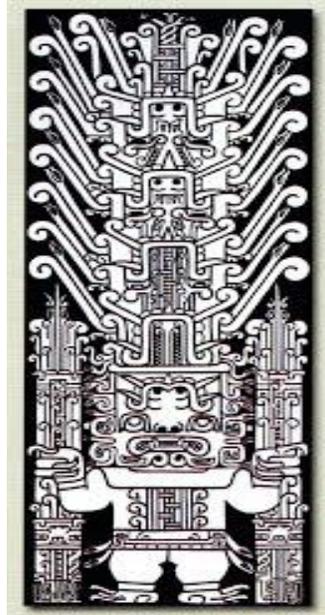


**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS



**“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO AL TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL C.S.
COOPERATIVA UNIVERSAL-2017”**

*“FACTORS THAT INFLUENCE THE ABANDONMENT OF TUBERCULOSIS
ANTITUBERCULOSO TREATMENT OF THE C.S. UNIVERSAL COOPERATIVE-2017”*

AUTOR:

LÓPEZ ESPINOZA OMAR VICTOR

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA

ASESORA:

LIC. ANA ROSA PIZARRO RODRIGUEZ

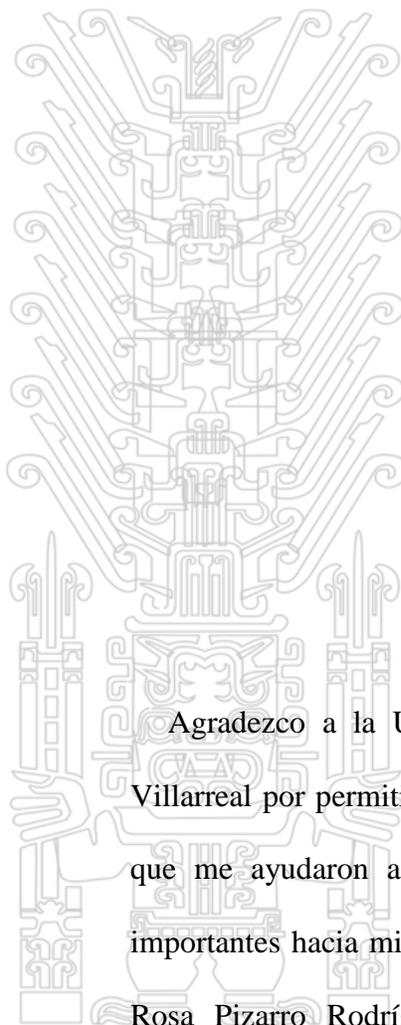
LIMA – PERÚ
2018

DEDICATORIA



Para Dios primera instancia porque gracias a él me dio una familia muy especial para mí, ya que gracias a ellos pude lograr realizar cada meta y soy quien quiero ser, a mis docentes que fueron una guía muy importante en nuestro camino en cada etapa de mi vida y también a las personas que eh podido conocer que se convirtieron en mis amigos, gracias a todos por enseñarme a ser más humano.

AGRADECIMIENTO



Agradezco a la Universidad Nacional Federico Villarreal por permitirme brindar todos sus recursos que me ayudaron adquirir grandes conocimientos importantes hacia mi carrera, también a la Lic. Ana Rosa Pizarro Rodríguez y a cada licenciada de enfermería que me ayudaron aportar a mi trabajo de investigación y por compañeros que también fueron participe e hicieron posible esta investigación.

RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa ocasionada por el bacilo de Koch que se transmite a través de persona infectada a persona sana, el enfermo asiste a un EE.SS a recibir su tratamiento para el control y mejora de su enfermedad, si el paciente enfermo no acude a sus programaciones para la entrega de medicamentos, complicará su estado de salud a tal caso de volverlo resistente a algunos medicamentos volviéndolo más susceptible a más enfermedades hasta el último grado de vida que es la muerte. **Objetivo:** Determinar los factores que influyen en el abandono al tratamiento antituberculoso de los pacientes con TBC en el C.S. Cooperativa Universal-2017. **Método:** con enfoque cuantitativo, descriptivo explicativo, transversal de diseño no experimental, con una muestra de 58 pacientes se aplicó el instrumento de los factores que intervienen en el abandono de pacientes de TBC del C.S. Cooperativa Universal del horario de los días lunes, martes, miércoles y jueves que accedieron a colaborar, la encuesta va consistir en 35 preguntas (22 sobre propias de los pacientes y 13 sobre el servicio de salud). **Resultados:** El 19.0% nos indica que hay la mayor cantidad de pacientes que lo han faltado como motivo con respecto a la lejanía que existe hacia el C.S. desde su casa, hay un 15.5% de las cuales los pacientes no han podido asistir por algún motivo aparte de la encuesta que se realizó. **Conclusión:** Se determinó que a medida que los factores en general aumentan existe una relación directa, el riesgo de abandono también aumenta; y los factores que más influyeron son institucionales.

Palabras claves: Abandono al tratamiento, factores, tuberculosis.

ABSTRACT

The patients of the TBC program attending the C.S. they must commit themselves to follow the consumption of the treatment that is established according to their scheme and avoid major complications or generate a resistance of their disease. The objective of this research study was to determine the factors that influence the abandonment of antituberculous treatment in patients with TB in C.S. Cooperativa Universal- 2017. The investigation is of Method: with a quantitative, descriptive, explanatory, cross-sectional approach of non-experimental design, with a sample of 58 patients, the instrument of the factors that intervene in the abandonment of patients from the C.S. Cooperativa Universal of the hours of Monday, Tuesday, Wednesday and Thursday that agreed to collaborate, the survey will consist of 35 questions (22 about the patients' own and 13 about the health service). Results: The 19.0% indicates that there is the largest number of patients who have missed it as a reason for the distance to C.S. from home, there is 15.5% of which patients have not been able to attend for any reason other than the survey that was conducted. Conclusion: It was observed that the majority of the patients present a minimum amount of problems that can be a factor to generate abandonment towards the treatment.

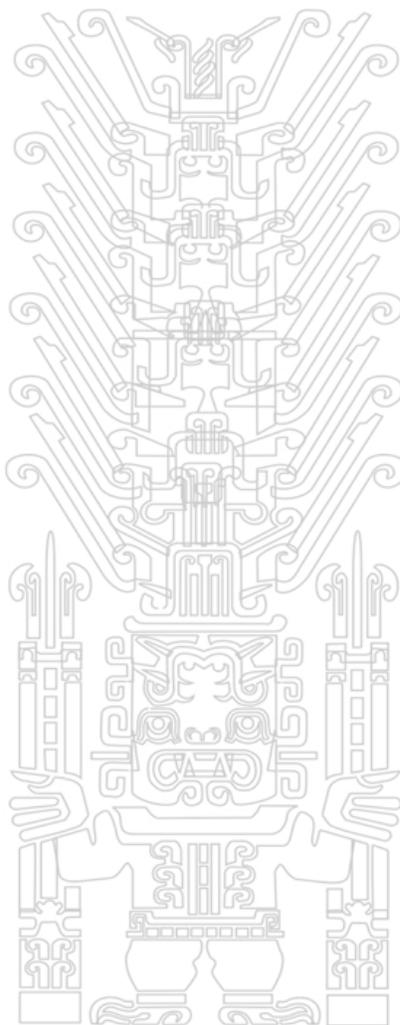
Key words: *Quality of life, Chronic Renal Insufficiency, Hemodialysis*

INDICE

CARATULA	
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INDICE	vi
INDICE DE TABLAS	ix
INTRODUCCION	xi
ANTECEDENTES.....	1
MARCO TEÓRICO.....	4
TUBERCULOSIS	4
TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS	10
ABANDONO DE TRATAMIENTO.....	15
PROBLEMA	18
JUSTIFICACION E IMPORTANCIA:	19
OBJETIVOS:	20
Objetivos generales:.....	20
Objetivos específicos:	20

HIPOTESIS DE ESTUDIO:	20
MÉTODO.....	21
A) TIPO DE ESTUDIO:	21
B) ÁREA:.....	21
C) POBLACIÓN O MUESTRA:.....	21
D) DEFINICIÓN Y OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	22
VARIBLES DE ESTUDIO	22
E) TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	24
F) PROCESO DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS: ...	25
G) ASPECTOS ÉTICOS:	25
H) VALIDEZ Y CONFIABILIDAD:.....	26
RESULTADOS	27
DISCUSIÓN	43
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA.....	46
ANEXOS.....	54
ANEXO A: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	54
ANEXO B : CUESTIONARIO	55
ANEXO C: CUADRO DE BASEO DE DATOS ESTADISTICOS.....	59

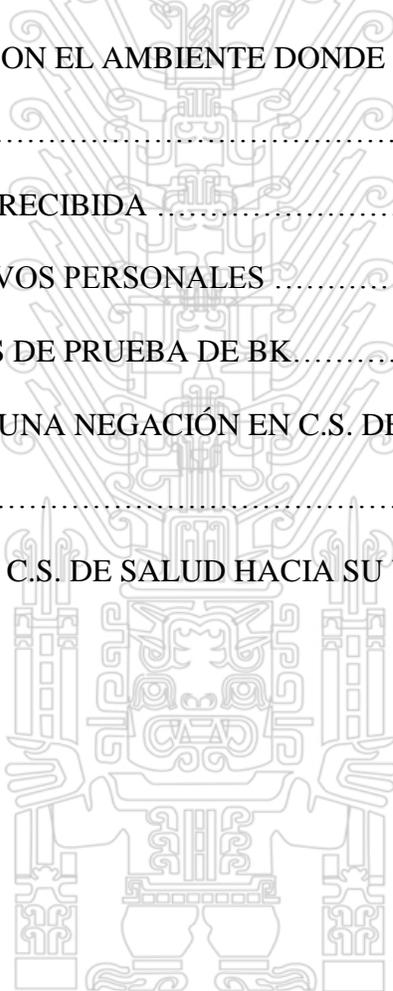
ANEXO D: CALCULO DE CONFIABILIDAD (KR-20).....	60
ANEXO E: TABLA DE CODIGOS	61
ANEXO F: PRUEBA DE VALIDEZ – JUICIO DE EXPERTOS.....	63
ANEXO G: PRUEBA DE BINOMIAL.....	63



INDICE DE TABLAS

TABLA 1. PACIENTES QUE HAN BEBIDO EN LA ÚLTIMA SEMANA	27
TABLA 2. PACIENTES ALCOHÓLICAS.....	27
TABLA 3. PACIENTES QUE HAYAN FUMADO.....	28
TABLA 4. PACIENTES QUE FUMAN EN EXCESO	28
TABLA 5. PACIENTES QUE HAN CONSUMIDO DROGA	29
TABLA 6. PACIENTES QUE SIGUEN DROGÁNDOSE	29
TABLA 7. PACIENTES QUE HAN VIVIDO MENOS DE 5 AÑOS EN LIMA.	30
TABLA 8. CONCIENCIA ACERCA DE SU ENFERMEDAD	30
TABLA 9. OCULTAR A SU FAMILIA DE SU ENFERMEDAD.....	31
TABLA 10. CONTAR A SU ENTORNO ACERCA DE SU ENFERMEDAD	31
TABLA 11. SENTIR RECHAZO DE LA FAMILIA.....	32
TABLA 12. SI SENTÍAN QUE SU ESTADO DE SALUD SEGUÍA IGUAL.....	32
TABLA 13. SENTIR ESTAR CURADO SIN CULMINAR EL TTO.	33
TABLA 14. SENTIR MOLESTIA DURANTE LA MEDICACIÓN.....	33
TABLA 15. MOTIVOS DE MALESTAR PARA DEJAR DE TOMAR SU TRATAMIENTO.....	34
TABLA 16. SENTIR MIEDO AL TRATAMIENTO	34
TABLA 17. CONOCER SU ESQUEMA DE TTO. Y ACCIÓN DE SUS PASTILLAS..	35
TABLA 18. TOLERAR LA CANTIDAD DE PASTILLAS QUE RECIBEN	35
TABLA 19. EL TIEMPO DE ATENCIÓN ES.....	36
TABLA 20. EL TIEMPO DE ESPERA	36
TABLA 21. SIENTEN EL HORARIO INAPROPIADO PARA SU ATENCIÓN	37

TABLA 22. ESPERA DE TIEMPO PARA RECIBIR SU TRATAMIENTO.....	37
TABLA 23. TENER ALGÚN INCONVENIENTE CON EL PERSONAL TÉCNICO...	38
TABLA 24. TENER ALGÚN INCONVENIENTE CON LA ENFERMERA	38
TABLA 25. TENER ALGÚN INCONVENIENTE CON EL MÉDICO	39
TABLA 26. FALTAS DEL PERSONAL AL PROGRAMA	39
TABLA 27. NO TOMAR SUS PASTILLAS POR FALTA DE MEDICAMENTOS ...	40
TABLA 28. PROBLEMA CON EL AMBIENTE DONDE RECIBE SU TRATAMIENTO.....	40
TABLA 29. CONSEJERÍA RECIBIDA	41
TABLA 30. OTROS MOTIVOS PERSONALES	41
TABLA 31. RESULTADOS DE PRUEBA DE BK.....	42
TABLA 32. RECIBIR ALGUNA NEGACIÓN EN C.S. DE ALGUNA ATENCIÓN	42
TABLA 33. LEJANÍA DEL C.S. DE SALUD HACIA SU VIVIENDA.....	43



INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud, la tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa que tiene como particularidad afectar generalmente a los pulmones y llegar a extenderse a otros órganos del cuerpo complicando la salud del sujeto. Es enfermedad va ser causada por una bacteria caracterizada desde ya varios años anteriores (*Mycobacterium Tuberculosis*). Se va transmitir de la forma más común que es de persona a persona a través de las partículas que son eliminadas del aparato respiratorio del paciente infectado con el virus activo hacia otro que está sano. La persona sana al adquirir la TBC suele suceder que pueda ser asintomática su respuesta, ya que en ellos se podría decir que han desarrollado una barrera sobre la bacteria en su sistema inmunitario. Generalmente los síntomas que se van a percibir será la tos por más de 15 días, el esputo puede presentarse acompañado de secreción sanguinolenta, dolor en el pecho, pérdida de peso, debilidad, fiebre y sudoración nocturna. (OMS, Tuberculosis, 2017)

El impacto que genera la TBC a nivel mundial sigue siendo letal. Cabe resaltar con informes que la OMS que planteo indica que es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo con un total de 10,4 millones de personas han enfermado en el año 2016 y 1.7 millones murieron por adquirir esta enfermedad. Los más afectados con casi un 95 % de muertes producen en los países con ingresos bajos y medianos. Por otro lado según la OMS actualmente la tuberculosis afecta principalmente a los adultos en los años más productivos de su vida, lo que no significa que los demás grupos de edad estén exentos de vulnerabilidad. El 95% de los casos de morbilidad y mortalidad se halló en los países con mayor desarrollo. Los pacientes que viven con el VIH, tienen un riesgo mayor entre 20 a 30 veces de poder adquirir la TBC en su fase activa. Ese riesgo también

es más elevado en las personas que padecen otros trastornos que dañan el sistema inmunitario. En 2015 enfermaron de tuberculosis aproximadamente un millón de niños (de 0 a 14 años), y 170 000 niños (sin incluir los niños con VIH) murieron por esta causa. (OMS, tuberculosis, 2018)

Mediantes otras investigaciones hacia la salud pública a nivel mundial el problema de ahora es de la relación que hay entre la TBC/VIH y el multidrogorresistente (MDR) que se debe al tratamiento incorrecto, no completar con el esquema establecido, o al abandono que se considera mayor de 30 días. El abandono del tratamiento va estar influenciado por varios obstáculos para llegar a la meta hacia el control de la tuberculosis, porque va disminuir la eficacia de los Programas que va establecer el MINSA. (Montafur Sandovalin & Noboa Viteri, 2012-2013, pág. 1)

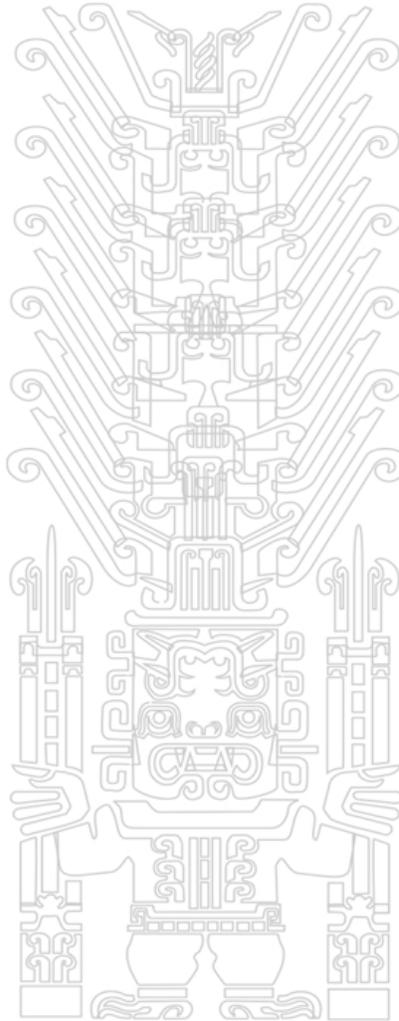
La tuberculosis hoy en día sigue siendo un problema para la salud. Anualmente se identifica casos nuevos, y para el control es estricto que la administración sea supervisada de acuerdo al esquema que se le establezca hasta lograr la mejoría con su tratamiento. La tuberculosis, conocida también como TB, es una enfermedad infectocontagiosa, prevenible y curable. Sin embargo, el incumplimiento a la asistencia y consumo de los medicamentos se considera la principal causa de no obtener los resultados contra esta enfermedad, generando complicaciones a la calidad de vida, y volver resistente a los fármacos. (Murcia Montaña, Evaluación de la adherencia al tratamiento para tuberculosis en el departamento del Amazonas 2009-2012, 2014, pág. 25)

Según MINSA. Los análisis que se dieron a nivel nacional para evaluar el riesgo anual de infección por tuberculosis (RAIT), realizadas en las últimas décadas en el país, se reportó cambio importante en las vías de trasmisión de la enfermedad. En 1994-1995, Callao y Lima el RAIT

establecido fue de 1.5% y en las demás ciudades del país es 7 veces menor (0.2%); en 2004-2005 se estableció un RAIT similar al de Lima- Callao con (0.83%) y las ciudades restantes con (0.76%). Comparando con lo anterior, Lima-Callao redujo casi a la mitad y el resto de provincias se entendió que aumento en 4 veces más, de acuerdo a la RAIT en 2008-2009 lo establecido fue muy parejo con los otros años pasados. Como se notó, en los años 90 hasta el 2003 se obtuvo que la tasa de incidencia de la TBC disminuyó gracias al fortalecimiento de los programas establecidos en el EE.SS. En el año 2014 se obtiene resultados que en nuestro país se presenta 27350 casos de pacientes con TBC recién adquiridas y la incidencia de TB reportada fue de 88.8% por cada 100 000 habitantes del Perú. (MINSA, Analisis de la situación epidemiologica de la tuberculosis en el Peru, 2015, 2016, pág. 14)

La investigación de esta problemática social se realizó por el interés de conocer los factores sociales que afectan a quienes dejen de seguir con el esquema establecido o abandonen el tratamiento, en Perú existe una gran cantidad de pacientes que asisten al programa de TBC, para llevar su tratamiento. A la vez existe impuntualidad en la toma que se dan por problemas o factores sociales que van a afectar a la salud de los pacientes, uno de ellos pueden ser los factores socio demográficos socioeconómicos, psicosociales y ambientales, relacionados al tratamiento y factores institucionales que serán los motivos que perjudicaran su salud. El determinar las razones de la cual el paciente no sigue con el tratamiento y abandonan el tratamiento. Para así conseguir la recuperación total de su salud. Como vemos persona con esta enfermedad infectocontagiosa deberá considerar la importancia de su adherencia a su tratamiento para evitar su complicación de él y el contagio a las personas que están sanas. En el centro de salud pude observar que los pacientes no vienen seguidos a sus controles o en los días que se les cita asistir al servicio de PCT

para su control de su administración de sus respectivos medicamentos ya que estos refieren que no pueden acudir por motivos de trabajo, falta de tiempo para acceder a su centro de salud y otros motivos más en la cual no siguen su tratamiento como se les establece en el C.S. Coop. Universal.



ANTECEDENTES

Murcia Montaña L (2013) realizó la investigación sobre la Evaluación de la adherencia al tratamiento para Tuberculosis en el Departamento del Amazonas 2009-2012, Universidad Nacional de Colombia, Colombia, la investigación llegó a las siguientes conclusiones:

1. El desempleo tuvo como porcentaje el 40% de la población que no se adherió al tratamiento y de acuerdo a los pacientes adherentes el 96 % eran empleados.
2. El 92% de la población con educación primaria incompleta presentó y concluyó que se adherió al tratamiento establecido del EE.SS.
3. El 48 % de los pacientes adherentes obtuvo como registro de acuerdo al cumplimiento un índice alto al final del tratamiento.
4. Se registró que los pacientes de la primera fase presentaban un 65% de no adherencia en comparación con los pacientes de la segunda fase. (L, 2013, pág. 7).

Miranda y Perez (2012) realizaron la investigación sobre Relación entre Nivel de Conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y Actitud hacia el Tratamiento - Usuario Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú, la investigación llegó a las siguientes conclusiones:

1. De acuerdo a los niveles de conocimientos establecidos sobre la tuberculosis MDR de la población está ubicada entre el nivel medio a bajo de acuerdo a lo indicado en el estudio.
2. De acuerdo a los pacientes que participaron voluntariamente en la investigación para evaluar el nivel de conocimiento, se encontró que, entre los 20 a 29 años el 70% presentó

un nivel medio a bajo; entre los 30 a 39 años el 75% sucede algo parecido con un porcentaje parecido a lo anterior.(Miranda & Perez, 2012, pág. 8)

Morales Miranda H (2015) realizo una investigación sobre Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TB-MDR de la Red Almenara de EsSalud lima, año 2015, Universidad Ricardo Palma, Perú, la investigación llego a las siguientes conclusiones:

1. De acuerdo a lo obtenido, la depresión tiene una mala influencia a la adherencia al tratamiento del H. Almenara de los pacientes del programa de PCT
2. De acuerdo a los pacientes del hospital se encontró que más de la mitad que tienen TBC-MDR presentan depresión.
3. De acuerdo a la adherencia al tratamiento para la TBC que se obtuvo se identificó que es buena.
4. De acuerdo con lo dicho en los primero 6 meses, donde comienzan con su tratamiento se encuentra el mayor porcentaje de depresión de los pacientes con TBC-MDR.(H., 2105, pág. 7)

Navarro, Rueda y Mendoza (2013) realizaron una investigación sobre Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB, Revista e Salud y cuidado, Universidad de España, la revista llego a las siguientes conclusiones:

1. El estudio realizado permite identificar variables asociadas al abandono, clasificándolo en factores de riesgo mediante agrupaciones etiológicas para así construir un instrumento y poder implementar en los servicios de salud del departamental.

2. Los factores perceptivos cognitivos se identificó que fueron los principales determinantes directos de abandono en la población.
3. Los factores fisiológicos se ubicaron en un segundo lugar de acuerdo al abandono donde los ítems con mayor impacto fueron reacciones adversas a los fármacos (34,6%) y las personas que consumen bebidas alcohólicas (50%).
4. Los factores de seguridad se ubican en el último lugar en influir en el abandono donde los ítems con mayor influencia son el desempleo (37.5%) e inaccesibilidad al plan obligatorio de salud (POS) (2.94%). (Navarro et al., 2013, pág. 1)

Quevedo, Sánchez, Villalba y Vélasquez (2015) realizaron un estudio sobre Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú, la revista llegó a las siguientes conclusiones.

1. De acuerdo al estudio el soporte social es fuente de amor, cuidado y autoayuda para que los pacientes de enfermedades respiratoria y crónicas.
2. El soporte social actúa de manera de amortiguador entre los eventos estresantes de la vida y de la enfermedad.
3. Se consideró de manera común expresar el deseo de abandonar el tratamiento por los ítems establecidos como: exceso de medicamentos que recibe, familiares consecuencias del tratamiento los efectos adversos, problemas económicos, pérdida de esperanza frente a la curación, motivos religiosos, etc. (Quevedo et al., 2015, pág. 1)

MARCO TEÓRICO

TUBERCULOSIS

HISTORIA DE LA APARICIÓN DE LA TB

Durante la historia de la humanidad se considera que la aparición de la tuberculosis tiene una estrecha relación donde existen evidencias de restos fósiles que presentan tuberculosis en las vértebras. La tuberculosis es tan antigua desde su aparición como la humanidad. Anteriormente se consideraba la TB como una “alteración crónica de tipo alimentario” y no una enfermedad, donde los médicos de aquella época ampliaban y modificaban estas doctrinas y más adelante por los médicos árabes. (Tolentino Barzola & Aliaga Suarez, 2016)

Se dice en los libros del antiguo testamento se indica que anteriormente se presentó en el pueblo judío una enfermedad consuntiva que los afectó durante su estancia de Egipto

En Europa llegó a tener un problema epidemiológico, presentaba hacinamientos en gran cantidad producto de la Revolución Industrial donde favoreció la propagación. La tuberculosis causó la muerte en el continente europeo hacia los adultos en el siglo XVII y XVIII.

