO 17 de 17
FOLIO 17 de 17
FOLIO 17 de 17
FOLIO 17 de 17

Firma



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO ESCUELA ACADÉMICO
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD**



“Año del Buen servicio al ciudadano”

Huánuco, 28 de agosto del 2018

OFICIO. Mult – N° 37- 2018D/PA – ENF – UDH

Sr(a).: CD. Sergio Abraham Fernández Briceño

DIRECTOR del Centro de Salud Perú Corea

Presente:

De mi consideración:

Es grato dirigirme a Usted, para saludarte cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento que el alumno CHAHUA GALLARDO, DANIEL ALEJANDRO de la Escuela Académico profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, se encuentra desarrollando el trabajo de investigación titulado “CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES EN PACIENTES ADHERENTES AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS CENTRO DE SALUD PERÚ COREA 2018” por lo que solicito campo clínico para aplicar la recolección de datos de dicho estudio, ya que tendrá como muestra de estudio a todos los pacientes de la estrategia nacional de prevención y control de la tuberculosis del establecimiento de salud.

Esperando contar con su apoyo y comprensión, agradezco anticipadamente a Usted reiterándole las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,




Mg. Amalia Verónica Leiva Yaro
DIRECTORA DE LA EAP DE ENFERMERIA





“Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional”

Amarilis, 05 de noviembre del 2018.

CARTA N° 07 - 2018-GR HCO/DRS-RSH-MRA-J.

SEÑOR:

Daniel Alejandro Chahua Gallardo
Alumno de la Universidad de Huánuco.

Presente.-

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente e informarle sobre su Carta de Proyecto de Investigación Titulado “Características Psicosociales en pacientes Adherentes al tratamiento antituberculoso de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea”, por lo cual esta Jefatura de la microred da por **ACEPTADO** la ejecución del proyecto de investigación para el beneficio del establecimiento.

Sin otro particular, se remite el presente para su conocimiento y fines.

Atentamente,

SAFB/safb
05/11/2018



MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
RED DE SALUD HUÁNUCO
MICRORED AMARILIS
C.D. Sergio A. Fernández Briceño
JEFE DE MICRO RED
C.O.P. 14307

BASE DE DATOS

Sexo	Edad	Estado civil	Hogar	Ocupación	Prep 1	Prep 2	Prep 3	Prep 4	Prep 5	Prep 6	Prep 7	Prep 8	Prep 9	Prep 10	Prep 11	Prep 12	Prep 13	Prep 14	Prep 15	Prep 16	Prep 17	Prep 18	Prep 19	Prep 20	Prep 21	Prep 22	Prep 23	Prep 24	Prep 24	Grupo Etareo
2	39	1	3	1	1	4	1	1	1	2	1	3	1	1	1	1	3	3	3	3	3	1	1	1	1	2	1	2	1	2
1	22	1	3	4	1	4	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	3	3	1	3	1	3	1	1	2	2	1	2	1	1
1	20	1	3	4	1	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	19	3	3	5	1	1	1	3	3	2	2	3	3	2	1	1	3	1	3	3	1	3	1	1	3	1	2	1	1	1
1	19	1	3	4	1	2	2	1	2	2	1	3	1	1	1	2	3	1	3	3	1	2	1	1	3	2	1	1	1	1
2	24	1	3	4	1	1	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	3	3	3	3	2	3	1	1	2	2	1	3	1	1
1	35	1	3	1	2	1	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	2	1	1	2	2	3	2
1	28	1	1	4	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	2	1	2	3	3	1
1	20	3	2	3	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	4	1	1	2	1	2	2	3	3	1
1	44	3	3	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	4	1	1	2	1	3	2	1	1	2
1	47	1	2	5	1	1	1	1	2	2	1	3	1	1	1	1	3	1	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3
2	19	1	3	4	1	3	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	4	1	1	2	3	3	1	2	3	1
1	24	1	2	3	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	4	1	1	2	2	1	2	2	3	1
1	29	3	3	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	4	1	1	1	3	3	2	2	1	1
1	18	1	3	4	1	3	2	1	3	1	1	3	1	1	1	1	3	1	3	2	4	1	1	2	3	3	1	2	3	1
1	44	3	3	5	1	3	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	3	3	1	3	4	1	1	2	1	3	3	1	2
1	77	1	3	5	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	3	1	3	1	4	1	1	1	3	1	1	1	1	4
2	70	2	2	2	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	4
2	34	3	3	2	1	2	1	1	3	2	1	3	1	1	1	1	3	1	3	3	4	3	1	1	2	2	1	1	1	2
2	39	1	3	1	1	4	1	1	1	2	1	3	1	1	1	1	3	3	3	3	3	1	1	1	1	2	1	2	1	2
1	22	1	3	4	1	4	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	3	3	1	3	1	3	1	1	2	2	1	2	1	1
1	20	1	3	4	1	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	19	3	3	5	1	1	1	3	3	2	2	3	3	2	1	1	3	1	3	3	1	3	1	1	3	1	2	1	1	1
1	19	1	3	4	1	2	2	1	2	2	1	3	1	1	1	2	3	1	3	3	1	2	1	1	3	2	1	1	1	1
2	24	1	3	4	1	1	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	3	3	3	3	2	3	1	1	2	2	1	3	1	1
1	35	1	3	1	2	1	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	2	1	1	2	2	3	2
1	28	1	1	4	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	2	1	2	3	3	1

1	20	3	2	3	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	4	1	1	2	1	2	2	3	3	1
1	44	3	3	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	4	1	1	2	1	3	2	1	1	2
1	47	1	2	5	1	1	1	1	2	2	1	3	1	1	1	1	3	1	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3
2	19	1	3	4	1	3	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	4	1	1	2	3	3	1	2	3	1
1	24	1	2	3	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	4	1	1	2	2	1	2	2	3	1
1	29	3	3	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	4	1	1	1	3	3	2	2	1	1
1	18	1	3	4	1	3	2	1	3	1	1	3	1	1	1	1	3	1	3	2	4	1	1	2	3	3	1	2	3	1
1	44	3	3	5	1	3	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	3	3	1	3	4	1	1	2	1	3	3	1	2
1	77	1	3	5	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	3	1	3	1	4	1	1	1	3	1	1	1	1	4
2	70	2	2	2	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	4
2	34	3	3	2	1	2	1	1	3	2	1	3	1	1	1	1	3	1	3	3	4	3	1	1	2	2	1	1	1	2
1	35	1	3	1	2	1	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	2	1	1	2	2	3	2
1	28	1	1	4	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	2	1	2	3	3	1
1	20	3	2	3	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	4	1	1	2	1	2	2	3	3	1
1	44	3	3	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	4	1	1	2	1	3	2	1	1	2
1	47	1	2	5	1	1	1	1	2	2	1	3	1	1	1	1	3	1	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3
2	19	1	3	4	1	3	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	4	1	1	2	3	3	1	2	3	1
1	24	1	2	3	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	4	1	1	2	2	1	2	2	3	1
1	29	3	3	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	4	1	1	1	3	3	2	2	1	1
1	18	1	3	4	1	3	2	1	3	1	1	3	1	1	1	1	3	1	3	2	4	1	1	2	3	3	1	2	3	1
1	44	3	3	5	1	3	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	3	3	1	3	4	1	1	2	1	3	3	1	2
1	77	1	3	5	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	3	1	3	1	4	1	1	1	3	1	1	1	1	4
2	70	2	2	2	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	4