

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Medicina Humana



Una Institución Adventista

Factores asociados a la adherencia al tratamiento de tuberculosis sensible en pacientes del Programa de Control de Tuberculosis del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

Tesis para optar el título de Médico Cirujano

Por:

Claudia Maribel Cueva Benavides

Asesor:

Dr. José Enrique Villarreal Palomino

Lima, 2019

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

Dr. José Enrique Villarreal Palomino, Facultad de ciencias de la Salud, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: **“Factores asociados a la adherencia al tratamiento de tuberculosis sensible en pacientes del Programa de Control de Tuberculosis del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.”** constituye la memoria que presenta la **Bachiller Claudia Maribel Cueva Benavides** para aspirar al título de Profesional de Grado académico de Médico Cirujano ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en Lima, 20 de Febrero del año 2019



MINISTERIO DE SALUD
Dr. José Enrique Villarreal Palomino
MÉDICO - PEDIATRA

Dr. José Enrique Villarreal Palomino
Asesor



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Naña, Villa Unión, a los 20 día(s) del mes de febrero del año 2019, siendo las 12:00 horas, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del jurado: Dr. José Luis Peña Carriello, el secretario: Dr. Victor Gonzales Valenzuela y los demás miembros: Mg. Angelo Huapaya Flores y el asesor: Dr. José Enrique Villareal

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulada: "Factores asociados a la adherencia al tratamiento de tuberculosis sensible en pacientes del programa de control de tuberculosis del hospital de Huaycán, Lima, 2018" de el(los)/a(la)s bachiller(es): Claudia Maribel Quera Benavides

b) conducente a la obtención del título profesional de Medicina Cirujano (Nombre del Título Profesional) con mención en.....

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (los)/a(la)(las) candidato(a)s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por el(los)/a(la)(las) candidato(a)s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Candidato (a): Claudia Maribel Quera Benavides

| CALIFICACIÓN | ESCALAS | | | Mérito |
|-----------------|-----------|----------|------------------|-------------------|
| | Vigesimal | Líteral | Cualitativa | |
| <u>Aprobado</u> | <u>19</u> | <u>A</u> | <u>Excelente</u> | <u>Excelencia</u> |

Candidato (b):

| CALIFICACIÓN | ESCALAS | | | Mérito |
|--------------|-----------|---------|-------------|--------|
| | Vigesimal | Líteral | Cualitativa | |
| | | | | |

(*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al(los)/a(la)(las) candidato(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

[Firma]
Presidente
[Firma]
Asesor
[Firma]
Candidato/a (a)

[Firma]
Miembro

[Firma]
Secretario
[Firma]
Miembro
[Firma]
Candidato/a (b)

Dedicatoria

A Dios por su infinito amor y su maravillosa bondad y sabiduría, me da mucho más de lo que merezco.

A mis padres, por su esfuerzo, apoyo en todo momento, sus enseñanzas, sus oraciones y sobre todo su amor.

A mi novio, por su amor y darme ánimo y alentarme a seguir, porque pese a la distancia me deja sentir su amor.

A mi alma mater, Universidad Peruana Unión por tener una educación que no sólo me ha brindado conocimientos para mi desarrollo profesional, sino para una maravillosa eternidad.

Agradecimientos

Agradezco en primer lugar al padre celestial, que me ha acompañado en cada paso, que me ha guiado y ha puesto a personas maravillosas para alentarme a seguir adelante confiando que los planes que Dios tiene para cada uno son perfectos.

Agradezco a mis padres: Jaime Cueva y Miriam Benavides por el esfuerzo que han hecho al educarme en ésta institución, que imparte no sólo conocimiento para ésta vida sino para la eternidad, que estuvieron allí a pesar de la distancia para animarme, orar conmigo y decirme que Dios hacía su parte y que yo haga la mía.

Agradezco a mi novio: Samuel Velásquez quien me alienta y comprende el poco tiempo que puedo tener, gracias por tu amor y estar allí pese a la distancia.

Agradezco a la Universidad Peruana Unión, mi alma mater, la institución que me ha visto desarrollarme y alcanzar las metas que en un momento me propuse, que me ha brindado maestros, que me han brindado sus conocimientos y su buen ejemplo.

Agradezco a mi Asesor: Dr. José Enrique Villarreal Palomino, que me animó, me enseñó y me guió a través de todo el proceso de ésta investigación.

Agradezco a mi tutora: Dra. Catherine Alejandra Márquez Canales, que estuvo para ayudarme en cada proceso, que estuvo dispuesta a alentarme, decirme que ya faltaba poco y que iba logrrlo.

Resumen

El **objetivo** Determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento de TB sensible en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018, cuya **metodología** es de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental y corte transversal, tipo asociativo. El tipo de **muestreo** es no probabilístico, conformada por 149, el instrumento fue creado por la investigadora; en los **resultados** El 78,5% de los pacientes sí fueron adherentes al tratamiento antituberculoso y sólo el 21,5% no se adhirieron a él. Se encontró relación entre los factores: ¿Con quién vive?, sintió rechazo después del diagnóstico y considera que lleva una alimentación saludable, y a la adherencia al tratamiento en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán con un $p\text{-valor} < 0,05$. Se encontró relación entre los factores: ha faltado al tratamiento y trato del personal de salud, y a la adherencia al tratamiento en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán con un $p\text{-valor} < 0,05$. En **conclusión** El vivir con familiares, no rechazar el diagnóstico y tener una alimentación saludable ha reforzado la adherencia al tratamiento, el buen trato del personal de salud ha reforzado la adherencia al tratamiento, y no ha existido una causa lo suficientemente fuerte como para que los pacientes dejen el tratamiento.

Palabras clave: Adherencia, tuberculosis sensible, factores asociados

Summary

The objective determines the factors associated with adherence to the treatment of TB sensitive to PCT patients at Hospital de Huaycán, Lima, 2018, which is based on the quantitative approach, the non-experimental design and the cross-section, the associative type. The type of sampling is not probabilistic, consisting of 149, the instrument was created by the researcher; in the results 78.5% of the patients did adhere to the antituberculous treatment and only 21.5% did not adhere to it. The relationship between the factors: With whom he lives, he receives the treatment of the patient in the PCT of Huaycán Hospital with a p-value <0.05 . The relationship between the factors: the failure in the treatment and the personal treatment of health, and the adherence to the treatment in the PCT of the Huaycán Hospital with a p-value <0.05 . In conclusion Living with family members, not overloading the diagnosis and having a healthy diet has reinforced adherence to treatment, good personal treatment of health has reinforced adherence to treatment, and there has not been a strong enough cause for patients to patients leave the treatment.

Key words: Adherence, sensitive tuberculosis, associated factors.

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| Dedicatoria..... | III |
| Agradecimientos | IV |
| Índice de contenido | V |
| Índice de tablas..... | VIII |
| Índice de figuras..... | IX |
| Índice de anexos..... | X |
| Capítulo I..... | 13 |
| 1. Planteamiento del problema | 13 |
| 2. Formulación del problema | 16 |
| 3. Objetivos de la investigación | 17 |
| 3.1. Objetivo general | 17 |
| 3.2. Objetivos específicos | 17 |
| 4. Justificación del problema..... | 17 |
| 4.1. Aporte teórico | 17 |
| 4.2. Aporte metodológico | 18 |
| 4.3. Aporte práctico y social..... | 18 |
| 5. Presuposición filosófica | 18 |
| Capítulo II..... | 21 |
| 1. Antecedentes | 21 |
| 2. Marco teórico | 28 |
| 2.1. Tuberculosis | 28 |

| | |
|--|-----------|
| 2.1.1. Definición..... | 28 |
| 2.1.2. Epidemiología..... | 29 |
| 2.1.3. Etiología | 30 |
| 2.1.4. Fisiopatología..... | 31 |
| 2.1.5. Formas | 32 |
| 2.1.6. Tipos | 32 |
| 2.1.7. Clasificación | 33 |
| 2.1.8. Factores de riesgo..... | 34 |
| 2.1.9. Transmisión..... | 34 |
| 2.1.10. Diagnóstico..... | 35 |
| 2.1.11. Signos y síntomas | 36 |
| 2.1.12. Prevención | 36 |
| 2.1.13. Tratamiento | 37 |
| 2.1.14. Efectos adversos de los antituberculosos | 39 |
| 2.2. Adherencia al tratamiento..... | 40 |
| 3. Definición de términos..... | 44 |
| Capítulo III..... | 46 |
| 1.diseño y tipo de investigación | 46 |
| 2.delimitación geográfica | 46 |
| 4.participantes..... | 48 |
| 5.variable | 49 |
| 6.técnica e instrumento de recolección de datos | 54 |
| 7.proceso de recolección de datos..... | 54 |
| 8.procesamiento y análisis de datos | 55 |
| 9.consideraciones éticas..... | 55 |
| Capítulo IV | 56 |

| | |
|-------------------------|-----------|
| 1.Resultados | 57 |
| 2.Discusión | 66 |
| Capítulo V | 71 |
| 1.Conclusiones..... | 71 |
| 2.Recomendaciones | 71 |
| Referencias..... | 74 |
| anexos..... | 84 |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| <i>Tabla 1 Factores socioeconómicos de los pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.</i> | 56 |
| <i>Tabla 2 Factores asociados al paciente del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.</i> | 59 |
| <i>Tabla 3 Factores de la enfermedad y tratamiento en los pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.</i> | 60 |
| <i>Tabla 4 Factores del servicio de salud en los pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.</i> | 61 |
| <i>Tabla 5 Adherencia al tratamiento en los pacientes del PCT del Hospital Huaycán, Lima, 2018.</i> | 62 |
| <i>Tabla 6 Relación entre los factores socioeconómicos y la adherencia al tratamiento en los pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.</i> | 63 |
| <i>Tabla 7 Relación entre los factores asociados al paciente y la adherencia al tratamiento en los pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.</i> | 64 |
| <i>Tabla 8 Relación entre los factores de la enfermedad y tratamiento y la adherencia al tratamiento en los pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.</i> | 64 |
| <i>Tabla 9 Relación entre los factores del centro de salud y la adherencia al tratamiento en los pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.</i> | 65 |

Índice de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1 Nomenclatura del esquema del tratamiento de TBC según la norma técnica..... | 37 |
| Figura 2 Dosis de medicamentos antituberculosos de primera línea para personas mayores de 15 años. | 38 |
| Figura 3 Reacciones adversas a los medicamentos antituberculosos | 40 |

Índice de Anexos

| | |
|---|-----|
| <i>Anexos 1 Instrumento de recolección de datos</i> | 84 |
| <i>Anexos 2 Validación juicio de expertos</i> | 88 |
| <i>Anexos 3 Validación de instrumentos</i> | 89 |
| <i>Anexos 4 Permisos del Hospital de Huaycán</i> | 96 |
| <i>Anexos 5 Consentimiento</i> | 98 |
| <i>Anexos 6 Lista de abreviaturas</i> | 99 |
| <i>Anexos 7 Base de datos</i> | 102 |
| <i>Anexos 8 Matriz de Consistencia</i> | 108 |

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

La tuberculosis está ahora ubicada como la novena causa de muerte en todo el mundo y la causa principal de un solo agente infeccioso, que se encuentra por encima del VIH / SIDA. La OMS en su reporte del 2016 notificó un total de 10.4 millones de personas enfermas de TB en el mundo, 1.4 millones muertas por TB y 0.4 millones muertas por TB/VIH, en las Américas se estima que 268.500 personas enfermaron de TB con una tasa de incidencia de 27.1 x 100.00, un número de 18.500 murieron por TBC (1).

En 2016, 2,5 millones de personas enfermaron de TB en la región africana, lo que representa una cuarta parte de los nuevos casos de TB en todo el mundo. Se estima que 417,000 personas murieron a causa de la enfermedad en la región africana 1,7 millones a nivel mundial en 2016. Más del 25% de las muertes por tuberculosis ocurren en la región africana. Siete países representan el 64% de los nuevos casos de TB en 2016, con India a la cabeza, seguido por Indonesia, China, Filipinas, Pakistán, Nigeria y Sudáfrica.

En 2016, se estima que 1 millón de niños se enfermaron con TB y 250 000 niños murieron de TB (incluidos los niños con TB asociada al VIH). La TB es una de las

principales causas de muerte de personas con VIH: en 2016, el 40% de las muertes por VIH se debieron a la TB.

Alrededor del 82% de las muertes por tuberculosis entre las personas VIH-negativas ocurrieron en la Región de África de la OMS y en la Región de Asia Sudoriental de la OMS en 2016. La TB multirresistente sigue siendo una crisis de salud pública y una amenaza para la salud. La OMS estima que hubo 451,551 casos nuevos con resistencia a la rifampicina en la región africana, el fármaco de primera línea más efectivo.

A nivel mundial, la incidencia de TB está disminuyendo en alrededor del 2% por año. Esto debe acelerarse a un descenso anual del 4 al 5% para alcanzar los hitos de 2020 de la Estrategia para el final de la TB. A nivel mundial, se estima que se salvaron 53 millones de vidas entre 2000 y 2015 y 10 millones de vidas se salvaron en la Región de África entre 2000 y 2014 mediante el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis.

En el año 2017 la incidencia de tuberculosis fue de 282.000 y el porcentaje de recaídas fue del 3% de la carga mundial total, en las Américas fue en el Caribe donde se encontró la incidencia más alta, seguida de América del Sur, América Central y México y Norte América(2).

Si bien el tratamiento es gratuito, son aproximadamente 7000 casos de tuberculosis resistente, que aún no han sido diagnosticadas y tratadas, y son un número menor a años pasados los que se han realizado una prueba de sensibilidad, debido a la falta de conocimiento sobre la enfermedad y sus formas de transmisión.

En los objetivos de desarrollo sostenible que la OMS establece dentro de los 17 objetivos para el 2030, el número tres es Salud y bienestar, el cual encierra poner fin a la epidemia del sida, la tuberculosis, la malaria y enfermedades tropicales

desatendidas y combatir las hepatitis, enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

Perú es el segundo país con la tasa más alta de tuberculosis en América Latina, después de Brasil, a pesar de que su población es seis veces mayor(1,3,4).

La tuberculosis en el Perú, está entre las principales causa de muerte, en el año 2014 ocupó el décimo quinto lugar. En el 2016 se notificaron 31,079 casos en todo el país en las diferentes formas de Tuberculosis, 16,747 casos nuevos de TBC sensible. (5,6).

El número de abandonos del tratamiento de TBC en el año 2015 en la Red de Lima este fue de 166 casos, en el año 2016 fue de 273 y en el año 2017 fue de 125, que tuvo el mayor número de abandonos en Lima metropolitana y sus regiones, publicado en el documento técnico "Plan de intervención de prevención y control de Tuberculosis en Lima Metropolitana y regiones priorizadas del Callao, Ica, La libertad y Loreto, 2018-2020".(6)

En el reporte de la OMS sobre la TBC en Perú se estimó que el número de casos de TB MDR era un total de 2300 lo que sitúa al Perú como el país con la más alta prevalencia de tuberculosis resistente de América Latina y el Caribe (3).

En 2016, igual que en 2015, se estima que 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y la tuberculosis sigue siendo la principal causa de muerte en todo el mundo de un único agente infeccioso. El informe destaca la continua amenaza de la TB fármaco resistente: en 2016, hubo 600 000 nuevos casos con resistencia a la rifampicina, el fármaco de primera línea más efectivo, de los cuales 490 000 tenían TB resistente a múltiples fármacos (TB-MDR) de 480,000 en 2015. Casi la mitad (47%) de estos casos se registraron en la India, China y la Federación de Rusia.(7).

La norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, menciona los factores de riesgo para TB resistente, los cuales son: Fracaso al esquema con drogas de primera línea, confirmar el contacto con un caso de TB resistente, la recaída dentro de los 6 meses siguientes de haber recibido el alta de un esquema de medicamentos de primera línea, personas que son privadas de la libertad, vivir en albergues o lugares de hacinamiento, antecedente de irregularidad o abandono del tratamiento de TB sensible, terapia no supervisada, tener contacto con persona que tenga o haya fallecido con TB resistente, comorbilidades o condiciones previas de VIH, DM, IRC, tratamiento con medicamentos inmunosupresores, ser trabajador o estudiante de un área de salud(8).

En el ASIS del año 2015 del Hospital de Huaycán, se reportaron 150 casos nuevos de tuberculosis y la tasa de abandono fue del 37%. De igual manera, en el 2016, se registraron 159 casos nuevos y la tasa de abandono fue del 21%. Por otro lado, en el 2017 se evidenciaron 169 casos nuevos de tuberculosis con una tasa de abandono del 27%.(5,9,10)

Durante el internado, se pudo observar, como acudían pacientes debido a molestias como náuseas y vómitos después de recibir el tratamiento de tuberculosis, también acudían muchos pacientes con hemoptisis, bronquiectasias, tos por más de un mes.

1. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia al tratamiento de TB sensible en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018?

2. Objetivos de la investigación

2.1. Objetivo general

Determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento de TB sensible en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar la adherencia al tratamiento de TB sensible que presentan los pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.
- Determinar la relación de los factores sociodemográficos y la adherencia al tratamiento de TB sensible en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.
- Determinar la relación de los factores asociados al paciente y la adherencia al tratamiento de TB sensible en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.
- Determinar la relación de los factores de la enfermedad y el tratamiento y la adherencia al tratamiento de TB sensible en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.
- Determinar la relación de los factores asociados al servicio de Salud y la adherencia al tratamiento de TB sensible en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

3. Justificación del problema

3.1. Aporte teórico

La investigación aporta bibliografía sistematizada y actualizada sobre las variables de estudio; además, servirá de referente para la realización de próximas

investigaciones. Asimismo, permitirá a los estudiantes y profesionales del área ampliar sus conocimientos sobre la importancia de la adherencia al tratamiento antituberculoso y los factores que se asocian él.

3.2. Aporte metodológico

El cuestionario de factores asociados a la adherencia al tratamiento antituberculoso creado por el autor de la investigación, fue sometido al proceso de validez, a través de la prueba V de Aiken, con el propósito de brindar datos confiables. A su vez, la base de datos quedó de aporte al PCT de la institución para la toma de medidas preventivas y correctivas necesarias.