El médico inglés Benjamin Martenlindico que existían diminutas criaturas vivientes que daban origen a la tuberculosis, que provocaba las manifestaciones clínicas de la enfermedad en el organismo. (Tolentino Barzola & Aliaga Suarez, 2016)

A la vez Robert Koch, en 1882, descubrió el agente que causaba la tuberculosis a las personas aplicando una técnica de tinción llegando así a descubrir el bacilo de Koch. Con estos hallazgos logrados se llegó a comprender más de esta enfermedad y con esto se llegó a los sanatorios que consistía en apartar a las personas infectadas y por otro lado los que se encontraban sanos y esto

trajo consigo disminuir la cadena que se estaba dando ya en esa época. (Tolentino Barzola & Aliaga Suarez, 2016)

Años más adelante en 1944 descubren que la Estreptomicina tenía una mayor eficacia en la lucha contra de esta enfermedad, descubierta por Selman Abraham Waksman que se dedicaba a estudiar a fondo la tuberculosis y sus agentes patógenos. Logrando así comprender que los microorganismos eran eliminados. En contacto con el hongo *Streptomicesgriseus*. (Tolentino Barzola & Aliaga Suarez, 2016)

Luego en 1952 se desarrollaría la isoniacida teniendo una mayor eficacia logrando así tener la esperanza que las personas logren curarse. (Tolentino Barzola & Aliaga Suarez, 2016)

En la década de los 60, la rifampicina hizo posible que el tratamiento hasta ese entonces establecido se acorte espléndidamente. (Tolentino Barzola & Aliaga Suarez, 2016)

En América antes no tenía tantas tasas de impacto o hasta no se conocía de esta enfermedad. Pero comenzó a brotar con la llegada de inmigrantes de los vecinos continentes, aun así hay controversia porque durante investigaciones de momias en el Perú se encontró sepas parecidas de la tuberculosis. (Tolentino Barzola & Aliaga Suarez, 2016)

Ya en los años 80 en el Perú llegó a darse una alta tasa de mortalidad porque el tratamiento establecido no era todo efectivo y con el pasar de los años hasta 1988 la demanda a la vez aumentaba considerablemente y no alcanzaba el recurso que se obtenida. (Tolentino Barzola & Aliaga Suarez, 2016)

El MINSA en 1991 aplicó normas y procedimientos para mantener en control de los pacientes con tb en el Perú. Ya en el 1996 se logró el avance con el manejo contra la tb con actividades de apoyo y tratamiento. La cobertura anteriormente solo se había asignado al hospital Sergio Bernales

y como norte, y de poco a poco se amplificaba logrando así que se distribuya en todo el país. (Tolentino Barzola & Aliaga Suarez, 2016)

Con todo lo pasado en el país, el Perú trata de mantener disminuir la tasa de pacientes infectados con TB y poder llegar a la erradicación de la enfermedad. El Perú es reconocido por todas estas acciones. (Tolentino Barzola & Aliaga Suarez, 2016, pág. 23)

DEFINICION

La tuberculosis es causada por una bacteria en la cual es una enfermedad infectocontagiosa llamada Mycobacterium, que se va transmitir en contacto de persona infectada a persona sana mediante las gotas de la saliva (gotas de fluidge) y va afectar a los pulmones como zona principal afectada, la enfermedad se presenta a nivel mundial. (Hora Carreño, 2014, pág. 17)

La tuberculosis multidrogo-resistente (TB MDR) se considera a la siguiente fase que sigue a la tuberculosis normal donde esta es resistente a los medicamentos de la primera línea Isoniacida y a la Rifampicina las cuales se les considera los 2 más potentes bacteriostáticos. (Hora Carreño, 2014, pág. 17)

“La tuberculosis se considera una de las enfermedades principales de muerte en el mundo con informes planteados en la OMS último del año 2015 ocupando el 9no puesto” (OMS, Las 10 principales causas de defunción, 2017)

“Y a nivel nacional en el territorio de Perú ocupa el décimo-quinto lugar dentro de las principales causas de muerte” (Alarcon, Alarcon, Figueroa, & Mendoza Ticona, 2017, pág. 1)

La tos que persista por más de 15 días y crónica, indicara que unos de los principales síntomas para la TB a nivel pulmonar. Pueden presentar sangre en la saliva y como también, el bajo peso,

fiebre, cansancio, sudores nocturnos y falta de apetito. (Tolentino Barzola & Aliaga Suarez, 2016, pág. 22)

TUBERCULOSIS PULMONAR

Es infectocontagiosa que generalmente afectara al parénquima del pulmón donde a la vez se va expandir a otras partes del cuerpo de acuerdo al nivel del daño local como riñones, los meninges huesos, etc. (Montufar Sandovalin & Noboa Viteri, 2013, pág. 22)

Es una Infección bacteriana comunicable, donde puede expandirse a toda la zona del organismo, generalmente los pulmones son los primeros en reservar estos bacilos inhalados de manera directa o indirecta. Necrotiza los órganos que son afectados y que no se llegan a tratar con el debido tiempo de acuerdo a la evolución de esta enfermedad. La infección se da de persona a persona, iniciando el tratamiento reducirá la infección de la persona afectada y reducir la infección a la población. A pesar de esto, no se debe dejar de lado las medidas protectoras a las personas que frecuentan o puedan tener contacto con el que tenga el bacilo. La incubación se da entre 2-12 semanas, desde el contagio y solo un 10% de las infectados podrían activar la enfermedad en algún momento de su vida. Si a la vez el enfermo adquiriera el VIH las probabilidades aumentarían en ellas en activar la enfermedad de la tuberculosis en un 50%. (Montufar Sandovalin & Noboa Viteri, 2013, pág. 22)

ETIOLOGIA

Es provocado por el Mycobacterium tuberculosis en la mayoría de los casos, responsable en los casos de epidemia que se dieron en Europa décadas atrás trayendo consigo muertes en cantidad. Las partículas eliminadas al hablar (micobacterias) son bacilos ácido alcohol resistentes, Gram (+),

no esporulados, inmóviles, aerobios estrictos, aunque la tinción es muy irregular. Resiste a los ácidos y álcalis, presentan una capa que lo envuelve de ácidos micólicos y tiene una reproducción muy lenta, ácidos grasos ramificados de 60 a 80 átomos de carbono. En la parte externa de la envoltura de ácidos micólicos presenta una cadena de fenol glicolípidos. Las bacterias intracelulares pueden tener una supervivencia al interior de las células, y más concretamente, de los macrófagos, de manera que puede enlentecer su metabolismo de una manera indefinida. (Meneses Dávila, 2012, pág. 43)

TRANSMISION

La infección que hace posible que se pueda volver una cadena sin poder controlarlo se da cuando se transmite de persona a persona por la vía respiratoria, mediante las gotas de flugge en la saliva. Las gotas pequeñas está compuesto de un núcleo de los bacilos tuberculosos, y las gotas son pequeñas de (1 a 5 micras de diámetro) puede permanecer en el aire luego de evaporar y así permanecer varias horas en el aire y fáciles de inhalarse. Mientras que las partículas sean de mayor tamaño se consideran menos riesgosas a contagiar a pesar que tengan una cantidad mayor de bacilos dentro de su núcleo. La gravedad los hace caer por el peso molecular o al ser inhalados, son eliminadas por la tos o por el sistema mucociliar. Si una persona con tuberculosis pulmonar, estornuda, habla o tose, eliminara estas partículas pequeñas.

Al transmitirse la enfermedad esta dependerá los siguientes factores:

- ✓ De acuerdo a las características propias del enfermo
- ✓ El entorno en que tiene lugar la exposición.
- ✓ El tiempo expuesto al bacilo
- ✓ La vulnerabilidad del receptor

El enfermo al infectar dependerá de los bacilos que expulse de acuerdo en la cantidad acompañado de las secreciones respiratorias. Estando esta en relación directa con la tos, presencia de lesiones cavitadas y la diseminación broncogena. (Meneses Dávila, 2012, pág. 44)

PREVENCION

La prevención es un conjunto de medidas y medidas preventivas que realiza el Programa Nacional de Control de Tuberculosis con el propósito de evitar la infección de la enfermedad de la tuberculosis, y en caso de que está se produzca, evitar la cadena de infección de la enfermedad. Reducir la proliferación del bacilo.

Las medidas preventivas son:

- ✓ Realizar diagnostico precoz y tratamiento supervisado .
- ✓ Protegerse al toser, luego realizar lavado de mano
- ✓ Limpieza al domicilio con paños húmedos
- ✓ Uso de mascarilla
- ✓ Ventilación adecuada
- ✓ Garantizar adherencia al tratamiento
- ✓ La aplicación de la vacuna de la BCG es una vacuna viva y atenuada.
- ✓ Control de contactos (que están en contactos con el enfermo) y prevenir el riesgo de enfermar.
- ✓ La identificación en la detección de casos precozmente de personas con la enfermedad de la tuberculosis. (Meneses Dávila, 2012, pág. 61)

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

Todo paciente afectado por tuberculosis debe recibir en el EE.SS. la adecuada atención integral. Recibir su atención medica/enfermería y del resto del personal y sobre todo el tratamiento establecido.

A) Esquema de tratamiento para TB.

De acuerdo a los esquemas que se le entregara a la paciente se realizara por responsabilidad del personal de salud. Se realizara de lunes a sábado y feriados la entrega de la administración.

El esquema debe ser ratificado a los 30 días de calendario al haberse al inicio del tratamiento iniciado, verificando los resultados de la prueba de sensibilidad (PS) rápida a la Rifampicina E Isoniacida

. (MINSA, 2013)

Flujograma de decisiones terapéuticas

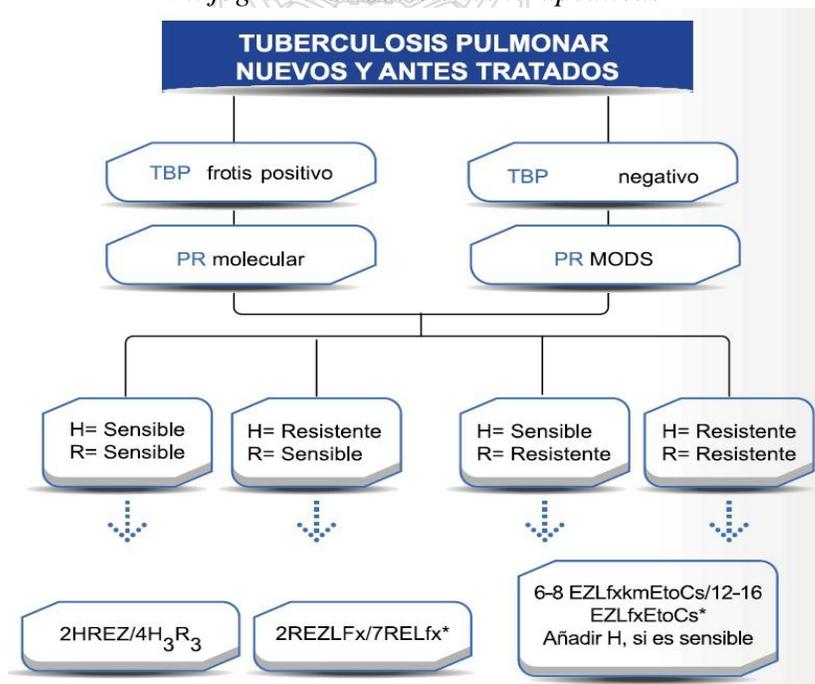


Figura 1. Flujograma de decisiones terapéuticas

TBP: tuberculosis pulmonar, PR: prueba rápida, E: etambutol, R: rifampicina, Z: pirazinamida, H: Isoniacida, Eto: Etionamida. Km: Kanamicina, Cs: Cicloserina Lfx: levofloxacin,

* Estos esquemas deben ajustarse a los resultados de la PS convencional.

B) Factores de riesgo para TB resistente a medicamentos

Los principales factores de riesgo para TB resistente se especifican en la siguiente tabla.

Principales factores de riesgo para TB resistente

Principales factores de riesgo para TB resistente

1. Fracaso a esquema con medicamentos de primera línea.
2. Contacto de caso confirmado de TB resistente.
3. Recaída dentro de los siguientes 6 meses de haber sido dado de alta de un esquema con medicamentos de primera línea.
4. Recaída luego de haber sido de alta con medicamentos de segunda línea.
5. Personas privadas de su libertad (PPL) y residentes de albergues, comunidades terapéuticas, entre otros.
6. Antecedentes de tratamientos múltiples (más de dos episodios previos de TB).
7. Antecedentes de irregularidad al tratamiento, abandono o terapia no supervisada.
8. Contacto con persona que falleció por TB.
9. Comorbilidades: diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, tratamiento inmunosupresor, otros y coinfección.
10. Trabajadores y estudiantes de la salud.

De acuerdo a lo establecido si cumple el paciente con algunos de los factores establecidos en el cuadro anterior, la enfermera de salud de PCT del EESS debe garantizar lo siguiente:

- ✓ Obtener una muestra de esputo y asegurar el procesamiento de la PS rápida y/o PS convencional.
- ✓ Referir al paciente para evaluación al médico consultor.
- ✓ Iniciar el esquema de tratamiento para TB sensible en aquel paciente que se encuentra clínicamente estable y tienen en proceso su PS rápida.
- ✓ Si el resultado de la PS rápida demuestra TB resistente, se debe modificar el esquema según el flujo de decisiones terapéuticas dentro los 30 días calendarios

En los pacientes con factores de riesgo para TB-resistente y/o deterioro clínico radiológico y en quienes no se puede esperar el resultado de PS rápida o convencional para iniciar tratamiento, la indicación del esquema estará a cargo del médico consultor. (MINSA, 2013)

C) Esquema para TB sensible

La nomenclatura del esquema se representa de la siguiente manera.

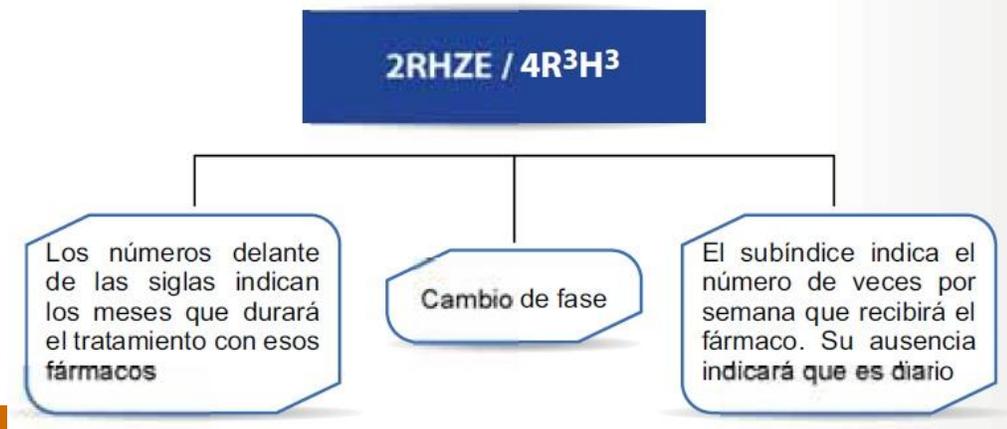


Figura 2. Nomenclatura de acuerdo al esquema representada

Indicaciones para pacientes con TB sin infección por VIH/SIDA:

- ✓ Paciente con TB pulmonar frotis positivo o negativo.
- ✓ Pacientes con TB extrapulmonar, excepto compromiso miliar, SNC y osteoarticular.
- ✓ Pacientes nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados).

