



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO
TUBERCULOSIS PULMONAR SENSIBLE EN EL CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ,

LIMA SUR- PERÚ, 2021

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autora:

Astuvilca Inga, Wendy Jazmin

Asesor:

Piña Pérez, Alindor

Jurado:

Sandoval Diaz, Wilder Adolfo

Guevara Florian, Victor Angel

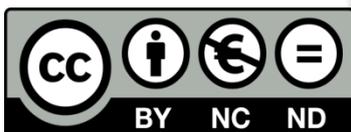
Orrego Velásquez Manuel Anibal

Lima - Perú

2022

Referencia:

Astuvilca, W. (2022). *Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento tuberculosis pulmonar sensible en el Centro de Salud San José, Lima Sur- Perú, 2021*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6076>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO
TUBERCULOSIS PULMONAR SENSIBLE EN EL CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ,

LIMA SUR- PERÚ, 2021

Línea de investigación

Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autora:

Astuvilca Inga, Wendy Jazmin

Asesor:

Piña Pérez, Alindor

Jurado:

Sandoval Diaz, Wilder Adolfo

Guevara Florian, Victor Angel

Orrego Velásquez Manuel Anibal

Lima - Perú

2022

Dedicatoria

Dedico primero a Dios por guiarme en este camino, a mis padres por ayudarme día a día y ser el soporte en cada paso que doy.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	II
Resumen.....	VIII
Abstract.....	X
I. INTRODUCCIÓN.....	11
1.1. Descripción y formulación del problema	11
1.2. Antecedentes	12
1.2.1 <i>Internacionales</i>	12
1.2.2 <i>Nacionales</i>	16
1.3. Objetivos	20
1.3.1. <i>Objetivo General</i>	20
1.3.2. <i>Objetivos Específicos</i>	20
1.4 Justificación.....	20
1.5. Hipótesis.....	22
II. MARCO TEÓRICO	23
III. MÉTODO.....	34
3.1 Tipo de investigación	34
3.2. Ámbito temporal y espacial.....	34
3.3 Variables.....	35
3.4 Población y muestra	36
3.4.1 Población	36

3.4.2 Muestra	36
3.5. Instrumentos	37
3.6. Procedimientos	37
3.7 Análisis de datos.....	37
3.8. Consideraciones éticas	38
IV. RESULTADOS	39
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	62
VI. CONCLUSIONES	65
VII. RECOMENDACIONES	66
VIII. REFERENCIAS	67
IX.ANEXOS.....	73
Anexo A.....	73
Anexo B.....	74
Anexo C.....	76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	29
Tabla 2.....	29
Tabla 3.....	35
Tabla 4.....	39
Tabla 5.....	40
Tabla 6.....	41
Tabla 7.....	43
Tabla 8.....	43
Tabla 9.....	44
Tabla 10.....	45
Tabla 11.....	46
Tabla 12.....	47
Tabla 13.....	49
Tabla 14.....	50
Tabla 15.....	50
Tabla 16.....	51
Tabla 17.....	51
Tabla 18.....	52
Tabla 19.....	53
Tabla 20.....	54
Tabla 21.....	54
Tabla 22.....	55
Tabla 23.....	56

Tabla 24.	56
Tabla 25.	57
Tabla 26.	58
Tabla 27.	58
Tabla 28.	60
Tabla 29.	60
Tabla 30.	61

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	39
Figura 2.	40
Figura 3.	42
Figura 4.	43
Figura 5.	44
Figura 6.	45
Figura 7.	45
Figura 8.	47
Figura 9.	50
Figura 10.	52
Figura 11.	54
Figura 12.	56
Figura 13.	59
Figura 14.	60

Resumen

Objetivo: Determinar la asociación entre factores de riesgo y abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar sensible atendidos en el Centro de Salud San José, Lima Sur – Perú, 2021. **Método:** El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de corte transversal, retrospectivo con alcances de la información correlacional, que utilizó como técnicas el análisis documental de las historias clínicas y encuesta. El instrumento fue la Ficha de recolección de Datos y cuestionario. La población fue de 52 pacientes del Programa de Control de Tuberculosis (PCT) del Centro de Salud San José, Lima Sur-Perú de la cual se consideró una muestra de 11 pacientes abandonados recuperados. **Resultados:** Se da cuenta que los pacientes atendidos, en su mayoría fueron varones (73%), nivel de instrucción prevaleció secundaria incompleta (18%), grupo etario primordialmente adultos jóvenes (55%), en relación al consumo de sustancias nocivas mayormente fue la ingesta de alcohol (73%), no tuvieron conocimiento sobre la enfermedad (73%) y el apoyo familiar (81%). **Conclusiones:** Los seis factores de riesgo biosocioculturales considerados están asociados al abandono relacionados al tratamiento tuberculosis pulmonar sensible, sin embargo, no tuvo asociación estadística el factor social de riesgo ingreso económico. Según el nivel de asociación se obtuvo lo siguiente: edad ($V=0.36$), sexo ($V=0.34$), nivel de instrucción ($V=0.42$), conocimiento de la enfermedad ($V=0.03$), consumo de sustancias nocivas ($V=0.06$) y apoyo familiar ($V=0.06$).

Palabras clave: tuberculosis pulmonar, abandono del tratamiento antituberculoso, factores de riesgo asociados.

Abstract

Objective: To determine the association between risk factors and treatment abandonment in patients with sensitive pulmonary tuberculosis treated at the San José Health Center, South Lima – Perú, 2021. **Method:** The study had a quantitative, cross-sectional, retrospective approach with scope of correlational information, which used as techniques the documentary analysis of medical records and survey. The instrument was the Data Collection Sheet and questionnaire. The population was 52 patients from the Tuberculosis Control Program (PCT) of the San José Health Center, South Lima-Peru, from which a sample of 11 recovered abandoned patients was considered. **Results:** It is realized that the patients attended, mostly were men (73%), incomplete secondary education level prevailed (18%), age group primarily young adults (55%), in relation to the consumption of harmful substances mostly was alcohol intake (73%), they had no knowledge about the disease (73%) and family support (81%). **Conclusions:** The six biosociocultural risk factors considered are associated with abandonment related to the treatment of sensitive pulmonary tuberculosis, however, the social risk factor economic income had no statistical association. According to the level of association, the following were obtained: age ($V=0.36$), sex ($V=0.34$), level of education ($V=0.42$), knowledge of the disease ($V=0.03$), consumption of harmful substances ($V=0.06$) and family support ($V=0.06$).

Keywords: pulmonary tuberculosis, abandonment of antituberculous treatment, associated risk factors.

I. INTRODUCCIÓN

Una de las patologías infecciosas más letales del mundo sigue siendo la tuberculosis, diariamente mundialmente fallecen alrededor de 4000 personas a causa de esta enfermedad prevenible y curable; de este modo cerca de 30000 personas la padecen. A nivel de las Américas, alrededor de 70 personas fallecen diariamente y casi 800 enferman a causa de tuberculosis, esto es singularmente importante durante la pandemia de COVID-19 que ha puesto en peligro el avance de la estrategia de tuberculosis prorrogando asegurar el acceso igualitario a la prevención y atención de acuerdo con la iniciativa de la OPS para lograr la cobertura de la promoción, intervención y prevención de la salud. (Organización Panamericana de la Salud [OPS],2022)

El objetivo de este estudio fue determinar los factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento tuberculosis pulmonar sensible en el Centro de Salud San José, Lima Sur – Perú, 2021; a través del instrumento denominado ficha de recolección de datos en los pacientes abandonados recuperados, dado que el abandono del régimen terapéutico es considerado uno de los primordiales obstáculos para la lucha contra la Tuberculosis pulmonar ya que reduce la eficacia de los programas nacionales debido a un mayor riesgo de transmisión de bacilos y la probabilidad de que las bacterias se vuelvan resistentes a los antibióticos, lo que conlleva a un incremento en cuanto a la frecuencia de fracasos y recaídas.

1.1 Descripción y formulación del problema

La tuberculosis pulmonar es una patología infecciosa que está provocada por una bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. A través de gotitas producidas en el tracto respiratorio se transmite en los pacientes con enfermedad pulmonar activa, siendo la novena causa de muerte en el mundo y la primera por enfermedad infecciosa. (Cáceda,2019)

El cumplimiento del tratamiento de la Tuberculosis es un proceso complejo que incluye factores sociales, factores biológicos y factores relacionados con los estilos de vida. Una de las estrategias utilizadas para mejorar la adherencia y el uso correcto de la medicación es la terapia de observación directa (DOT), el cual mejora el cumplimiento al crear una conexión entre los profesionales de la salud y los pacientes y permitir que los profesionales de la salud observen a los pacientes que toman medicamentos para la Tuberculosis; así mismo mientras exista disponibilidad de dosis fijas combinadas (DFC) se podrá utilizar en la medida que favorezca la adherencia al tratamiento antituberculoso. (Ministerio de Salud [MINSA], 2013)

A nivel local, en el distrito de Villa El Salvador, en el 2017 tuvo una concentración total de 21% de casos de Tuberculosis pulmonar en los distritos de la provincia de Lima (DIRIS - Lima Sur), mismo comportamiento se presentó en el 2016 con un 76% casos de jóvenes y adultos (18 a 59 años). El nivel socioeconómico bajo, es un factor de riesgo importante para la infección por *Mycobacterium tuberculosis* ya que se asocia con un saneamiento e higiene deficientes o hacinamiento en todo el mundo. (Cáceda, 2019)

Alrededor del 85% de quienes desarrollan la enfermedad de tuberculosis pulmonar pueden tratarse con éxito con una terapéutica de seis meses; el tratamiento tiene el beneficio adicional de reducir la transmisión de la infección. Según el informe, en 2018-2019, alrededor de 14 millones de personas recibieron tratamiento contra la tuberculosis, solo un tercio del objetivo de la meta quinquenal (2018-2022) fijada en 40 millones, en el transcurso de este periodo, alrededor de 6,3 millones de personas comenzaron el tratamiento de prevención contra

la tuberculosis, aproximadamente una quinta parte de los 30 millones previstos como meta quinquenal. (Organización Mundial de la Salud [OMS],2020)

La discontinuidad del tratamiento de la tuberculosis es un obstáculo importante para el control de la tuberculosis ya que está asociada con el abandono del tratamiento, el desarrollo de resistencia a los medicamentos, propagación de la infección y un mayor abuso de drogas. Las posibles razones para la suspensión del medicamento son: larga duración del tratamiento (6 - 8 meses) es la gran cantidad de medicamentos (mínimo 11 comprimidos), efectos secundarios de los medicamentos antituberculosos y desinformación sobre la enfermedad y su tratamiento. La identificación de los factores que influyen en la probabilidad de interrupción del tratamiento es el primer paso en el diseño de intervenciones para mejorar la adherencia y el control de la enfermedad. (MINSA,2013)

Teniendo en cuenta lo anterior formulamos lo siguiente: ¿Qué factores de riesgo se asocian al abandono del tratamiento tuberculosis pulmonar sensible en el Centro de Salud San José, Lima Sur- Perú,2021?

1.2 Antecedentes

1.2.1 Internacionales

Da Silva Santos et al., (2021) Artículo. Factors associated with abandonment of pulmonary tuberculosis treatment. Brasil, tuvieron como objetivo: Analizar factores en relación con la suspensión del tratamiento de los casos de tuberculosis pulmonar en Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, de 2008 a 2017. Método: cuantitativo, transversal, descriptivo y de series de casos. Los datos se recopilan del Sistema de Información de Enfermedades de notificación obligatoria. Se realizo análisis descriptivo y, para comprobar las asociaciones se realizó pruebas de Chi cuadrado y exacto de Fisher al cuadrado y exacto en los casos con frecuencias menores a cinco. Se estima que la probabilidad y el intervalo de confianza son del 95%. Resultado: registró 58 casos de tuberculosis pulmonar, de los cuales el 8,56% permaneció que

abandonan el tratamiento. Los perfiles de deserción son los siguientes: masculino (62%), adulto (9%), moreno (5%), primario (8%), urbano (90%) y tratamiento directo (56%). El grupo de edad y el DOT fueron factores asociados con la interrupción del tratamiento. Conclusión: este estudio puede contribuir para la planificación de acciones de salud con estrategias de prevención para garantizar el cumplimiento.

Peres et al., (2020) Revista. Risk Stratification and Factors Associated with Abandonment of Tuberculosis Treatment in a Secondary Referral Unit Brasil, en relación a su objetivo: estudiar los factores asociados al riesgo de interrupción del tratamiento de la TB activa en pacientes en una unidad de referencia ambulatoria y analizar la relación entre la puntuación de riesgo del paciente para discontinuar el tratamiento y la probabilidad de discontinuar su tratamiento. Pacientes y métodos: En esta cohorte los pacientes con TB fueron seguidos prospectivamente desde Junio de 2012 hasta Julio de 2019 en la unidad de referencia de TB en Mato Grosso do Sul Brasil. Se realizaron análisis univariados y multivariados mediante regresión logística, se incluyeron en el estudio 148 pacientes de los cuales el 65% (96) eran varones. Su edad media fue 43.3 años (rango: 18 a 89 años). El tabaquismo, el consumo de drogas las hospitalizaciones repetidas y un mayor riesgo de puntajes de interrupción del tratamiento fueron las variables asociadas con el mayor riesgo de interrupción del tratamiento. La tasa de coinfección con TB - VIH fue del 37.2%. La tasa de interrupción general fue del 10.8% (IC del 95%: 6.1). Después de clasificar a los pacientes que abandonaron por puntuación de riesgo el 22.9% de los que abandonaron tenían un riesgo alto el 10.9% tenían un riesgo intermedio y el 3.5% un riesgo bajo de abandono del tratamiento. En el análisis multivariable los factores asociados con el abandono del hábito de fumar fueron [odds ratio ajustado (AOR) = 4.91 (IC del 95%: 1.08)] y regresión (AOR)= 3.66 (IC del 95%: 1.04). Concluyen que el tabaquismo y la abstinencia fueron factores de riesgo independientes para interrumpir el tratamiento TB en este centro y la estratificación del riesgo puede ayudar a

priorizar una mayor adherencia en los pacientes con mayor riesgo de abandonar en las unidades de derivación. Existe una relación entre factores socioculturales y la baja adherencia al tratamiento antituberculoso.