3.3. Aporte práctico y social

Este estudio beneficiará al paciente de PCT porque evidenciará los principales factores que se asocian a la adherencia al tratamiento antituberculoso. Además, con los resultados obtenidos, se podrán tomar medidas preventivas que disminuyan las tasas de abandono al tratamiento. También los profesionales de los servicios de salud se beneficiarán con este estudio, ya que podrán poner mayor énfasis en el seguimiento de estos pacientes.

Así mismo, los resultados de esta investigación servirán de base para que los profesionales del PCT puedan realizar programas y actividades de capacitación sobre la importancia de la adherencia al tratamiento, y de esta manera, mejorar los índices de calidad del servicio.

4. Presuposición filosófica

Hoy en día vemos como las personas cada día se entregan a sus labores cotidianas, una vida agitada y llena de mucho trabajo, dejando de lado las bases de

la vida y la felicidad, vemos como muchas personas le dan tan poca importancia a la salud integral, la biblia en la primera carta a los Corintios dice que el cuerpo es templo del espíritu santo y que debemos cuidarlo, las personas dejan de lado su salud, ya sea por desinterés en mantenerse con vigor o por priorizar otras actividades que para su perspectiva es primordial. Con respecto a la variable de estudio se ha considerado importante tomar en cuenta citas que indican la importancia del cuidado de la salud desde la filosofía de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, la cual promueve los ocho remedios naturales que son: Agua pura, ejercicio, descanso, luz solar, nutrición, temperancia y esperanza.

La buena salud se relaciona con la calidad de vida, así que no debería sorprendernos que la Biblia contenga principios referidos precisamente a la salud. Mucho antes de que la ciencia demostrara que la salud depende fundamentalmente de nuestra alimentación, Elena G. de White ya había señalado la relación que existe entre lo que comemos y nuestro bienestar físico, mental y espiritual. Dios ya había mencionado que una buena alimentación daría mayor vida, y que un cuerpo sano es templo del espíritu santo. Si bien es cierto, lo insalubre que comemos, no nos afecta en el momento, pero a largo plazo nos matará.

Desde la filosofía cristiana, el cuidado del cuerpo es la obediencia a las reglas del Creador, consideran que el cuerpo es el templo de Dios, pues la mente espíritu y el cuerpo están relacionados entre sí. Si se daña esta relación, no se manifiesta finalmente una enfermedad, y no solo en el ámbito físico.

Fue por medio del soplo de vida que Dios le dio vida al hombre y es el aire puro otro de los remedios naturales que la iglesia Adventista del séptimo día promueve, debido a la contaminación del aire, a la tala de árboles, el aumento de fábricas industriales el aire que respiramos no es tan puro como lo era antes, pero sobre todo

el aire puede contener enfermedades, como son las de vías respiratorias, la vía respiratoria es una de las más importantes y la menos controlable en cuanto a la propagación de enfermedades, ya que se transmiten de una persona a otra por medio de microgotas que expulsa una persona enferma, al toser y hablar. Tenemos dentro de éstas una enfermedad que resalta, por ser una preocupación mundial, porque su tratamiento es de larga duración y por causar un porcentaje considerable de morbilidad y esta enfermedad es la tuberculosis (11).

Elena G. de White en su libro Ministerio de Curación si el médico y el personal de salud se esfuerzan con fidelidad y diligencia para volverse eficaz en su profesión, si se consagra al servicio de Cristo y dedica tiempo a escudriñar su corazón, comprenderá los misterios de su sagrada vocación. El que quiera cumplir debidamente los deberes de médico ha de llevar día tras día y hora por hora una vida cristiana. La vida del paciente está en manos del médico. Un diagnóstico superficial, una receta equivocada en un caso crítico, o un movimiento de la mano que en una operación desacierte por el espesor de un cabello, pueden sacrificar una existencia y precipitar un alma a la eternidad. ¡Cuán solemne resulta pensar en esto! ¡Cuánto importa, pues, que el médico esté siempre bajo la dirección del Médico divino!(12)

El Señor ayuda a los que tratan de ayudarse a sí mismo, pero cuando el hombre no pone empeño en obrar según la mente y la voluntad de Dios, como puede obrar por medio de ellos. Hagamos nuestra parte, obrando nuestra salvación con temor. Con respecto a nuestra responsabilidad e influencia, somos responsables ante Dios porque derivamos, nuestra vida de Dios.(13)

Capítulo II

Marco teórico

1. Antecedentes

Reyes, et al.,(14) en el año 2008, en México, realizaron una investigación titulada: “Abandono del tratamiento antituberculoso. Un análisis de percepciones e interacciones en Chiapas, México”, el objetivo fue analizar percepciones e interacciones entre actores involucrados en el tratamiento antituberculoso y su influencia en el abandono del tratamiento en los Altos de Chiapas, México, usando en el diseño metodológico cualitativo, en una entrevista desde noviembre 2002 a agosto 2003, a pacientes con TBC, familiares, médicos institucionales, coordinadores comunitarios de salud y médicos tradicionales. Los resultados obtenidos fueron el contagio por trastes, el trabajo excesivo, la alimentación, el frío y otras sin relación con la transmisión de persona a persona. La incapacidad para el trabajo se reflejó en crisis económica del paciente y su familia. El estigma social impactó emocionalmente en la vida personal, familiar, laboral y de comunidad. Se llegó a las conclusiones que el desconocimiento sobre la enfermedad propició la elección de diferentes alternativas para su atención. Los servicios de salud y la inadecuada relación médico paciente influyeron en el retardo en el diagnóstico y falta de adherencia al tratamiento.

Samina, Qadri, Tabish, Samiya, y Riyaz(15) en el año 2008 en la India, ejecutaron una investigación con el objetivo de conocer la percepción de los

pacientes de la calidad de atención de enfermería proporcionada en un hospital de tercer nivel. Fue un estudio prospectivo, transversal, conformado por una muestra de 2600 pacientes, se utilizó un cuestionario auto administrado pre-probado. Los resultados del estudio revelaron un porcentaje relativamente alto de pacientes con una mala percepción sobre la explicación y la información y los aspectos concernientes en la actitud del cuidado de los cuidados de enfermería (31.6% y 11.5% respectivamente). Sin embargo más del 95% de los pacientes tenían una buena percepción de la respuesta, disponibilidad y la capacidad de organización de barrio de la enfermera. En conclusión, el estudio revela que un porcentaje muy elevado de los pacientes tienen una buena percepción de las capacidades de la “organización de barrio”, “disponibilidad” y “capacidad de respuesta” de la enfermera tranquila un buen porcentaje de los pacientes perciben la explicación y la información y actitud de cuidado, cualidades de la enfermera como pobres.

Arrosi, Herrero, Greco y Ramos (16) en el 2012, en su investigación: “Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina”, realizaron un estudio de corte transversal, 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. Los resultados indicaron que los pacientes con viviendas sin agua, tuvieron tres veces más probabilidad de no adherencia (OR=2.8; IC 95% 1.1-6.9); asimismo, los pacientes que realizaban los controles en un hospital tuvieron 3 veces más riesgo de no adherir que los que los realizaban en centros de atención primaria (OR=3.2; IC 95% 1.1-8.9). Estos resultados les permitieron delinear un perfil de paciente en riesgo de

no-adherencia, caracterizado por estar en condiciones de pobreza, y con dificultades de acceso a la atención de su salud.

Barbosa, Módena y Torres (17) en el 2012, en su investigación: “El abandono del tratamiento de tuberculosis en la perspectiva de directores de centros de salud de Belo Horizonte-MG, Brasil”, proponen que el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en Brasil, requiere la organización y funcionamiento de los servicios de salud para cumplir con el principio de la integralidad del Sistema Único de Salud, uno de los pilares para el control de la enfermedad. Este estudio tuvo como objetivo investigar desde la perspectiva de nueve administradores de centros de salud en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil los aspectos relativos al funcionamiento de los servicios que coordinan asociados con el abandono del tratamiento de la tuberculosis y la viabilidad para cumplir con las directrices del Programa. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas e interpretados por análisis de contenido temático. Los informes indican que los servicios no cumplen con la perspectiva de la integralidad y requieren una mejor organización, así como de procesos de formación permanente de profesionales de la salud para hacer frente al abandono y desarrollar nuevas alternativas para aumentar la adherencia y la finalización del tratamiento.

Mario Ramón Heredia y colaboradores (18) en el 2012 en un estudio titulado “Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán, México” menciona que en esta población se encontró que un 83.8% pertenecían a un nivel socioeconómico bajo, el 61.3% se debía en pobreza extrema, 83.4% refirieron que fueron a un centro de salud refirieron que no entendieron los procedimientos y fueron incomodos y molestos, 54.8% desconocía su enfermedad y

tenía temor al rechazo, 80,6% sintieron molestias a causa de los drogas y 16.1% abandonó el tratamiento. La agregación de la coinfección por el VIH es un poderosos desencadenante de la tuberculosis y ambas combinadas son altamente mortales, en el año 2015 la proporción de personas con TB/VIH fue de 4,9%.(4,19)

Vargas (20) en el año 2012, en Lima, realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo que están asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento del Distrito la Victoria en el periodo 2003-2007. El estudio fue retrospectivo de casos y controles. Los resultados obtenidos fueron: que los paciente que consume alcohol tiene 4 veces más riesgo de abandonar el tratamiento que aquellas que no consumen alcohol (OR: 4.575), el que consume drogas tiene 29 veces más riesgo de abandonar el retratamiento (OR: 29.263), la sensación de falta de eficiencia durante el tratamiento representa 11 veces más de riesgo (OR: 11.188), el paciente que siente temor al señalamiento y rechazo cuando presentó la enfermedad, tienen 13 veces más riesgo de abandonar (OR 12.210). En conclusión, los factores relacionados son, el consumo de drogas, alcoholismo, sensación de falta de eficacia del tratamiento, temor al señalamiento y rechazo cuando presento la enfermedad. Los factores que promueven la adherencia y evitan el abandono son los conocimientos sobre la enfermedad y la sensación de bienestar al momento del retratamiento.

Montufar y Noboa (21) en el 2013 sustentaron su tesis para el grado de Licenciada en enfermería: “Factores relacionados con el abandono al tratamiento antituberculoso en los pacientes diagnosticados como casos nuevos en la ciudad de Guayaquil”. Plantean que el abandono de tratamiento es un agravante de los programas de control de la tuberculosis en los establecimientos de salud,

constituyendo una amenaza a la salud pública, por el riesgo de incrementar la resistencia bacteriana; el método utilizado en este estudio fue epidemiológico de campo, de tipo exploratorio, descriptivo, explicativo, correlacional, aplicada a una muestra de 115 pacientes que iniciaron tratamiento al esquema primario, y luego abandonaron. El proceso y análisis de datos generales del paciente, muestra que de 115 encuestados 87% son de sexo masculino en edades comprendidas entre 20 a 40 años (44%), instrucción secundaria incompleta el 45% y primaria completa el 34%; entre los factores relacionado con el abandono de tratamientos están los relacionados con aspectos sociales como el consumo de drogas (57%), alcohol (18%), delincuencia (4%), seguido de factores vinculados con los servicios de salud: mala atención (66%), falta de visitas domiciliarias dentro de las 48 horas de haber abandonado el tratamiento (67%) y los factores relacionados con el tratamiento como las reacciones adversas a medicamentos con el 38%. Concluyeron que el principal factor de abandono de tratamiento está relacionado con los servicios de salud; por lo tanto, recomiendan la importancia del manejo humano ajustado a los tiempos y adecuado a las necesidades de los pacientes, el cumplimiento normativo de las visitas domiciliarias para la reinserción del paciente al tratamiento y el manejo interprogramático para la solución oportuna de los problemas, motivo de abandono.

Martínez, Guzmán, Flores, y Vázquez (22) en el 2014 realizaron un estudio en México titulado “Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar” Donde el objetivo fue determinar los factores familiares que favorecen el apego y tratamiento de la TB. La metodología utilizada fue de estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo cuya muestra fue de 57 pacientes seleccionados mediante un censo nominal. Los Resultados obtenidos fueron que un 56% son de sexo masculino y que la edad mínima fue de 18 y la

máxima de 83 años, donde un 85% de los pacientes inicio tratamiento acortado estrictamente supervisado y solo un 66,6% logro curación final del tratamiento, 19,2% continuó retratamiento, 12% abandonó el tratamiento y un 92,2% refirió afectación en su vida personal después del diagnóstico de tuberculosis, 75% presentó un grado disfunción familiar. Las conclusiones abordadas fueron que la prevalencias de la TB fueron de 15 por cada cien mil habitantes y se observaron niveles altos de disfunción familiar y rechazo social en los pacientes con abandono al tratamiento.

Torres Z, *et al*,(23) en el año 2015, en Chile. En la estudio titulado “Perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile.” El objetivo de ésta investigación fue determinar las causas que mayormente influyen en este resultado. Teniendo como metodología un estudio de tipo descriptivo de la información contenida en las auditorías de abandono enviadas en los años 2009 y 2013. Los resultados fueron de las 134 auditorías que se realizaron. Se observó el cumplimiento de la actividad con un 35,9% y la mayoría de los casos presento un registro incompleto, la mayoría de pacientes son de sexo masculino, entre 15 y 45 años de edad y en el 91% en el primer episodio de tuberculosis. Presentaron algún factor de riesgo asociado al abandono con un 62,7%, como el uso de alcohol y drogas el 16,5% de personas se encuentran en la calle, la mayoría de pacientes abandonaron el tratamiento durante la fase intermitente estando la causa principalmente relacionada al factor del paciente. Se llegó a la conclusión que los hallazgos refuerzan la importancia de aplicar el “score de riesgo de abandono” en aquellos pacientes diagnosticados con tuberculosis que llegan a recibir su tratamiento se requiere implementar mecanismos que ayuden a prevenirlo.

Apolinario y Molina (24) en el 2016 en su tesis para titulación de la carrera de enfermería titulada “Factores relacionados al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el Hospital de Huaycán, Lima, 2015.” Estudio de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de corte transversal y de tipo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 55 pacientes, entre ellos 19 mujeres y 36 hombres, los cuales fueron seleccionados por un muestreo no probabilístico de tipo intencional. Los instrumentos que se usaron fueron: una encuesta y una escala (calidad de atención). Se encontró en los resultados, respecto al factor sociodemográfico, que el 92.7 % están en el rango de 20 – 59 años, que el 78.2% contaban con nivel secundario y el 40.0% eran solteros. En relación al factor económico, el 54.5% poseían casa propia. En el factor ambiental, el 87.3 % vivían con su familia y le ofrecían fuerza emocional (92.7 %). Referente al tratamiento, se obtuvo que el 94.5% pertenecían al esquema sensible, del mismo modo, el 94.6% consideraron “mucho” o “excesivo” la cantidad de medicamentos que recibía y, por último, el 45.5% consideraron la calidad de atención como regular.

Oswaldo Jave y colaboradores (25) en el 2017, publicaron en la revista Acta médica Peruana, el artículo “Situación de la tuberculosis multirresistente en Perú”, en el cual se registra porcentajes sobre el abandono en la secuencia desde el año 1987, las pruebas de susceptibilidad tuvieron inicio en los años 1980 en Lima, en el año 1985 se detectaron 60 casos. En el periodo de 1980-1991 los porcentajes de tratamiento discontinuo era de 41% y abandono del mismo era de aproximadamente 34 %. En el Perú la reciente Ley de Prevención y Control de la TB en el Perú (Ley 30287), muestra el interés nacional que se tiene en la lucha contra la TBC. El Ministerio de Salud, ha tenido avances en el control de la enfermedad, se estima que

en el año 2015 se produjeron 10.4 millones de casos de TBC en el Perú, 580 mil eran TBC multidrogorresistente, 1.2 millones era TB/VIH asociado.

Chávez-Salazar y colaboradores (26) en el año 2017, en la revista Facultad de Medicina Humana se publicó artículo que tenía como objetivo determinar factores socioeconómicos asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en la micro-red de salud Ollantay en San Juan de Miraflores, Lima-Perú, 2012-2015” fue un estudio analítico transversal retrospectivo se desarrolló con una población de 64 pacientes con tuberculosis pulmonar sensible que recibieron de tratamiento el esquema I. La recolección de información se extrajo de las historias a partir del uso de una ficha de recolección de datos. Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio, y se ejecutó un análisis bivariado mediante la medida de factor de riesgo Odds Ratio se consideró un intervalo de confianza de 95% ($p < 0.05$). De los 64 pacientes estudiados se determinó que el sexo masculino y el presentar alcoholismo, involucran un incremento de 7.0 y de 3.33 veces, respectivamente, de abandonar el tratamiento antituberculoso. No se halló significancia estadística en las variables: edad, estado civil, nivel de educación, ocupación, antecedente personal de tuberculosis, antecedente familiar de tuberculosis, consumo de drogas y consumo de tabaco. Según los resultados del estudio el sexo masculino y presentar alcoholismo son factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso.

2. Marco teórico

2.1 Tuberculosis

2.1.1 Definición

La TBC es una patología infectocontagiosa granulomatosa crónica producida por *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) o bacilo de Koch, bacilo ácido alcohol resistente

(BAAR), que se localiza generalmente en el pulmón, aunque puede afectar otros órganos.(27–29)

2.1.2 Epidemiología

La TBC en el año 2014 afectó a 9.6 millones de personas en el mundo y fue responsable de 1,5 millones de muertes, en el 2016 10.4 millones de personas enfermas, murieron 1.4 millones y 0.4 millones murieron con TBC y VIH. En el año 2016 la OMS notificó que en las Américas 218.700 casos de personas con TBC con una tasa de incidencia de 22.1 por 100.000 habitantes, se halló que 6000 personas con VIH desarrollaron TB y 6900 enfermaron con TB MDR.