Esquema para adultos y niños:

- PRIMERA FASE: 2 meses (HREZ) diario (50 dosis).
- SEGUNDA FASE: 4 meses (H3R3) tres veces por semana (54 dosis) (MINSA, 2013)

Dosis de medicamentos antituberculosos de primera línea para personas de 15 años o más.

Medicamentos	Primera fase		Segunda fase	
	Diaria		Tres veces por semana	
	Dosis (mg/kg)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/kg)	Dosis máxima diaria
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		
Etambutol (E)	20(15-25)	1600mg		

Rango de dosis de medicamentos entre paréntesis

Tanto en la primera fase como en la segunda fase, la dosis máxima no debe exceder lo dispuesto en la tabla 2 antes señalada.

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

Medicamentos	Primera fase		Segunda fase	
	Dosis (mg/kg)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/kg)	Dosis máxima diaria
Isoniacida (H)	10(10-15)	300mg	10(10-20)	900mg
Rifampicina (R)	15(10-20)	600mg	15(10-20)	600mg
Pirazinamida (Z)	35(30-40)	1500mg		
Etambutol (E)	20(15-25)	1200mg		

Rango de dosis de medicamentos entre paréntesis
Solo administrar Rifampicina en jarabe, en la presentación autorizada por el DIGEMID, incluida en el PNUME. No se recomienda utilizar soluciones preparadas de manera no industrial.

Tanto en la primera fase como en la segunda fase, la dosis máxima no debe exceder lo dispuesto en la tabla 3 antes mencionada.

En la primera fase debe administrar 50 dosis diarias (de lunes a sábado) por 2 meses.

En la segunda fase se debe administrar 54 dosis, tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado) por 4 meses. (MINSA, 2013)

ABANDONO DE TRATAMIENTO

Al abandonar el tratamiento va traer consigo complicaciones para la salud del paciente ya que este su organismo va volverse resistente a alguno de sus medicamentos que recibe de acuerdo a su tratamiento, al abandonar el programa la garantía de que se cure pronto. Se va prolongar en mayor tiempo su tratamiento y seguir un esquema más riguroso, a la vez aumentara la susceptibilidad del paciente a otras infecciones y volverse un medio de contagio a otros que estén sanos. Si el paciente permanece más tiempo con su enfermedad o agravarse. Puede llegar a la muerte por solo llevar un tratamiento interrumpido. (Dalens Remigio, 2012)

A. Factores de Riesgo de Abandono de Tratamiento

A.1 Factores socio demográficos y socioeconómicos

Conjunto de características socioculturales y biológicas que están sujeto a personas habitante de un determinado lugar. (Dalens Remigio, 2012)

Edad. De acuerdo a la edad de vida del paciente, toman responsabilidades de acuerdo a su salud. De acuerdo a investigaciones relatan que los pacientes que oscilan entre 21 – 30 años eran los que más tendencia al abandono a su tratamiento producían. (Dalens Remigio, 2012)

Sexo. De acuerdo a la clasificación del sexo (varón o mujer). Se comprobó con investigaciones anteriores que los hombres tienden a tener mayor tasa a tendencia de abandonar el tratamiento. (Dalens Remigio, 2012)

Estrato económico. Se expresa de acuerdo a decirse que la persona es la principal en ser sostén de su familia, la persona significativa en casa. Que aporta para la mantención de los miembros de casa. (Dalens Remigio, 2012)

Nivel educativo. De acuerdo a los años escolares llevado y que ha permanecido en el sistema educativo formal. Se determinó que en investigaciones anteriores que los pacientes que tiene un nivel educativo menor tienen una mayor probabilidad de abandono, es decir que se hace más difícil la comunicación y entendimiento de la importancia de su adherencia del paciente a su tratamiento. (Dalens Remigio, 2012)

Estado civil o Marital. De acuerdo a las situaciones sentimentales de las personas. De acuerdo a investigaciones antiguas se llegó a concluir que los que mantiene una relación estable cumplen su tratamiento y los que no tiene una pareja estable. Se verifico que ellos están propensos a un abandono. (Dalens Remigio, 2012)

Falta de vivienda. De acuerdo a este tema se verifica que es una necesidad básica a la pobreza. Y se evidencio que los que no tienen propiedad propia abandonaban el tratamiento. (Dalens Remigio, 2012)

Ingresos económicos. Se relaciona de acuerdo a los aspectos económicos que los que tienen un menor ingreso para su supervivencia tienen una mayor tendencia al abandono del tratamiento. (Dalens Remigio, 2012)

A.2 Factores Psicosociales y Ambientales

Conjuntos de características entre la persona y la sociedad de acuerdo a sus conexiones, su entorno. (Dalens Remigio, 2012)

Consumo de alcohol y tabaco. El consumo de estos productos adictivos para la salud genera deficiencias físicas y psicológicas dentro de su organismo. En investigaciones anteriores se consiguió que el alcoholismo sea el factor que más causa abandono. (Dalens Remigio, 2012)

Consumo de sustancias psicoactivas (Drogas). Se volvió un problema social el consumo de las drogas (sustancia nociva) ya que influyen a que los pacientes quieran abandonar su tratamientos que se le establece. (Dalens Remigio, 2012)

Migración. Es el movimiento de la población en el cual consiste en dejar un punto donde vivía para llegar a un determinado país o región con el fin de conseguir una mayor estabilidad económica en el cual si se presenta dificultades. Traerá consigo abandono al tratamiento. (Dalens Remigio, 2012)

Falta de apoyo Familiar. De acuerdo a la falta de apoyo de la familia al familiar (paciente) que lleva su tratamiento contra la tuberculosis, se llegó entender que tienen mayor tendencia al abandono (Dalens Remigio, 2012)

A.3 Factores relacionados al tratamiento de acuerdo del paciente

Conjunto de características que se veras la perspectiva que tenga el paciente hacia su cuidado de su propia salud, verificando si esto facilitara su inasistencia. (Dalens Remigio, 2012)

Conocimiento de la enfermedad. De acuerdo al conocimiento de la enfermedad que tiene los pacientes, se llegó a determinar que mientras menos conciencia de la evolución de la enfermedad tienen menos responsabilidad a asistir al consumo de su tratamiento, aquellos que tienen mayor conocimiento de su enfermedad y asisten a su consumo. (Dalens Remigio, 2012)

Efectos adversos al medicamento. Los efectos secundarios ocasionados por los medicamentos contra la tuberculosis consumidos en el C.S. a veces puede ocasionar diarrea,

vómitos, náuseas, cólicos, hipersensibilidad entre otros se presentan con frecuencia y en algunos casos están relacionados con el abandono de tratamiento. (Dalens Remigio, 2012)

Duración del tratamiento. De acuerdo a los esquemas que llevan los pacientes les determina un cierto tiempo en el cual los pacientes llegan un tiempo que se aburren la frecuencia de asistencia de su consumo, y se determinó que a mayor tiempo del consumo mayor existen las tendencias al abandono. (Dalens Remigio, 2012)

A.4 Factores Institucionales

Conjunto de características estructurales y funcionales que difieren de acuerdo a la atención que reciba del EE.SS. (Dalens Remigio, 2012)

Relación entre el paciente y personal de salud. De acuerdo a lo establecido de la buena relación que exista entre el paciente y el personal de salud, la buena atención recibida generaba una efectividad al cumplimiento de su tratamiento. (Dalens Remigio, 2012)

Distancia al centro de salud. Comprende el espacio que existe entre la vivienda del paciente y el EE.SS. donde reciba su tratamiento. Se le establece el lugar más cercano para llevar su tratamiento. A veces el usuario puede concurrir al C.S. caminando o solicitar ómnibus o cualquier otra inmovilidad. (Dalens Remigio, 2012)

Horario de atención. Va comprender las horas de atención libre abierta que se dará en el centro de salud para cualquier consulta o urgencia. El horario va ser establecido para brindar una mejor accesibilidad para los pacientes para su consumo a los medicamentos de la TBC. Ya que va ser 2 turnos que se brindaran, sea mañana o tarde. Así se logra mejorar el acceso a los pacientes por la comodidad de horas para su toma respectivamente. (Dalens Remigio, 2012, pág. 21)

PROBLEMA

La TBC es una enfermedades infeccionas que se considera una de las 10 principales causa de muerte en el 2016. Existe una alta tasa de pacientes que padecen la TBC hasta ahora. Como bien se ve las personas que llevan esta enfermedad llegan a presentar síntomas como tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso. Afecta en mayor masa a los adultos. Más del 95% de los casos y las muertes se registran. (Quevedo et al., 2015, pág. 3)

Los usuarios no cumplen el tratamiento, se da en mayor cantidad en países desarrollados, Si se llega abandonar el tratamiento Esto puede causar mayor resistencia hacia los medicamentos a la TBC y así generar mayor incidencia y mortalidad, últimas estadísticas indican que un 50 a 60 % de los pacientes no cumple con tu rol como tratamiento. (Villeda Sanchez, 2008, pág. 16)

Esta bacteria ocasiona que cada año enfermen 8 millones de casos nuevos, los que sumados a los que no se curan recaen determina una fría cercana a los 16 millones de casos de enfermedad. (Quispe Pauyac, 2016, pág. 11)

La adherencia al tratamiento contra la Tuberculosis debe ser prioridad para cualquier programa de control, de hecho algunos autores indican que si no es posible asegurar que el paciente lo complete, es preferible no iniciarlo debido a las graves consecuencias personales a nivel individual y colectivo. (Maria Mesen Arce & Chamiz Garcia, 2005)

Por lo expuesto se formula la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores que influyen en el abandono al tratamiento antituberculoso de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Cooperativa Universal -2017?

JUSTIFICACION E IMPORTANCIA:

El control de la adherencia al tratamiento de la TBC es tan importante tanto para el paciente como para la familia y la sociedad para evitar la propagación de la TBC. Por eso en esta

investigación buscamos saber porque el paciente no asiste a su toma de sus medicamentos.
Determinar cuáles son sus razones.

Para que esta información obtenida, al brindársela al Centro de Salud “Coop. Universal”, pueda ayudar a fortalecer el continuo tratamiento a los pacientes en el programa de TBC

Va ser exclusivo que los pacientes que asistan a PCT, tomen la conciencia necesaria para evitar infecto contagiar a las personas sanas y estos mismos consigan una recuperación óptima.

OBJETIVOS:

Objetivos generales:

Determinar los factores que influyen en el abandono al tratamiento antituberculoso de los pacientes con TBC en el C.S. “Coop. Universal” 2017

Objetivos específicos:

- Establecer los factores sociodemográficos y socioeconómicos que influyen en el abandono al tratamiento antituberculoso de los pacientes con tuberculosis.
- Establecer los factores psicosociales y ambientales que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes con tuberculosis.
- Establecer los factores relacionados al tratamiento que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes con tuberculosis.
- Establecer los factores institucionales que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes con tuberculosis.

HIPOTESIS DE ESTUDIO:

- ✓ H₁: Verificar si existen factores que influirán tanto en el abandono al tratamiento antituberculoso de los pacientes con TBC en el C.S. “Coop. Universal” 2017.
- ✓ H₀: Verificar si no existen factores como para determinar si influyen en el abandono al tratamiento antituberculoso de los pacientes con TBC en el C.S. “Coop. Universal” 2017.

MÉTODO

Esta investigación se llevó a cabo con una encuesta a 58 pacientes del programa de PCT para diagnosticar los factores que influyen en el abandono al tratamiento, según los resultados obtenidos se intervinieron y oriento a los pacientes para dicha mejora a su adherencia y evitar complicaciones mayores a su salud.

A) TIPO DE ESTUDIO:

La presenta investigación es de tipo cuantitativo porque va ser cuantificable ya que se le asigna un valor final a la variable de estudio, de nivel descriptivo explicativo ya que podremos describir la situación y poder a su vez explicar las razones o causas que ocasionan ciertos fenómenos con diseño de corte transversal ya que permitió obtener la información y presentarla tal y como se obtiene en un tiempo y espacio determinado.

B) ÁREA:

Centro de salud “Coop. Universal” Santa Anita.

C) POBLACIÓN O MUESTRA:

El programa de PCT esta conformado por 62 pacientes que pertenecen al C.S. de Cooperativa Universal. De San Anita del 2017

- MUESTRA

La presente investigación estuvo conformada por 58 pacientes que acuden al programa del servicio de PCT para el consumo de su tratamiento antituberculoso durante el mes de Setiembre del 2017 en el centro de salud “Coop. Universal” del distrito de Santa Anita.

De los cuales un total de 4 pacientes no asistían en este de setiembre, se les realizo un seguimiento y solo se llegó a encontrar a 1 de ellos en el cual nos decía que el motivo de su inasistencia era por la lejanía y la necesidad de trabajo, y nos refería que cuando decidió faltar era porque ya no presentaba algunos de los signos clínicos de la TB.