Montiel, et al., (2020) Revisión de Salud Pública. Factores asociados al resultado de tratamiento no exitoso de pacientes con tuberculosis sensible en Paraguay. Objetivo: identificar factores asociados con el tratamiento no exitoso en pacientes diagnosticados con tuberculosis sensible en Paraguay, Metodología: estudio de cohorte retrospectivo, con datos recolectados del programa nacional recopilados desde enero de 2016 a marzo de 2017. Los factores asociados con tratamiento no exitoso se determinaron con regresión de Poisson; se estimó el riesgo relativo (RR) y el intervalo de confianza de 95% (IC:95%) ajustados para la región de salud. Resultados: Los factores asociados a tratamiento no exitoso fueron hombres 1,28 (1,14- 1,42), indígenas 1,30 (1,09- 1,54), sin reporte de área de residencia 1,27 (1,02- 1,57), coinfección TB/VIH 1,97 (1,63- 2,38), adicción a drogas ilícitas 1,38 (1,16- 1,63), consumo de alcohol 1,25 (1,02- 1,52), recibieron tratamiento previo 1,23 (1,10- 1,38) y sin datos de supervisión del tratamiento 4,92 (3,69- 6,56). Conclusión: Se consideraron factores protectores se consideran ser persona privada de libertad 0,65 (0,47- 0,89), así como la comorbilidad Tuberculosis/diabetes 0,80 (0,67- 0,95). Paraguay tiene una alta tasa de fracaso del tratamiento en la mayor parte del país, por debajo de la meta establecida por la Organización Mundial de la Salud. Los factores de riesgo asociados como infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), consumo de drogas lícitas e ilícitas y el ser indígena, sugieren la necesidad de replantear estrategias orientadas con un enfoque intrahospitalario. Asimismo en Perú, Región Lima Sur (Chorrillos) según un análisis multivariado se encontró que quienes cursaron menos de seis años de educación (OR: 22,2) tenían mayor probabilidad de abandonar el tratamiento antituberculoso determinándose que el aspecto biosociocultural influye en la adherencia.

Huasco y Orozco (2018). Tesis. Factores de abandono del tratamiento en tuberculosis pulmonar, relación Ecuador y países sudamericanos, 2013-2017 tuvieron como Objetivo: Identificar los factores de abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar, determinar los factores proximales y distales que inciden en el abandono de tratamiento. Metodología: Es una investigación documental con revisiones objetivas científicas, un meta-análisis de donde se obtuvo ideas principales, palabras claves, datos estadísticos, conceptos e información necesaria que permita identificar los factores proximales y distales que predisponen al abandono de tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar. Resultados: Los factores más predominantes en la incidencia del abandono del tratamiento de tuberculosis son los factores proximales en los cuales se identifica el sexo masculino, consumo de alcohol, drogas y tabaco; dentro de los factores distales se encuentra: la falta de soporte familiar y social, atención inadecuada del centro de salud, y el difícil acceso a los centros de salud. Conclusión: Los factores proximales más predominantes en el abandono del tratamiento de tuberculosis son: el sexo masculino, la escolaridad incompleta y consumo de alcohol los que alcanzan un alto porcentaje en los países analizados.

Belén et al., (2015). Artículo de Revisión. Análisis espacial del abandono del tratamiento de tuberculosis, Buenos Aires, Argentina. Objetivo: determinar el patrón de distribución espacial de la tasa de personas que no adhieren al tratamiento de TB y sus factores relacionados. Metodología: estudio ecológico con datos primarios y secundarios en municipios seleccionados del área metropolitana de Buenos Aires. Se realizaron análisis exploratorio de las características del territorio y distribuciones de los casos incluidos en la muestra (tasa de no conformidad) y análisis multifactorial por regresión lineal. Las variables se refieren a las características de la población lugar de residencia y hogar analizado. Las áreas con mayor porcentaje de población que no cotizaba aportes de jubilación ($p = 0007$) y mayor porcentaje de hogares que no tenían necesidades básicas cubiertas según la sobrevivencia de existe riesgo

de no adherencia ($p = 0032$). La tasa de incumplimiento fue mayor en las zonas aledañas con la tasa más alta de viviendas sin transporte público en un radio de 300 m ($p = 0070$). Concluyeron que existe un área en riesgo de no adherencia al tratamiento caracterizada por una población en condiciones de pobreza y subempleo con dificultades para acceder a los servicios de transporte público. Se infiere que la relación de aspecto social influye en la adherencia, en el presente estudio a nivel del distrito de Villa El Salvador- Lima Sur según el Análisis de situación de salud 2019 el porcentaje pobreza es de 22.8% el cual será objeto de estudio como factor de riesgo.

1.2.2 Nacionales

Guerreros (2021). Tesis. “Factores del abandono al tratamiento en pacientes que se atienden en el programa de tuberculosis del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el distrito de Puente Piedra, 2020” tuvo como tiene como objetivo: Describir los factores del abandono del tratamiento en pacientes tratados como parte de un programa antituberculoso Hospital Carlos Lanfranco la Hoz del distrito de Puente Piedra 2020. Metodología. Estudio transversal cuantitativo, descriptivo y explicativo. La población de 400 pacientes con TB atendidos en el programa Hospital de Tuberculosis Carlos Lanfranco la Hoz, muestra en total de 60 pacientes, seleccionados según criterios de inclusión y exclusión elevada en la búsqueda, criterio de inclusión con un nivel de confianza del 95%. y error 0.05. Resultados: En el factor social, la edad representa una proporción superior a los 36 a 45 años 43% y de 46 a 55 años 25%. En el género masculino es del 67% y en el femenino del 33%, estado civil: casado 30% y conviviente 36%. Procedencia: 52% costa y 33% Sierra. Recibe ayuda de la familia, no obtenga ayuda en el 72% de los casos. En el factor económico, 49%. El 9% no trabaja y el 30% trabaja por cuenta propia. De los ingresos económicos del hogar, 65% tiene un ingreso de S/. 930 en un 65%. En el factor cultural, a nivel de Educación, 30% tiene Primaria y 48% Secundaria. El 55% se declara católico. en el interior interrumpir el tratamiento de la TB porque el paciente tiene tos

en un 27% y 23% tienen debilidad. La valoración profesional del paciente por el médico, enfermeras y nutricionistas solo lo usaron por más de una semana en el 45%. Conclusión: Al abandonar el tratamiento de la TB, esto se debe al médico, enfermeras, nutricionistas y psicólogos sociales no completaron la evaluación.

Mejía (2021) en la investigación Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar. Hospital Santa Rosa 2017- 2020, Objetivo: Identificación de factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Hospital Santa Rosa Piura, 2017-2020. Métodos: Casos y controles, análisis y retrospectivas. Estudio de 80 pacientes que iniciaron tratamiento para TB BK positivo/negativo entre 2017 y 2020, completaron o suspendieron tratamiento hasta el 31 de diciembre de 2020. Conclusión: Existen factores de riesgo asociados a la suspensión de fármacos antituberculosos, principalmente manejo hospitalario en adultos. Los pacientes masculinos con comorbilidades y los factores de riesgo biológicos asociados a la suspensión del tratamiento se concentraron principalmente en hombres de 30 a 59 años con comorbilidades.

Rivera et al., (2019). Artículo de Revisión. Abandono del tratamiento en tuberculosis multirresistente: factores asociados en una región con alta carga de la enfermedad en Perú. Objetivo. Determinar los factores de riesgo asociados con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis multirresistente en la región de Callao (Perú). Materiales y métodos. Se hizo un estudio analítico de casos y controles (80 casos y 180 controles) en tratamiento entre el 1° enero del 2010 y el 31 diciembre del 2012. Los factores se determinaron mediante regresión logística, y se calcularon los odds ratios (OR) y los intervalos de confianza (IC) del 95 %. Resultados. En el análisis multivariado se determinaron los siguientes factores de riesgo: no tener conocimiento de la enfermedad (OR=23,10; IC95%: 3,6-36,79; p=0,002); no creer en la curación (OR=117,34; IC95%: 13,57-124,6; p=0,000); no tener apoyo social (OR=19,16;

IC95%: 1,32-27,77; $p=0,030$); no considerar adecuado el horario de atención (OR=78,13; IC95%: 4,84-125,97; $p=0,002$), y no recibir los resultados de laboratorio (OR=46,13; IC95%: 2,85-74,77; $p=0,007$). Conclusión: Los servicios de salud deben esforzarse en la determinación precoz de las condiciones que podrían convertirse en factores de riesgo, lo cual ayudaría a implementar preventivamente intervenciones efectivas, rápidas y de alto impacto.

Chávez et al., (2017) Tesis. 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, Objetivo: determinar los factores socioeconómicos que influyen en el abandono del tratamiento de TB sensible en pacientes de la Micro-Red de Salud Ollantay del distrito de San Juan de Miraflores 2012- 2015, Metodología: estudio de tipo analítico transversal retrospectivo, con 64 pacientes con tuberculosis pulmonar sensible que recibieron tratamiento con el esquema I, Resultados: Determinaron que el sexo masculino y los alcohólicos tenían 7,0 y de 3,33 veces más probabilidades de interrumpir el tratamiento antituberculoso respectivamente. No existe significación estadística en las variables: edad, estado civil, educación, ocupación, antecedentes personales de tuberculosis, antecedentes familiares de tuberculosis, consumo de drogas y consumo de tabaco. Se concluyó que el sexo masculino y el alcoholismo son factores de riesgo para abandonar del tratamiento antituberculoso. Según el Análisis de Situación de Salud 2019 en Villa El Salvador señala que uno de los principales factores de riesgo para contraer tuberculosis en el distrito es el bajo nivel socioeconómico específicamente el social con hábitos nocivos como la presente investigación.

Zevallos (2017) Tesis. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso esquema I en la Red de Salud San Juan de Lurigancho, Lima, Perú tuvo como objetivo: Identificar los factores asociados con la interrupción del tratamiento antituberculosos en pacientes recién infectados con Tuberculosis BK+, con esquema uno, de la Red de Salud de San Juan de Lurigancho tratados entre 2009 y 2012. Materiales y métodos: estudios de casos y

controles, adecuados a la edad, sexo y el centro donde recibe tratamiento. Se han seleccionado 285 pacientes mayores de 15 años que hayan interrumpido el tratamiento antituberculoso y pacientes de control que completaron la farmacoterapia (proporción 1:2) dentro 2009-2012. Factores determinados por regresión logística, calcular Odds Ratio (OR) e intervalo de confianza (IC) 95%. Resultado: Han sido identificados como predictores de abandono del tratamiento antituberculoso: mujeres (OR: 1,57/1,07-2,31), que viven menos de 5 años en la zona (OR: 2/1,5-2,9), tener máximo secundaria incompleta (OR: 2.51 / 1.82-3. 5), trabajo / ingresos inestables (OR: 1,2/1,01-2,01), dificultad para respirar (OR: 2/1,05-5,67), consumo de alcohol (OR: 2,58/1,79-3,71), fumador (OR: 2,6/1,7-,01), no valorado por médico, enfermeras y nutricionista (OR: 8,01/2,11-30,8), con >3 puntuaciones anormales (OR: 2,67/1,01-7.0), y no visible tras la primera visita por ausencia (OR: 5.2/2.06-13). Conclusión: Para mejorar la adherencia al tratamiento antituberculoso es necesario brindar atención con un enfoque multidisciplinario, global y personalizado, así como como realizar una visita domiciliaria de emergencia de manera oportuna y continua antes la primera discontinuidad en el tratamiento.

Anduaga et al., (2016) Tesis. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima-Perú. Objetivo: identificar los factores relacionados con la suspensión de la farmacoterapia tuberculosis en un centro de atención primaria en el condado de Chorrillos, Ciudad de Lima, Perú. Metodología: estudio retrospectivo no apareado de casos y controles, retrospectivo no pareado. Los pacientes que interrumpieron el tratamiento durante 30 días consecutivos o más se identifican como casos y los pacientes han completado su tratamiento tuberculosis como controles. Se evaluaron las puntuaciones de riesgo de abandono realizados en centros de salud (≥ 22), así como variables demográficas. Se calculo el odds ratio (OR) e intervalo de confianza del 95%, mediante regresión logística. Resultados: Se incluyeron 34 controles y 102 casos. En

el análisis multivariado, se encontró que aquellos que completaron menos de seis años de educación (OR: 22.2; IC 95%: 1.9-256.1), así como aquellos que obtuvieron mayor o igual de 22 puntos en la prueba de riesgo de abandono (OR = 21 ; IC 95%: 6,3-72,) tienen más probabilidades de abandonar el tratamiento de la tuberculosis ,llegaron a la conclusión de que interrumpir el tratamiento de tuberculosis se asocia con menos de seis años de educación y puntaje mayor de 22 puntos en la prueba de interrupción del tratamiento de la Tuberculosis pulmonar.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

➤ Determinar la asociación entre factores de riesgo y abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar sensible, atendidos en el Centro de Salud San José, Lima Sur – Perú, 2021.

1.3.2. Objetivos Específicos

➤ Identificar a los pacientes tuberculosos sensibles que abandonaron el tratamiento, atendidos en el Centro de Salud San José, Lima Sur – Perú,2021.

➤ Identificar factores de riesgo biológicos en pacientes tuberculosos sensibles, que abandonaron el tratamiento, atendidos en el Centro de Salud San José, Lima Sur – Perú, 2021.

➤ Identificar factores de riesgo sociales en pacientes tuberculosos sensibles, que abandonaron el tratamiento, atendidos en el Centro de Salud San José, Lima Sur – Perú, 2021.

➤ Identificar factores de riesgo culturales en pacientes tuberculosos sensibles, que abandonaron el tratamiento, atendidos en el Centro de Salud San José Lima Sur – Perú, 2021.