En el periodo 2013-2014 los departamentos de Perú que mostraron mayor incidencia fueron Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Lima e Ica ya que reportaron 72% de los casos nuevos, Lima es el departamento que más casos de TBC, ya que concentra un 60% y es el tercer departamento con incidencia más elevada; el mayor porcentaje se encuentra en los distritos de San Juan de Lurigancho, Rimac, La Victoria, Ate (Huaycán), Santa Anita y Barranco.

La resistencia a los fármacos antituberculosos es un problema que ha complicado el control de la enfermedad, ya que la TBC MDR y la TBC XDR ha incrementado. Cabe la pena resaltar que desde el fortalecimiento del programa de control de TBC en la década de los 90 hasta el 2003 se ha observó una disminución sostenida en la incidencia de TBC mayor al 8% anual, posterior a esa época hasta ahora la disminución se ha mantenido estacionaria con un promedio de una disminución del 2%. El Perú es el segundo país con la tasa más alta de tuberculosis en América Latina. Más de 30,988 personas son diagnosticadas con tuberculosis cada año, y el 7.9% de ellas abandona el tratamiento; de ellas aproximadamente 1,500 personas

han adquirido tuberculosis multirresistente, y solo el 56% se curan y el 32% abandona el tratamiento. (3,9,30)

2.1.3 Etiología

El principal agente causal de la tuberculosis es el *Mycobacterium tuberculosis*, es una bacteria aeróbica facultativa, ácido alcohol resistente a la decoloración de la fucsina, es importante resaltar que es una bacteria de crecimiento lento, tiene estado de latencia, envoltura celular compleja, patogénesis intracelular y homogeneidad genética. La tuberculosis *M. bovis*, también causa la tuberculosis y se produce por consumo de leche o productos lácteos no pasteurizados provenientes de ganado enfermo.(31)

El bacilo *Mycobacterium tuberculosis* tiene características biológicas que le permiten afectar casi cualquier tejido. Y ya que la tuberculosis pulmonar es la entidad más frecuente, hay la posibilidad de diseminación de la enfermedad a nivel torácico, lo que genera la aparición de secuelas que pueden afectar los órganos vitales de la caja torácica, tales como la vía aérea, el parénquima pulmonar, el sistema vascular pulmonar, el espacio pleural y la región mediastinal.(32)

La pared celular del *Mycobacterium tuberculosis* es rica en peptidoglucano, glicolípidos y polisacáridos y otros componentes que se encargan de que la vida de la bacteria sea mayor, a la respuesta inflamatoria y a la patogénesis que la misma presenta.

Dentro de las características de la tuberculosis se encuentran que se desarrolla en zonas de marcada pobreza, indigencia, desnutrición y graves problemas de salud pública, el 95% de casos se encuentran en países en vías de desarrollo.(33–35)

2.1.4 Fisiopatología

Todo inicia en la aspiración del *Mycobacterium tuberculosis* que se encuentran en las gotas de Flugge y llegan hasta los alvéolos, cuando un individuo entra en contacto por primera vez y esto desencadena respuestas tisulares e inmunológicas, este proceso es conocido como primoinfección tuberculosa, si el individuo no ha aspirado *Mycobacterium tuberculosis* por un período prolongado de manera frecuente y no está predispuesto por alguna enfermedad concomitante o por una mala nutrición no pasará de la fase local. Los bacilos tuberculosos se multiplican de forma incontrolada produciendo una tuberculosis primaria. En la mayor parte de los casos, los macrófagos alveolares activados ingieren estos bacilos, que puede ser destruido, sin embargo las características propias del bacilo determinan que resista a la destrucción por el macrófago; luego el bacilo se multiplica dentro de estas células, a las finalmente destruye. Cuando la infección se propaga por las vías linfáticas intrapulmonares hasta los ganglios regionales paratraqueales o mediastínicos da lugar al complejo de Ghon, que es el foco primario de infección de la tuberculosis por vía aérea, que está constituido por la lesión del parénquima pulmonar, que generalmente es única, afecta los ganglios linfáticos del hilio pulmonar (28,36,37) La necrosis en los granulomas calcificados produce las cavernas, lo que ocasiona la pérdida del parénquima pulmonar. Después se cicatriza con depósito de fibras colágenas con un posterior recubrimiento de material necrótico, responsable de la estructuración final de las paredes de la cavitación. El grosor de la pared puede a variar entre 1 cm hasta menos de 1 mm. Las complicaciones de una caverna son hemoptisis, presente hasta en el 66% de los casos de los pacientes con tuberculosis.(32)

2.1.5. Formas

Existen dos formas de tuberculosis: Infección de tuberculosis latente, en el cuerpo de los individuos viven un sin número de bacterias, el *Mycobacterium tuberculosis* está presente en las personas que tienen contacto con personas con la enfermedad de TB o en el personal de salud que están en contacto frecuente en personas con TB, las personas con Infección latente de tuberculosis no presentan síntomas, y no pueden transmitir la tuberculosis a otras personas; pero puede convertirse en enfermedad de tuberculosis, si hay un episodio de depresión inmune, si la persona no se alimenta de manera adecuada.

Enfermedad de tuberculosis, la enfermedad de tuberculosis tras décadas de haber sido una enfermedad curable en totalidad, la resistencia a fármacos que presentan el *Mycobacterium tuberculosis* ha convertido la tuberculosis en una amenaza y un gran reto para la Salud pública mundial. Es importante resaltar que los enfermos de tuberculosis resistente a fármacos tienen una gran probabilidad de curarse, si la persona enferma tiene un pronto acceso a un diagnóstico, tratamiento adecuado y cumplimiento del mismo.(38,39).

2.1.6. Tipos

La TBC sensible es la que puede recibir tratamiento de primera línea como son, rifampicina, isoniazida, pirazonamida y etambutol y la TBC resistente a medicamentos que se clasifica en: Tuberculosis drogoresistente (TBC-DR) si es resistente a Isoniazida (H), si es resistente a Isoniazida (H), pero no a (R), si es resistente a Rifampicina (R), pero no a Isoniazida (H); en Tuberculosis Multidrogoresistente (TBC-MDR) si la tuberculosis es resistente a rifampicina e isoniazida; en Tuberculosis extensamente drogoresistente (TBC-XDR) es cuando además de la

isoniazida y rifampicina es resistente a fluorquinolona (FQ) y a un inyectable de segunda línea.(4)

2.1.7. Clasificación

TBC pulmonar

El pulmón es el órgano afectado de manera más habitual. La tuberculosis pulmonar es una patología que afecta el parénquima pulmonar, es la forma más común y es muy contagiosa, causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, el contagio se produce por vía aerógena a partir de pacientes con lesiones pulmonares, el paciente con TBC esparce pequeñas partículas líquidas, conocidas como gotas de Flügge.(31)

TBC extrapulmonar

Los órganos extrapulmonares después de la primoinfección se infectan de manera inmediata, cuando el *Mycobacterium tuberculosis* pasa por los ganglios linfáticos y el torrente sanguíneo puede ubicarse en la pleura, meninges, diáfisis de huesos largos, ganglios, entre otros. La tuberculosis extrapulmonar es menos frecuente que la tuberculosis pulmonar, el diagnóstico es más difícil y debido a la ubicación no tiene contagiosidad. Las más frecuentes son la pleural, ganglionar y, en menor medida, meníngea, miliar, abdominal y osteoarticular. Pueden acompañarse de tuberculosis pulmonar en actividad de cualquier magnitud o de lesiones pulmonares o ganglionares mediastinales curadas (calcificaciones, cicatrices fibróticas). Los síntomas generales de la tuberculosis extrapulmonar son similares a los de la pulmonar. La tuberculosis pleural, que se caracteriza por un líquido pleural serofibrinoso, exudado con proteínas en líquido mayor de 3g por litro, relación

proteína líquido/proteína sangre superior a 0,5, deshidrogenasa láctica (LDH) aumenta a más de 250 unidades.(40)

2.1.8. Factores de riesgo

Para que una persona se infecte de tuberculosis se requiere que el paciente tenga un contacto intenso y prolongado con una persona que se portadora de BAAR, dentro de los factores que contribuyen esta, el hacinamiento, que se define que el que tres personas vivan en un espacio cerrado y pequeño, también depende del estado inmunológico del paciente, como el caso de los diabéticos, VIH positivo y otras inmunosupresiones, están los factores sociales como son la pobreza, problemas sanitarios, los factores ambientales como la silicosis, asbestosis.(39,41)

2.1.9. Transmisión

La infección se transmite por vía respiratoria, inhalando gotitas contaminadas, también conocidas como gotas de Flugge, que se propagan por el ambiente procedente de enfermos bacilíferos, que son pacientes con baciloscopía de esputo positiva, que se eliminan al toser, estornudar o hablar, que al ser aspirados por individuos susceptibles, el riesgo de infección se relaciona con el tiempo tanto duración, como frecuencia de exposición al vacilo de la TBC, condiciones del individuo expuesto, como nutrición o enfermedades concomitantes (28,29,37).

2.1.10. Diagnóstico

El diagnóstico de la enfermedad tuberculosa es microbiológico, requiere el aislamiento y cultivo de *Mycobacterium tuberculosis* en muestras biológicas. La prueba de tuberculina pone de manifiesto un estado de hipersensibilidad del organismo frente a proteínas del bacilo tuberculoso adquirida por un contacto previo con el mismo. La vacunación previa de BCG o el contacto previo con micobacterias ambientales puede positivizar la PT. (29,42)

El diagnóstico de TB antes del 2007 se basaba en realizar BK del esputo por tinción de ZN, el BK es la prueba que se usa frecuentemente en la actualidad en la mayoría de entornos con bajos recursos económicos; pero tiene algunas limitaciones, demuestra BAAR, pero no diferencia el *Mycobacterium tuberculosis* de otras MNT, tiene una sensibilidad limitada y no detecta resistencia a fármacos. El BK es menos sensible que el cultivo en medio sólido, el cual también permite identificar las diferentes micobacterias y realizar estudios de resistencia a fármacos antituberculosos, tiene como desventaja costos más altos y resultados que toman mucho más tiempo. (38,39,43)

Después del 2007 se desarrollaron pruebas como cultivo líquido PDS y líquido inmunocromatografía que tiene una sensibilidad de 95 % y tiene un tiempo de respuesta de 2 días, LPA en cultivo que tiene una sensibilidad de 100% para la R, tiene una sensibilidad de 97,5% para isoniazida y 96,9% para MDR. Para detectar la tuberculosis en sangre se usa un ensayo de liberación de interferón gamma lo que hace esta prueba es medir la reacción del sistema inmunitario que tiene una persona ante las bacterias de tuberculosis, la desventaja es que si sale positivo se debe descartar si es infección latente de tuberculosis o enfermedad de tuberculosis El

diagnóstico de la tuberculosis con resistencia a fármacos. En los pacientes con tuberculosis se recomienda realizar cultivo y estudios de sensibilidad, como mínimo a isoniazida y rifampicina, tanto a enfermos nunca tratados, como si tienen algún factor de riesgo de TB-DR, si es positivo para rifampicina, se debe realizar estudio de sensibilidad a FQ.(38,39,43)

El diagnóstico por medio de imágenes es la radiografía de tórax anteroposterior, en la cual se pueden evidenciar las características de los pulmones, forma, densidad o cavitaciones, que si bien no nos permite un diagnóstico definitivo, es un valioso aporte, lo más frecuente es engrosamiento mediastínico por adenopatías, lesiones cavitadas.(37)

2.1.11. Signos y síntomas

Dentro de los síntomas pulmonares que presenta un paciente con TBC están la tos que dura más de 15 días, cansancio, debilidad, dolor torácico y fiebre durante aproximadamente cuatro semanas y hemoptisis.(27,39)

La revista Cubana de Salud pública en el año 2015 dentro de los síntomas característicos de la tuberculosis, la tos con duración de más de 15 días, pérdida de peso, sudoración nocturna y fiebre.(44)

2.1.12. Prevención

La TBC es una patología que se transmite por vía aérea, requiere un contacto sostenido y por un tiempo prolongado, la MTB sale del cuerpo al toser, estornudar o hablar, ya que el paciente desprende gotas minúsculas que miden alrededor de 1 a

5 micromilímetros, que contienen varios bacilos, que se diseminan fácilmente en el área donde se encuentra el paciente, entre menor área y mayor cantidad de personas, aumenta la probabilidad de contagio, ya que facilita la llegada del MTB a los alveolos, por lo cual es importante el uso de barreras, como lo es mascarilla N95, que cumple con los requerimientos que la Centro de control y prevención de enfermedades (CDC) establece para la prevención de la TBC, ya que reduce la exposición a las micropartículas, siempre y cuando la mascarilla sea usada de manera adecuada. (36,37)

La vacuna que protege a los bebés de la TBC, es la Bacillus de Calmette y Guerin (BCG), proporciona aproximadamente un 50% de protección global, en especial previene la meningitis tuberculosis en la infancia. (48)

2.1.13. Tratamiento

Según la Norma Técnica del Ministerio de Salud la administración del tratamiento es supervisada al 100% por el personal encargado, el tratamiento es ambulatorio, diario, excepto los domingos y es integrado a los servicios generales de salud (Hospitales, centros y puestos de Salud).

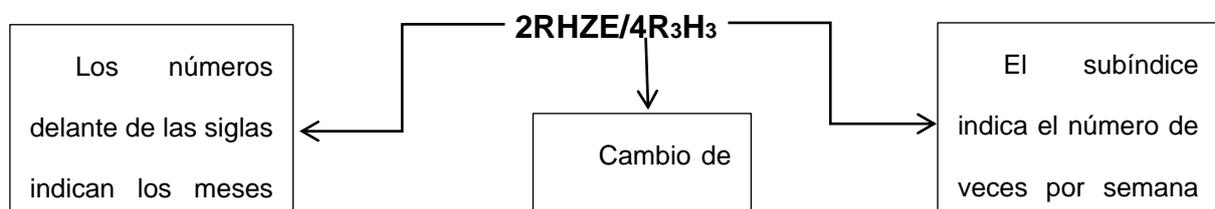


Figura 1 Nomenclatura del esquema del tratamiento de TBC según la norma técnica

El tratamiento farmacológico de la tuberculosis se considera de dos fases, las cuales son supervisadas:

Fase inicial que es una fase de inducción o bactericida, consta en usar cuatro drogas: H+R+Z+E por un plazo de dos meses, que sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida (se logra destruir 90% de población bacteriana en los 10 primeros días), al final del segundo mes, si la baciloscopía es positiva, se realizará un cultivo y pruebas de sensibilidad, con los resultados se determinará reformular o no el esquema de tratamiento.

En la segunda fase también llamada de continuación, mantenimiento o esterilizante, consta en el uso de dos drogas: H+R por cuatro meses, que se toman de manera interdiaria (3 veces por semana), es esta fase la población bacteriana se multiplica una vez por semana o de manera menos frecuente, es por eso que ya no se requiere un tratamiento diario; es importante saber que esta fase se puede ampliar hasta 7 meses en caso de que el paciente tenga TBC meníngea, miliar, osteoarticular o asociada a una inmunodepresión como VIH/Sida, DM.

Esquema para adultos y niños:

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

Segunda fase: 4 meses (H3R3) tres veces por semana (54 dosis)

| Medicamentos | Primera fase | | Segunda fase | |
|------------------|---------------|---------------------|---------------|-----------------------|
| | Dosis (mg/Kg) | Dosis máxima diaria | Dosis (mg/Kg) | Dosis máxima por toma |
| Isoniacida (H) | 5 (4-6) | 300mg | 10 (8-12) | 900mg |
| Rifampicina (R) | 10 (8-12) | 600mg | 10 (8-12) | 600mg |
| Pirazinamida (Z) | 25 (20-30) | 2000mg | | |
| Étambutol (E) | 20 (15-25) | 1600mg | | |

Figura 2 Dosis de medicamentos antituberculosos de primera línea para personas mayores de 15 años.

Existen casos exclusivos como son embarazadas, alcohólicos, desnutridos, VIH positivos, con enfermedad hepática crónica, enfermedad renal en los cuales se aconseja prescribir piridoxina 25mg/día como profilaxis de neuropatía periférica por el uso de H.