- **CRITERIOS DE INCLUSION**

- ✓ Pacientes que reciban sus medicamentos para la tuberculosis en el programa del servicio de PCT en el C.S. Cooperativa Universal
- ✓ Que los pacientes que sepan leer
- ✓ Que puedan participar
- ✓ Que los pacientes tengan edad requerida en la cual se encuentren en tiempo, espacio y persona (si son menores de edad con autorización de los padres)
- ✓ Que acepten participar voluntariamente y su consentimiento en el estudio de esta investigación (si son menores de edad con autorización de los padres)

- **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- ✓ Pacientes que no respondan de forma completa el instrumento.

D) DEFINICIÓN Y OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIBLES DE ESTUDIO

Variable Independiente

Abandono al tratamiento

Abandono: El abandono en los pacientes con TBC hacia su tratamiento se define como el no asistir a su tratamiento establecido por más de treinta días consecutivos. (Vargas Onfre, 2012, pág. 24)

Abandono al tratamiento: El abandono del tratamiento impide que al paciente logre alcanzar su recuperación y curación, genera una recaída a su organismo, motivo al fracaso terapéutico, complicando así su salud. (Vargas Onfre, 2012, pág. 25)

Variable dependiente

Factores que influyen en el abandono

Tuberculosis: La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, prevenible y curable, causada por una bacteria denominada *Mycobacterium tuberculosis*, la cual puede atacar cualquier parte del cuerpo, como el cerebro, la columna vertebral, etc., pero generalmente afecta a los pulmones. (MINSA, Conociendo la TB, 2012)

Tratamiento: El tratamiento de la Tuberculosis se basa en regímenes de terapia combinada (varios medicamentos) de corta duración, Es importante que las personas con enfermedad tuberculosis reciban tratamiento, terminen todos sus medicamentos y los tomen exactamente como se les haya indicado. Porque si dejan de tomar entonces su enfermedad puede volverse más resistente y traer consigo mayor complicaciones hasta llevarlo a la muerte. (MINSA, Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, 2013, pág. 29)

Factores que influyen en el abandono: Va constituir un conjunto de características las cuales van a ser como impedimento propio del paciente para la mejoría de su propia salud.

Se operacionalizó en:

- Factores Socio Demográficos y Socio Económicos.

Si influye

No influye

- Factores Psicológicos y Ambientales

Si influye

No influye

- Factores relacionados al tratamiento

Si influye

No influye

- Factores institucionales

Si influye

No influye



E) TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento un cuestionario que consta de presentación, datos generales y los ítems con respuestas cerradas; teniendo en cuenta los siguientes:

Cuestionario de factores que influyen en el abandono al tratamiento antituberculoso. Que está compuesto de: Factores Socio Demográficos y Socio Económicos (11 ítems), factores psicológicos

y ambientales (7 ítems), factores relacionados al tratamiento (13 ítems) y factores institucionales (13 ítems)

F) PROCESO DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

La encuesta será rellenada solo por los pacientes del área de TBC, la cual consiste en una encuesta dicotómicas, donde solo una respuesta la cual le parezca mejor, esta contendrá el consentimiento los pacientes para la encuesta, y si tiene alguna duda, esta será resuelta, así mismo si el paciente se niega responder una pregunta esta será respetada. La encuesta será anulada si tuviera una pregunta sin responder.

Posteriormente se llevó a cabo las respectivas coordinaciones con la Médico jefe Dra. Maximina Jesús Aquino y la Enfermera Jefe Lic. Rosario Izaguirre, a fin de establecer el cronograma de recolección de datos considerando un promedio por madre adolescente de 10 a 15 min previo consentimiento informado, habiéndose iniciado la recolección de datos en Noviembre del año 2014. Luego de la recolección de datos se procesó la información utilizando el paquete estadístico de Excel, previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz. Los resultados se presentan en tablas y/o gráficos estadísticos facilitando su análisis e interpretación, considerando el marco teórico. Para la medición de la variable Factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes se utilizó la estadística descriptiva, el promedio aritmético, el porcentaje y frecuencia absoluta valorada en influye y no influye.

G) ASPECTOS ÉTICOS:

Para la ejecución del estudio se tuvo en cuenta las normas establecidas por el C.S. Cooperativa Universal y las recomendaciones de las autoridades del servicio de PCT (enfermera jefe del

servicio y las enfermeras encargadas). Al realizar las encuestas se hizo de tal manera que se respetara las decisiones u opiniones de los sujetos de estudios, con su respectivo consentimiento informado para cada encuestador.

H) VALIDEZ Y CONFIABILIDAD:

Esta encuesta fue validada por Cynthia Pinedo Chuquizuta en su investigación Factores que condicionan el abandono al tratamiento de los pacientes de la E.S.N. de prevención y control de la tuberculosis en el C.S. "Fortaleza".

Para su validez fue sometido a juicio de expertos (08) para su validez, siendo procesada en la tabla de concordancia y Prueba binomial.

Sin embargo para el desarrollo de nuestro estudio volvimos a medir la confiabilidad con el Kuder Richardson (KR-20) dando como resultado mayor a 0.8 y considerándose confiable.



RESULTADOS

¿Ha consumido bebidas alcohólicas en la última semana?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje e valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	17	29,3	29,3	29,3
	No	41	70,7	70,7	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

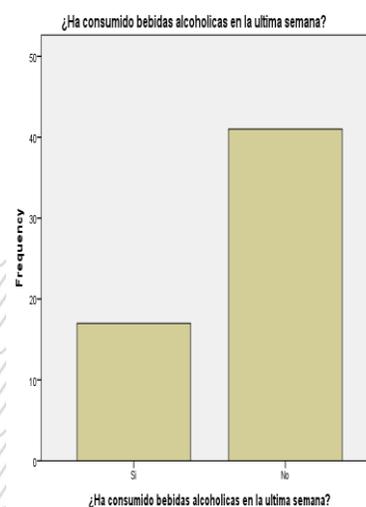


Tabla 1. Pacientes que han bebido en la última semana

Figura 1

¿Te consideras una persona alcohólica?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje e valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	4	6,9	6,9	6,9
	No	54	93,1	93,1	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

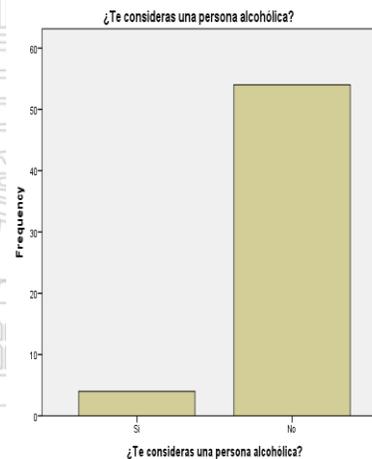


Tabla 2. Pacientes alcohólicas

Figura 2

¿Has fumado?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	18	31,0	31,0	31,0
	No	40	69,0	69,0	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 3. Pacientes que hayan fumado

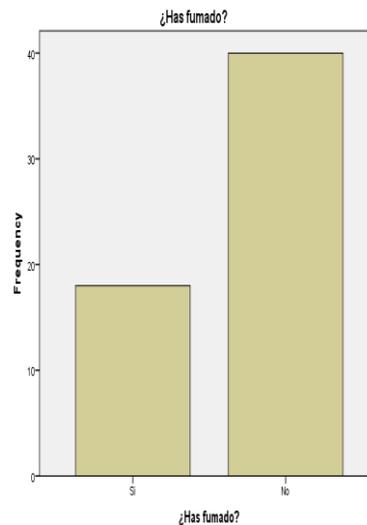


Figura 3

¿Te consideras una persona que fuma en exceso?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	2	3,4	3,4	3,4
	No	56	96,6	96,6	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 4. Pacientes que fuman en exceso

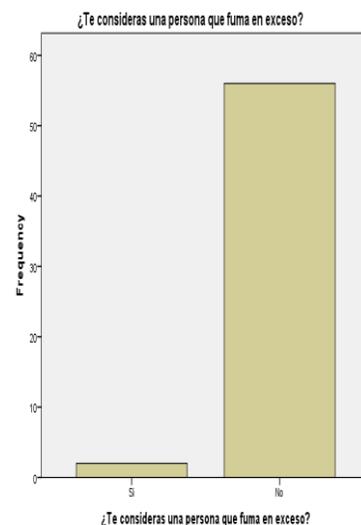


Figura 4

¿Has consumido drogas durante tu vida?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	18	31,0	31,0	31,0
	No	40	69,0	69,0	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 5. Pacientes que han consumido droga

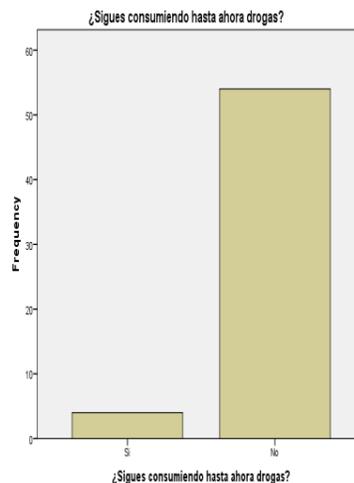


Figura 5

¿Sigues consumiendo hasta ahora drogas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	4	6,9	6,9	6,9
	No	54	93,1	93,1	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 6. Pacientes que siguen drogándose

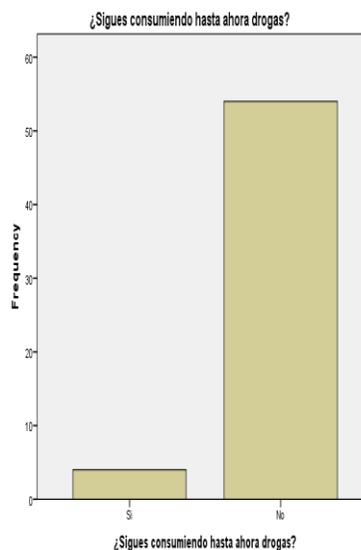


Figura 6

¿Vive en Lima menos de 5 años?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	8	13,8	13,8	13,8
	No	50	86,2	86,2	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

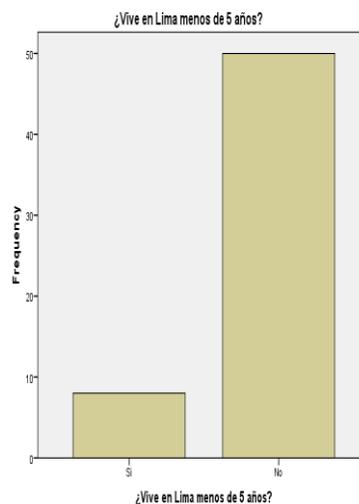


Tabla 7. Pacientes que han vivido menos de 5 años en Lima.

Figura 7

¿Conoces de tu enfermedad y sus manifestaciones?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	7	12,1	12,1	12,1
	No	51	87,9	87,9	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

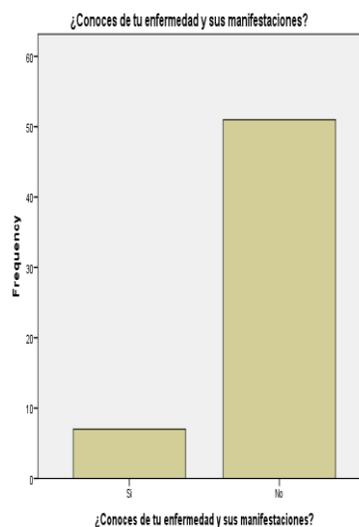


Tabla 8. Conciencia acerca de su enfermedad

Figura 8

**¿Cuándo te enteraste de tu enfermedad,
le mencionaste a tu familia?**

		Frecuen cia	Porcent aje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valid o	Si	8	13,8	13,8	13,8
	No	50	86,2	86,2	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 9. Ocultar a su familia de su enfermedad

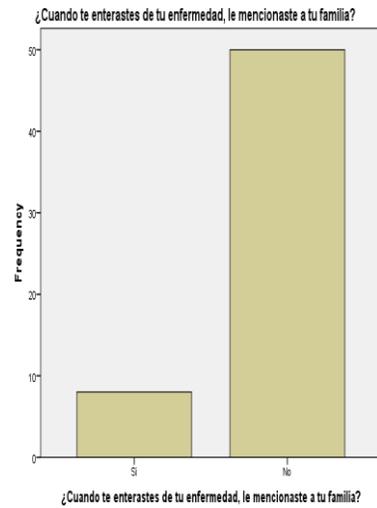


Figura 9

**¿Contaste a tu entorno al enterarte de tu
enfermedad?**

		Frecuen cia	Porcent aje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valid o	Si	8	13,8	13,8	13,8
	No	50	86,2	86,2	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 10. Contar a su entorno acerca de su enfermedad

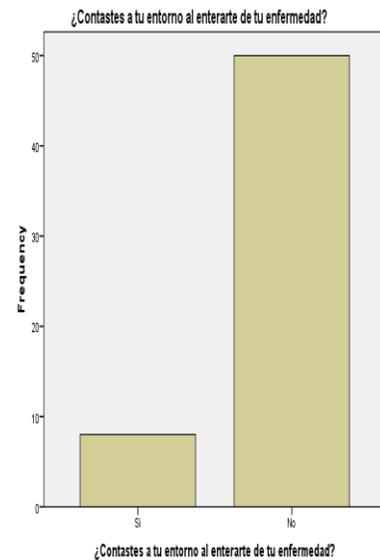


Figura 10

¿Ha sentido Ud. rechazo por parte de su familia por la enfermedad que padece?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	7	12,1	12,1	12,1
	No	51	87,9	87,9	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 11. Sentir rechazo de la familia

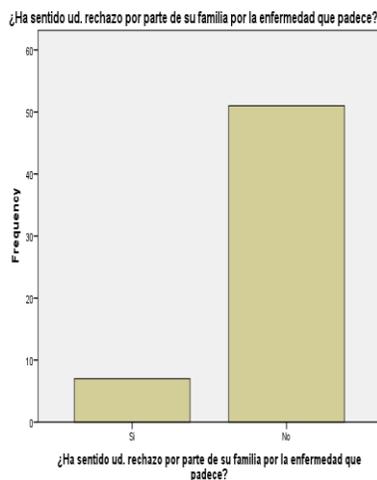


Figura 11

¿Durante las primeras semanas de tratamiento Ud. sintió que su estado de salud se mantenía igual o peor?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	8	13,8	13,8	13,8
	No	50	86,2	86,2	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 12. Si sentían que su estado de salud seguía igual

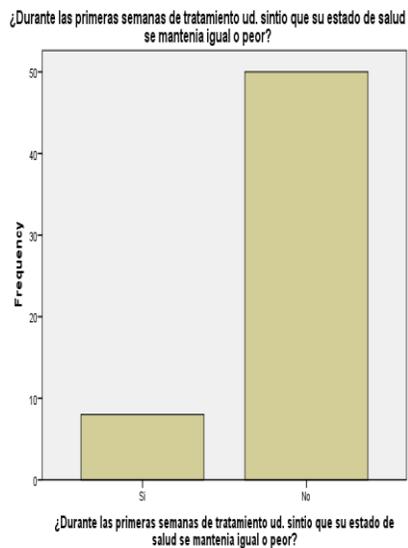


Figura 12

¿Al sentir esta mejoría, piensa Ud. que está curado totalmente sin haber terminado el tratamiento?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	7	12,1	12,1	12,1
	No	51	87,9	87,9	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 13. Sentir estar curado sin culminar el Tto.