1.4 Justificación

Según el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la tuberculosis a nivel mundial (2018), el Perú es uno de los países con mayor incremento de incidencia en comparación con los casos de la enfermedad. Además, según el mismo informe,

un total de 57,1% casos en 2017 habían sido tratados previamente. Esta cifra, como se ha aclarado, no incluye las recaídas, es decir, no tiene en cuenta a los pacientes recién diagnosticados que han sido dados de alta, por lo que representa la cantidad de pacientes que no completaron el tratamiento durante un diagnóstico previo, un paciente que abandona el tratamiento tiene el potencial de infectar de 10 a 15 personas por año, una práctica que está aumentando en el área de Lima debido a la alta densidad de población con tasas de crecimiento cercanas a la ciudad Margen Alto. Por tanto, si se mantiene la mala adherencia y el abandono en el contexto de sobrepoblación, la aparición y propagación de la MDR-TB y XDR-TB será mayor, provocando la muerte, muerte prematura y pérdida de años saludables, así como un aumento directo y costos indirectos de la enfermedad tanto en la secuencia individual, familiar y sanitaria. La alta tasa de abandono (11,2%) supera los parámetros permitidos por la OMS / OPS de 5%, lo que sugiere que cuando la tasa de deserción supera el 5%, el problema se debe a la falta de calidad de la atención de salud. (OMS,2018)

Según el Análisis de Situación de Salud en el distrito de Villa El Salvador (2019) la percepción de la población con respecto a esta enfermedad indica que se da en grupos familiares con tuberculosis que tienen como antecedente el abandono al tratamiento de un miembro de la familia para luego hacerse extensiva a los demás miembros de la familia llegándose a constituir focos de infección y de casos de TB resistente, según dicho análisis de situación, se encontró que los principales factores de riesgo para contraer tuberculosis en el distrito son: el nivel socioeconómico bajo, hacinamiento, estado nutricional e inmunológico de la población, el número de casos inoportunos y el aumento del número de casos farmacorresistentes. (Cáceda,2019)

Con el punto de vista anterior y un tema fundamental para la salud de la población que aborde la calidad de vida y el nivel socioeconómico, se realizó el estudio para identificar los

factores de riesgo que se asocian al abandono del tratamiento de la Tuberculosis pulmonar sensible en pacientes del primer nivel de atención.

1.5. Hipótesis

1.5.1. *Hipótesis general*

- Existen factores de riesgo presentes en pacientes con tuberculosis pulmonar sensible, asociados al abandono del tratamiento en el Centro de Salud San José, Lima Sur – Perú, 2021.

1.5.2. *Hipótesis específicas*

- Existen factores de riesgo biológicos asociados al abandono del tratamiento tuberculosis pulmonar sensible en el Centro de Salud San José, Lima Sur – Perú, 2021.

- Existen factores de riesgo culturales asociados al abandono del tratamiento tuberculosis pulmonar sensible en el Centro de Salud San José, Lima Sur – Perú, 2021.

- Existen factores de riesgo social asociados al abandono del tratamiento tuberculosis pulmonar sensible en el Centro de Salud San José, Lima Sur – Perú, 2021.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Tuberculosis pulmonar

Es una enfermedad infectocontagiosa crónica, curable y se puede prevenir que por lo general su principal causa son las micobacterias que son parte del complejo tuberculoso (*M. bovis*, tuberculosis, *africanum* y *microti*) y por otras especies oportunistas potencialmente patógenas para el hombre siendo la más importante *Mycobacterium tuberculosis*; generalmente se transmite entre personas por medio de las partículas en el aire que producen la respiración del paciente por medio de pequeñas gotas suspendidas en el aire expuestas por los pacientes de dicha enfermedad pulmonar vigente. (OMS,2018)

2.1.1 Epidemiología

Se estima que el 25% de la población mundial está infectada con *Mycobacterium tuberculosis*, es decir, ya está infectada por este bacilo, pero aún no ha desarrollado la enfermedad y no puede transmitir la enfermedad. El riesgo de desarrollar tuberculosis en personas infectadas con *Mycobacterium tuberculosis* oscila entre el 5% y el 10%, se estima que en 2020 enfermaron de tuberculosis 9,9 millones de personas en todo el mundo: 5,5 millones de hombres, 3,3 millones de mujeres y 1,1 millones de niños. (OPS,2021)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud sobre la tuberculosis a través de un informe del 2020 de la OMS, dentro de la lista de 30 países Perú está posicionado con más alta carga estimada de tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR) durante el lapso 2016-2020, por notificar cifras absolutas superiores a 1000 casos incidentes de TB MDR estimados. (Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis [DPCTB],2021)

A nivel de América, el tercer puesto lo ocupa Perú entre los países más altos de incidencia luego de Haití y Bolivia, liderando la lista de casos de TB farmacorresistente con el 30% de los casos de TB-MDR notificados y el 50% de los casos de TB notificados

extremadamente resistente (TB XDR). En 2016 se registraron 31 079 casos de tuberculosis de cualquier tipo (incidencia 98,7 x 100.000 habitantes), 27 217 nuevos casos de TB (tasa de incidencia tuberculosis 86,4 x 100.000 habitantes) y 16 747 nuevos casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva (53,2 x 100.000 personas). La tuberculosis pulmonar con frotis positivo se desarrolla muy lentamente en comparación con los años 2017-2019; con un promedio de alrededor del 1% anual (en 2019: 101,4 x 100.000 personas, 88,8 x 100.000 personas y 50,6 x 100.000 personas). (Alarcón et al.,2017)

Generalmente, el panorama de TB se caracteriza por una carga de enfermedad con alta progresión inaceptable, todavía hay casos que necesitan ser detectados y tratados para establecer y monitorear el éxito de este tratamiento. El Perú no es ajeno a esta iniciativa, en los últimos años ha tomado acciones para mejorar el diagnóstico rápido de casos, el acceso a pruebas de diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, con la presencia de pandemias de COVID-19 reduciendo acceso de las personas a los servicios de salud, conlleva el riesgo de no alcanzar las metas para la reducción de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades. (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [CDC],2021)

2.1.1.1. Tuberculosis en el Perú: La Ley 30287, Ley de Control y Prevención de la Tuberculosis en el Perú y su Reglamento (Decreto Supremo 021-2016), declaró de interés nacional la lucha contra la tuberculosis en el país, convirtiendo así la lucha contra la tuberculosis en una política de Estado. La tuberculosis en el Perú representa decimoquinto lugar por causa de muerte, y vigesimoséptimo lugar de carga de la enfermedad medida por el número de años de vida saludable perdido (AVISA). Afecta principalmente a las clases sociales más pobres de las principales ciudades del país, es de suma importancia recalcar que la identificación de sintomáticos respiratorios (SR), ha ido en constante aumento durante los últimos 5 años, alcanzando su máximo valor en el 2015 con 1 774 000 SR identificados. Sin embargo, la OMS estima que en el Perú se están presentando más casos de TB de los que se

notifican. En 2015, la OMS estimó que hubo 37.000 casos de TB, con una incidencia de 119 casos por 100.000 habitantes y 2.500 muertes por TB, las diferencias entre las estimaciones y lo que se informa son consistentes y frecuentes para los países en desarrollo.

En el 2015, fueron reportados un 80% de casos en diez regiones (en orden descendente): Lima Metropolitana (Lima Este, Lima Centro y Lima Sur), Callao, La Libertad, Loreto, Ica, Lima Provincias, Junín, Lambayeque, Arequipa y Ucayali, Lima Metropolitana y la Región Callao notificaron el 59,3% de todos los casos de TB nacionalmente en el año 2015. (Alarcón et al.,2017)

2.1.2. Manifestaciones clínicas

La falta de especificidad resulta ser el principal problema de la TB ya que los síntomas y signos son semejantes a varias enfermedades respiratorias incluso a los de algunas enfermedades comunes, cuyo inicio es insidioso en la mayoría de los casos. Los síntomas pueden ser locales o generales (febrícula sudores nocturnos dificultad para respirar fatiga pérdida de apetito y pérdida de peso) que dependerán del órgano afectado. De todos el más común (80% en pacientes inmunocomprometidos) fue la tuberculosis pulmonar; y los síntomas más comunes son tos persistente y/o expectoración, aunque también pueden acompañar al cuadro clínico disnea, dolor torácico y hemoptisis. En todos los que manifiestan tos y/o expectoración de más de 10-15 días de persistencia, se debe descartar tuberculosis pulmonar mediante la realización de radiografía de tórax y estudio microbiológico. (Caminero,2016)

2.1.3. Diagnóstico

Los pacientes que experimentan algunos de los síntomas descritos anteriormente deben acudir a un centro médico para que los evalúe un profesional de la salud para realización de los siguientes estudios:

1. Examen de esputo o baciloscopía: Esta es la principal forma de diagnosticar la tuberculosis. Se trata de tomar una muestra de esputo (esputo) para observar las bacterias patógenas bajo un microscopio.

Se recomiendan dos muestras de esputo:

- ✓ La primera muestra inmediatamente después de la consulta.
- ✓ La segunda muestra al día siguiente, apenas el paciente se despierta en la mañana.

B. El cultivo del esputo: Esta es una prueba más sensible que la baciloscopía para el diagnóstico, los resultados están disponibles después de 8 semanas, está indicado para aquellos con sospecha de tuberculosis cuya baciloscopía es negativa; también se utiliza para el seguimiento de diagnóstico.

C. Radiografía de tórax: Esta es una prueba sustancial y muy útil en el diagnóstico de la tuberculosis, permite ver la extensión de la enfermedad pulmonar, su curso y consecuencias.

D. Prueba cutánea de la tuberculina o PPD: También conocido como el método Mantoux. Consiste en aplicar debajo de la piel del brazo una sustancia inocua denominada "agente tuberculoso", que es una proteína purificada derivada del cultivo de *Mycobacterium tuberculosis* (de ahí el nombre de PPD, como también se denomina a la prueba), y dos días después aplicación, el personal médico debe evaluar los resultados. (DPCTB,2020)

2.1.4. Tratamiento

En Perú, el tratamiento es gratuito y se basa en una estrategia de tratamiento a corto plazo (DOTS, por sus siglas en inglés) estrechamente supervisada que se monitorea de cerca para prevenir la propagación a través del diagnóstico temprano y el control de infecciones; la eficacia ha sido demostrada en Perú, así como en otros países sudamericanos.

En el Perú, la tendencia en las tasas de éxito del tratamiento entre los pacientes con frotis drogo sensibles a medicamentos de TB pulmonar que recibieron el medicamento fue aproximadamente 85% en 2012 y 87,1% en 2015, disminuyendo a 85,7% en 2016. El abandono del tratamiento fue el principal resultado de insatisfacción que obstaculizó el éxito, porcentaje observado de 6,7% en 2012 a 7,3% en 2016. Sin embargo, este promedio nacional enmascara los promedios regionales y locales. De hecho, estos resultados varían considerablemente, con tasas de deserción hasta un 10% más altas en algunas regiones como Callao, Lima, Loreto, La Libertad, Ancash y Tumbes. (MINSa, 2016)

Las regiones con mayor prevalencia de TB y mayor prioridad del Perú son 12: Lima, Callao, Madre de Dios, Ucayali, Tacna, Ica, Loreto, Moquegua, La Libertad, Arequipa, Lambayeque y Cusco, las seis primeras están clasificada como muy alto riesgo y los seis restantes están catalogados como de alto riesgo, así lo reporta el Minsa en la XI Semana de Epidemiología de la TB 2017, en la que Lima es el departamento con más casos de TB del país (55%) y el tercero con la tasa más alta de incidencia. Esta opinión está respaldada por un informe titulado Análisis de la Situación Epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú en el año 2015 del Ministerio de Salud y la Dirección General de Epidemiología, que arrojó que la mayor incidencia se concentró en ciudad de la provincia del Perú, Lima, y en los distritos de San Juan de Lurigancho, Rímac, La Victoria, El Agustino, Ate, San Anita y Barranco. (MINSa, 2016)

Hay dos bases bacteriológicas que debe cumplir cualquier tratamiento: La combinación de fármacos que prevengan de forma selectiva las resistencias y que prolonguen el tratamiento no solo garantiza la curación, sino que previene posibles recidivas. Para garantizar la máxima curación sin recurrencia, cualquier tratamiento debe incorporar al menos medicamentos que no se hayan tomado antes, al menos 2 de ellos deben ser “esenciales”, uno con buena actividad bactericida (matar bacilos en reproducción activa provocando síntomas y muerte del paciente)

y el resto potencialmente buenos bactericidas (capaces de matar bacilos en estado latente provocando recidivas). (Caminero,2016)

Toda persona afectada por TB debe recibir atención integral en el EESS durante todo su tratamiento incluyendo: atención médica, atención de enfermería, asistencia social, psicología, salud reproductiva y sexual, evaluación nutricional y exámenes complementarios basales.

La administración del régimen terapéutico anti-TB está a cargo del personal de salud y se realiza de lunes a sábado, incluido feriados.

El esquema de tratamiento inicial debe ser ratificado o modificado dentro de los 30 días calendario de haberse iniciado, de acuerdo a los resultados de las pruebas de sensibilidad (PS) rápidas a isoniacida y rifampicina. Los esquemas de tratamiento de TB se establecen de acuerdo al perfil de sensibilidad a isoniacida y rifampicina por PS rápida. (MINSA,2013)

2.1.4.1. Tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible: Estos son los medicamentos con el mayor grado de efectividad combinado con una toxicidad aceptable. La mayoría de los pacientes pueden tratarse con éxito e incluirse en todos los regímenes iniciales de TB. Este grupo incluye: rifampicina, pirazinamida, isoniazida, etambutol y estreptomomicina.

Esquema para TB sensible (Adultos y niños): La nomenclatura del esquema se representa de la siguiente manera:

2RHZE / 4R³H³
--

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

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

En la primera fase se 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, p.48)

La tabla 1 siguiente se refiere a la dosificación del tratamiento sensible aplicado en personas de 15 años a más.