El tratamiento para tuberculosis sensible debe iniciar dentro de las 24 horas, después de haber sido diagnosticado:

El proceso tiene los siguientes pasos:

Lo primero que debe hacer el paciente es realizar consulta médica, se debe evaluar los factores de riesgo que presenta para TB resistente, se debe realizar la PS rápida, se debe realizar los exámenes auxiliares basales, se debe registrar el caso en el libro de seguimiento de pacientes que reciben medicamentos de primera línea, se debe iniciar el registro de la tarjeta de control de tratamientos de primera línea, se debe realizar la visita domiciliaria para el censo de contactos. (8)

2.1.14. Efectos adversos de los antituberculosos

Si bien sólo un 3 a 5% de pacientes presentan efectos adversos, la hepatotoxicidad es la más frecuente la pueden producir la H, R o la Z, pero si hay un predominio en la colestasis, se debe pensar en R. Existe una tríada de medicamentos no hepátotóxica: etambutol, Estriptomixina y cicloserina.(28)

La polineuropatía periférica es otra de las complicaciones causada fundamentalmente por H, que en la dosis indicada es rara a menos que el paciente alcohólico, desnutrido, VIH positivos, con enfermedad hepática crónica, con DM, donde encontraremos parestesias en los pies y manos, se usa la piridoxina para tratarla.(37)

| Medicamentos de Primera línea | Reacciones adversas |
|--------------------------------------|--|
| Isoniacida | Incremento de transaminasas, hepatitis, neuropatía periférica, reacciones cutáneas. |
| Rifampicina | Incremento de transaminasas, elevación transitoria de bilirrubinas, hepatitis colestásica, anorexia, síntomas gastrointestinales (nauseas vómitos), reacciones cutáneas. |
| Pirazinamida | Hepatitis, síntomas gastrointestinales, poliartralgias, mialgias hiperuricemia, reacciones cutáneas. |
| Etambutol | Neuritis retrobulbar, neuritis periférica, reacciones cutáneas. |
| Estreptomina | Toxicidad vestibular — coclear y renal dependiente de dosis |

Figura 3 Reacciones adversas a los medicamentos antituberculosos

2.2 Adherencia al tratamiento

2.2.1 Definición.

Ortiz y colaboradores definen al paciente adherente como “paciente quien ejecuta o no el consumo de medicamentos y otras indicaciones médicas, como seguir dietas o practicar ejercicios físicos, es él quien decide en última instancia cómo y cuándo lo hará.”(49)

2.2.2. Variables

2.2.2.1. Factores asociados al paciente

Edad.- si bien no hay consenso referente a la edad como un factor de riesgo al no abandono, se en una estudio publicado por Galván y Santiuste en 1998 encontró que las edades extremas (menores de 15 años y mayores de 54 años) tenían una mejor adherencia al tratamiento que las edades intermedias.(50,51)

Genero.- En un estudio realizado en el 2015 en la San Juan de Miraflores en el cual revisaron 64 historia clínicas, 38 hombres y 26 mujeres, de los cuales 16

abandonaron el tratamiento de los cuales 14 fueron hombres y 2 mujeres, el sexo masculino aumenta 7 veces la probabilidad de discontinuar el tratamiento antituberculoso frente a las mujeres en TB sensible, los hombres tienen mayor tendencia a abandonar que las mujeres, se suma a eso que las mujeres presentan una tasa más alta de curación.(26,41)

Educación.- menos de 6 años de estudio, la mayoría de abandonos tenían un bajo nivel educativo está relacionado al abandono del tratamiento de TBC, en el estudio factores de riesgo para el abandono de tratamiento de TBC pulmonar sensible, publicado en acta médica peruana en el 2016 se encontró que ingresos económicos bajos también se relaciona con posibles pérdidas de días de trabajo, gastos en transporte, como principales causas. (18,52)

Estado civil.- En un estudio realizado en el 2015 en la San Juan de Miraflores en el cual revisaron 64 historia clínicas, en cuanto al estado civil de los pacientes 21 contaban con pareja y 43 no tenían pareja, de ellos 16 abandonaron el tratamiento, de los cuales 5 tenían pareja y 11 no, El hecho de estar solo, ya sea soltero, separado, viudo o divorciado, predispone al paciente a tener mayor riesgo de abandonar el tratamiento. El estado civil de casado o conviviente le ofrece al paciente un mejor apego al tratamiento de TB. (18,26,53)

Ingreso económico bajo, trabajo inestable o estar desempleado.- En un estudio realizado en el 2016 en la ciudad de Lima, se encontró que tener ingresos menores de 700 soles mensuales está asociado al abandono de tratamiento, se relaciona también con el hecho de tener pérdidas de días de trabajo por asistir a recibir el tratamiento, gasto en el transporte. Se considera que son factores de riesgo, el

desempleo y debido a eso no poder satisfacer las necesidades básicas y por ello el paciente abandone el tratamiento antituberculoso. (52,54)

Consumo de alcohol, tabaco y drogas.- En varios estudios se ha evidenciado que el consumo de alcohol aumenta 3 a 5 veces el riesgo de abandonar el tratamiento de TB frente a los que no consumen. El estado de ebriedad del paciente puede ser una de las razones por las cuales el paciente no acuda a recibir su tratamiento, se ha encontrado también que el riesgo aumenta en los fumadores(26,55,56)

Comorbilidades.- Se asocia también según el grado de discapacidad del paciente, también el uso ya de un número considerable de medicamentos, los pacientes con DM demostraron presentar también un aumento a la resistencia de los fármacos.(50,57)

Conocimiento de la enfermedad.- Se ha evidenciado que el hecho de conocer la enfermedad cambia la conducta del paciente frente al tratamiento, también ayuda al paciente a poder aceptar el tratamiento que va a recibir, se sabe que el desconocimiento de la enfermedad va a llevar al paciente a una conducta inapropiada frente al tratamiento, el hecho de no conocer la enfermedad y la falta de información sobre el tratamiento es un factor de riesgo para que el paciente abandone el tratamiento.(50–52)

Temor al rechazo.- El estigma que se tiene sobre la tuberculosis también ha demostrado ser un factor de riesgo para el abandono del tratamiento de la TB, el temor del paciente a ser despedido del trabajo, a no poder continuar los estudios, al abandono por parte de la familia .(18,20)

Vivienda propia, inestable o no tenerla En un estudio realizado por Sosa y Cols se evidenció que los pacientes que cambiaron de domicilio mientras se encontraban en tratamiento de TBC, tuvieron un aumento en el riesgo de abandonar el tratamiento.

Percepción sobre la enfermedad.- En una revisión sistemática se encontró que los pacientes que tenían proyecciones negativas sobre su diagnóstico, tratamiento y los efectos probables presentaron mayor riesgo de no adherencia. (58)

Creencias de bienestar y sensación de mejoría.- Si bien parece ser positivo, en un grupo de pacientes se encontró que tener sensación de bienestar y mejoría aumentó el riesgo de abandono al tratamiento, ya que el paciente pensaba que no era necesario, (58,59)

2.2.2.2. Factores de la enfermedad y el tratamiento

Gravedad de los síntomas.- La hemoptisis es un síntoma escandaloso, que causa una alarma en el paciente con TBC y su familia, la discapacidad que los diversos síntomas pueden causar al paciente, se ha encontrado relacionado con un aumento en el abandono del tratamiento

Número de fármacos.- Representan riesgo de abandono al tratamiento antituberculoso a pesar que solo se toma una vez al día.(20,58)

2.2.2.3. Factores asociados al servicio de salud

Distancia al centro de salud.- Se evidencio en unos estudios que a mayor distancia entre el hogar y el centro de tratamiento el riesgo de abandono al tratamiento es mayor

Inadecuada relación entre el paciente y el personal de salud.- La conducta del proveedor de salud, su percepción y prácticas sobre tuberculosis inadecuadas influyen en la no adherencia y mayor riesgo de abandono del tratamiento antituberculoso, así como el no considerar los factores socioculturales del paciente y la valoración que el sujeto le otorga a la enfermedad en relación al estigma, a la limitación en el trabajo, al desequilibrio emocional, a la alteración en la dinámica familiar y de pareja, a sus criterios de prevención y curación para la tuberculosis. (60)

3 Definición de términos

Caso probable de tuberculosis: Sujeto que presenta síntomas o signos sugerentes de tuberculosis. Incluye a los sintomáticos respiratorios. (8,46)

Caso de tuberculosis: Sujeto que es diagnosticado de tuberculosis y al que se le debe administrar tratamiento antituberculosis.(46)

Caso de TB pansensible: Caso en el que se comprueba la sensibilidad a todos los medicamentos de primera línea por pruebas de sensibilidad convencionales.

Caso nuevo: Sujeto con diagnóstico de tuberculosis que no ha recibido antes tratamiento anti-tuberculosis o que lo ha recibido por menos de 30 días consecutivos ó 25 dosis continuas.(8,46)

Abandono: Sujeto que comienza tratamiento y lo interrumpe por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo interrumpe.(8,46)

Abandono recuperado: Sujeto que no asistió a recibir tratamiento por más de 30 días consecutivos, es considerado como abandono y es nuevamente captado por el establecimiento de salud (EESS) para reiniciar tratamiento desde la primera dosis.

Adherencia: La adherencia es el seguir instrucciones, indicaciones, en el contexto de salud es formar parte de programa de tratamiento o plan terapéutico, incluye evitar comportamientos de riesgo y adoptar un estilo de vida saludable.(61)

Irregularidad del tratamiento: No ingesta de 3 dosis programadas continuas o alternadas durante la primera fase del tratamiento o de 5 dosis continuas o alternas durante todo el tratamiento de esquemas para TB sensible..(62)

Fracaso: Sujeto que ingresa a un tratamiento nuevo luego de haber sido declarado como fracaso terapéutico de un esquema con medicamentos de primera o segunda línea.(8,46)

Curado: Sujeto con confirmación bacteriológica al inicio, que culmina el esquema de tratamiento y cuenta con baciloscopía de esputo negativa en el último mes de tratamiento.(46)

Tratamiento completo: Sujeto con confirmación bacteriológica al inicio, que culmina el esquema de tratamiento con buena evolución y en quien no fue posible realizar la baciloscopía de esputo en el último mes de tratamiento.

Hacinamiento: Se define como la estancia permanente de 3 personas en una habitación.

Alimentación saludable: Es aquella alimentación que satisface las necesidades, contiene macro, micronutrientes, cantidades adecuadas de los grupos de alimentos, en desayuno, almuerzo y cena. (63)

Capítulo III

Metodología

1. Diseño y tipo de investigación

Esta investigación fue de enfoque cuantitativo, debido a que los datos son producto de mediciones y se utiliza métodos estadísticos para analizar los datos; de diseño no experimental, ya que se observa los fenómenos tal como se dan en su contexto natural; de corte transversal porque se toma una muestra de una población en un momento determinado; y por último, de tipo asociativo porque busca la relación entre dos o más variables (64)

2. Delimitación geográfica

La ubicación del hospital de Huaycán, departamento de Lima, en la provincia de Lima, distrito de Ate, comunidad de Huaycán, Provincia de 53, a la altura del kilómetro 16,5 de la Carretera Central, entre las faldas de los cerros Fisgón y Huaycán, Av. J.C. Mariátegui S/N Zona "B" a 12° 01' 18" de latitud sur y 76° 54' 57" de longitud oeste.

- Por el Norte: Rio Rímac
- Por el Sur: Cieneguilla
- Por el Este: Chaclacayo
- Por el Oeste: Santa Clara

Sector bajo: de relieve regular de escaso pendiente que se extiende hacia el valle del Rímac Nor-este y constituye el llamado cono de eyección común se ubican las zonas: A, B, C, Lúcumo, Villa hermosa, Pariachi y Portales de Huaycán.

Sector medio: con el relieve dependiente media y presencia de varias colinas pequeñas y quebradas en forma de causes sobre las cuales se ubican las zonas de D, E F, G, y parte de las de las zonas B y C.

Sector alto: conformado por tres quebradas altas, un poco más angostas de relieve accidentado y pendiente pronunciado con abundante material deslizado por los huaycos; se ubica en la quebrada este (zonas P, Q y Z), quebradas sur (H, L, M, S y T) que corresponde al Puesto de Salud la Fraternidad y Quebrada oeste (zonas: I, J, R, U, V) que corresponden al puesto de salud Señor de los Milagros, con ampliaciones que cada vez se incrementan. Fue habitada a partir del 15 de Julio de 1984 por poblaciones de inmigrantes organizados. Hoy en día, cuenta con una población de aproximadamente 104,942 habitantes, en un área de 576,696 hectáreas.

En Septiembre de 1986 fue inaugurado el Centro de Salud, pero no contaba con el adecuado material médico y equipamiento. El Hospital de Huaycán, mediante Resolución Ministerial N° 587-2013 fue elevado a la categoría de Hospital de Baja Complejidad Nivel II-1.(65)

3. Hipótesis de la investigación

- Existe relación de al menos un factor sociodemográfico y la adherencia al tratamiento de TB sensible en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

- Existe relación de al menos uno de los factores relacionados al paciente y la adherencia al tratamiento de TB sensible en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.
- Existe relación de al menos uno de los factores a la enfermedad y el tratamiento y la adherencia al tratamiento de TB sensible en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.
- Existe relación de al menos uno de los factores relacionados al servicio de Salud y la adherencia al tratamiento de TB sensible en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018

4. Participantes

4.1 Población y muestra

La población de interés fueron las personas con tuberculosis sensible, que pertenecieron a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Hospital de Huaycán el 2018.

La selección de la muestra de estudio se realizó mediante el muestreo no probabilístico de tipo intencional, tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión. Asimismo, la muestra fue de carácter censal, ya que toda la población fue considerada como muestra, que estuvo conformada por 149 pacientes.

4.1.1 Criterios de inclusión y exclusión.

Inclusión

- Pacientes de 18 o más años de edad con tuberculosis que reciben tratamiento en el Hospital de Huaycán.

- Pacientes que hayan tenido faltas consideradas como irregularidad al tratamiento de TBC.
- Pacientes pertenecientes al PCT.
- Que estuvieron dispuestos a responder la encuesta.
- Pacientes que se encuentran en el esquema I de tratamiento antituberculoso.

Exclusión

- Pacientes con TBC extrapulmonar o con TBC en formas resistentes, (esquemas de tratamiento diferente al I)
- Pacientes fallecidos durante el tratamiento antituberculoso.

5. Variable

a. Operacionalización

| Variables | Definición conceptual | Tipo de variable | Escala de medición | Dimensiones | Valores finales | Fuente |
|----------------------------|--|------------------|--------------------|----------------------|--|-------------|
| Factores sociodemográficos | Constituye el conjunto de características generales, sociales y económicas, que están presentes en la población sujeto a estudio tomando aquellos que pueden ser medidos y aquellos que pueden favorecer o perjudicar la calidad de vida de las personas | Cuantitativa | Ordinal | Edad | a) 18 - 29 b) 30 – 44 c) 45 – 59 d) > 60 | Instrumento |
| | | Cualitativa | Nominal | Género | a) Femenino b) Masculino | |
| | | Cualitativa | Ordinal | Grado de Instrucción | a) Analfabeto b) Primaria c) Secundaria d) Técnico / Superior | |
| | | Cualitativa | Nominal | Estado civil | a) Soltero | |

| | | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------|---------|---|--|
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> b) Casado c) Viudo d) Divorciado e) Conviviente |
| | | Cualitativa | Ordinal | Ingreso económico | <ul style="list-style-type: none"> a) Menos de 500 S./ b) Más de 500 S./ c) No tiene |
| | | Cualitativa | Nominal | Condición de la vivienda | <ul style="list-style-type: none"> a) Casa propia b) Casa de un familiar c) Casa alquilada d) Albergue |
| | | Cualitativa | Nominal | Servicios de agua, desagüe y luz eléctrica. | <ul style="list-style-type: none"> a) Ninguno b) Incompleto c) Completo |
| | | Cualitativa | Nominal | Material de la vivienda | <ul style="list-style-type: none"> a) Noble b) Adobe c) Madera d) Esteras |
| | | Cualitativa | Nominal | Ocupación | <ul style="list-style-type: none"> a) Dependiente b) Independiente c) Estudiante d) Sin ocupación |
| | | Cualitativa | Ordinal | gasto en pasajes mensuales | <ul style="list-style-type: none"> a) Nada b) Menos de 10 S./ c) De 10 a 50 S./ d) Más de 50 S./ |
| Factores relacionados al paciente | Las determinantes relacionadas al paciente | Cualitativa | Nominal | Reacción frente al diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> a) Aceptación b) Aislamiento |

| | | | | |
|--|-------------|---------|--|--|
| <p>nos llevan a comprender el proceso salud, enfermedad, que representa factores de riesgo de la epidemiología, las condiciones sociales en que vive una persona influyen sobremanera en su estado de salud.</p> | | | | <p>c) Indiferente d) Rechazo</p> |
| | Cualitativa | Nominal | Con quién vive | <p>a) Con familiares b) Solo/a</p> |
| | Cualitativa | Ordinal | Número de personas en casa. | <p>a) Menos de 3 b) Más de 3</p> |
| | Cualitativa | Nominal | Apoyo emocional | <p>a) Familia b) Amigos c) Personal del hospital d) Personal del centro de rehabilitación e) Nadie</p> |
| | Cualitativa | Nominal | Sintió rechazo | <p>a) Si b) No</p> |
| | Cualitativa | Nominal | Consume algún tipo de droga | <p>a) Marihuana b) Pasta básica c) Cocaína d) Ninguna</p> |
| | Cualitativa | Ordinal | Consume bebidas alcohólicas | <p>a) Todos las semanas b) Una vez por mes c) Socialmente d) No consumo alcohol</p> |
| | Cualitativa | Nominal | Patologías | <p>a) DM b) VIH c) Ninguna</p> |
| | Cualitativa | Nominal | Considera que se alimenta saludablemente | <p>a) Sí b) No</p> |

| | | | | | |
|--|---|-------------|---------|--|---|
| Factores asociados a la enfermedad y tratamiento | La adherencia terapéutica disminuye cuando aumenta el número de fármacos y la frecuencia de administración, con aparición de efectos adversos y cuando el tratamiento es prolongado en el tiempo, también influyen los factores relacionados con la enfermedad, conocimiento de la misma, forma de transmisión. | Cualitativa | Nominal | Sabía lo que era la tuberculosis | a) Si b) No |
| | | Cualitativa | Nominal | Sabe cómo se transmite | a) Si b) No |
| | | Cualitativa | Ordinal | Baciloscopia | a) (+) b) (++) c) (+++) d) Paucibacilar e) Negativo |
| | | Cualitativa | Nominal | consulta con nutrición | a) Si b) No |
| | | Cualitativa | Nominal | consulta con psicología | a) Si b) No |
| | | Cualitativa | Nominal | consulta con servicio social | a) Si b) No |
| | | Cualitativa | Ordinal | cantidad de medicamentos | a) Poco b) Regular c) Mucho |
| | | Cualitativa | Nominal | reacciones que provocan los medicamentos | a) Náuseas y vomito b) Dolor de cabeza c) Sarpullido y enrojecimiento de la piel d) Ninguna reacción |
| | | Cualitativa | Nominal | Qué hace cuando presenta molestias | a) No le da importancia b) Acude a la |

| | | | | | | |
|---|--|---------------------------|---|--|---|---|
| | | | | | farmacia c) Acude al hospital d) Dejo de tomar el tratamiento | |
| | | Cualitativa | Nominal | el tratamiento está mejorando los síntomas | a) Si b) No | |
| Factores relacionados al servicio de salud | Es un concepto complejo que incluye el de la asistencia, que debe concordar con los avances de la ciencia, a fin de implementar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y a para asegurar su mejoría. | Cualitativa | Ordinal | ubicación del centro de salud | a) Inaccesible b) Accesible | |
| | | Cualitativa | Nominal | Le brindaron información sobre su enfermedad | a) Sí b) No | |
| | | Cualitativa | Ordinal | Tiempo de atención | a) Menos de 5 minutos b) De 5 a 10 minutos c) Más de 10 minutos | |
| | | Cualitativa | Nominal | ¿Cuándo ha faltado al tratamiento? | a) Alguien lo visitó en su casa b) Nadie lo visitó c) No he faltado | |
| | | Cualitativa | Ordinal | ¿Cómo es el trato del personal hacia usted? | a) Malo b) Regular c) Bueno | |
| | | Adherencia al tratamiento | Se considera que un paciente no se adhiere al tratamiento antituberculoso a aquel que no asiste | Cualitativa | Nominal | Número de veces que no asistió a recibir el tratamiento |

| | | | | | | |
|--|---------------------------------|--|--|--|--|---|
| | más de 3 veces a sus controles. | | | | | adherente: faltó más de 3 veces a su tratamiento. |
|--|---------------------------------|--|--|--|--|---|

6. Técnica e instrumento de recolección de datos

Se creó el cuestionario basándose en los trabajos de Dueñas, Cardona y Cardona en Colombia y Zevallos en Perú (66,67). El instrumento constó de 35 ítems divididos en 4 dimensiones: Factores sociodemográficos (1-10 ítems), asociados al paciente (11-19 ítems), enfermedad y tratamiento (20-29 ítems) y asociados a los servicios de salud (30-35 ítems).