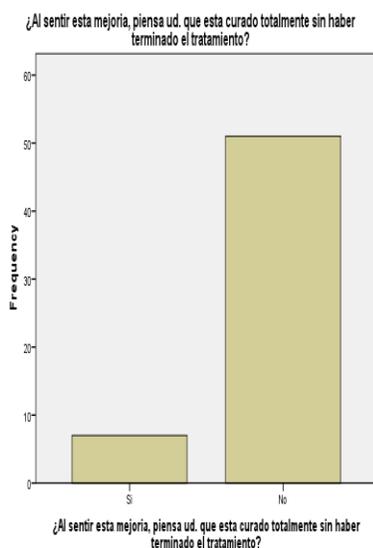


Figura 13

¿Ha presentado Ud. alguna molestia atribuible a la medicación que está recibiendo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	8	13,8	13,8	13,8
	No	50	86,2	86,2	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 14. Sentir molestia durante la medicación

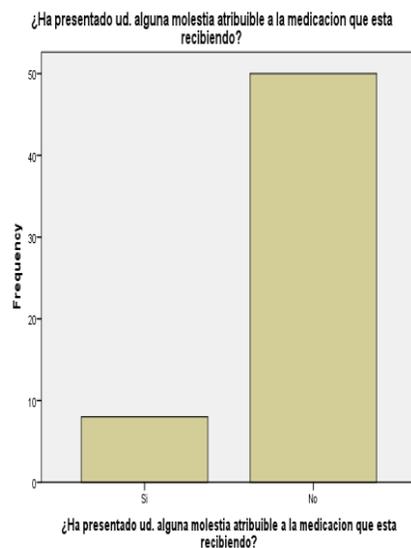


Figura 14

¿Cree Ud. que estos malestares son motivo para dejar de venir a tomar los medicamentos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	7	12,1	12,1	12,1
	No	51	87,9	87,9	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 15. Motivos de malestar para dejar de tomar su tratamiento

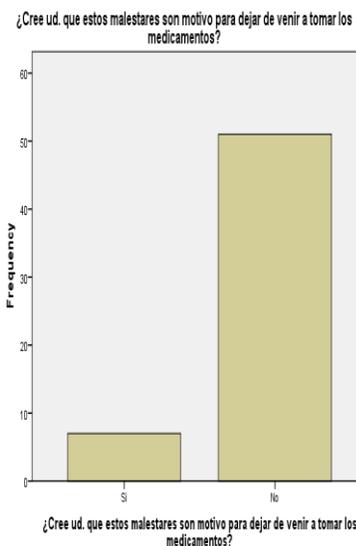


Figura 15

¿En algún momento ha sentido miedo respecto al tratamiento que recibe?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	7	12,1	12,1	12,1
	No	51	87,9	87,9	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 16. Sentir miedo al tratamiento

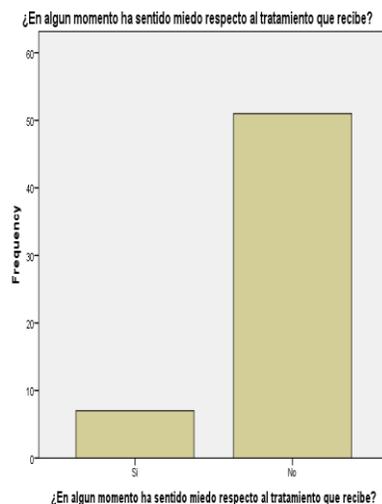


Figura 16

**¿Conoce el tipo de esquema del
tratamiento que recibe y su acción de
cada pastilla?**

		Frecuen	Porcent	Porcentaje	Porcentaje
		cia	aje	valido	acumulado
Valid	Si	7	12,1	12,1	12,1
o	No	51	87,9	87,9	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 17. Conocer su esquema de Tto. Y acción de sus pastillas

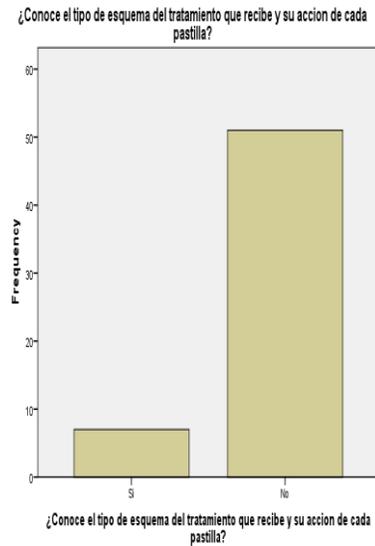


Figura 17

**¿Toleras la cantidad de pastillas que
recibes?**

		Frecuen	Porcent	Porcentaje	Porcentaje
		cia	aje	valido	acumulado
Valid	Si	7	12,1	12,1	12,1
o	No	51	87,9	87,9	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 18. Tolerar la cantidad de pastillas que reciben

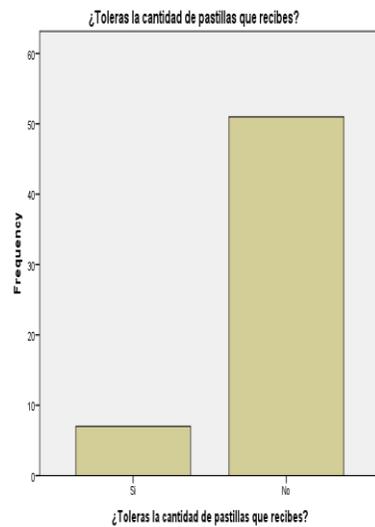


Figura 18

¿Duda Ud. en que el tratamiento que recibe lo curara?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	7	12,1	12,1	12,1
	No	51	87,9	87,9	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 19. El tiempo de atención es adecuado.

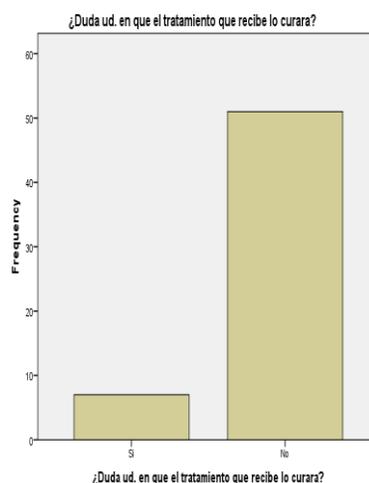


Figura 19

¿Habrás dejado de asistir por más de 1 mes a tomar tus medicamentos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	8	13,8	13,8	13,8
	No	50	86,2	86,2	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 20. El tiempo de espera es adecuado

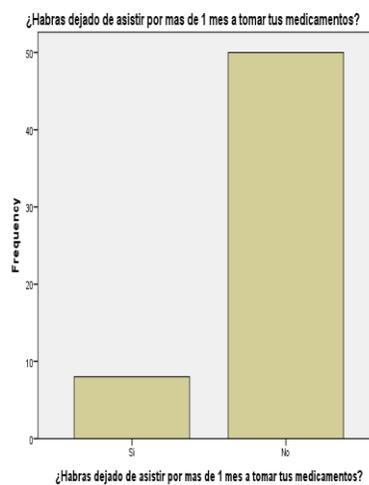


Figura 20

¿Sientes inapropiado el horario de atención para la toma de tus pastillas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	7	12,1	12,1	12,1
	No	51	87,9	87,9	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

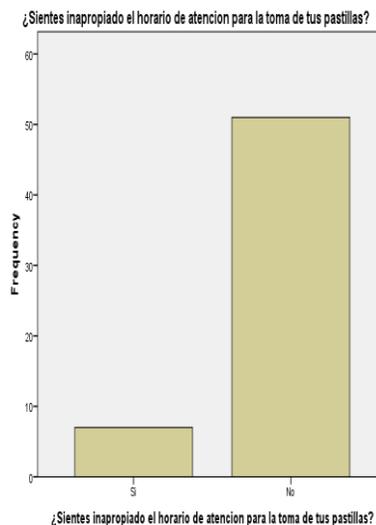


Tabla 21. Sienten el horario inapropiado para su atención

Figura 21

¿Has esperado demasiado tiempo para la entrega de tus medicamentos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	8	13,8	13,8	13,8
	No	50	86,2	86,2	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

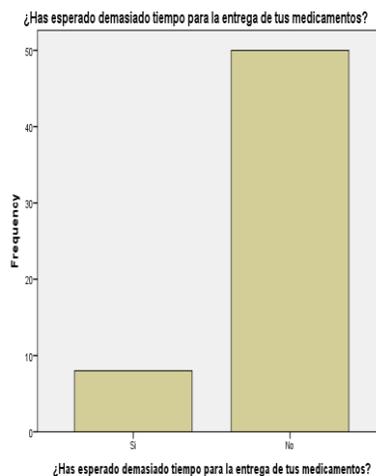


Tabla 22. Espera de tiempo para recibir su tratamiento

Figura 22

¿Tuvo algún inconveniente con la atención que recibe por parte del personal técnico?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	8	13,8	13,8	13,8
	No	50	86,2	86,2	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 23. Tener algún inconveniente con el personal técnico

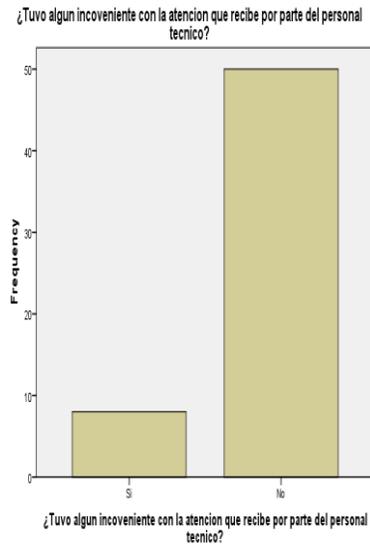


Figura 23

¿Tuvo algún inconveniente con la atención que recibe por parte de la enfermera?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	7	12,1	12,1	12,1
	No	51	87,9	87,9	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 24. Tener algún inconveniente con la enfermera

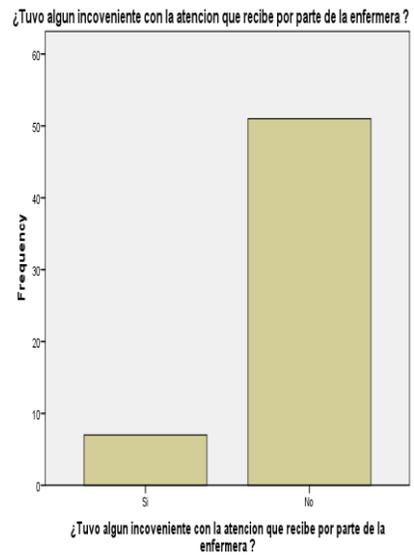


Figura 24

¿Tuvo algún inconveniente con la atención que recibe por parte del médico?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	8	13,8	13,8	13,8
	No	50	86,2	86,2	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 25. Tener algún inconveniente con el médico

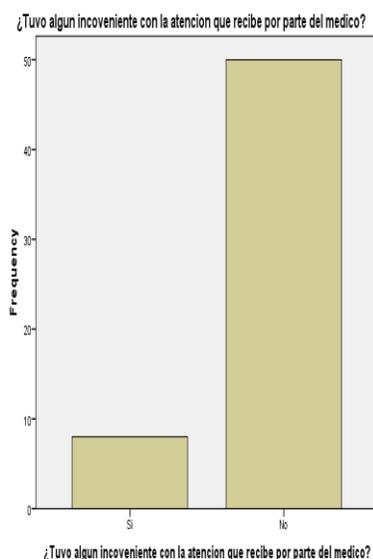


Figura 25

¿Alguna vez ha faltado el personal del programa para la entrega de las pastillas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	8	13,8	13,8	13,8
	No	50	86,2	86,2	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 26. Faltas del personal al programa