Tabla 1

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

MEDICAMENTOS	PRIMERA FASE		SEGUNDA FASE	
	DOSIS	DOSIS MAXIMA DIARIA	DOSIS	DOSIS MAXIMA 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		

Nota: MINSA,2013

La tabla 2 siguiente se refiere a la dosificación del tratamiento sensible aplicado en personas menores de 15 años a más.

Tabla 2

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

MEDICAMENTOS	PRIMERA FASE		SEGUNDA FASE	
	DOSIS	DOSIS MAXIMA DIARIA	DOSIS	DOSIS MAXIMA DIARIA
Isoniacida (H)	10 (10-15)	300mg	10(10-20)	900mg
Rifampicina (R)	15 (10-20)	600mg	15(10-20)	600mg
Pirazinamida (Z)	35(20-30)	1500mg		
Etambutol (E)	40 (15-25)	1200mg		

Nota: MINSA,2013

A. Factores que influyen en el tratamiento: La falta de adherencia al tratamiento de la TB es un problema bien conocido que no representa uno de los principales obstáculos para el control de la enfermedad como resultado de la interrupción, la progresión, la infección, el desarrollo de cepas resistentes a los medicamentos y la muerte. En general, el incumplimiento de los regímenes de tratamiento está relacionado con la susceptibilidad social de los pacientes. La evidencia muestra que los pacientes con peores condiciones de vida, nivel socioeconómico más bajo, principalmente hombres desempleados y ancianos, son los que menos probabilidades tienen de adherirse al tratamiento. La enfermedad está presente en todo el mundo y está muy extendida en todos los grupos sociales, étnicos y raciales. Las tasas de rechazo al tratamiento varían considerablemente, aparentemente dependiendo del desarrollo del país, la epidemiología de la TB en cada país, la dinámica de los programas de vigilancia y control, y el interés de los gobiernos en tratar la tuberculosis como un problema de salud pública. (Alcívar et al.,2017)

2.2. Abandono del tratamiento

Para la Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis (2013) se define al abandono del tratamiento antituberculoso esquema sensible como un ‘‘paciente que inicia tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa’’.

La adherencia o interrupción del tratamiento de la TB incluye el conocimiento y la comprensión del paciente sobre la tuberculosis, las expectativas de recuperación, los beneficios y/o daños del tratamiento, los tipos de tratamiento, la disponibilidad y los beneficios del tratamiento, la calidad del tratamiento recibida en un establecimiento, así como otras medidas de apoyo o apoyo eficaces, la familia y el entorno durante la supervivencia de una persona con TB. Si la tasa de fallo supera el 5 %, se considera que el problema está relacionado con el sistema de salud y debe investigarse. (MINSa, 2013)

2.2.1 Consecuencias del abandono del tratamiento

El abandono del tratamiento antituberculoso tiene graves consecuencias en forma de deterioro de la salud del paciente debido a la enfermedad, exposición a otras enfermedades, posibilidad de estimular mecanismos bacterianos resistentes a los medicamentos, mayor propagación de la infección tuberculosa y persistencia de la humanidad. En esta patología, el paciente no puede confiar en la autodeterminación y el rechazo del tratamiento pone a otros en riesgo de infección por micobacterias, pero se adhiere imprudentemente a él, evitando el código ético. Por lo tanto, la terapia inadecuada promueve la aparición de bacterias resistentes a los medicamentos que, en combinación con la coinfección por el VIH, pueden aumentar la propagación de la TB-MDR y aumentar la morbilidad- mortalidad, lo cual lo cataloga como una crisis global de gran magnitud. (Cáceres,2004)

2.2.2 Factores de riesgo asociados con el abandono del tratamiento

La falta de adherencia al tratamiento es causada en parte por el paciente y su entorno económico, cultural y social, por la propia enfermedad, su tratamiento farmacológico y sus características, y por los servicios de salud y sus cuidadores. (Cáceres,2004).

2.3.2.1 Factores presentes en el tratamiento de pacientes con Tuberculosis

Pulmonar Sensible: La mayoría de los factores de riesgo para abandono se han centrado en el individuo, como las siguientes características:

A. Factores de riesgo biológicos del paciente

Edad: No hay consenso sobre el grupo de edad con mayor riesgo de abandono, según Quintero (2013) señala que entre 45 a 54 años y Dalens (2012) indica que entre 21 a 30 años, para Plata (2015) encontró que la edad media de abandono es de 30 años y que el riesgo es mayor a partir de los 25 años, por lo tanto, en cada uno de ellos, es claro que el grupo de edad más afectado es el grupo económicamente activo.

Sexo: Según Soza et al. (2005) con revisión de la literatura y evidencia en diversos estudios, mencionan que los hombres son los que tienden a abandonar el tratamiento más que las mujeres.

B. Factores de riesgo sociales del paciente

Apoyo familiar: Según Cáceres y Orozco (2007) señalan que es importante para el apego al tratamiento, descubrieron que el apoyo familiar tenía un "efecto protector" contra la interrupción del tratamiento.

Ingreso económico: Se considera un factor de riesgo para suspender el tratamiento antituberculoso, según investigaciones de Arriola et al. (2011) encontraron un vínculo entre el riesgo de abandono y los bajos ingresos. La tuberculosis se ha asociado durante mucho tiempo con la desnutrición, la pobreza, el desempleo, el hacinamiento, la falta de servicios básicos, la vivienda y la higiene deficientes.

Consumo de sustancias nocivas: Para Culqui et al., (2005) indican que son factores de riesgo para el abandono del tratamiento al interferir con la sensación de euforia del paciente bajo la influencia de las drogas psicoactivas, a veces invirtiendo sus preferencias.

C. Factores de riesgo culturales del paciente

Nivel de instrucción: Cuanto más bajo es el nivel educativo, más probable es que sea abandonado. Esto se explica principalmente por el hecho de que cuanto menor es el nivel educativo, más difícil es comunicarse tanto con los trabajadores de la salud como con la familia. En Barcelona, encontraron que los pacientes analfabetos tenían un mayor riesgo de abandonar el tratamiento que aquellas con algún grado de instrucción. (Cáceres,2004)

Conocimiento de la enfermedad: Representa un componente clave del comportamiento de cada paciente hacia la aceptación del tratamiento, la adherencia a las indicaciones del tratamiento, la detección oportuna de efectos secundarios y la ejecución del comportamiento adecuado. Por lo tanto, la ignorancia crea conceptos erróneos y malentendidos sobre el tratamiento. Así, se mostró el riesgo de suspender el tratamiento por falta de información sobre la tuberculosis, esto se debe a que no está clara la importancia del cumplimiento del tratamiento para la salud y no se ha obtenido ninguna orientación. En consecuencia, se favoreció la elección de diferentes opciones de tratamiento. (Galindo,2009)

III. MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación es un estudio con enfoque cuantitativo, según la ocurrencia del evento, retrospectivo, de corte transversal, y por su análisis y alcance de los resultados: correlacional; se utilizó como instrumentos la ficha de recolección de datos y cuestionario, a través de sus técnicas: análisis documentario de sus historias clínicas y la encuesta en pacientes abandonados recuperados respectivamente; a su vez fue no experimental, porque no fueron manipuladas las variables de interés. (Hernández et al.,2014)

3.2. Ámbito temporal y espacial

El presente estudio se llevó a cabo con pacientes del área del Programa de Control de la Tuberculosis (PCT) en el Centro de Salud San José, Lima Sur- Perú durante el periodo 2021 cuya jurisdicción está circunscrita a las Direcciones de Redes Integradas de Salud - Lima Sur, distrito de Villa El Salvador.

El denominado Programa de Control de la Tuberculosis, hoy fortalecido y convertido en una Estrategia Sanitaria Nacional, esta puede insertar el control de enfermedades en la realidad institucional, por lo tanto, es un problema de salud pública.

3.3. Variables

Tabla 3

Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Variable Dependiente: Abandono del tratamiento antituberculoso	Se denomina abandono en aquel paciente que inicia tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa''. (MINSAL, 2013)	Cualquier circunstancia personal, familiar y/o ambiental o situación que aumente la probabilidad de que una persona abandone el tratamiento.	No Tiene	<ul style="list-style-type: none"> Abandono. No abandono 	Numérica
Variable Independiente: Factores de riesgo asociados	Cualquier característica o circunstancia detectable de una persona que se asocia con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar un proceso según sus características. (Senado D., 2005)	Para efectos del presente estudio se definirá como integración de factores de riesgo biológicos, sociales y culturales.	Factores biológicos del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Edad. Sexo. 	Numérica. Nominal.
			Factores culturales del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de instrucción. Conocimiento de la enfermedad. 	Nominal. Nominal.
			Factores sociales del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Ingreso económico. Consumo de sustancias nocivas. Apoyo familiar. 	Numérica. Nominal. Nominal.

Nota. Elaboración propia

3.4 Población y muestra

3.4.1 Población

La población de estudio estuvo conformada por 52 pacientes registrados en el Programa de Control de Tuberculosis en el Centro de Salud San José - Lima Sur durante el periodo 2021 con el Esquema I (Sensible).

3.4.2 Muestra

El estudio incluyó 52 pacientes que fueron atendidos en el Programa de Control de Tuberculosis (PCT) en el Centro de Salud San José - Lima Sur durante todo el periodo 2021 con el Esquema I compuesto por: Isoniacida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y etambutol (E), de los cuales 11 fueron pacientes abandonados recuperados y 48 pacientes sin abandono del tratamiento, siendo seleccionados de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Pacientes diagnosticados de Tuberculosis Sensible.
- Pacientes abandonados recuperados en tratamiento.
- Pacientes que llevan su tratamiento en el Centro de Salud San José, Lima Sur durante el periodo 2021.
- Pacientes que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Paciente con diagnóstico de TBC Resistente y Multidrogoresistente.
- Pacientes considerados en la muestra que, fallecieron durante el periodo de análisis.
- Pacientes que por motivos diversos continuaron su tratamiento en otro Centro de Salud.
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.

3.5. Instrumentos

El instrumento utilizado fue la Ficha de Recolección de datos de la técnica mencionada el cual aparece en Anexos 02. (ver página 77).

Los ítems a ser cotejados, es decir, las categorías de las cuales se recogerá la información, fueron los siguientes:

- Factores biológicos (Edad y sexo)
- Factores sociales (Consumo de sustancias nocivas): Dicotómico
- Factores culturales (Nivel de instrucción)

3.6. Procedimientos

Los datos fueron recogidos tanto de las historias clínicas como del libro de registro y seguimiento de pacientes que reciben tratamiento de primera línea compuestos de la primera fase de duración de 2 meses así como pacientes de segunda fase del esquema sensible del Programa del Control de Tuberculosis del centro de salud, los cuales fueron ingresados en la Ficha de recolección de datos, ver en Anexos 02 « modelo de ficha », estos fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión para posteriormente sus resultados ser tabulados y codificados; también se recabó información para ampliación de datos, a través de la encuesta a todos los pacientes el cual se complementó con sus historias clínicas previamente analizadas , ver en Anexos 03 « modelo de encuesta rápida ».

3.7 Análisis de datos

La información recolectada por análisis contenido el cual se organizó en un cuadro de doble entrada en función de sus dimensiones e indicadores de la variable independiente con la técnica de análisis documental de las historias clínicas del centro de salud.

La información recolectada, se analizó en base a los indicadores de la variable dependiente, en ambos casos se utilizó el programa SPSS versión 25 en cuanto a la parte referida de estadística descriptiva se utilizó la prueba de medida de tendencia central, moda, e inferencial respectivamente en función a los objetivos; utilizándose la prueba de ji cuadrado

que tiene como finalidad determinar la relación de asociación que pueda existir entre variables cualitativas, a su vez se utilizó la fórmula V de Cramér que es una medida del tamaño del efecto para la prueba ji cuadrado de la independencia, en él se mide la forma en que están asociados dos campos categóricos. Para este estudio, conoceremos si los factores de riesgos se asocian significativamente con cada indicador de la variable dependiente procedentes de dicha ficha de recolección de datos y encuesta rápida; descritos en el capítulo de instrumento de recolección de datos. Los resultados se presentan en una tabla de contingencia a su vez la fórmula estadística la cual está descrita en «Anexos 01».

3.8. Consideraciones éticas

3.8.1 Principio de autonomía

Fue debidamente aplicado en este estudio, respetando la voluntad y elección del paciente. Se les informó sobre el contenido del estudio y sus detalles y se les pidió que firmaran su consentimiento para la debida participación.

3.8.2. Principio de beneficencia

Se les explicó a los entrevistados los beneficios a obtener con los resultados, porque pueden identificar mejor los factores que influyen en el cumplimiento de este grupo vulnerable.

3.8.3. Principio de no maleficencia

A los entrevistados se les explicó que su participación en esta investigación no tiene ningún riesgo a la salud en su integridad como persona.

3.8.4. Principio de justicia

A los entrevistados se les trató con respeto, se les brindó todas las atenciones necesarias dentro de todo el proceso de la investigación, sin preferencias ni discriminaciones.

IV. RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 52 pacientes con tratamiento pulmonar sensible atendidos en el Centro de Salud San José durante el año 2021, a continuación, se describen los resultados de cada factor de riesgo asociado presentados en tablas de contingencia.

4.1. Factores de riesgo asociados al abandono de tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar Sensible en el Centro de Salud San José, Lima Sur- Perú, 2021.

Los resultados que se presentan a continuación fueron obtenidos mediante la recolección de datos referidos en la historia clínica evaluado a través de análisis documental de las historias clínicas y encuesta a los pacientes.

4.1.1. Factores de riesgo biológicos del paciente

Estos aspectos están referidos a edad y sexo, los cuales fueron recabados de las historias clínicas de cada uno de los pacientes que formaron parte de la muestra.

En la Tabla 4 se muestra los resultados obtenidos para la dimensión de la variable en lo que prosigue se presenta los resultados obtenidos para la dimensión.