Se realizó la validación por juicio de 5 expertos en el área clínica. El resultado de la validez de contenido alcanzado, mediante la prueba estadística V de Aiken, fue de 1, lo cual indica que la lista de chequeo presenta una adecuada validez de contenido.

7. Proceso de recolección de datos

Para la recolección de datos se solicitó el permiso de del área de Capacitación e Investigación del Hospital de Huaycán, con el objetivo de presentar el perfil del proyecto ante el Consejo de la institución y conseguir la aprobación correspondiente. Una vez obtenido el permiso se dio inicio al estudio con previo consentimiento de los participantes. En un periodo de 1 año, se aplicó el cuestionario, que tomó un tiempo máximo de 20 minutos por persona.

8. Procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de datos se empleó el programa estadístico STATISTICA, en donde también se realizó la limpieza de datos. Se utilizó la estadística descriptiva para la elaboración de tablas de frecuencias. Por otro lado, para la estadística inferencial se empleó la prueba estadística de chi-cuadrado por la naturaleza categórica nominal de las variables de estudio.

9. Consideraciones éticas

Para realizar el estudio se consideraron los debidos principios éticos, respetándose la autonomía de los participantes.

De acuerdo con la Ley general de salud No 26842 “ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo” (Artículo 4).

En materia de investigación para la salud, en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, protección de sus derechos, su bienestar y su privacidad (artículo 13 y 16).

También se gestionó las autorizaciones correspondientes a la institución.

Se elaboró y entregó a los sujetos del estudio un consentimiento informado, en el que se explicó el objetivo del trabajo, la seguridad y el anonimato de los participantes; así mismo, se aclaró que la información obtenida no se empleará para ningún propósito fuera de la investigación y su nombre no aparecerá en ningún reporte parcial o final del estudio.

Capítulo IV

Resultados y discusión

Resultados descriptivos

Tabla 1 Factores socioeconómicos de los pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

| Factores sociodemográficos | n | % |
|--|---------------------|----------|
| Edad | 18-29 años | 73 49,0 |
| | 30-44 años | 61 40,9 |
| | 45-59 años | 12 8,1 |
| | más de 60 años | 3 2,0 |
| Género | Masculino | 106 71,2 |
| | Femenino | 43 28,8 |
| Grado de instrucción | Analfabeto | 4 2,7 |
| | Primaria | 12 8,1 |
| | Secundaria | 105 70,5 |
| | Superior | 28 18,8 |
| Estado civil | Soltero | 59 39,6 |
| | Casado | 25 16,8 |
| | Viudo | 3 2,0 |
| | Divorciado | 1 0,7 |
| | Conviviente | 61 40,9 |
| Ingreso económico | Menos de 500 soles | 113 75,8 |
| | Más de 500 soles | 25 16,8 |
| | No tiene | 11 7,4 |
| Condición de la vivienda | Casa propia | 19 12,8 |
| | Casa de un familiar | 46 30,9 |
| | Casa alquilada | 83 55,7 |
| | Albergue | 1 0,7 |
| Cuenta con servicios de agua, desagüe y luz eléctrica. | Incompleto | 2 1,3 |
| | Completo | 147 98,7 |
| | Ninguno | 0 0 |
| Material de la vivienda | Noble | 142 95,3 |
| | Madera | 5 3,4 |
| | Esteras | 2 1,3 |
| | Adobe | 0 0 |
| Ocupación | Dependiente | 66 44,3 |
| | Independiente | 44 29,5 |
| | Estudiante | 23 15,4 |
| | Sin ocupación | 16 10,7 |
| ¿Cuánto gasta en pasajes mensuales? | Nada | 11 7,4 |
| | Menos de 10 soles | 127 85,2 |
| | De 10 a 50 soles | 10 6,7 |
| | Más de 50 soles | 1 0,7 |
| Total | 149 | 100 |

1. Resultados

En la tabla 1 De los encuestados, el 49% tuvieron una edad entre 18 y 29 años, el 71,2% fueron de sexo masculino, el 70,5% indicaron un grado de instrucción secundario y el 40,9% presentaron un estado civil conviviente. Asimismo, el 75,8% perciben un ingreso económico mensual menor a 500 soles, el 55,7% viven en casa alquilada, el 98,7% cuentan con todos los servicios básicos de saneamiento y el 95,3% manifestaron que su casa es de material noble. El 44,3% eran económicamente dependientes de algún empleador y el 85,2% gastan menos de 10 soles en pasajes mensuales para asistir al centro de salud.

Tabla 2 Factores asociados al paciente del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

| Factores asociados al paciente | n | % | |
|--|---------------------------------------|-----|------|
| ¿Cuál fue su reacción frente al diagnóstico? | Aceptación | 35 | 23,5 |
| | Aislamiento | 20 | 13,4 |
| | Indiferente | 45 | 30,2 |
| | Rechazo | 49 | 32,9 |
| ¿Con quién vive? | Familiares | 124 | 83,2 |
| | Solo | 25 | 16,8 |
| Número de personas en casa por habitación | Menos de 3 personas | 106 | 71,1 |
| | Más de 3 personas | 43 | 28,9 |
| ¿Quién en su entorno le ofrece apoyo emocional para que continúe el tratamiento? | Familia | 68 | 45,6 |
| | Amigos | 34 | 22,8 |
| | Personal del hospital | 18 | 12,1 |
| | Centro de rehabilitación | 1 | 0,7 |
| Sintió rechazo después del diagnóstico | Nadie | 28 | 18,8 |
| | Sí | 51 | 34,2 |
| | No | 98 | 65,8 |
| Consume algún tipo de droga (En el momento del tratamiento) | Marihuana | 1 | 0,7 |
| | Pasta básica | 0 | 0 |
| | Cocaína | 0 | 0 |
| | Ninguno | 148 | 99,3 |
| Consume bebidas alcohólicas (En el momento del tratamiento) | Todas las semanas | 0 | 0 |
| | Una vez por mes | 2 | 1,3 |
| | Socialmente (menos de una vez al mes) | 56 | 37,6 |
| Comorbilidades asociadas | No consumo de alcohol | 91 | 61,1 |
| | Diabetes mellitus | 9 | 6,0 |
| | VIH | 4 | 2,7 |
| Considera que se alimenta saludablemente | Ninguna | 136 | 91,3 |
| | Sí | 123 | 82,6 |
| Total | No | 26 | 17,4 |
| | | 149 | 100 |

En la tabla 2 De los encuestados, el 32,9% tuvieron una reacción de rechazo frente al diagnóstico, el 83,2% viven con sus familiares, el 71,1% comparte con menos de 3 personas por habitación, el 45,6% manifiestan recibir apoyo emocional de su entorno familiar el apoyo emocional y el 65,8% no sintió rechazo de su familia o amigos después del diagnóstico. Por otro lado, el 99,3% no consume ningún tipo de droga, el 61,1% no consume alcohol, el 91,3% no padece alguna otra patología además de la TBC y el 82,6% considera que lleva una alimentación saludable.

Tabla 3 Factores de la enfermedad y tratamiento en los pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

| Factores de la enfermedad y tratamiento | | n | % |
|---|-----------------------------|-----|------|
| Sabía lo que era la tuberculosis | Sí | 102 | 68,5 |
| | No | 47 | 31,5 |
| Sabe cómo se transmite | Sí | 83 | 55,7 |
| | No | 66 | 44,3 |
| Resultado de Baciloscopia al inicio de tratamiento, número de cruces que recibió en el diagnóstico. | + | 46 | 30,9 |
| | ++ | 55 | 36,9 |
| | +++ | 35 | 23,5 |
| | Paucibacilar | 1 | 0,7 |
| | Negativo | 12 | 8,1 |
| Ha pasado consulta con nutrición | Sí | 149 | 100 |
| | No | 0 | 0 |
| Ha pasado consulta con psicología | Sí | 149 | 100 |
| | No | 0 | 0 |
| Ha pasado consulta con servicio social | Sí | 149 | 100 |
| | No | 0 | 0 |
| ¿Cómo considera la cantidad de medicamentos recibida? | Poco | 0 | 0 |
| | Regular | 15 | 10,1 |
| | Mucho | 134 | 89,9 |
| ¿Qué tipo de reacciones le provocan los medicamentos? | Náuseas y vómitos | 89 | 59,7 |
| | Dolor de cabeza | 26 | 17,4 |
| | Sarpullido y enrojecimiento | 4 | 2,7 |

| | | | |
|--|------------------------------|-----|------|
| ¿Qué hace cuando presenta molestias? | Ninguna reacción | 30 | 20,1 |
| | No dar importancia | 26 | 17,4 |
| | Acude a la farmacia | 24 | 16,1 |
| | Acude al hospital | 58 | 38,9 |
| | Deja de tomar el medicamento | 11 | 7,4 |
| | Ninguna de las anteriores | 30 | 20,1 |
| ¿Considera que el tratamiento está mejorando los síntomas? | Sí | 146 | 98,0 |
| | No | 3 | 2,0 |
| Total | | 149 | 100 |

En la tabla 3, De los encuestados, el 68,5% conoce acerca de la tuberculosis, el 55,7% conoce la forma de transmisión, el 36,9% presentaron una baciloscopía de +++ al momento del diagnóstico, el 100% ha pasado por consulta con nutrición, psicología y servicio social, el 89,9% considera que es mucha la cantidad de medicamentos que toma y el 59,7% refieren que los medicamentos les causan náuseas y vómitos. El 38,9% acude al hospital cada vez que presenta alguna molestia y el 98% considera que el tratamiento está mejorando los síntomas de la enfermedad.

Tabla 4 Factores del servicio de salud en los pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

| Factores del servicio de salud | | n | % |
|---|--------------------|-----|------|
| Considera la ubicación del centro de salud | Accesible | 149 | 100 |
| | Inaccesible | 0 | 0 |
| Le brindaron información sobre su enfermedad. | Sí | 149 | 100 |
| | No | 0 | 0 |
| ¿Quedó satisfecho con la información? | Sí | 149 | 100 |
| | No | 0 | 0 |
| Tiempo de espera para recibir su | Menor de 5 minutos | 141 | 94,6 |

| | | | |
|---|-------------------|-----|------|
| tratamiento diario | De 5 a 10 minutos | 8 | 5,4 |
| | Más de 10 minutos | 0 | 0 |
| ¿Cuándo ha faltado al tratamiento? | Alguien lo visitó | 24 | 16,1 |
| | Nadie lo visitó | 14 | 9,4 |
| | No he faltado | 111 | 74,5 |
| ¿Cómo es el trato del personal hacia usted? | Regular | 27 | 18,1 |
| | Bueno | 122 | 81,9 |
| | Malo | 0 | 0 |
| Total | | 149 | 100 |

En la tabla 4 De los encuestados, el 100% considera accesible la ubicación del centro de salud, sí han recibido información sobre su enfermedad y han quedado satisfechos con la misma. Así mismo, el 94,6% han demorado menos de 5 minutos en ser atendidos, el 74,5% refiere no haber faltado a su tratamiento bajo ninguna circunstancia y el 81,9% califica de bueno el trato recibido por el personal de salud.

Tabla 5 Adherencia al tratamiento en los pacientes del PCT del Hospital Huaycán, Lima, 2018.

| Adherencia al tratamiento | n | % |
|---------------------------|-----|------|
| Sí | 117 | 78,5 |
| No | 32 | 21,5 |
| Total | 149 | 100 |

En la tabla 5 De los encuestados, el 78,5% manifestaron buena adherencia al tratamiento antituberculoso y sólo el 21,5% manifestaron lo contrario.

Resultados correlacionales

Tabla 6 Relación entre los factores socioeconómicos y la adherencia al tratamiento en los pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

| Factores socioeconómicos y adherencia al tratamiento | Chi cuadrado | gl | p-valor |
|--|--------------|----|---------|
| Edad | 5,794 | 3 | 0,122 |
| Género | 1,482 | 1 | 0,223 |
| Grado de instrucción | 5,825 | 3 | 0,120 |
| Estado civil | 5,113 | 4 | 0,276 |
| Ingreso económico | 5,085 | 2 | 0,079 |
| Condición de la vivienda | 0,937 | 3 | 0,816 |
| Cuenta con servicios de agua, desagüe y luz eléctrica. | 0,978 | 1 | 0,323 |
| Material de la vivienda | 5,041 | 2 | 0,080 |
| Ocupación | 5,963 | 3 | 0,113 |
| ¿Cuánto gasta en pasajes mensuales? | 2,455 | 3 | 0,484 |

En la tabla 6 se observa que, a partir de la prueba estadística Chi-cuadrado, se obtuvo un $p\text{-valor} > 0,05$, por lo tanto, rechazó la H_a y aceptó la H_o , demostrando que los factores socioeconómicos no se relacionan a la adherencia al tratamiento en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán.

Tabla 7 Relación entre los factores asociados al paciente y la adherencia al tratamiento en los pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

| Factores asociados al paciente y adherencia al tratamiento | Chi cuadrado | gl | p-valor |
|--|--------------|----|---------|
| ¿Cuál fue su reacción frente al diagnóstico? | 5,914 | 3 | 0,116 |
| ¿Con quién vive? | 6,112 | 1 | 0,013 |
| Número de personas en casa por habitación | 1,482 | 1 | 0,223 |
| Apoyo emocional | 6,177 | 4 | 0,186 |
| Sintió rechazo después del diagnóstico | 4,503 | 1 | 0,034 |
| Consume algún tipo de droga | 3,681 | 1 | 0,055 |
| Consume bebidas alcohólicas | 2,719 | 2 | 0,257 |
| Patologías | 0,034 | 2 | 0,983 |
| Considera que se alimenta saludablemente | 8,104 | 1 | 0,004 |

En la tabla 7 se observa que, a partir de la prueba estadística Chi-cuadrado, se obtuvo un $p\text{-valor} < 0,05$, en los factores: ¿Con quién vive?, ¿sintió rechazo después del diagnóstico? y ¿considera que lleva una alimentación saludable?, por lo tanto, rechazo la H_0 y acepto la H_a , demostrando que estos factores se relacionan a la adherencia al tratamiento en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, que nos indica que el vivir con familiares, no rechazar el diagnóstico y tener una alimentación saludable ha reforzado la adherencia al tratamiento.

Tabla 8 Relación entre los factores de la enfermedad y tratamiento y la adherencia al tratamiento en los pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

| Factores de la enfermedad y tratamiento y adherencia al tratamiento | Chi cuadrado | gl | p-valor |
|---|--------------|----|---------|
| Sabía lo que era la tuberculosis | 0,151 | 1 | 0,697 |
| Sabe cómo se transmite | 0,222 | 1 | 0,637 |

| | | | |
|--|-------|---|-------|
| Baciloscopía | 4,726 | 4 | 0,317 |
| ¿Cómo considera la cantidad de medicamentos recibida? | 2,169 | 1 | 0,141 |
| ¿Qué tipo de reacciones le provocan los medicamentos? | 6,151 | 3 | 0,104 |
| ¿Qué hace cuando presenta molestias? | 6,331 | 4 | 0,176 |
| ¿Considera que el tratamiento está mejorando los síntomas? | 0,255 | 1 | 0,613 |

En la tabla 8 se observa que, a partir de la prueba estadística Chi-cuadrado, se obtuvo un $p\text{-valor} > 0,05$, por lo tanto, rechazo la H_a y acepto la H_o , demostrando que los factores de la enfermedad y el tratamiento no se relacionan a la adherencia en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán.

Tabla 9 Relación entre los factores del centro de salud y la adherencia al tratamiento en los pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

| Factores del centro de salud y adherencia al tratamiento | Chi cuadrado | gl | p-valor |
|--|--------------|----|---------|
| Tiempo de atención | 0,062 | 1 | 0,802 |
| ¿Cuándo ha faltado al tratamiento? | 120,022 | 2 | 0,0001 |
| ¿Cómo es el trato del personal hacia usted? | 4,735 | 1 | 0,003 |

En la tabla 9 se observa que, a partir de la prueba estadística Chi-cuadrado, se obtuvo un $p\text{-valor} < 0,05$, en los factores: ha faltado al tratamiento y trato del personal de salud, por lo tanto, rechazo la H_o y acepto la H_a , demostrando que estos factores se relacionan a la adherencia al tratamiento en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, el buen trato del personal de salud ha reforzado la adherencia al tratamiento, y no ha existido una causa lo suficientemente fuerte como para que los pacientes dejen el tratamiento.

2. Discusión

En la actualidad, la tuberculosis sigue representando un grave problema de salud pública. Su larga duración y las reacciones adversas a los medicamentos son las principales causas de la baja adherencia al tratamiento, incrementando el riesgo a la resistencia de antimicrobianos y al control de la enfermedad (69). Además, la sospecha y ratificación del diagnóstico sugieren en el afectado un cambio en sus actividades cotidianas, debilidad corporal y una constante asistencia al hospital, convirtiéndolo en una imposición drástica y perjudicial para su vida (70).