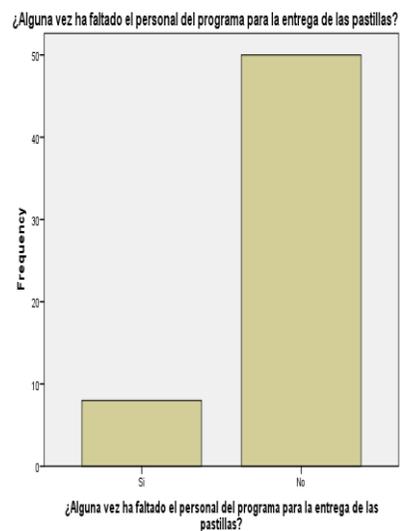


Figura 26

¿En algún momento no tomo sus pastillas por falta de medicamentos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	8	13,8	13,8	13,8
	No	50	86,2	86,2	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

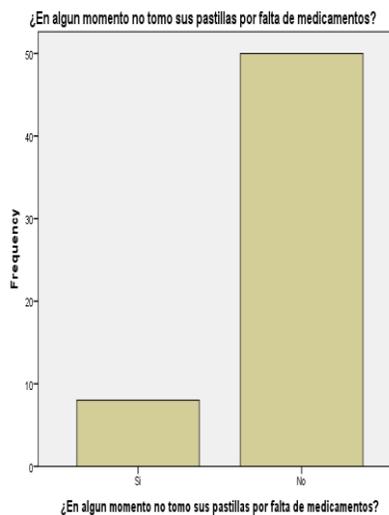


Tabla 27. No tomar sus pastillas por Falta de medicamentos

Figura 27

¿Tiene algún problema con el ambiente donde recibe su tratamiento?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	7	12,1	12,1	12,1
	No	51	87,9	87,9	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

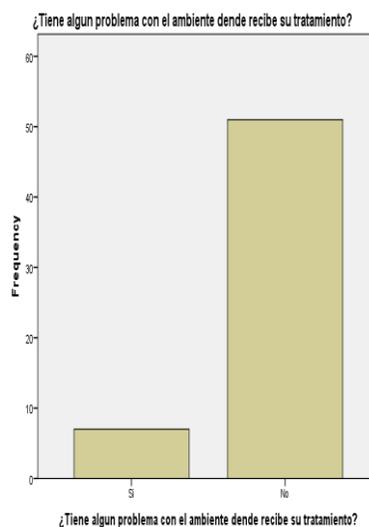


Tabla 28. Problema con el ambiente donde recibe su tratamiento

Figura 28

**¿Tiene alguna duda respecto a la
consejería que se le ha brindado para su
cuidado?**

		Frecuen	Porcent	Porcentaje	Porcentaje
		cia	aje	valido	acumulado
Valido	Si	7	12,1	12,1	12,1
	No	51	87,9	87,9	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 29. Duda respecto a la consejería recibida

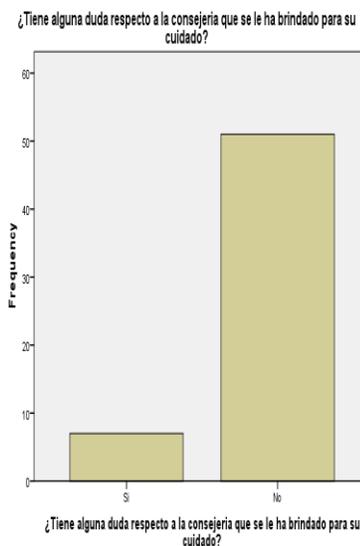


Figura 29

**¿Ha dejado de venir a la toma de sus
pastillas por algún motivo a parte de
estas indicadas?**

		Frecuen	Porcent	Porcentaje	Porcentaje
		cia	aje	valido	acumulado
Valido	Si	9	15,5	15,5	15,5
	No	49	84,5	84,5	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 30. Otros motivos personales

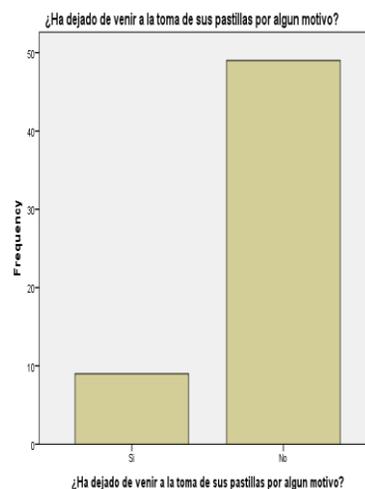


Figura 30

¿Los resultados de sus pruebas de BK de control demoraron en salir?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	9	15,5	15,5	15,5
	No	49	84,5	84,5	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

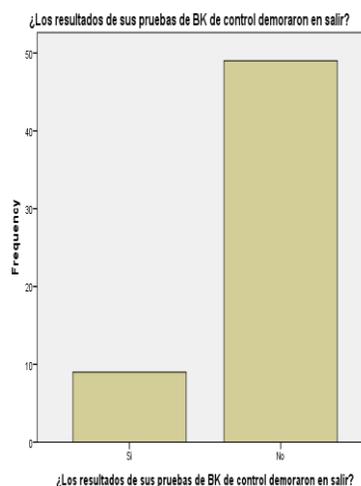


Tabla 31. Demora en salir resultados de prueba de BK

Figura 31

¿Siente Ud. Que le han negado alguna atención para el cambio de fase?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	9	15,5	15,5	15,5
	No	49	84,5	84,5	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

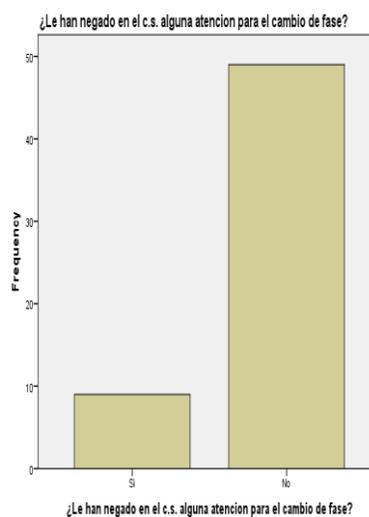


Tabla 32. Recibir alguna negación en C.S. de alguna atención

Figura 32

¿Su centro de salud se ubica lejos para su tratamiento?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	Si	11	19,0	19,0	19,0
	No	47	81,0	81,0	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Tabla 33. Lejanía del C.S. de salud hacia su vivienda

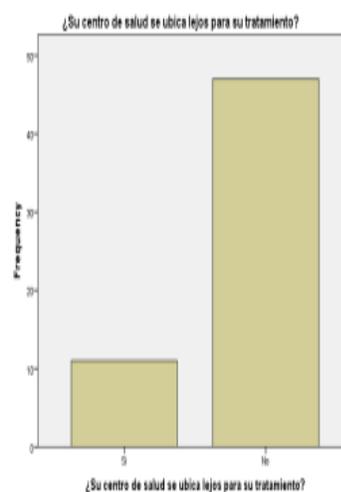


Figura 33

DISCUSIÓN

En relación a los factores que ya hemos mencionado que prevalecen e influyen en el abandono del tratamiento antituberculoso que acuden al programa de PCT, del 100% (44) pacientes de estudio, el 25% (11) corresponden a los factores socio demográficos y socio económicos, el 16% (7) corresponde a los factores psicológicos y ambientales, el 29.5% (13) corresponde a los factores relacionados al tratamientos y el 29.5% (13) corresponde a los factores institucionales. Lo que significa que los factores relacionados al tratamiento y factores instituciones que tienen un mayor porcentaje en la influencia al abandono al paciente del servicio de PCT, y se debe tener en cuenta que el seguir con el recibimiento de su tratamiento de acuerdo a sus fechas indicadas este se mejorara su salud y sanar cumpliéndolo.

En un estudio realizado en Ecuador en la ciudad de Tulcán del 2012r, los ítems que más influyen en el abandono al tratamiento. Pertenecen a los factores psicológicos y mayor a 28%. (Meneses Dávila, 2012, pág. 110)

En otro estudio también realizado en Ecuador en la ciudad de Guayaquil del 2103 los ítems que más afectan en determinada población vienen a ser los factores relacionados al tratamiento con un porcentaje de 31 por ciento. (Montafur Sandovalin & Noboa Viteri, 2012-2013).

Nola Pender, es una enfermera, autora y escritora del modelo de promoción de la Salud. Expresa que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. En su modelo nos pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intenta alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personas con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr. (Lic. Gladis Patricia Aristizábal Hoyos, octubre - diciembre, pág. 17)

CONCLUSIONES

- ✓ Se pudo observar en ítem con mayor porcentaje son ¿su centro de salud se ubica lejos para su tratamiento? con 19%, el ítem ¿ha dejado de venir a la toma de sus pastillas por algún motivo a partes de estas indicadas? con 15.5%, el ítem ¿Los resultados de BK de control demoraron en salir? con 15.5%, el ítem ¿Has consumido bebidas alcohólicas en la última semana? con 29.3, el ítem ¿Has fumado? con 31%. Vemos que son los ítems con mayor porcentaje desfavorable para los pacientes que llevan su tratamiento en el C.S. Cooperativa Universal del año 2017.
- ✓ Se pudo observar el ítem de distancia de hábitat del paciente hasta el EE.SS. también tiene una gran influencia en el abandono, y el ítem que tiene indicado de sobre otros problemas aparte de las indicadas. Tienen a la vez un alto porcentaje para influir en las asistencias del paciente a su tratamiento de la tuberculosis.

- ✓ En conclusión con los resultados obtenidos del instrumento aplicado vemos que los factores institucionales son los que más han intervenido por parte de los pacientes como ven o notan para llevar su tratamiento para la mejora de su salud.
- ✓ Se determinó que a medida que los factores en general aumentan existe una relación directa, el riesgo de abandono también aumenta.

RECOMENDACIONES

- ✓ Los factores institucionales como notamos son los que más han afectado para la administración del tratamiento de los pacientes del C.S. Cooperativa Universal y que debemos mejorarlo.
- ✓ Brindar una consejería donde se le vuelva a recalcar que a pesar que existan miles de motivos el cual puedan afectar a llevar su tratamiento como se requiere deben estos tener en claro que están poniendo en riesgo su salud y que el tiempo estimado indicado se puede volver mayor.
- ✓ Mediante las intervenciones y consejerías a los pacientes del C.S. Cooperativa Universal buscar en ellos una solución para evitar que ellos dejen de seguir con el tratamiento que se le establece en el EE.SS. y al realizar estas acciones de enfermería reducir los factores que puedan afectar a sus controles.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

- Alarcon, V., Alarcon, E., Figueroa, C., & Mendoza Ticona, A. (2017). *Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control*. Recuperado el 26 de 02 de 2018, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v34n2/a21v34n2.pdf>
- Dalens Remigio, E. I. (04 de 2012). *Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis. Red de salud Lima Norte V Rimac-San Martin-Los Olivos*. Recuperado el 4 de 09 de 2017, de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/310/1/Dalens_ei.pdf
- Hora Carreño, M. E. (2014). "NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN POBLACIÓN GENERAL DEL CENTRO DE SALUD MIRONES BAJO". Recuperado el 25 de 02 de 2018, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3954/Hora_cm.pdf;jsessionid=EB889D8014FD95248B7CD7459137E6C5?sequence=1
- Maria Mesen Arce, M., & Chamiz Garcia, H. A. (2005). *Los determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Estudio de un caso urbano, el cantón de Desamparados, Costa Rica*. Obtenido de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-12592005000100007&script=sci_abstract
- Meneses Dávila, S. (2012). *Factores asociados al abandono y adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes detectados en la unidades operativas del área de salud n° 1 de la ciudad de tulcán en el periodo de enero a junio del 2012*. Recuperado el 04 de 03 de 2018, de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2056/2/06%20ENF%20514%20INFO%20RME%20FINAL%20DE%20TESIS.pdf>

- MINSA. (04 de 2006). *Norma tecnica de salud para el control de la tuberculosis*. Recuperado el 12 de 08 de 2017, de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/normaspublicaciones/NTSTBC.pdf>
- MINSA. (22 de 03 de 2012). *Conociendo la TB*. Obtenido de <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/Contenido.aspx?op=1>
- MINSA. (08 de 11 de 2013). Obtenido de Norma tecnica de salud para la atencion integral de las personas afectadas por tuberculosis: <file:///C:/Users/FREDDY/Downloads/norma-tecnica-pct.pdf>
- MINSA. (2013). *Norma tecnica de salud para la atencion integral de las personas afectadas por tuberculosis*. Recuperado el 05 de 03 de 2018, de http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/newtb/Archivos/norma_tecnica.pdf
- Miranda, & Perez. (2012). *Relación entre Nivel de Conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y Actitud hacia el Tratamiento - Usuario Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011*. Obtenido de <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/UNSM/1233/ITEM%4011458-484.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Montafur Sandovalin, M. D., & Noboa Viteri, V. J. (2012-2013). *Factores asociados al abandono de tratamiento en los pacientes nuevos con tuberculosis pulmonar BK+ en la ciudad de guayaquil durante el año 2012*. Recuperado el 16 de 11 de 2017, de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3719/1/tesis%20revisada%20lcda%20verduga%20Modificado.pdf>
- Montufar Sandovalin, M. D., & Noboa Viteri, E. J. (2013). *FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES NUEVOS CON*