Tabla 4

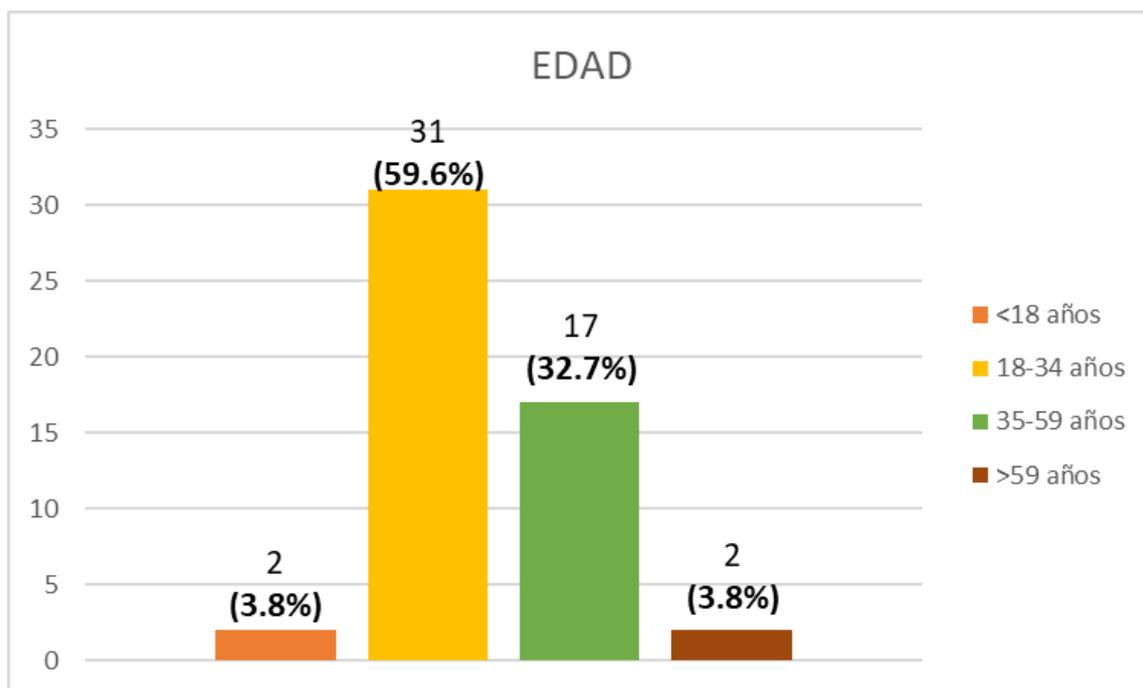
Edad.

		CANTIDAD	PORCENTAJE
EDAD	<18 años	2	3.8%
	18-34 años	31	59.6%
	35-59 años	17	32.7%
	>59 años	2	3.8%
	TOTAL	52	100%

Nota: Elaboración propia

Figura 1

Grupos etarios de la población objeto de estudio.



Nota: Elaboración propia

En la Figura 1, se muestra gráficamente la cantidad y los porcentajes respectivos de cada uno de los grupos etarios que conformaron la población en estudio, prevaleciendo pacientes adultos jóvenes.

Tabla 5

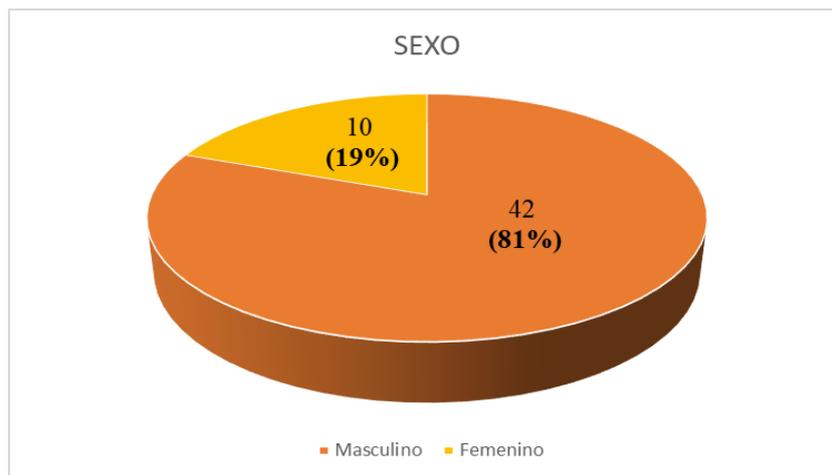
Sexo.

		CANTIDAD	PORCENTAJE
SEXO	Masculino	42	81%
	Femenino	10	19%
TOTAL		52	100%

Nota: Elaboración propia.

Figura 2

Sexo.



Nota: Elaboración propia

En la Figura 2, se muestra gráficamente la cantidad y los porcentajes respectivos en relación al indicador sexo, prevaleciendo el sexo masculino.

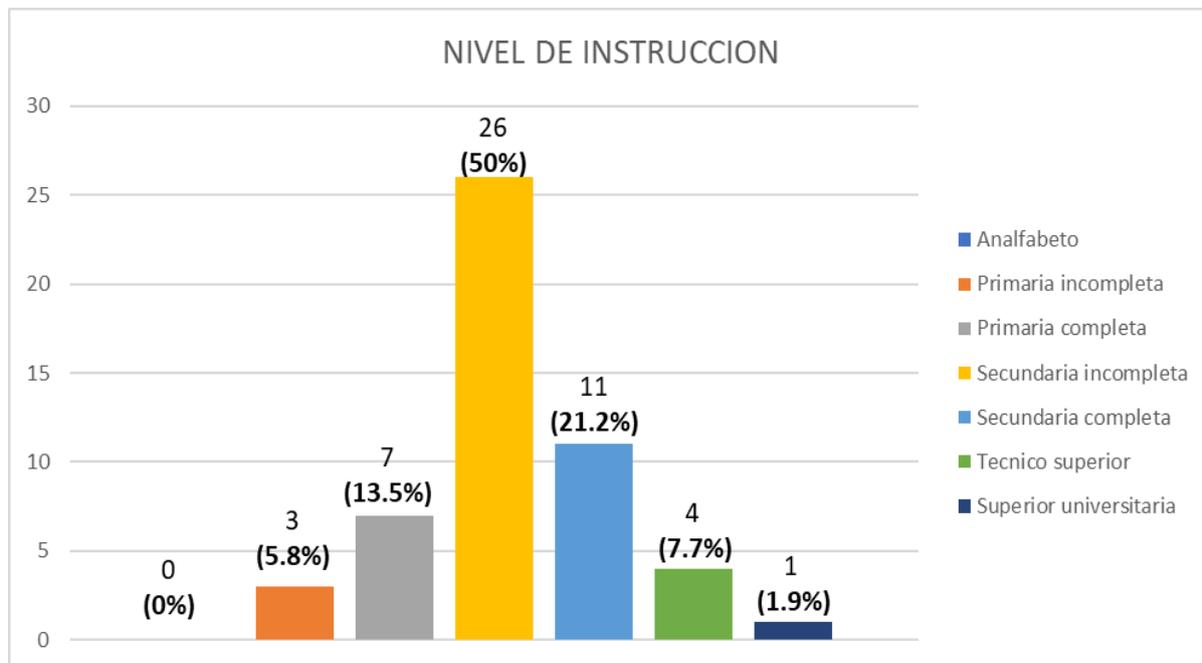
4.1.1. Factores de riesgo culturales del paciente.

Tabla 6

Nivel de instrucción

		CANTIDAD	PORCENTAJE
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto	0	0%
	Primaria incompleta	3	5.8%
	Primaria completa	7	13.5%
	Secundaria incompleta	26	50.0%
	Secundaria completa	11	21.2%
	Tecnico superior	4	7.7%
	Superior universitaria	1	1.9%
	TOTAL	52	100%

Nota: Elaboración propia

Figura 3*Nivel de instrucción*

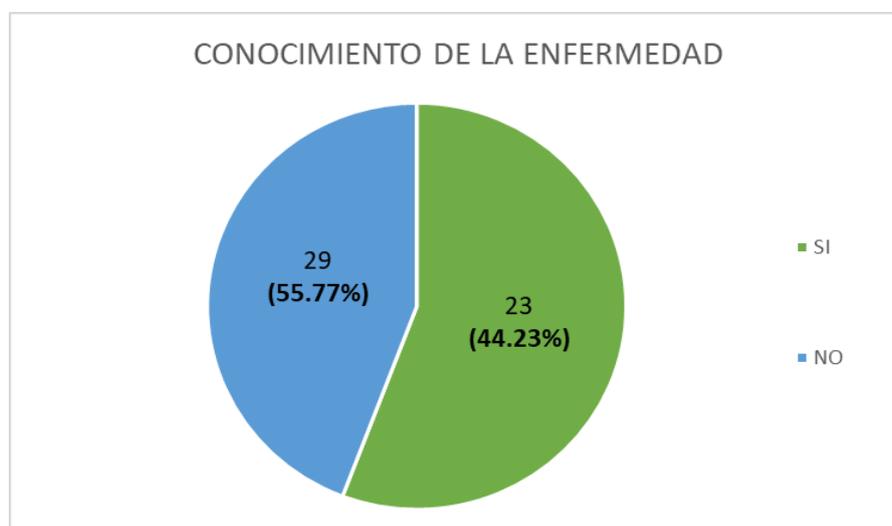
Nota: Elaboración propia.

Asimismo, en la Figura 3, se muestra gráficamente que el 50% de pacientes tienen secundaria incompleta, 21.2% secundaria completa y el resto con 28.8% de pacientes cuentan con primaria incompleta, completa, técnico superior y superior universitaria

Tabla 7*Conocimiento de la enfermedad.*

		CANTIDAD	PORCENTAJE
CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	SI	29	55.77%
	NO	23	44.23%
	TOTAL	52	100%

Nota: Elaboración propia

Figura 4*Conocimiento de la enfermedad.*

Nota: Elaboración propia

De igual modo, en la Figura 4, se representa gráficamente la cantidad y los porcentajes respectivos en relación al conocimiento de la enfermedad.

4.1.1. Factores de riesgo sociales del paciente.

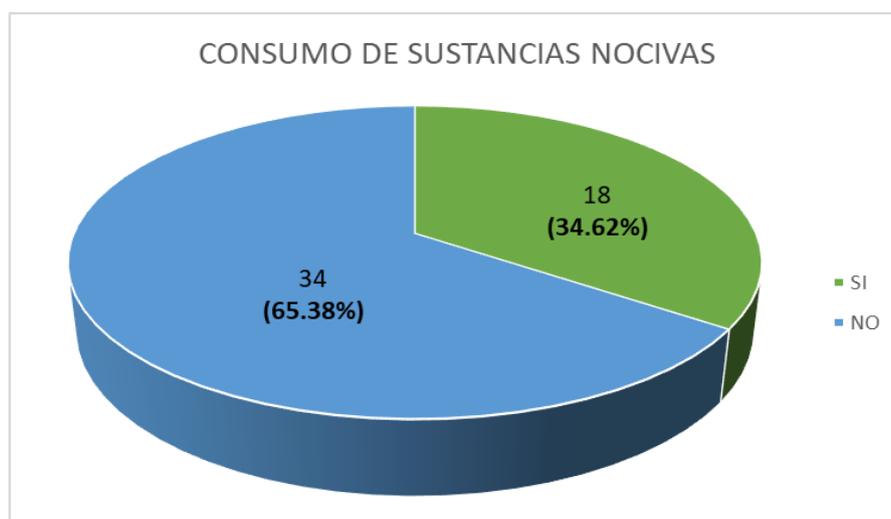
Tabla 8*Consumo de sustancias nocivas*

		CANTIDAD	PORCENTAJE
CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS	SI	18	34.62%
	Alcohol	14	26.92%
	Marihuana	2	3.85%
	Tabaco	2	3.85%
	NO	34	65.38%
	TOTAL	52	100%

Nota: Elaboración propia.

Figura 5

Consumo de sustancias nocivas.



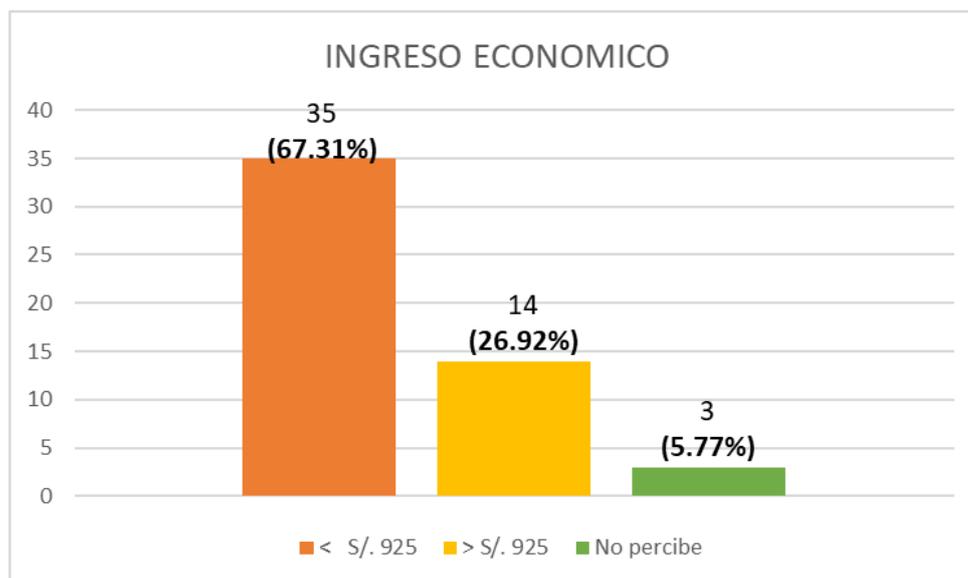
Nota: Elaboración propia

En la Figura 5, se denota un 65.38% de la muestra en estudio que no consumen respecto a un 34.62% que, si consume, de los cuales manifestaron 26.92% consumo de alcohol, 3.85% drogas como marihuana y un 3.85% tabaco.

Tabla 9

Ingreso económico.