En la investigación se encontró que el 78,5% de los pacientes fueron adherentes al tratamiento y el 21,5% no lo fue. Resultados con mayor respecto a los estudios se reportaron en Bolivia (71), donde el 54% de los pacientes se mostró adherente al tratamiento y el 46% no adherente. De igual forma en Iquitos-Perú (72), el 61,7% de los pacientes manifestaron se adherentes al tratamiento, mientras que el 38,3% no.

La falta de seguimiento al paciente tuberculoso incrementan la morbilidad y mortalidad de los pacientes, disminuyen la tasa de curación, elevan la transmisión poblacional, aumentan el número de enfermos crónicos, posibilitan la aparición de tuberculosis multirresistente a drogas-MDR-TB y aumentan los costos del tratamiento, igualmente se ha podido establecer que la no adherencia y abandono del tratamiento están determinados por factores psicosociales, sociodemográficos, económicos, culturales y de los servicios de salud (73).

Diversos estudios (74) han demostrado que el vivir solo o pertenecer a una familia disfuncional, tienen un gran impacto en el abandono del tratamiento antituberculoso. En consecuencia, el paciente que perciba el apoyo, ayuda y preocupación de la familia, se sentirá más confiado y motivado a culminar con el

tratamiento para poder recuperarse pronto y reinsertarse a su vida cotidiana. De igual manera, a partir de estas relaciones no sólo se pueden obtener importantes recursos, información y ayuda; sino también se deriva un sentimiento de pertenencia y de integración a una comunidad más amplia con importantes implicaciones para el bienestar individual y social (75).

En torno a los factores asociados al paciente, se encontró que el 68,5% de los pacientes que mencionaron vivir con sus familiares se mostraron adherentes al tratamiento, y sólo el 6,7% que refirieron vivir solos, no fueron adherentes al mismo. Al análisis de correlación, se encontró que si existe relación entre ambas variables (p-valor de 0,013). Resultado similar con Torres (76) en un estudio realizado en El Agustino-Perú, demostró que existe relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con TB pulmonar con un p-valor de 0,004. Así también, Reyes, Rodríguez y Sánchez (77) en su estudio realizado en Comas-Perú, hallaron relación con un p-valor de 0,0001.

Dentro del mismo factor, se encontró que, el 55% de los pacientes que no sintieron rechazo de su familia, amigos o compañeros señalaron ser adherentes al tratamiento antituberculoso, y el 10,7% que, si se sintieron rechazados, no lo fueron. De igual manera, al análisis de correlación, se evidenció que si existe relación (p-valor de 0,034). Asimismo, Bonilla (78) en su trabajo realizado en el Callao-Perú, señaló que los sujetos que no contaron con apoyo social tuvieron 19.16 veces más probabilidad de abandonar con respecto a los que si contaron con apoyo social durante su tratamiento (p-valor de 0,03). Del mismo modo, Vargas (79) en su estudio en La Victoria-Perú, reveló que las personas que experimentan la sensación de señalamiento y rechazo por parte de las demás personas de su entorno durante el tratamiento presentan 13 veces más riesgo de abandonar el tratamiento que

aquellas que no experimentan esta sensación de señalamiento y rechazo durante el retratamiento con un p -valor $<0,05$.

En Cuba (80), se identificó que los pacientes con tuberculosis sienten más temor a que se conozca que padecen la enfermedad que al tenerla, esto a causa del prejuicio de pensar que sólo las personas con vidas desordenadas o de bajo nivel socioeconómico pueden contraerla. Esto se debería, a que la enfermedad lleva años de reforzamiento social, en el que la deficiente información, a generado elementos de rechazo arraigados que merman en la adherencia al tratamiento. Por tanto, muchas personas no consideran realmente importante el brindar apoyo a un amigo o familiar que padezca de esta enfermedad (81).

Seguidamente, en el mismo factor, el estudio identificó que el 68,5% de los pacientes que consideraron llevar una alimentación saludable, se mostraron adherentes al tratamiento, mientras que el 7,4% que mantuvo una alimentación no saludable, no fueron adherentes. Igualmente, al análisis de la correlación, se obtuvo que si existe relación con un p -valor de 0,004. Sin embargo, un trabajo realizado en Ica-Perú (82) no halló relación entre el tipo de dieta y la adherencia al tratamiento con un p -valor de 0,456. Por otro lado, un programa de intervención hecho en Lima-Perú, demostró que los pacientes que participan constantemente en el programa de tuberculosis mejoraron su estado nutricional (IMC) con un p -valor $<0,05$.

La USAID (83), afirma que: “la desnutrición afecta la inmunidad celular incrementándose el riesgo de que la TB latente se convierta en activa. Es muy difícil determinar el estado nutricional de las personas con TBC antes de la enfermedad, por lo que es imposible determinar si la malnutrición llevó al avance de la enfermedad o si TB activa condujo a la desnutrición”. Por consiguiente, una

alimentación sana y balanceada permite al organismo defenderse ante cualquier enfermedad, mientras que una mala nutrición adelgazará la membrana de los pulmones facilitando la entrada de bacterias y debilitará el sistema inmunitario(84).

Al estudio, de los factores del servicio de salud, se encontró que el 74,5% de los pacientes que no faltaron a su control por ningún motivo, evidenciaron ser adherentes al tratamiento, por el contrario, el 12,8% que manifestaron haber faltado, señalaron ser no adherentes. Más aún, al análisis de la relación, se encontró que existe relación con un p-valor de 0,0001. Al mismo tiempo, el 67,1% de los pacientes que indicaron un buen trato de parte del personal de salud, fueron adherentes al tratamiento, sin embargo, el 6,7% que percibió un trato regular, se mostró no adherente. Al estudio de la relación, se halló p-valor de 0,003. Investigaciones similares se realizaron en Nicaragua (85) y Colombia (67), donde el concepto negativo de la atención recibida influyeron en la actitud del paciente hacia el tratamiento ($p < 0,05$).

Para Donabedian (86), “La calidad que se observa en el hospital realmente está limitada a la competencia técnica y, más recientemente, a la atención superficial al proceso interpersonal. Hoy día la gente habla de autonomía del paciente, pero por lo general eso se traduce en abandono del paciente”. Por ende, la relación médico-paciente es fundamental para el cumplimiento del esquema de tratamiento en el paciente con tuberculosis, siendo la escucha, orientación y entendimiento, las bases para una concepción diferente de esta enfermedad. De ahí que, la atención en salud debe caracterizarse por brindar no sólo un apropiado tratamiento para los requerimientos del usuario, sino que también deberán contemplarse elementos de humanización en el servicio y garantizar el proceder ético de los profesionales, con

el fin de garantizar la atención integral del paciente en los procesos de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de la enfermedad (87).

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

- El 78,5% de los pacientes sí fueron adherentes al tratamiento antituberculoso y sólo el 21,5% no se adhirieron a él.
- No se halló relación entre los factores socioeconómicos y la adherencia al tratamiento en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán con un p-valor $>0,05$.
- Se encontró relación entre los factores: ¿Con quién vive?, sintió rechazo después del diagnóstico y considera que lleva una alimentación saludable, y a la adherencia al tratamiento en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán con un p-valor $<0,05$.
- No se halló relación entre los factores de la enfermedad y el tratamiento y la adherencia al tratamiento en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán con un p-valor $>0,05$.
- Se encontró relación entre los factores: ha faltado al tratamiento y trato del personal de salud, y a la adherencia al tratamiento en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán con un p-valor $<0,05$.

2. Recomendaciones

En base a los resultados obtenidos en el estudio, se recomienda:

Al PCT, continuar con la mejora en la calidad de atención, reforzando las atenciones individuales y grupales, de manera multidisciplinaria. De igual manera, a seguir brindando espacios de concientización y educación para los pacientes.

A los pacientes del PCT, seguir motivándolos al cumplimiento correcto del tratamiento, incentivarles al uso de respiradores en casa hasta que el resultado de baciloscopia sea negativo, la ventilación adecuada del hogar, medios de transporte, evitar estar en un ambiente cerrado con muchas personas. El paciente debe ayudar en la concientización de la población, iniciando por sus familiares, para mejorar la situación del país respecto a la tuberculosis.

A los profesionales de la salud, a fortalecer la capacitación y actualización del personal de salud, ya que de esta manera se eliminan estigmas sociales que podrían existir al tratar con un paciente con tuberculosis.

A la UPeU, a continuar apoyando las investigaciones en el hospital de Huaycán ya que existen oportunidades de mejora a través de las mismas. Esto permitirá fortalecer la formación de los nuevos profesionales.

A los estudiantes de medicina, a seguir realizando investigación sobre tuberculosis ya que sabemos que una de las vías de contagio que menos pueden ser controladas es la respiratoria y la tuberculosis es una de las patologías conocidas mundialmente debido a que pese a muchos intentos no puede ser erradicada. Esto se debe a que muchos pacientes son irregulares en la asistencia al tratamiento, no tienen una alimentación adecuada y abandonan el tratamiento. La investigación en ésta área ayudará a mejorar la calidad de vida de la población vulnerable, que en este caso son los pacientes con tuberculosis. El estudiante debe

tener un rol más activo en la educación del paciente y del personal de salud para conocer esta enfermedad y tomar las medidas de prevención necesarias.

Referencias

1. OMS. Reporte de la OMS de TB en Perú. Who Rep. 2016;
2. OMS. global TUBERCULOSIS Executive summary. Organ Mund la salud. 2018;8.
3. Organización Mundial de la Salud OP de la S. Situación de la Tuberculosis en las Américas. Organ Mund la salud [Internet]. 2017;2. Available from: <http://www.paho.org/bireme/images/32015-cha-hoja-informativa-situacion-tb-americas.pdf>
4. Alarcón V, Alarcón E, Figueroa C, Mendoza-Ticona A. Tuberculosis en el Perú: Situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017;34(2):299–310.
5. Huaycan H. Analisis situacional de salud. Página web del Hosp Huaycán. 2017;112.
6. Gobierno Regional de Lima. Plan de respuesta regional para la reducción de la incidencia y la morbilidad de la tuberculosis en la región Lima 2016-2018.
7. WHO. Global Tuberculosis Report 2017. Who. 2017. 1-262 p.
8. La norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. Resolucion_Ministerial_752-2018-MINSA.pdf.
9. Ministerio de salud. Analisis de la situacion epidemiologica de la tuberculosis en el Perú 2015. 2016;128. Available from: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=599&Itemid=204
10. Huaycán H. Analisis de situaciones de Salud 2015. Inst gestión Serv Salud. 2015;192.
11. Vald NJ. Revisión del uso de la luz ultravioleta como alternativa agroindustrial y ambiental al uso de agua clorada. 2018;
12. White EG. El ministerio de curación. 1959;364.
13. White EG. Consejos sobre el régimen alimenticio. 1975;482.
14. Reyes-guillén I, Sánchez-pérez HJ, Cruz-burguete J, Juan MI. Anti-

- tuberculosis treatment defaulting . An analysis of perceptions and interactions in Chiapas , Mexico. 2008;50(3):251–7.
15. Riyaz R. Patient ' s Perception of Nursing Care at a Large Teaching Hospital in India Correspondence : 2008;2(2):92–100.
 16. Arrossi S, Herrero MB, Greco A, Ramos S. Predictive factors of non-adherence to tuberculosis treatment in the metropolitan area of Buenos Aires, Argentina. Salud Colect (English Ed [Internet]. 2012;8(1):S65–76. Available from: http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v8s1/en_v8s1a12.pdf
 17. Horizonte-mg DB. O abandono do tratamento da tuberculose sob a perspectiva dos gerentes de diferentes Centros de Saúde ABANDONMENT OF TUBERCULOSIS TREATMENT IN THE PERSPECTIVE OF HEALTH CENTERS MANAGERS IN BELO HORIZONTE- MG , BRAZIL PERSPECTIVA DE DIRECTORES DE CENTROS D. 2012;21(1):77–85.
 18. Heredia-Navarrete MR, Puc-Franco M, Caamal-Ley Á, Vargas-González A. Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán , México. Rev Biomédica [Internet]. 2012;23(490):113–20. Available from: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb122336.pdf>
 19. Lozano J, Plasencia C, Costa D P V. Coinfección por tuberculosis y virus de la inmunodeficiencia humana: confluencia de dos epidemias. Medisan [Internet]. 2012;16(9):1438–50. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n9/san15912.pdf>
 20. Vargas W. Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, en el distrito La Victoria periodo 2003 - 2007. 2012;71. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2090/1/Vargas_ow.pdf
 21. Montufar M, Noboa E. Factores asociados al abandono de Tratamiento en los pacientes nuevos con Tuberculosis Pulmonar Bk + en la ciudad de Guayaquil durante el año 2012[Tesis Licenciatura]. 2013;100. Available from: http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3719/1/tesis_revisada_lcda_verduga_Modificado.pdf
 22. Martínez-Hernández YO, Guzmán-López F, Flores-Pulido JJ, Vázquez-

- Martínez VH. Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar. *Atención Fam* [Internet]. 2014;21(2):47–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S140588711630013X>
23. TORRES G Z, HERRERA M T. Perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile: profile of patients in Chile. *Rev Chil enfermedades Respir* [Internet]. 2015;31(1):52–7. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482015000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 24. Ciencias FDE, Salud DELA, Vanessa L, Benito A. *Escuela Profesional de Enfermería*. 2016;
 25. Jave Oswaldo, Contreras Mariana, Hernández Andrés. Situación de la tuberculosis multirresistente en Perú. *Acta Médica Peru* [Internet]. 2017;34(2):114–25. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000200007
 26. Chavez-Salazar J, Fabian-Pantoja B, Loza-Delgadillo AJ, Valladares-Zevallos G. Factores Socioeconómicos Asociados Al Abandono Del Tratamiento De Tuberculosis Pulmonar Sensible En La Micro-Red De Salud Ollantay En San Juan De Miraflores, Lima-Perú, 2012-2015. *Rev la Fac Med Humana* [Internet]. 2017;17(4):12–8. Available from: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1204>
 27. CDC. Enfermedad de Tuberculosis. <https://www.cdc.gov/spanish/especialescdc/sintomastuberculosis/index.html>.
 28. Fernández DC, Manzur DJ. *Enfermedades Infecciosas | Tuberculosis. Guía para el equipo salud No 3* [Internet]. 2014;70. Available from: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000049cnt-guia_de_diagnostico_tratamiento_y_preencion_de_la_tuberculosis_2015.pdf
 29. Méndez Echevarría a, Mellado Peña MJ, Baquero Artigao F, García Miguel MJ. *Tuberculosis. Protoc diagnóstico-terapéuticos Infectología Pediátrica SEIP-AEP* [Internet]. 2011;1:10. Available from: [trotocolo](#)
 30. OPAS. *Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el*

- Caribe Lecciones aprendidas. Organ Panam la Salud. 2017;
31. Lado FLL. Clínica de la tuberculosis. Elsevier. 2002;39(5):181–92.
 32. Romero Marín MP, Romero Rondon SK, Sánchez Robayo J, Santamaria-Alza Y, Mendoza Herrera T, Bolivar Grimaldos F. Secuelas estructurales y funcionales de tuberculosis pulmonar: una revisión de tema. Rev Am Med Respir [Internet]. 2016;16(2):163–9. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-236X2016000200007
 33. Rivera DF, Camargo DG. Genes del Mycobacterium tuberculosis involucrados en la patogenicidad y resistencia a antibióticos durante la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. Mycobacterium Tuberc genes Involv Pathog Resist to Antibiot Pulm Extrapulm Tuberc [Internet]. 2015;28(1):39–51. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=108520016&lang=es&site=ehost-live>
 34. Hidalgo AR. Artículo Original Perfil de resistencia del Mycobacterium tuberculosis a los antimicrobianos en la población del Seguro Social de Salud (Essalud) - Región La Libertad- Perú . 2017;12(4):150–5.
 35. Rivera Nilda Alejandra R, Ronzón Bertha Elvia C, Pérez Armando M. Mycobacterium tuberculosis: Su pared celular y la utilidad diagnóstica de las proteínas 16 y 38 kDa. Rev Médica la Univ Veracruzana [Internet]. 2002;2(2):39–43. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2002/muv022i.pdf>
 36. Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/complejo-ghon>.
 37. Bonachera J, Rosique B. Tuberculosis. Diagnóstico y tratamiento. Man Diagnóstico y Ter en Nemonologia. 2005;487–97.
 38. Farga V, Peña C, Arias F, Herrera T. Nuevos métodos para el diagnóstico de la tuberculosis. Rev Chil Enferm Respir [Internet]. 2016;32:254–9. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rcher/v32n4/art07.pdf>
 39. Caminero JA, Cayla JA, García-García J-M, García-Pérez FJ, Palacios JJ, Ruiz-Manzano J. Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis con resistencia a

- fármacos. Arch Bronconeumol [Internet]. 2017;53(9):501–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300289617300509>
40. Latorre P. Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. Med Lab Lab [Internet]. 2011;17(17):50. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2011/myl113-4d.pdf>
 41. Culqui DR, Munayco E. C V., Grijalva CG, Cayla JA, Horna-Campos O, Alva Ch. K, et al. Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú. Arch Bronconeumol. 2012;48(5):150–5.
 42. Bossio JC, Moral M, Arias S, Barrera L, Imaz S. Enfermedades Infecciosas, Tuberculosis. Guia para el Equipo de Salud. Enfermedades Infecc [Internet]. 2009;21(8):51. Available from: http://www.msal.gob.ar/equiposcomunitarios/images/stories/Equipos/problemas-priorizados-salud/guia_tuberculosis.pdf
 43. National Center for HIV /AIDS, viral hepatitis S and T prevention. Pruebas de detección de tuberculosis. 2013;1–3. Available from: <https://www.cdc.gov/tb/esp/pdf/Pruebas-de-detección-de-tuberculosis.pdf>
 44. Muñoz Sánchez Alba Idaly. y colbs. Educative intervention aimed at health workers about the case-finding of individuals with tuberculosis respiratory symptoms. Rev Cuba Salud Pública. 2015;41(1):46–56.
 45. JLCastañeda. Mascarilla N95: una medida útil en la prevención de la tuberculosis pulmonar. 2017;32(2):128–33. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2017/apm172h.pdf>
 46. Salud M De. Atención Integral De Las Personas Afectadas Por Tuberculosis. Norma técnica salud para la atención Integr las Pers Afect por Tuberc [Internet]. 2013;1:172. Available from: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>
 47. Ministerio de Sanidad Política social e igualdad. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la Tuberculosis. Guia MSC. 2010;1:31–218.
 48. Quezada S, Sánchez S. Vacuna contra la tuberculosis BCG: Eficacia y efectos