TUBERCULOSIS PULMONAR BK+ EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2012. Recuperado el 04 de 03 de 2018, de

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3719/1/tesis%20revisada%20lcda%20verduga%20Modificado.pdf>

Morales Miranda, H. E. (215). *Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TB-MDR de la Red Almenara de EsSalud lima, año 2015*. Obtenido de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/351/1/Morales_he.pdf

Murcia Montaña, L. M. (24 de 05 de 2013). *Evaluación de la adherencia al tratamiento para Tuberculosis en el Departamento del Amazonas 2009-2012*. Obtenido de <http://www.bdigital.unal.edu.co/12605/1/599640.2014.pdf>

Murcia Montaña, L. M. (2014). *Evaluación de la adherencia al tratamiento para tuberculosis en el departamento del Amazonas 2009-2012*. Recuperado el 26 de 10 de 2017, de <http://www.bdigital.unal.edu.co/12605/1/599640.2014.pdf>

Navarro et al., 2. (07 de 2013). *Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4454779.pdf>

OMS. (01 de 2017). *Las 10 principales causas de defunción*. Recuperado el 26 de 02 de 2018, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>

OMS. (07 de 04 de 2017). *Tuberculosis*. Recuperado el 28 de 12 de 2017, de <http://www.who.int/topics/tuberculosis/es/>

OMS. (01 de 2018). *tuberculosis*. Recuperado el 12 de 11 de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>

Quevedo et al., 2. (01 de 08 de 2015). *Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud*. Obtenido de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2536/2448>

Quispe Pauyac, A. L. (2016). *PERCEPCION SOBRE CALIDAD DE ATENCION DE LA ENFERMERA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS*. Obtenido de <http://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/autonoma/91/1/QUISPE%20PAUYAC%20ANNE%20LILIANA%20-%20ATENCION%20TRATAMIENTO%20PACIENTES%20TUBERCULOSIS.pdf>

Tolentino Barzola, W. e., & Aliaga Suarez, M. E. (2016). “*PRÁCTICAS DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN COMPARACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL*”. Recuperado el 26 de 02 de 2018, de http://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/UPECEN/66/1/T102_46972829_T.pdf

Vargas Onfre, W. (2012). *Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en tratamiento, en el distrito de La Victoria periodo 2003-2007*. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2090/1/Vargas_ow.pdf

Villeda Sanchez, E. (2008). *Factores asociados al éxito y/o abandono del tratamiento antituberculoso en la jurisdicción sanitaria N° 1 de San Luis Potosí*. Obtenido de <http://ninive.uaslp.mx/jspui/bitstream/i/3085/6/MSP1FAE00801.pdf>

Zapata Mendo, P. (08 de 04 de 2013). *La tuberculosis*. Recuperado el 12 de 09 de 2017, de

<http://www.monografias.com/cgi->

[bin/search.cgi?substring=0&bool=and&query=La+tuberculosis&buscar=Buscar](http://www.monografias.com/cgi-bin/search.cgi?substring=0&bool=and&query=La+tuberculosis&buscar=Buscar)

ANEXOS

ACTIVIDADES	MESES																													
	JUNIO					JULIO					AGOSTO					SETIEMBRE					OCTUBRE									
Informe del proyecto	X	X	X	X	X																									
Recolección de la información							X	X	X																					
Procesamiento de los datos												X	X																	
Validación del instrumento												X	X	X																
Análisis e interpretación													X	X	X	X	X													
Avances del informe final																		X	X	X	X	X								
Entrega del informe final																												X	X	

PRESUPUESTO

a) RECURSOS HUMANOS

RECURSOS HUMANOS	COSTO POR HORA	TOTAL DE HORAS	COSTO TOTAL
ENFERMERAS	S/. 15	68	S/.1020
ESTADÍSTICA	S/. 20	10	S/.200
SECRETARÍA	S/. 10	20	S/.200
METODOLOGO	S/. 25	10	S/.250
TOTAL			S/.1670

b) RECURSOS MATERIALES

RECURSOS MATERIALES	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
HOJAS BOND	S/. 20	5 millares	S/.100
USB	S/. 70	01	S/.70
LAPICEROS	S/.1	25	S/.25
TOTAL			S/.195

IMPRESIONES	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
CUESTIONARIOS	S/.0.50	12	S/.6
TRIPTICOS	S/.1	25	S/.25

GIGANTOGRAFÍAS	S/.20	6	S/.120
TOTAL			S/.151

ANEXOS

ANEXO A: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Factores que influyen en el abandono al tratamiento antituberculoso	Es un proceso mediante el cual la conciencia integra los estímulos sensoriales sobre objetos, hechos o situaciones y los transforma en una experiencia útil. En este caso. Analizaremos el motivo por el cual los pacientes nos siguen el tratamiento como se les establece en el centro de salud.	Factores socio demográficos y socioeconómicos.	-Edad -Sexo -Estrato económico -Nivel educativo -Estado civil -Tipo de vivienda -Ingresos económicos.
		Factores Psicosociales y Ambientales	-Consumo de alcohol y tabaco -Consumo de sustancias psicoactivas (Drogas) -Migración -Falta de apoyo familiar.
		Factores relacionados al tratamiento.	-Conocimiento de la enfermedad -Efectos adversos al medicamento -Duración del tratamiento
		Factores institucionales	-La calidad de atención -Distancia -Horario de atención.

ANEXO B : CUESTIONARIO



Universidad Nacional
Federico Villarreal
Profesionales formando profesionales

Factores que influyen en el abandono al tratamiento antituberculoso de los pacientes con tuberculosis del centro de salud cooperativa universal-2017”

I. PRESENTACIÓN, Saludos Señor(a) el objetivo de este cuestionario es conocer los factores por las cuales el paciente con TBC del C.S. Coop. Universal. No asiste seguido a su cita establecida para su toma de medicamentos.

La información obtenida nos será útil para medir el grado de eficacia de un programa educativo.

Este instrumento será confidencial por lo que se le pide que sea lo más veraz

II. DATOS GENERALES

1. Sexo: MUJER () VARON ()
2. Edad: Menor de 20 años () Mayor igual de 20 años ()
3. Estado civil: Soltero () Conviviente ()
4. Grado de instrucción: Con educación () Sin Educación ()
5. Ocupación actual: Con trabajo () Desempleado ()
6. Procedencia: Lima () Otras provincia ()
7. Carga Familiar: Ninguna-1 familiar () 2-Mas familiares ()
8. Ingreso Mensual: Hasta 500 () Mayor de 500 ()
9. Tenencia de Vivienda: Propia () No propia ()

10. Distancia de Casa al C.S.: Menos de 10 min () Más de 10 min ()

11. Medio de Transporte: A pie () Medio de transporte ()

III. CONTENIDO

<u>PREGUNTAS</u>	SI	NO
PROPIAS DEL PACIENTE		
12. ¿Has consumido bebidas alcohólicas en la última semana?		
13. ¿Te consideras una persona alcohólica?		
14. ¿Has fumado?		
15. ¿Te consideras una persona que fuma en exceso?		
16. ¿Has consumido drogas durante tu vida?		
17. ¿Sigues consumiendo hasta ahora drogas?		
18. ¿Vive en lima menos de 5 años?		
19. ¿Conoces tu enfermedad y sus manifestaciones?		
20. ¿Cuándo te enteraste de tu enfermedad, le mencionaste a tu familia?		
21. ¿Contaste a tu entorno al enterarte de tu enfermedad?		
22. ¿Ha sentido Ud. rechazo por parte de su familia por la enfermedad que padece?		
23. ¿Durante las primeras semanas de tratamiento Ud. Sintió que su estado de salud se mantenía igual o peor?		
24. ¿Al sentir esta mejoría, piensa Ud. Que está curado totalmente aunque todavía no ha terminado tratamiento?		
25. ¿Ha presentado Ud. alguna molestia atribuible a la medicación que está recibiendo?		

<p>26. ¿Cree UD. Que estos malestares son motivo para dejar de venir a tomar los medicamentos?</p> <p>27. ¿En algún momento ha sentido miedo respecto al tratamiento que recibe?</p> <p>28. ¿Conoce el tipo de Esquema del tratamiento que recibe y su acción de cada pastilla?</p> <p>29. ¿Toleras la cantidad de pastillas que recibes?</p> <p>30. ¿Duda Ud. en que el tratamiento que recibe lo curara?</p> <p>31. ¿Habrás dejado de asistir por más de 1 mes a tomar tus medicamentos?</p>		
<p>32. ¿Sientes inapropiado el horario de atención para la toma de tus pastillas?</p> <p>33. ¿Has esperado demasiado tiempo para la entrega de tus medicamentos?</p> <p>34. ¿Tuvo algún inconveniente con la atención que recibes por parte del personal técnico?</p> <p>35. ¿Tuvo algún inconveniente con la atención que recibe por parte de la enfermera?</p> <p>36. ¿Tuvo algún inconveniente con la atención que recibe por parte del médico?</p> <p>37. ¿Alguna vez ha faltado el personal del programa para la entrega de las pastillas?</p> <p>38. ¿En algún momento no tomo sus pastillas por falta de medicamentos?</p> <p>39. ¿Tiene algún problema con el ambiente donde recibe su tratamiento?</p>		

<p>40. ¿Tiene alguna duda respecto a la consejería que se le ha brindado para su cuidado?</p>		
<p>41. ¿Ha dejado de venir a la toma de sus pastillas por algún motivo a parte de estas indicadas?</p>		
<p>42. ¿Los resultados de sus pruebas de BK de control demoraron en salir?</p>		
<p>43. ¿Siente Ud. Que le han negado alguna atención para el cambio de fase?</p>		
<p>44. ¿El centro de salud se ubica lejos para su tratamiento?</p>		

ANEXO D: CALCULO DE CONFIABILIDAD (KR-20)

$$KR(20) = \left(\frac{N}{N-1} \right) * \left(\frac{Vt - \sum pq}{Vt} \right)$$

Dónde:

N: Numero de ítems del instrumento.

P: Porcentaje de personas que responde correctamente cada ítem.

Q: Porcentaje de personas que responde incorrectamente cada ítem.

Vt: Varianza total del instrumento.

$$KR(20) = \left(\frac{44}{44-1} \right) * \left(\frac{29.06 - 6}{29.06} \right)$$

$$KR(20) = (1.02) * (0.79)$$

$$KR(20) = 0.81$$

Entonces verificando que el instrumento consta de alternativas dicotómicas se aplicó el cálculo de la confiabilidad con el Kuder Richardson (Kr20). Obteniendo un valor de 0.81 en el cual se considera que el instrumento aplicado es confiable.

ANEXO E: TABLA DE CODIGOS

TABLA DE CODIGOS

ITEMS	DIMENSIONES	PUNTUACIÓN	
		SI	NO
1	FACTORES SOCIO DEMOGRAFICOS Y SOCIO ECONOMICOS	1	0
2		1	0
3		1	0
4		1	0
5		1	0
6		1	0
7		1	0
8		1	0
9		1	0
10		1	0
11		1	0
12	FACTORES PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES	1	0
13		1	0
14		1	0
15		1	0
16		1	0
17		1	0
18		1	0

TABLA DE CODIGOS

ITEMS	DIMENSIONES	PUNTUACIÓN	
		SI	NO
19	FACTORES RELACIONADOS AL TRATAMIENTO	1	0
20		1	0
21		1	0
22		1	0
23		1	0
24		1	0
25		1	0
26		1	0
27		1	0
28		1	0
29		1	0

30		1	0
31		1	0
32	FACTORES INSTITUCIONALES	1	0
33		1	0
34		1	0
35		1	0
36		1	0
37		1	0
38		1	0
39		1	0
40		1	0
41		1	0
42		1	0
43		1	0
44		1	0

ANEXO F: PRUEBA DE VALIDEZ – JUICIO DE EXPERTOS

Prueba V de Aiken

Preguntas	JUECES					S	V de Aiken	Valor de p*	Resultado
	1	2	3	4	5				
1	1	1	1	1	1	5	1.000	0.010	Valido
2	1	1	1	1	1	5	1.000	0.010	Valido
3	1	1	1	1	1	5	1.000	0.010	Valido
4	1	1	1	1	1	5	1.000	0.010	Valido
5	1	1	0	1	1	4	0.800	0.010	Valido
6	1	1	1	1	1	5	1.000	0.010	Valido
7	0	1	1	1	1	4	0.800	0.010	Valido
8	1	1	1	1	1	5	1.000	0.010	Valido
9	1	1	1	1	1	5	1.000	0.010	Valido
10	1	0	1	1	1	4	0.800	0.010	Valido

ANEXO G: PRUEBA DE BINOMIAL

Prueba Binomial

Preguntas	JUECES								Valor de p*	
	1	2	3	4	5					
1	1	1	1	1	1				0.0313	5
2	1	1	1	1	1				0.0313	5
3	1	1	1	1	1				0.0313	5
4	1	1	1	1	1				0.0313	5
5	1	1	0	1	1				0.1563	4
6	1	1	1	1	1				0.0313	5
7	0	1	1	1	1				0.1563	4
8	1	1	1	1	1				0.0313	5
9	1	1	1	1	1				0.0313	5
10	1	0	1	1	1				0.1563	4
									0.6880	

$$p = \frac{\sum p_i}{\text{Nº criterios}} = \frac{0.6880}{10} = 0.0688$$