		CANTIDAD	PORCENTAJE
INGRESO ECONOMICO	< S/. 925	35	67.31%
	> S/. 925	14	26.92%
	No percibe	3	5.77%
	TOTAL	52	100%

Figura 6*Ingreso económico.*

Nota: Elaboración propia.

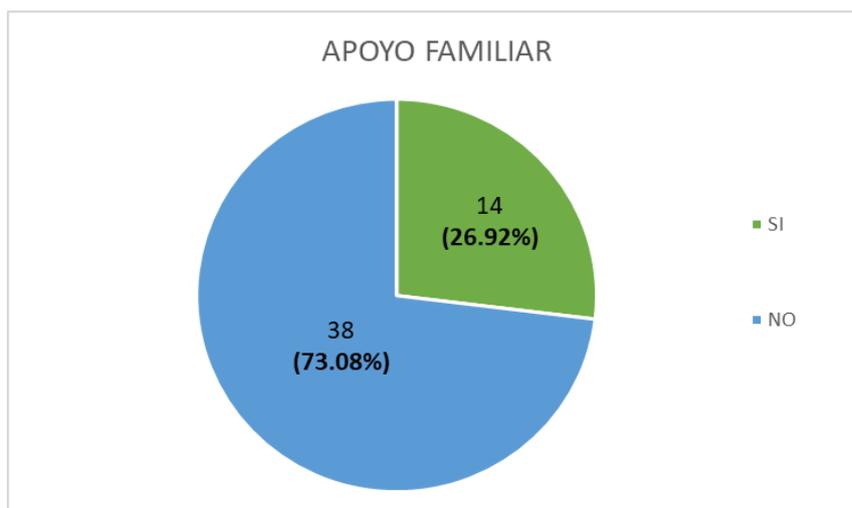
Además, en la Figura 6, se muestra gráficamente la cantidad y los porcentajes respectivos al ingreso económico, sobresaliendo el grupo que percibe salario inferior al sueldo mínimo.

Tabla 10*Apoyo familiar.*

		CANTIDAD	PORCENTAJE
AMBIENTE FAMILIAR (APOYO)	SI	14	26.92%
	NO	38	73.08%
	TOTAL	52	100%

Nota. Elaboración propia.

Figura 7*Apoyo familiar.*



Nota: Elaboración propia.

De igual modo, en la Figura 7, se representa gráficamente la cantidad y los porcentajes respectivos en relación al apoyo familiar.

4.2. Abandono del tratamiento en pacientes con Tuberculosis pulmonar sensible en el Centro de Salud San José, Lima Sur- Perú, 2021.

Para comprobar la prueba de hipótesis y verificar si las variables tuvieron relación, se calculó mediante la prueba de Ji Cuadrado (χ^2), a su vez mediante el valor de V de Cramer se determinó el nivel de asociación para cada factor de riesgo; a continuación, se describen los resultados obtenidos de los pacientes abandonados recuperados respecto a quienes no abandonaron el tratamiento antituberculoso.

4.2.1. Factores biológicos del paciente.

Tabla 11

Edad.

		ABANDONO	NO ABANDONO
EDAD	<18 años	1	1
	18-34 años	6	25
	35-59 años	4	13
	>59 años	0	2
	TOTAL	11	41

Nota. Elaboración propia.

Tabla 12

Moda (Mo) de edad.

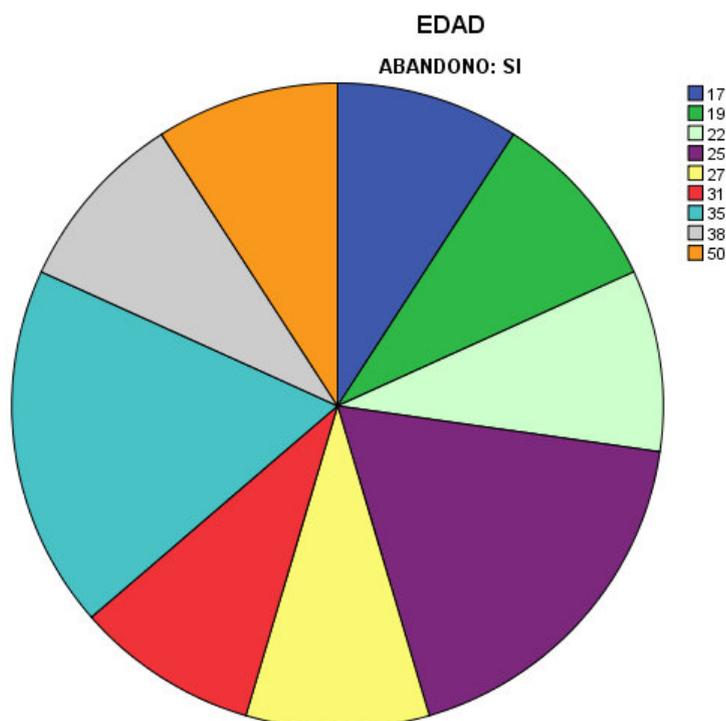
Estadísticos			
EDAD			
SI	N	Válido	11
		Perdidos	0
		Moda	25 ^a
		Desviación estándar	9,616

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

La edad es una distribución bimodal cuya frecuencia son 25 y 35 años, esto quiere decir que el 50% de los pacientes en su mayoría tienen más de 30 años, en la tabla se muestra el valor más pequeño, por lo tanto, la Moda son 25 años ($Mo = 25$).

Figura 8

Mo de edad.



Asimismo, en la Figura 8, se muestra gráficamente que los pacientes en el rango de 17,19,22,27,31,38 y 50 años representan un 9.1%, a su vez pacientes de 25 y 35 años representan un 18.2%.

Para determinar el nivel de asociación estadístico, se utilizará la siguiente fórmula para hallar el valor de la prueba V de Cramér.

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{N * [m(f, c) - 1]}}$$

Donde:

- V : Valor obtenido por la prueba V de Cramér.
 χ^2 : Valor chi cuadrado calculado.
 N : Valor de la muestra.
 m(f, c) : Menor valor entre N° de filas y N° de columnas.

$$V = \sqrt{\frac{6.89}{52 * [2 - 1]}}$$

$V = 0.364$: Nivel de asociación moderada

En consecuencia, las asociaciones evaluadas se dieron entre los siete indicadores de la variable independiente y el indicador abandono del tratamiento tuberculosis pulmonar sensible, la variable dependiente, identificar el nivel de asociación en cada grupo de evaluación se consideró el siguiente criterio según el V de Cramér:

-Si el valor de V de Cramér es menor o igual a 0.2: Nivel de asociación débil, aunque el resultado es estadísticamente significativo, los indicadores sólo están débilmente asociados.

-Si el valor de V de Cramér se encuentra en el rango de 0.2 o menor o igual a 0.6: Nivel de asociación moderado, los indicadores están asociados moderadamente.

-Si el valor de V de Cramér se encuentra es mayor a 0.6: Nivel de asociación fuerte, los indicadores están fuertemente asociados.

Una vez conocido los valores χ^2 Calculado y χ^2 Tabla, contrastamos las frecuencias observadas con las frecuencias esperadas; para tal efecto, formulamos las siguientes hipótesis:

H0: NO existe asociación entre la edad y abandono del tratamiento.

H1: Existe asociación entre la edad y abandono del tratamiento.

Así mismo se dará la relación entre hipótesis nula para los factores de riesgo asociado restantes.

Tabla 13

Prueba χ^2 para Factor de riesgo biológico asociado al abandono del tratamiento antituberculoso y V de Cramér (V).

Variable Independiente (V.I) Factor de riesgo asociado	Variable Dependiente (V.D): Abandono del tratamiento antituberculoso				
	gl (Grado de libertad)	χ^2 Calculado	χ^2 Tabla	H0	H1
EDAD (18-34 años)	15	17.119	25	SE ACEPTA	SE RECHAZA

Nota: Elaboración propia

Con un nivel de significancia del 5% con grado de libertad de 15 según la tabla de valor de ji cuadrado tenemos un valor límite de 25 y según el análisis realizado se obtuvo un valor de ji cuadrado de 17.119 del cual podemos concluir que se encuentra dentro del rango el cual se denomina zona de aceptación de 17.119. Se identifica que, del grupo etario, los adultos jóvenes de 18 a 34 años se acepta la hipótesis nula, con un valor de $V = 0.36$: nivel de asociación moderada.

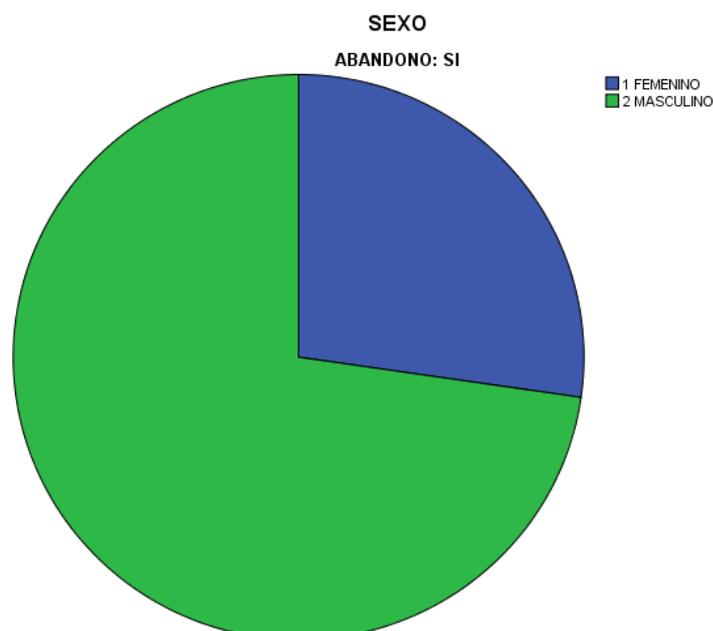
Tabla 14*Sexo.*

		ABANDONO	NO ABANDONO
SEXO	Masculino	8	34
	Femenino	3	7
TOTAL		11	41

Nota. Elaboración propia.**Tabla 15***Mo de sexo.*

Estadísticos			
SEXO			
SI	N	Válido	11
		Perdidos	0
		Moda	2
		Desviación estándar	,467

El sexo masculino más se repite con frecuencia, en la tabla se denota valor 2 asignado para dicho sexo, por lo tanto, la moda está en pacientes masculinos ($Mo = 2$).

Figura 9*Mo de sexo.*

A continuación, en la Figura 9, se muestra gráficamente que el un 27.3% de pacientes abandonados recuperados son mujeres y un 72.7% son varones.

Tabla 16

Prueba χ^2 para Factor de riesgo biológico asociado al abandono del tratamiento antituberculoso y V de Cramér (V).

Variable Independiente (V.I) Factor de riesgo asociado	Variable dependiente (V.D): Abandono del tratamiento antituberculoso				
	gl (Grado de libertad)	χ^2 Calculado	χ^2 Tabla	H0	H1
SEXO(masculino)	1	0.44	3.8	SE ACEPTA	SE RECHAZA

Nota: Elaboración propia

Con un nivel de significancia del 5% con grado de libertad de 1 según la tabla de valor de ji cuadrado tenemos un valor límite de 3.8 y según el análisis realizado se obtuvo un valor de ji cuadrado de 0.44 del cual podemos concluir que se encuentra dentro del rango el cual se denomina zona de aceptación de 0.44. Se identifica que los pacientes masculinos, aceptándose la hipótesis nula, cuyo valor de $V = 0.34$: Nivel de asociación moderado.

4.2.2. Factores culturales del paciente

Tabla 17

Nivel de instrucción.

		ABANDONO	NO ABANDONO
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto	0	0
	Primaria incompleta	1	2
	Primaria completa	1	6
	Secundaria incompleta	8	3
	Secundaria completa	1	25
	Tecnico superior	0	4
	Superior universitaria	0	1
TOTAL		11	41

Nota. Elaboración propia

Tabla 18

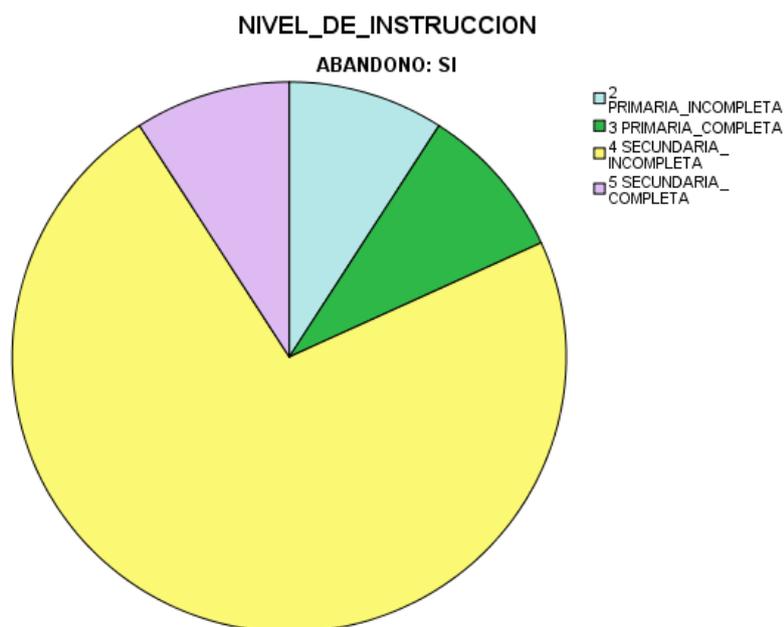
Mo de nivel de instrucción.

Estadísticos			
NIVEL_DE_INSTRUCCION			
SI	N	Válido	11
		Perdidos	0
		Moda	4
		Desviación estándar	,751

El nivel de instrucción que más se repite con frecuencia es 4 valor asignado para (Secundaria incompleta), por lo tanto, la moda es secundaria incompleta ($M_o = 4$).

Figura 10

Mo de nivel de instrucción.



En la Figura 10, se muestra gráficamente que los pacientes abandonados recuperados son un 72.7% que tiene nivel de educación: secundaria incompleta, por otro lado, nivel de instrucción primaria incompleta, completa y secundaria completa representan un 9.1%.