- adversos. Rev Cienc UNEMI. 2015;8:6.
49. Ernesto R, Faucheux O. ARTÍCULO ORIGINAL Adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis en el centro de salud Ciudad Nueva , Tacna – 2016. 2016;26–9.
 50. González CLS, Rocha MPU, Ramírez WAZ, Cadavid JFR, Montes F. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento contra la tuberculosis en la ciudad de Medellín. Enero 2000-Junio 2001. CES Med. 2004;18(1):25–33.
 51. Peña V. Factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes que asisten al Hospital Huaycán, febrero - marzo del 2015. 2015;100. Available from: http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/578/Víctor_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 52. Anduaga-Beramendi A, Maticorena-Quevedo J, Beas R, Chanamé-Baca DM, Veramendi M, Rospigliosi AW-, et al. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. Acta Médica Peru. 2016;33(1):21–8.
 53. Miguel L, Carlos J, Teresa M. Barreras asociadas a la adherencia al tratamiento de tuberculosis en Cali y Buenaventura , Colombia , 2012 * Obstacles Associated with the Adherence to Tuberculosis Treatment in Cali and Buenaventura , Colombia , 2012 Barreiras associadas à aderência ao t. 2017;16(32):68–84.
 54. Herrero MB, Arrossi S, Ramos S, Braga JU. Spatial analysis of the tuberculosis treatment dropout, Buenos Aires, Argentina. Rev Saude Publica. 2015;49.
 55. Soza Pineda NI. b, Pereira SM., Barreto ML. Dropout from tuberculosis treatment in Nicaragua: The results of a comparative study [Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: Resultados de un estudio comparativo]. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal [Internet]. 2005;17(4):271–8. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-18844376403&partnerID=40&md5=cb0fbf80ca9008288b4511a73d7aed2e>
 56. Isabel DRE. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería Autora -

- Dalens Remigio Evelyn Isabel. Esc enfermería Padre Luis Tezza [Internet]. 2012; Available from: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/310/1/Dalens_ei.pdf
57. Pérez-Navarro Lucía Monserrat. colbs. Factores asociados a tuberculosis pulmonar en pacientes con diabetes mellitus de Veracruz , México. Gac Med Mex [Internet]. 2011;147(219–25):6–10. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2011/gm113d.pdf>
 58. Mateus-Solarte JC, Carvajal-Barona R. Factors predictive of adherence to tuberculosis treatment, Valle del Cauca, Colombia. Int J Tuberc Lung Dis. 2008;12(5):520–6.
 59. Cáceres FDM, Orozco LC. Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. Biomédica [Internet]. 2007;27(4):498. Available from: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/170>
 60. CDC. Manejo de pacientes con tuberculosis y mejora de la adherencia al tratamiento. Módulos autoaprendizaje sobre Tuberc. 2014;98.
 61. Salud E DE, Enf ARAUJO RUIZ Verónica Bach Enf ARÉVALO ARÉVALO Silvia Khristel Bach Enf TORRES AHUANARI Rosa Milagros ASESORES B, JUANA VELA VALLES Ing SAUL FLORES NUNTA D. Adherencia al tratamiento de la tuberculosis. 2014; Available from: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3962/Verónica_Tesis_Título_2014.pdf.pdf?sequence=1
 62. Ríos Hipólito M, Suárez Nole C, Muñoz Cope D, Gómez M. Factores Asociados a Recaídas Por Tuberculosis En Lima Este - Perú *. Rev Perú Med Exp Salud Pública, 2002 [Internet]. 2002;19(1):35–8. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342002000100007
 63. Milena A, Rey V, T BCH. Documento guía ALIMENTACIÓN.
 64. Sampieri RH, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. MCGRAW-HILL, editor. México; 2014. 518 p.
 65. Huaycan HOPDE. Resolucion directoral. 2014;

66. Zevallos M. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso Esquema I en la red San Juan de Lurigancho, Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.
67. Dueñas M, Cardona D, Cardona D. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis. Pereira, Colombia 2012-2013. *Biomédica*. 2016 Apr;36(3):423–31.
68. Congreso de la República. Ley General de Salud - PERU. Igarss 2014. 1997;(1):1–5.
69. Muñoz Sánchez AI, Rubiano Mesa YL, Laza Vásquez C. Adherencia al tratamiento antituberculoso: Voces de los implicados. *Index de Enfermería*. 2011 Jun;20(1–2):66–70.
70. Gallardo CR, Gea Velázquez de Castro MT, Requena Puche J, Miralles Bueno JJ, Rigo Medrano MV, Aranaz Andrés JM. Factores asociados a la adherencia en el tratamiento de la infección tuberculosa. *Atención Primaria*. 2014 Jan;46(1):6–14.
71. Garnica B, Paz A, Zurita M, Prado G, Romero B. Adherencia al tratamiento de tuberculosis en el Centro de Salud Temporal. *Rev Científica Cienc Médica*. 2014;17(1):11–4.
72. Araujo V, Arévalo S, Torres R. Factores biosociales asociados a la adherencia al tratamiento por tuberculosis pulmonar en dos establecimientos de salud. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2015.
73. Carvajal R, Tovar L, Aristizábal J, Varela M. Barreras asociadas a la adherencia al tratamiento de tuberculosis en Cali y Buenaventura, Colombia, 2012. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2017;16(32):68–84.
74. Martínez-Hernández YO, Guzmán-López F, Flores-Pulido JJ, Vázquez-Martínez VH. Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar. *Atención Fam*. 2014 Apr;21(2):47–9.
75. Quevedo Cruz LN del P, Sánchez Requín RL, Villalba Porrás FK, Velásquez Carranza D. Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. *Rev Enferm Hered [Internet]*. 2015;8(1):11. Available from:

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/253>

6

76. Torres Gutierrez S. Relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” junio - 2016. Univ Priv San Juan Baut. 2017;
77. Reyes Ramírez CF, Rodríguez Pacco CR, Sánchez Retamozo GV. Relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con tuberculosis pulmonar. Univ Peru Cayetano Hered. 2015;
78. Bonilla C. Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en la región Callao, Perú, años 2010-2012. Universidad Peruana Unión; 2016.
79. Vargas W. Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en tratamiento, en el distrito La Victoria periodo 2003-2007. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
80. De la Cruz A. Tuberculosis y afectividad. Rev Cubana Med Trop. 1966;56(3):214–8.
81. Ccalla S, Quispe M. Apoyo social percibido y calidad de vida e personas con tuberculosis. Microredes Zamácola, Selva Alegre y ciudad Blanca-Arequipa. Universidad Nacional de San Agustín; 2014.
82. Meza W, Peralta A, Quispe F, Cáceres F. Adherencia terapéutica y factores condicionantes en su cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Microred La Palma, Ica 2017. Rev Médica Panacea. 2013 May;7(1):22–7.
83. Papathakis P, Piwoz E. Nutrition and Tuberculosis: A review of the literature and considerations for TB control programs. USA: United States Agency for International Development; 2006. p. 11–7.
84. Contrera M. Nutrición y tuberculosis. Síntesis de la guía OMS, “la atención y apoyo nutricional a pacientes con tuberculosis.” Instituto Nacional de Salud. Lima: Bol - Inst Nac Salud ; 2014.
85. Soza Pineda NI, Pereira SM, Barreto ML. Abandono del tratamiento de la

- tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. Rev Panam Salud Pública. 2005 Apr;17(4):271–8.
86. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Salud Publica Mex. 1990;32(2):248–9.
87. Bermúdez-Román V, Bran-Piedrahita L, Palacios-Moya L, Posada-Zapata IC. Relación médico-paciente: impacto en las campañas de promoción y prevención para personas con VIH en Medellín. Rev salud pública. 2016;18(4):543–53.

Anexos

Anexos 1 Instrumento de recolección de datos

| N° | Pregunta | Categoría | Respuesta | Especificación u observación |
|--|--|---|-----------|------------------------------|
| Factores Socioeconómico | | | | |
| 1 | Edad | 1) 18 -29 2) 30 – 44 3) 45 – 59 4) > 60 | | |
| 2 | Genero | 1) Masculino 2) Femenino | | |
| 3 | Grado de Instrucción | 1) Analfabeto 2) Primaria 3) Secundaria 4) Técnico / Superior | | |
| 4 | Estado civil | 1) Soltero 2) Casado 3) Viudo 4) Divorciado 5) Conviviente | | |
| 5 | Ingreso económico | 1) Menos de 500 S./ 2) Más de 500 S./ 3) No tiene | | |
| 6 | Condición de la vivienda | 1) Casa propia 2) Casa de un familiar 3) Casa alquilada 4) Albergue | | |
| 7 | Cuenta con servicios de agua, desagüe y luz eléctrica. | 1) Ninguno 2) Incompleto 3) Completo | | |
| 8 | Material de la vivienda | 1) Noble 2) Adobe 3) Madera 4) Esteras | | |
| 9 | Ocupación | 1) Dependiente 2) Independiente 3) Estudiante 4) Sin ocupación | | |
| 10 | ¿Cuánto gasta en pasajes mensuales? | 1) Nada 2) Menos de 10 S./ 3) De 10 a 50 S./ 4) Más de 50 S./ | | |
| Factores relacionados al paciente | | | | |
| 11 | ¿Cuál fue su reacción frente al diagnóstico? | 1) Aceptación 2) Aislamiento 3) Indiferente 4) Rechazo | | |
| 12 | ¿Con quién vive? | 1) Con familiares 2) Solo/a | | |
| 13 | Número de personas en casa por habitación | 1) Menos de 3 2) Más de 3 | | |
| 14 | ¿Quién en su entorno le ofrece apoyo emocional para que continúe el tratamiento? | 1) Familia 2) Amigos 3) Personal del hospital 4) Personal del centro de rehabilitación 5) Nadie | | |

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| 15 | Sintió rechazo (Familia, amigos, compañeros de trabajo o estudios) después del diagnóstico | 1) Si 2) No | | |
| 16 | Consume algún tipo de droga | 1) Marihuana 2) Pasta básica 3) Cocaína 4) Ninguna | | |
| 17 | Consume bebidas alcohólicas | 1) Todos las semanas 2) Una vez por mes 3) Socialmente 4) No consumo alcohol | | |
| 18 | Patologías | 1) DM 2) VIH 3) Ninguna | | |
| 19 | Considera que se alimenta saludablemente | 1) Si 2) No | | |
| Factores asociados a la enfermedad y tratamiento | | | | |
| 20 | Sabía lo que era la tuberculosis | 1) Si 2) No | | |
| 21 | Sabe cómo se transmite | 1) Si 2) No | | |
| 22 | Resultado de Baciloscopia al inicio de tratamiento, número de cruces que recibió en el diagnóstico. | 1) (+) 2) (++) 3) (+++) 4) Paucibacilar 5) Negativo | | |
| 23 | Ha pasado consulta con nutrición | 1) Si 2) No | | |
| 24 | Ha pasado consulta con psicología | 1) Si 2) No | | |
| 25 | Ha pasado consulta con servicio social | 1) Si 2) No | | |
| 26 | ¿Cómo considera la cantidad de medicamentos recibida? | 1) Poco 2) Regular 3) Mucho | | |
| 27 | ¿Qué tipo de reacciones le provocan los medicamentos? | 1) Náuseas y vomito 2) Dolor de cabeza 3) Sarpullido y enrojecimiento de la piel 4) Ninguna reacción | | |
| 28 | ¿Qué hace cuando presenta molestias? | 1) No le da importancia 2) Acude a la farmacia 3) Acude al hospital 4) Dejo de tomar el tratamiento | | |
| 29 | ¿Considera que el tratamiento está mejorando los síntomas? | 1) Si 2) No | | |
| Factores relacionados al servicio de salud | | | | |
| 30 | Considera la ubicación del centro de salud | 1) Inaccesible 2) Accesible | | |
| 31 | Le brindaron información sobre su enfermedad. | 1) Si 2) No | | |
| 32 | ¿Quedó satisfecho con la | 1) Si | | |

| | | | | |
|----|---|---|--|--|
| | información? | 2) No | | |
| 33 | Tiempo de atención | 1) Menos de 5 minutos 2) De 5 a 10 minutos 3) Más de 10 minutos | | |
| 34 | ¿Cuándo ha faltado al tratamiento? | 1) Alguien lo visitó en su casa 2) Nadie lo visitó 3) No he faltado | | |
| 35 | ¿Cómo es el trato del personal hacia usted? | 1) Malo 2) Regular 3) Bueno | | |

Anexos 2 Validación juicio de expertos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|--------|------------|------|-----|-----|---|-----|
| Juez 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0.6 |
| Juez 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0.6 |
| Juez 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0.8 |
| Juez 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Juez 5 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0.8 |
| | 0.8 | 0.6 | 0.6 | 0.8 | 1 | |
| | V de Aiken | 0.76 | | | | |

Anexos 3 Validación de instrumentos.

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

INSTRUCCIÓN: Sírvase encerrar dentro un círculo, el número (representa porcentaje) que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple el objetivo propuesto?
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
3. ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
4. ¿Considera usted que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
5. ¿Estima usted que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?
- 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
6. ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?
- Los siguientes.
- _____
- _____
7. ¿Qué ítems se podrían eliminar?
- Ninguno.
- _____
- _____
- Fecha: 19/12/18 Firma: _____
- Validado por: Juan Carlos Mejía
- Grado académico: Medico Especialista



HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ENCUESTA O CUESTIONARIO SOBRE "Estilo de Vida y Trastornos Gastrointestinales en estudiantes de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2018

INSTRUCCIÓN: Sírvase encerrar dentro un círculo, el número (representa porcentaje) que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple el objetivo propuesto?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
3. ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
4. ¿Considera usted que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
5. ¿Estima usted que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
6. ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?
En factores relacionados al paciente una pregunta sobre si vive con algún familiar con Dx de TBC.
7. ¿Qué ítems se podrían eliminar?

Fecha: 1 feb 2018 Firma: [Firma]

Validado por: Eddie Newbell Noriega

Grado académico: Magister

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

INSTRUCCIÓN: Sírvase encerrar dentro un círculo, el número (representa porcentaje) que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple el objetivo propuesto?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)

2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)

3. ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)

4. ¿Considera usted que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)

5. ¿Estima usted que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)

6. ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?

Me parece que los ítems propuestos son suficientes.

7. ¿Qué ítems se podrían eliminar?

No se debería eliminar ningún ítem

Fecha: 10/01/19 Firma: [Firma]

Validado por: Dña. María Hyde Triches Peier

Grado académico: Médico Neurólogo

| Nº | Pregunta | Categoría | Respuesta | Especificación u observación |
|-----------------------------|--|---|-----------|--|
| Datos Generales | | | | |
| 1 | Edad(años) | a) 18 -29 b) 31 - 44 c) 45 - 59 d) > 60 | | |
| 2 | Grado de Instrucción | a) Analfabeto b) Primaria c) Secundaria d) Técnico / Superior | | |
| 3 | Estado civil | a) Soltero b) Casado c) Viudo d) Divorciado e) Conviviente | | |
| Aspectos económicos | | | | |
| 4 | Ingreso económico | a) Menos de 500 b) Más de 500 | | Especificar Tipo de Moneda |
| 5 | Condición de la vivienda | a) Casa propia b) Casa de un familiar c) Casa alquilada d) Albergue e) Otro | | |
| 6 | Cuenta con servicios de agua, desagüe y luz eléctrica. | a) Ninguno b) Incompleto c) Completo | | |
| 7 | Material de la vivienda | a) Noble b) Adobe c) Madera d) Esteras | | |
| 8 | Ocupación | a) Empleado b) Independiente c) Estudiante d) Sin ocupación | | Colocar Variable como Dependiente |
| 9 | ¿Cuánto gasta en pasajes? | a) Mucho b) Poco c) Nada | | Debería preguntar gasto mensual |
| Factores ambientales | | | | |
| 10 | ¿Cómo era la familia antes de la enfermedad? | a) Unida b) Indiferente c) Conflictiva | | pregunta Muy Subjetiva |
| 11 | ¿Cuál fue la reacción familiar a la enfermedad? | a) Aceptación b) Aislamiento c) Indiferente d) Rechazo | | Cambiar la Variable (A.) por Apoyo al paciente |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| 12 | ¿Con quién vive? | a) Esposa y/o hijos b) Otras personas c) Otros familiares d) Solo/a | | |
| 13 | Número de personas en casa. | a) Menos de 3 b) Más de 3 | | Incrementar el número de variables |
| 14 | ¿Quién en su entorno le ofrece apoyo emocional para que continúe el tratamiento? | a) Familia b) Amigos c) Personal del hospital d) Personal del centro de rehabilitación e) Nadie | | |
| 15 | Sintió rechazo (Familia, amigos, compañeros de trabajo o estudios) después del diagnóstico | a) Si b) No | | |
| 16 | Tiene o tuvo familiares con Tuberculosis | a) Son o fueron regulares a su tratamiento b) Son o fueron Irregulares a su tratamiento c) Abandonaron d) No tengo(tuve) familiares con Tuberculosis | | Registrar Respuesta dicotómica |
| Factores Psicosociales | | | | |
| 17 | Consumo algún tipo de droga | a) Siempre b) Frecuentemente c) A veces d) Nunca | | Especificar Tipo de Sustancia o Respuesta Dicotómica |
| 18 | Consumo bebidas alcohólicas | a) Siempre b) Frecuentemente c) A veces d) Nunca | | |
| 19 | Patologías | a) HTA b) DM c) VIH d) Otra (Especificar) e) Ninguna | | |
| Factores asociados a la enfermedad y Tratamiento | | | | |
| 20 | Conoce su enfermedad | a) Si b) No | | |
| 21 | Sabe cómo se transmite | a) Si b) No | | |