Tabla 19

Prueba χ^2 para Factor de riesgo cultural asociado al abandono del tratamiento antituberculoso y V de Cramér (V).

Variable Independiente (V.I) Factor de riesgo asociado	Variable Dependiente (V.D): Abandono del tratamiento antituberculoso				
	gl (Grado de libertad)	χ^2 Calculado	χ^2 Tabla	H ⁰	H ¹
NIVEL DE INSTRUCCIÓN (Secundaria incompleta)	6	9.35	12.59	SE ACEPTA	SE RECHAZA

Nota: Elaboración propia

Con un nivel de significancia del 5% con grado de libertad de 6 según la tabla de valor de ji cuadrado tenemos un valor límite de 12.59 y según el análisis realizado se obtuvo un valor de ji cuadrado de 9.35 del cual podemos concluir que se encuentra dentro del rango el cual se

denomina zona de aceptación de 9.35. Se identifica que se acepta la hipótesis nula, cuyo valor de $V = 0.42$: Nivel de asociación moderada.

Tabla 20

Conocimiento de la enfermedad.

		ABANDONO	NO ABANDONO
Conocimiento de la enfermedad	SI	3	26
	NO	8	15
	TOTAL	11	41

Nota. Elaboración propia.

Tabla 21

Mo de conocimiento de la enfermedad.

Estadísticos

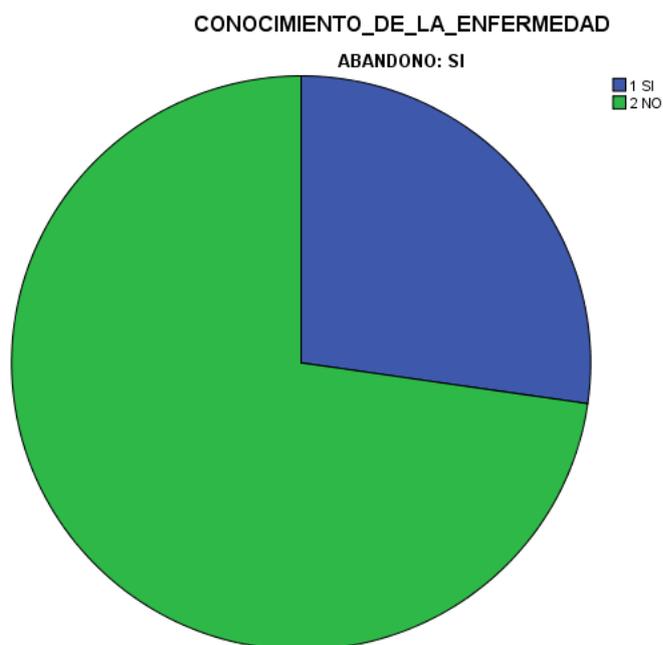
CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

SI	N	Válido	11
		Perdidos	0
Moda			2
Desviación estándar			,467

El no tener conocimiento de la enfermedad sobre Tuberculosis pulmonar más se repite con frecuencia, en la tabla se denota valor 2 para asignar la negatividad de dicho factor de riesgo cultural, por lo tanto, la Moda está en el no apoyo ($Mo = 2$).

Figura 11

Mo de conocimiento de la enfermedad.



Además, en la Figura 11, se muestra gráficamente que el 72.7% y 27.3% de pacientes no tienen conocimiento de la enfermedad y si, respectivamente.

Tabla 22

Prueba χ^2 para Factor de riesgo cultural asociado al abandono del tratamiento antituberculoso y V de Cramér (V).

Variable Independiente (V.I) Factor de riesgo asociado	Variable dependiente (V.D): Abandono del tratamiento antituberculoso				
	gl (Grado de libertad)	χ^2 Calculado	χ^2 Tabla	H0	H1
CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD (No)	1	0.13	3.84	SE ACEPTA	SE RECHAZA

Nota: Elaboración propia

Con un nivel de significancia del 5% con grado de libertad de 1 según la tabla de valor de ji cuadrado tenemos un valor límite de 3.84 y según el análisis realizado se obtuvo un valor de ji

cuadrado de 0.13 del cual podemos concluir que se encuentra dentro del rango el cual se denomina zona de aceptación de 0.13. Se identifica que se acepta la hipótesis nula, cuyo valor cuyo valor de $V = 0.03$: Nivel de asociación débil.

4.2.3. Factores sociales del paciente

Tabla 23

Consumo de sustancias nocivas.

		ABANDONO	NO ABANDONO
CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS	SI	10	8
	Alcohol	8	8
	Drogas	1	0
	Tabaco	1	0
	NO	1	33
	TOTAL	11	41

Nota: Elaboración propia

Tabla 24

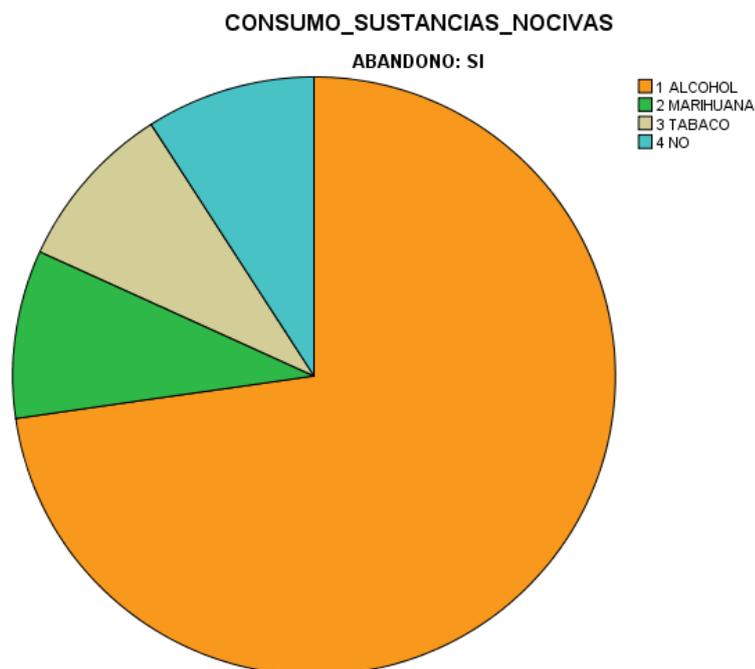
Mo de consumo de sustancias nocivas.

Estadísticos			
CONSUMO SUSTANCIAS NOCIVAS			
SI	N	Válido	11
		Perdidos	0
Moda			1
Desviación estándar			1,036

El consumo de sustancias nocivas que más se repite con frecuencia es la ingesta de alcohol, en la tabla se denota valor 1 asignado a dicho consumo, por lo tanto, la Moda está en ingesta de alcohol ($Mo = 1$).

Figura 12

Mo de consumo de sustancias nocivas.



Asimismo, en la Figura 12, se muestra gráficamente que el un 72.7% de pacientes abandonados recuperados tuvieron ingesta de alcohol, un 9.1% marihuana, tabaco así mismo no consumieron ninguna sustancia nociva.

Tabla 25

Prueba χ^2 para Factor de riesgo social asociado al abandono del tratamiento antituberculoso y V de Cramér (V).

Variable Independiente (V.I) Factor de riesgo asociado	Variable Dependiente (V.D): Abandono del tratamiento antituberculoso				
	gl (Grado de libertad)	χ^2 Calculado	χ^2 Tabla	H0	H1
CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS (Ingesta de alcohol)	1	0.042	3.84	SE ACEPTA	SE RECHAZA

Nota: Elaboración propia

Con un nivel de significancia del 5% con grado de libertad de 1 según la tabla de valor de ji cuadrado tenemos un valor límite de 3.84 y según el análisis realizado se obtuvo un valor de ji cuadrado de 0.042 del cual podemos concluir que se encuentra dentro del rango el cual se denomina zona de aceptación de 0.042. Se identifica que se acepta la hipótesis nula, cuyo valor de $V = 0.061$: Nivel de asociación débil.

Tabla 26

Apoyo familiar.

		ABANDONO	NO ABANDONO
APOYO FAMILIAR	SI	2	12
	NO	9	29
	TOTAL	11	41

Nota: Elaboración propia

Tabla 27

Mo de apoyo familiar.

Estadísticos			
APOYO FAMILIAR			
SI	N	Válido	11
		Perdidos	0
Moda			2
Desviación estándar			,405

El no contar con apoyo familiar que más se repite con frecuencia, en la tabla se denota valor 2 para asignar la negatividad de dicho factor de riesgo social, por lo tanto, la Moda está en el no apoyo ($M_o = 2$).

Tabla 28

Prueba χ^2 para Factor de riesgo social asociado al abandono del tratamiento antituberculoso y V de Cramér (V).

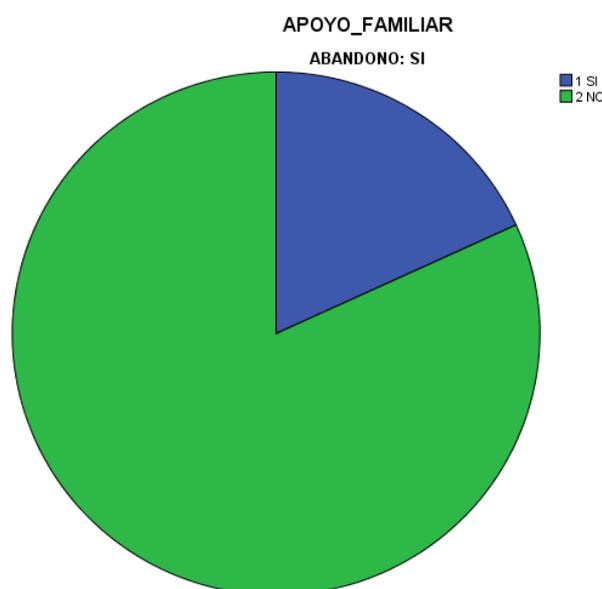
Variable Independiente (V.I) Factor de riesgo asociado	Variable Dependiente (V.D): Abandono del tratamiento antituberculoso				
	gl (Grado de libertad)	χ^2 Calculado	χ^2 Tabla	H0	H1
APOYO FAMILIAR(No)	1	0.462	3.84	SE ACEPTA	SE RECHAZA

Nota: Elaboración propia

Con un nivel de significancia del 5% con grado de libertad de 1 según la tabla de valor de ji cuadrado tenemos un valor límite de 3.84 y según el análisis realizado se obtuvo un valor de ji cuadrado de 0.046 del cual podemos concluir que se encuentra dentro del rango el cual se denomina zona de aceptación de 0.046. Se identifica que se acepta la hipótesis nula, cuyo valor de $V = 0.06$: Nivel de asociación débil.

Figura 13

Mo de apoyo familiar.



Asimismo, en la Figura 13, se muestra gráficamente que el 18.2% de pacientes abandonados recuperados tienen apoyo familiar y un 81.2% no tiene apoyo.

Tabla 29*Ingreso económico.*

		ABANDONO	NO ABANDONO
INGRESO ECONOMICO	< S/. 925	8	27
	> S/. 925	2	12
	No percibe	1	2
	TOTAL	11	41

Nota: Elaboración propia

Tabla 30*Mo de ingreso económico.*

Estadísticos

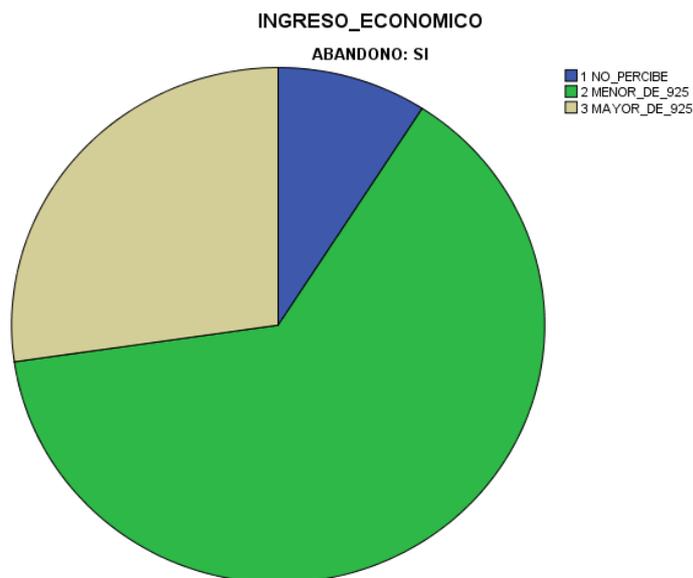
INGRESO_ECONOMICO

SI	N	Válido	11
		Perdidos	0
		Moda	2
		Desviación estándar	,603

Nota: Elaboración propia

El ingreso económico más se repite con frecuencia, en la tabla se denota valor 2 para asignar a aquellos pacientes que perciben menos de 925 soles, por lo tanto, la Moda esta en < 925 soles (Mo = 2).

Figura 14*Mo de ingreso económico.*



Nota: Elaboración propia

Asimismo, en la Figura 14, se muestra gráficamente que el 63.6%, 27.3% y 9.1% de pacientes perciben un salario menor de 925 soles, mayor de 925 soles y no percibe respectivamente.

Tabla 31

Prueba χ^2 para Factor de riesgo (Ingreso económico) asociado al abandono del tratamiento antituberculoso.

Variable Independiente (V.I): Factor de riesgo asociado	Variable Independiente (V.D): Abandono del tratamiento antituberculoso				
	gl (Grado de libertad)	χ^2 Calculado	χ^2 Tabla	H0	H1
INGRESO ECONOMICO	2	5.69	3.84	SE RECHAZA	SE ACEPTA

Nota: Elaboración propia

Se identifica que ingreso económico NO tuvo asociación estadística significativa en pacientes que abandonaron el tratamiento pulmonar sensible por ende se rechaza la asociación entre variables. No se realiza medición de V de Cramér ya que el resultado de χ^2 indica no tener asociación estadística.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio se realizó para determinar los factores de riesgo asociados al abandono en el centro de salud San José, Lima Sur – Perú, durante el periodo 2021.