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| 22 | Resultado de Baciloscopia al inicio de tratamiento, número de cruces que recibió en el diagnóstico. | a) (+) b) (++) c) (+++) d) Paucibacilar e) Negativo | | |
| 23 | Ha pasado consulta con nutrición | a) 1 b) 2 c) 3 o más veces | | Respuesta Nicotónica |
| 24 | Ha pasado consulta con psicología | a) 1 b) 2 c) 3 o más veces | | Respuesta Nicotónica |
| 25 | Ha pasado consulta con servicio social | a) 1 b) 2 c) 3 o más veces | | Respuesta Nicotónica |
| 26 | ¿Cómo considera la cantidad de medicamentos recibida? | a) Poco b) Regular c) Mucho | | |
| 27 | ¿Qué tipo de síntomas le provocan los medicamentos? | a) Náuseas y vomito b) Dolor de cabeza c) Sarpullido y enrojecimiento de la piel d) Otro (especificar) e) Ninguno | | Cambiar la Pregunta a Reacciones. Adversas |
| 28 | ¿Qué hace cuando presenta molestias? | a) No le da importancia b) Acude a la farmacia c) Acude al hospital d) Dejo de tomar el tratamiento e) Otro (especificar) | | |
| 29 | Conoce factores relacionados al fracaso de tratamiento como: Irregularidad Abandono Mala alimentación Alcoholismo | a) Si b) No | | |
| 30 | Considera que se alimenta adecuadamente | a) Si b) No | | Cambiar la Pregunta Subabdominal |
| 31 | Recibe la canasta de víveres en el Hospital | a) Si b) No | | |
| 32 | ¿Considera que el tratamiento lo está curando? | c) Si d) No | | Cambiar la Pregunta Diente Hetero de sus Síntomas |
| Factores relacionados al servicio de salud | | | | |
| 33 | Considera la ubicación | a) Inaccesible | | |

| | | | | |
|----|--|--|--|---|
| | del centro de salud | b) Accesible c) Muy accesible | | |
| 34 | Usted recibió o conoce información sobre los cuidados que se deben tener para la recuperación y evitar el contagio como: Uso de mascarilla, lavado de manos Ventilación adecuada de la habitación | a) Si b) No | | |
| 35 | Le brindaron información sobre su enfermedad. | a) Si b) No | | |
| 36 | ¿Quedó satisfecho con la información? | a) Si b) No | | |
| 37 | ¿Quién le brindó la información? | a) Técnico de enfermería b) Enfermera c) Médico | | |
| 38 | Tiempo de atención | a) Espera mucho tiempo b) Espera poco tiempo c) La atención es inmediata | | Definir el tiempo de espera (Subjetivo) |
| 39 | ¿Cuándo ha faltado al tratamiento? | a) Alguien lo visitó en su casa b) Nadie lo visitó c) No he faltado | | |
| 40 | ¿Cómo es el trato del personal hacia usted? | a) Malo b) Regular c) Bueno | | |
| 41 | Razones por la que no asiste al tratamiento o abandonó | | | |


 JORGE E. MARTZ GRANADOS
 Médico Emergenciólogo

Firma y sello del profesional

DNI:



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital de Huaycán

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

PROVEÍDO DE INVESTIGACIÓN N° 022-2018

LOS QUE SUSCRIBEN:

Dr. Juan Carlos Yafac Villanueva

Director del Hospital de Huaycán.

Lic. Raúl Felipe Chuquiyauri Justo

Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.

Dejan Constancia que:

La Srta. *Cueva Benavides, Claudia Maribel*, ha presentado el proyecto de investigación titulado:

“Factores Asociados a la No Adherencia en el Tratamiento de Tuberculosis Sensible en el Hospital de Huaycán, Lima, enero a julio del 2018.”

El cual ha sido aprobado para su ejecución en nuestra institución, no teniendo valor alguno en acciones en contra del estado.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE HUAYCÁN

Dr. Juan Carlos Yafac Villanueva
C.M.P. 024659
DIRECTOR(©)

Lima, 8 de noviembre del 2018.

HOSPITAL HUAYCÁN

Av. J.C. Mariátegui S/N Zona "B" Huaycán - Ate
Tel. 371-6049 / 371-6797 / 371-5979 / 371-5530
E-mail: hhuaycan@hotmail.com



PROVEÍDO DE INVESTIGACIÓN N° 022-2018

LOS QUE SUSCRIBEN:

Dr. Juan Carlos Yafac Villanueva

Director del Hospital de Huaycán.

Lic. Raúl Felipe Chuquiyaury Justo

Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.

Dejan Constancia que:

La Srta. **Cueva Benavides, Claudia Maribel**, ha presentado el proyecto de investigación titulado:

“Factores Asociados a la No Adherencia en el Tratamiento de Tuberculosis Sensible en el Hospital de Huaycán, Lima, Agosto a Diciembre del 2018.”

El cual ha sido aprobado para su ejecución en nuestra institución, no teniendo valor alguno en acciones en contra del estado.

Lima, 8 de noviembre del 2018.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE HUAYCÁN
Dr. Juan Carlos Yafac Villanueva
C.M.P. 024850
DIRECTOR(a)

Anexos 5 Consentimiento

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Factores asociados a la adherencia al tratamiento de tuberculosis sensible en pacientes del Programa de Control de Tuberculosis del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.

INTRODUCCIÓN:

Buenos días/tardes, mi nombre es Claudia Cueva, estudiante de la Escuela de Medicina de la Universidad Peruana Unión. Este cuestionario tiene como propósito Determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento de tuberculosis sensible en pacientes del Programa de Control de Tuberculosis del Hospital de Huaycán, Lima, 2018. Dicha información será de mucha importancia para desarrollar el estudio.

Su participación es totalmente voluntaria y no será obligatoria llenar dicha encuesta si es que no lo desea. Si decide participar en este estudio, por favor responda el cuestionario, así mismo puede dejar de llenar el cuestionario en cualquier momento, si así lo decide.

He leído los párrafos anteriores y reconozco que al llenar y entregar este cuestionario estoy dando mi consentimiento para participar en este estudio.

A continuación, detallan las instrucciones o explicaciones para el llenado del cuestionario.

INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se le presentan, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (X) la respuesta que usted crea conveniente.

Observación:

Cada participante de la investigación debe recibir una copia de este consentimiento.

Anexos 6 Lista de abreviaturas

TBC: Tuberculosis

TBC MD: Tuberculosis Drogorresistente

TBC MDR: Tuberculosis Multidrogorresistente

TBC XDR: Tuberculosis Extremadamente resistente

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

OMS: Organización Mundial de la Salud

MTB: *Mycobacterium tuberculosis*

BAAR: Bacilo Ácido Alcohol Resistente

BCG: Bacilo Calmette Guerin

PT: Prueba de Tuberculina

TB-DR: Tuberculosis resistente a drogas

H: Isoniazida

R: Rifampicina

FQ: Fluorquinilona

E: Etambutol

Z: Pirazonamida

BK: baciloscopia

ZN: esputo por tinción de Zielh Neelsen

MNT: *Mycobacterias no tuberculosis*

PSD: Prueba de susceptibilidad directa

LPA: *Line Probe Assay*

IGRA: ensayo de liberación de interferón gamma

LDH: Deshidrogenasa láctica

IRC: Insuficiencia Renal Crónica

DM: Diabetes Mellitus

VIH: Virus de inmunodeficiencia Humana

IRC: Insuficiencia Renal Crónica

PCA-PANTBC: Programa de complementación alimentaria para personas afectadas por tuberculosis.

CONSTANCIA DE REVISION ESTADÍSTICA DE TESIS

Yo **Janett Virginia Chávez Sosa**, identificada con el número de **DNI 46629577**, Licenciada en enfermería, Magister en gerencia de Salud y Especialista en estadística aplicada, realicé la revisión de la parte estadística de la tesis "**Factores asociados a la adherencia al tratamiento de tuberculosis sensible en pacientes del Programa de Control de Tuberculosis del Hospital de Huaycán, Lima, 2018**" de la bachiller **Claudia Maribel Cueva Benavides**, identificada con el **CE 001037124**.


 **Lic. Janett V. Chávez Sosa**
C.E.P. 066296
Docente de la UPeJ
BIOESTADÍSTICA

Janett Virginia Chávez Sosa
46629577

CONSTANCIA DE REVISION LINGÜÍSTICA

Yo **Gladys Marlin Sosa Espinosa**, identificada con el número de **DNI 06956993**, Licenciada en Educación y Literatura, Maestría en Docencia Universitaria-Lingüística, Directora de Colegio Nacional José Carlos Mariategui -UGEL 04, realicé la revisión de la parte Lingüística de la tesis **“Factores asociados a la adherencia al tratamiento de tuberculosis sensible en pacientes del Programa de Control de Tuberculosis del Hospital de Huaycán, Lima, 2018”** de la bachiller **Claudia Maribel Cueva Benavides**, identificada con el **CE 001037124**.



Lic. Gladys M. Sosa Espinoza
LINGÜÍSTICA
Cod. Modular 1006956993

Anexos 8 Base de datos

| Encuestas | Edad | Género | Grado de Instrucción | Estado civil | Ingreso económico | Condición de la vivienda | Servicios de casa | Material de vivienda | Ocupación | Pasajes mensuales | Reacción al diagnóstico | Con quien vive | Hacinamiento | Apoyo emocional | Rechazo | Drogas | Alcohol | Patologías |
|-----------|------|--------|----------------------|--------------|-------------------|--------------------------|-------------------|----------------------|-----------|-------------------|-------------------------|----------------|--------------|-----------------|---------|--------|---------|------------|
| 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 2 | 2 | 2 | 3 | 5 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 1 | 2 | 3 | 1 | 4 | 2 | 3 |
| 4 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 5 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 6 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 2 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 7 | 3 | 1 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 2 | 5 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 8 | 2 | 1 | 3 | 5 | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 9 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 2 | 3 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 10 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 |
| 11 | 1 | 1 | 2 | 5 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 12 | 2 | 2 | 3 | 5 | 1 | 2 | 3 | 1 | 4 | 3 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 |
| 13 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 1 | 1 | 2 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 14 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 4 | 1 | 2 | 5 | 2 | 4 | 4 | 1 |
| 15 | 1 | 1 | 3 | 5 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 16 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 17 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 | 3 | 3 |
| 18 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 19 | 2 | 1 | 4 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 20 | 2 | 4 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 5 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 21 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 1 | 2 | 5 | 1 | 4 | 3 | 3 |
| 22 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 1 | 2 | 5 | 1 | 4 | 4 | 3 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 23 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 24 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 2 | 5 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 25 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 1 |
| 26 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 5 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 27 | 2 | 1 | 4 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 1 |
| 28 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 29 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 30 | 2 | 1 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 4 | 3 | 3 |
| 31 | 1 | 1 | 4 | 5 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 32 | 1 | 2 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 33 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 34 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 2 | 3 | 1 | 1 | 5 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 35 | 2 | 1 | 4 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 36 | 2 | 1 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 37 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 38 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 2 |
| 39 | 2 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 5 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 40 | 1 | 1 | 3 | 5 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 41 | 1 | 1 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 | 2 |
| 42 | 1 | 1 | 4 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 43 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 44 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 5 | 2 | 4 | 2 | 3 |
| 45 | 1 | 1 | 3 | 5 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 4 | 4 | 1 |
| 46 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 47 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 5 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 48 | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 49 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 50 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 4 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 51 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 5 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 52 | 1 | 1 | 4 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 53 | 1 | 1 | 4 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 4 | 3 | 1 |
| 54 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 55 | 1 | 2 | 4 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 5 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 56 | 2 | 2 | 3 | 5 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 57 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 58 | 2 | 1 | 3 | 5 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 59 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 60 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 5 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 61 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 2 | 1 | 4 | 3 | 3 |
| 62 | 2 | 1 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 63 | 2 | 1 | 3 | 5 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 4 | 3 | 3 |
| 64 | 2 | 1 | 3 | 5 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 65 | 2 | 1 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 66 | 2 | 1 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 67 | 2 | 2 | 3 | 5 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 1 | 5 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 68 | 2 | 2 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 69 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 4 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 70 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 5 | 1 | 4 | 3 | 3 |
| 71 | 1 | 1 | 2 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 72 | 1 | 2 | 2 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 5 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 73 | 1 | 2 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 4 | 4 | 2 |
| 74 | 1 | 2 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 | 3 |
| 75 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 76 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 77 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 78 | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 79 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 80 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 |
| 81 | 1 | 2 | 2 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 4 | 3 | 3 |
| 82 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 83 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 84 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 85 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 86 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 87 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 4 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 88 | 1 | 2 | 4 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 89 | 1 | 2 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 3 | 1 | 4 | 3 | 3 |
| 90 | 1 | 2 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 91 | 1 | 2 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 5 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 92 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 93 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 94 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 | 3 |
| 95 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 96 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 | 3 |
| 97 | 2 | 1 | 3 | 5 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 98 | 2 | 1 | 3 | 5 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 99 | 2 | 1 | 3 | 5 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 4 | 3 | 3 |
| 100 | 4 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 101 | 2 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 102 | 2 | 1 | 4 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 103 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 | 3 |
| 104 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 105 | 1 | 1 | 3 | 5 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 106 | 4 | 1 | 1 | 4 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 |
| 107 | 3 | 1 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 5 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 108 | 3 | 1 | 3 | 5 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 109 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 110 | 2 | 1 | 3 | 5 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 5 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 111 | 2 | 2 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 112 | 2 | 1 | 3 | 5 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 113 | 2 | 1 | 3 | 5 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 114 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 115 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 | 3 |
| 116 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 117 | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 4 | 1 | 3 | 2 | 1 | 5 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 118 | 2 | 1 | 4 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 119 | 2 | 2 | 4 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 120 | 2 | 1 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 1 | 5 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 121 | 3 | 1 | 4 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 122 | 3 | 1 | 4 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 |
| 123 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 4 | 3 | 3 |
| 124 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 125 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 126 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 5 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 127 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 128 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 5 | 1 | 4 | 3 | 3 |
| 129 | 2 | 1 | 4 | 3 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 130 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 131 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 | 3 |
| 132 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 133 | 1 | 1 | 3 | 5 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 134 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 4 | 2 | 1 | 5 | 1 | 4 | 3 | 3 |
| 135 | 1 | 1 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 5 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 136 | 1 | 2 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 137 | 1 | 1 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 3 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 138 | 1 | 2 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 139 | 1 | 1 | 4 | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 140 | 2 | 2 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 141 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 | 4 | 3 | 4 | 1 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 142 | 2 | 1 | 3 | 5 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 143 | 2 | 1 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 5 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 144 | 2 | 2 | 3 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 145 | 2 | 2 | 4 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 4 | 4 | 2 |
| 146 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 4 | 3 | 1 | 1 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| 147 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 148 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 149 | 2 | 1 | 3 | 5 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 4 | 4 | 3 |

Anexos 9 Matriz de Consistencia

| <p>Problema general Principal</p> | <p>Hipótesis</p> | <p>Objetivos</p> | <p>Variables, Dimensiones e indicadores</p> | <p>Metodología</p> |
|--|--|--|---|--|
| <p>¿Cuál es la relación entre los factores y la adherencia al tratamiento de TB sensible en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018?</p> | <p>Existe la relación de al menos un factor socioeconómico y la adherencia al tratamiento de TB sensible en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.</p> <p>Existe la relación de al menos uno de los factores relacionados al paciente y la adherencia al tratamiento de TB sensible en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.</p> <p>Existe la relación de al menos uno de los factores a la enfermedad y el tratamiento y la adherencia al tratamiento de TB sensible en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.</p> <p>Existe la relación de al menos uno de los factores relacionados al servicio de</p> | <p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación de los factores y la adherencia al tratamiento de TB sensible en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar la relación entre el factor socioeconómico y la adherencia al tratamiento de TB sensible en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.</p> <p>Determinar la relación entre los factores relacionados al paciente y la adherencia al tratamiento de TB sensible en pacientes del PCT del</p> | <p>Variable independiente X₁ = Características dependientes del paciente</p> <p>Dimensiones: a. <u>Características:</u> Indicadores: Edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, hacinamiento, estado laboral, síntomas, localización de la TB, , comorbilidad, como DM, HTA, consumo de alcohol, consumo de drogas, consumos de tabaco</p> <p>Variable independiente X₂</p> <p>Dimensiones: a. <u>Características</u> Distancia al centro de salud, inadecuada relación entre el paciente</p> | <p>Tipo de Investigación No experimental</p> <p>Diseño de Investigación No experimental Transversal Descriptivo Transeccional Correlacional</p> <p>Unidad de análisis Historia clínica de Paciente con diagnóstico de tuberculosis sensible y la aplicación de instrumento en la población en tratamiento de en el Hospital de Huaycán, Lima, 2018</p> <p>Población de estudio</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | <p>Salud y la adherencia al tratamiento de TB sensible en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.</p> | <p>Hospital de Huaycán, Lima, 2018.</p> <p>Determinar la relación entre los factores a la enfermedad y el tratamiento y la adherencia al tratamiento de TB sensible en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.</p> <p>Determinar la relación entre los factores relacionados al servicio de Salud y la adherencia al tratamiento de TB sensible en pacientes del PCT del Hospital de Huaycán, Lima, 2018.</p> | <p>y el personal de salud</p> <p>Variable dependiente X_3 = Factores de la no adherencia al tratamiento.</p> <p>Dimensiones: <u>Características:</u> Irregularidad, abandono, mala alimentación, alcoholismo</p> | <p>Pacientes de 15 o más años de edad con tuberculosis, que estuvieron dispuestos a responder la encuesta, que estuvieran recibiendo el esquema I del tratamiento antituberculoso.</p> <p>Técnica de recolección: Aplicación de instrumento</p> |
|--|--|--|---|---|