Según el factor de riesgo asociado al abandono al tratamiento, se encontró predominancia significativa entre sexo masculino y el abandono de tratamiento antituberculoso con un valor de 72.7 % este resultado se condice, con lo reportado nacionalmente por Chávez et al., (2017) junto a investigación de Huasco y Orozco (2018), del cual se obtuvo mayor asociación significativa dicho género con un 56% de pacientes y 64.7% respectivamente; este resultado se asimila con otras investigaciones debido a que en países como Perú son los varones quienes tienen mayor actividad laboral; así mismo, las condiciones laborales (informalidad de trabajos, ausencia de paro, contratos sin vacaciones, falta de subsidios por enfermedad) hacen más limitado la adherencia al tratamiento.

Respecto al factor biológico, edad, asociada al abandono al tratamiento se obtuvo como resultado del grupo etario con mayor cantidad estuvo en el rango de 18 a 34 años con un 55%; el cual fue evidenciado por Guerreros (2021) quien reportaron mayor asociación significativa en la población entre rango de 36 a 45 años con un 43%; en el presente estudio no se evidencio mayoría en dicho grupo etario por resultados uniformes en el resto de grupos etarios de la muestra.

Asimismo, respecto al factor cultural, nivel de instrucción, se obtuvo un valor estadístico fuertemente significativo con un valor de 9.35 asociándose al abandono del tratamiento con un 72% tiene secundaria incompleta, esto se asimila a los resultados obtenidos por Anduaga et al., (2016) y Zevallos (2017), los cuales concluyeron que la interrupción del tratamiento de la tuberculosis se asoció con menos de 6 años de educación. Estudios realizados

en Nicaragua y Brasil muestran que el abandono del tratamiento de la tuberculosis está asociado con niveles más bajos de educación alrededor de menos de 6 años de estudios.

En relación al factor social, consumo de sustancias nocivas, asociado al abandono del tratamiento, se obtuvo un valor estadístico de 0.042, este 72.7% de los pacientes tuvieron en su mayoría ingesta de alcohol, en efecto, Chávez et al., (2017) y Peres et al., (2020) concluyeron que alcoholismo es un factor de riesgo para abandonar del tratamiento de la TB con un 40.63% que consumían alcohol y 21,2% respectivamente, que fueron determinantes sociales relacionados con la deserción.; hallazgos que Según el Análisis de Situación de Salud (2019) a nivel de LIMA SUR uno de los principales factores de riesgo para contraer tuberculosis en el distrito son los hábitos nocivos como la presente investigación.

Otro factor de riesgo social, ingreso económico, asociado al abandono al tratamiento se obtuvo el valor estadístico de 5.69 rechazándose la asociación al abandono; que en el presente estudio se halló que 72% percibieron un ingreso económico inferior al salario mínimo; dicho resultado no fue semejante al reportado por Zevallos (2017) quien evidencio que este factor tuvo con un riesgo de 1.4 veces mayor para abandonar el tratamiento que aquellos que tienen un ingreso estable con un 37.9%.

En cuanto al factor social asociado al abandono al tratamiento en relación al apoyo familiar se obtuvo un valor altamente significativamente estadístico con un 81.8% asociándose al abandono del tratamiento antituberculoso; apoyando los resultados similares al estudio de Guerreros (2021), del cual obtuvo que en un 73.08% de pacientes no tuvo apoyo familiar durante el lapso del tratamiento antituberculoso resultados, lo que se refleja en un aislamiento o deserción del abandono implicando un mayor grado de conciencia probablemente por un mayor conocimiento de la enfermedad y de las implicancias que esta conlleva.

Finalmente, respecto al factor cultural conocimiento de la enfermedad, se obtuvo un valor significativamente estadístico con un 0.03 asociándose al abandono del tratamiento

antituberculoso con un 72.7%; resultados similares al de Rivera et al., (2019) con su análisis multivariado que determinaron los siguientes factores de riesgo: no tener conocimiento de la enfermedad en un 86%.

VI. CONCLUSIONES

6.1. Se obtuvo que el factor de riesgo que estuvo mayormente asociado al abandono de tratamiento con tuberculosis pulmonar sensible fue el biológico, sexo masculino, en un 72.7% de pacientes.

6.2. El factor de riesgo biológico, edad, entre 18 a 34 años estuvo asociado al abandono de tratamiento con tuberculosis pulmonar sensible con un nivel de asociación moderada.

6.3. El factor de riesgo biológico, sexo, masculino, estuvo asociado al abandono de tratamiento con tuberculosis pulmonar sensible con un nivel de asociación moderada.

6.4. El factor de riesgo cultural, nivel de instrucción secundaria incompleta, está asociado al abandono de tratamiento con tuberculosis pulmonar con un nivel de asociación moderada.

6.5. En relación al factor de riesgo cultural, el no tener conocimiento de la enfermedad, estuvo asociado al abandono de tratamiento con tuberculosis pulmonar sensible con un nivel de asociación débil.

6.6. En cuanto al factor de riesgo social, consumo de sustancias nocivas, en su mayoría ingesta de alcohol estuvo asociado al abandono de tratamiento con tuberculosis pulmonar sensible con un nivel de asociación débil.

6.7. El factor de riesgo social, no contar con apoyo familiar, está asociado al abandono de tratamiento con tuberculosis pulmonar sensible con un nivel de asociación débil.

6.8. Finalmente, el factor de riesgo social, ingreso económico, no estuvo asociado al abandono de tratamiento con tuberculosis pulmonar sensible.

VII. RECOMENDACIONES

7.1. Dado que el factor de riesgo biológico más prioritario está en pacientes varones se recomienda programas con mayor orientación en aquella población adecuándose a su estilo de vida y laboral, ya que por factores laborales y/o sociales suelen abandonar el tratamiento antituberculoso.

7.2. Se recomienda organizar programas de prevención de tuberculosis pulmonar enfocado desde los adultos jóvenes con orientación y apoyo multidisciplinario del centro de salud sobre tuberculosis pulmonar en la comunidad.

7.3. Dado que la mayoría de pacientes tienen secundaria incompleta, se debe acoplar la información con dicho enfoque individualizado para efectivizar mayor adherencia de tratamiento.

7.4. Se debe seguir con una comunicación asertiva respecto al conocimiento de la enfermedad mejorando la educación del paciente y de su entorno familiar, propiciando mayor cumplimiento del tratamiento antituberculoso.

7.5. Seguir promoviendo el apoyo familiar hacia los pacientes abandonados recuperados ya que de este modo este factor protector favorece el cumplimiento al tratamiento antituberculoso.

7.6. Fomentar orientaciones para la reducción del consumo de sustancias nocivas dentro de la comunidad, dando charlas en específico sobre el no consumo de alcohol durante el régimen terapéutico.

7.7.- Elaborar propuestas desde el establecimiento de salud para el control de la enfermedad, articulando múltiples elementos trabajando con diferentes sectores de la sociedad, incluyendo enfoques médicos, sociales y económicos, considerando diferentes entornos como el hogar, la comunidad y el lugar de trabajo.

VIII. REFERENCIAS

- Alcívar, S., Arteaga, I., Cando, S., Vincés, S., Macías, A. y Cevallos, G. (2018) Factores que inciden para la presencia de tuberculosis. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*. 4(4), 69-97. <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/824>
- Alarcón, V., Alarcón, E., Figueroa, C. y Mendoza, T. (2017). Tuberculosis en el Perú: Situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), 299-310. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2384>
- Anduaga, B., Maticorena, Q., Beas, R., Veramendi, M.; Wiegering R., A., Zevallos, E., Cabrera, R. y Suárez, O. (2016). Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. *Acta Médica Peruana*. 33(1), 21-28. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n1/a05v33n1.pdf>
- Arriola, H., Castillo, C., Quispe, . y Torres, D. (2011). Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento antituberculoso. *Revista Enfermería Herediana*. 4(2), 86-92. <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2011/febrero/07%20ANTITUBERCULOSO.pdf>
- Belén, H., Arrossi, S, Ramos, S. y Ueleres, B. (2015) Análisis espacial del abandono del tratamiento de tuberculosis, Buenos Aires, Argentina. *Revista de Saúde Pública*, 49(49), 1-9. <http://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005391>

Cáceda, P. S. N. (Dir.). (2019). *Análisis de la situación de salud del distrito de Villa el Salvador 2019*. Dirección de Redes Integradas de Lima Sur.

Cáceres de M. y Orozco, L. (2007). Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. *Revista Biomédica*, 27(4), 498-504.
<https://doi.org/10.7705/biomedica.v27i4.170>

Cáceres, M. (2004). Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *Revista Médica UNAB*, 7(21)
<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/215/198>.

Caminero, L. (2016). Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar. *Revista Clínica Española*, 216(3), 76-84.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2015.09.005>

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2021). Reporte epidemiológico semanal. [Semana Epidemiológica del 14 al 20 de marzo]. *Boletín Epidemiológico del Perú*, 30(11), 315-346.

Chávez, S. ; Fabian, P. ;Loza, D. y Valladares, Z. (2017). Factores socioeconómicos asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en la Microred de salud Ollantay en San Juan De Miraflores, Lima-Perú, 2012-2015. *Revista de la Facultad de Medicina Humana Universidad Ricardo Palma*, 17(4).
<https://doi.org/10.25176/RFMH.v17.n4.1204>

Culqui, D., Grijalva C., Reategui S., Cajo, J. y Suárez, L. (2005). Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. *Revista*

Panamá Salud Pública. 18(1), 14-20.
<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v18n1/14-20/>

Da Silva Santos, D., Alves Marques, A., Silveira Goulart, L., De Mattos, M. y Alves de Olinda, R. (2021) Factors associated with abandonment of pulmonary tuberculosis treatment. *Revista Cogitare enfermagem.* 26(1) <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.72794>

Dalens, E. (2012). *Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con Tuberculosis. Red de Salud Lima Norte y Rímac-San Martín-Los Olivos.* [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio URP. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/310>

Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis – DPCTB. Ministerio de Salud (2021). Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. *Memoria 2016-2020*, 109(1) <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5626.pdf>

Galindo, G. (2009). *Relación entre nivel de conocimientos y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes con Tuberculosis Pulmonar Centro de Salud Jicamarca-MINSA.* [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio URP. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/301>

Guerreros Oré L. (2021). *Factores del abandono al tratamiento en pacientes que se atienden en el programa de tuberculosis del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el distrito de puente piedra, 2020.* [Tesis de pregrado, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio UNW. <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/4008>

Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2014) Diseños del proceso de investigación cualitativa. En (Ed), *Metodología de la investigación* (pp. 487-632). McGraw-Hill

- Huasco, B. y Orozco, L. (2018). *Factores de abandono del tratamiento en tuberculosis pulmonar, relación Ecuador y países sudamericanos, 2013-2017*. [Tesis de pregrado, Universidad Estatal de Milagro]. Repositorio UNEMI. <http://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/handle/123456789/4196>
- Mejía V. (2021) *Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar. Hospital Santa Rosa 2017- 2020*. [Tesis de pregrado, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/75004>
- Ministerio de Salud (2016). Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú, 2015. Dirección General de Epidemiología.
- Ministerio de Salud (8 de Noviembre del 2013). *Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis*. <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>
- Montiel I., Alarcón E., Aguirre S., Sequera G. y Marin D. (2020) Factores asociados al resultado de tratamiento no exitoso de pacientes con tuberculosis sensible en Paraguay. *Revista Panamá Salud Publica*, 44(1) <http://doi.org.10.26633/RPSP.2020.89>.
- Organización Mundial de la Salud (14 de octubre de 2020). *OMS: En riesgo los progresos mundiales contra la tuberculosis*. <https://www.who.int/es/news/item/14-10-2020-who-global-tb-progress-at-risk>
- Organización Mundial de la Salud (2018) *Tuberculosis en las Américas 2018*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49510/OPSCDE18036_spa?sequence=2&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud (14 de octubre de 2021). *OMS: Tuberculosis*.

<https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis#:~:text=Debido%20a%20esta%20pandemia%20se,de%20ellas%2C%20214.000%20ten%C3%ADan%20VIH.>

Organización Panamericana de la Salud (24 de Marzo de 2022). *Día Mundial de la*

Tuberculosis 2022. <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-tuberculosis-2022>

Peres, B., Ferreira, L., Nascimento do Prado T., Taemy, K., Zacarin de Souza, S., Volpe C.,

Miranda, P., Schiaveto de Souza ,A. y Leone de Oliveira, S. (2020) Risk Stratification and Factors Associated with Abandonment of Tuberculosis Treatment in a Secondary

Referral Unit. *Revista DovePress* 14(1), 2389 -2397.

<https://doi.org/10.2147/PPA.S266475>

Plata, C. (2015). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antituberculosis. *Revista*

Ciencia y Cuidado. 12(2), 26–38. <https://doi.org/10.22463/17949831.507>

Quintero, N., Rincón, J. y Ojeda J. (2013) Factores asociados al abandono del tratamiento

antituberculoso en pacientes con TB. *Revista Ciencia y cuidado*. 10(1), 19- 27.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4454779>

Resolución Ministerial N.º 752, Modificatoria de la NTS N° 104 – MINS/DGSP V-01 Norma

técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis;

aprobada por R.M N 752 -2018/MINSA (17 de Agosto del 2018) Ministerio de Salud.

Rivera, O., Benites, S., Mendigure, J. y Bonilla, C. (2019) Abandono del tratamiento en

tuberculosis multirresistente: factores asociados en una región con alta carga de la enfermedad en Perú. *Revista del Instituto Nacional de Salud Biomédica*, 39(2), 44-57.

<https://doi.org/10.7705/biomedica.v39i3.4564>

Senado, D. (2005). Los factores de riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 15(4), 446-452. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400018&lng=es&tlng=es.

Soza, P., Norma, I., Susan, M. y Maurício, L. (2005) Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. *Revista de Panamá Salud Pública*, 17(4) 271-278. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000400008&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

Zevallos, M. (2017). *Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso esquema I en la RED de Salud San Juan de Lurigancho, Lima, Perú*. [Tesis de postgrado, Universidad Peruano Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/1030>

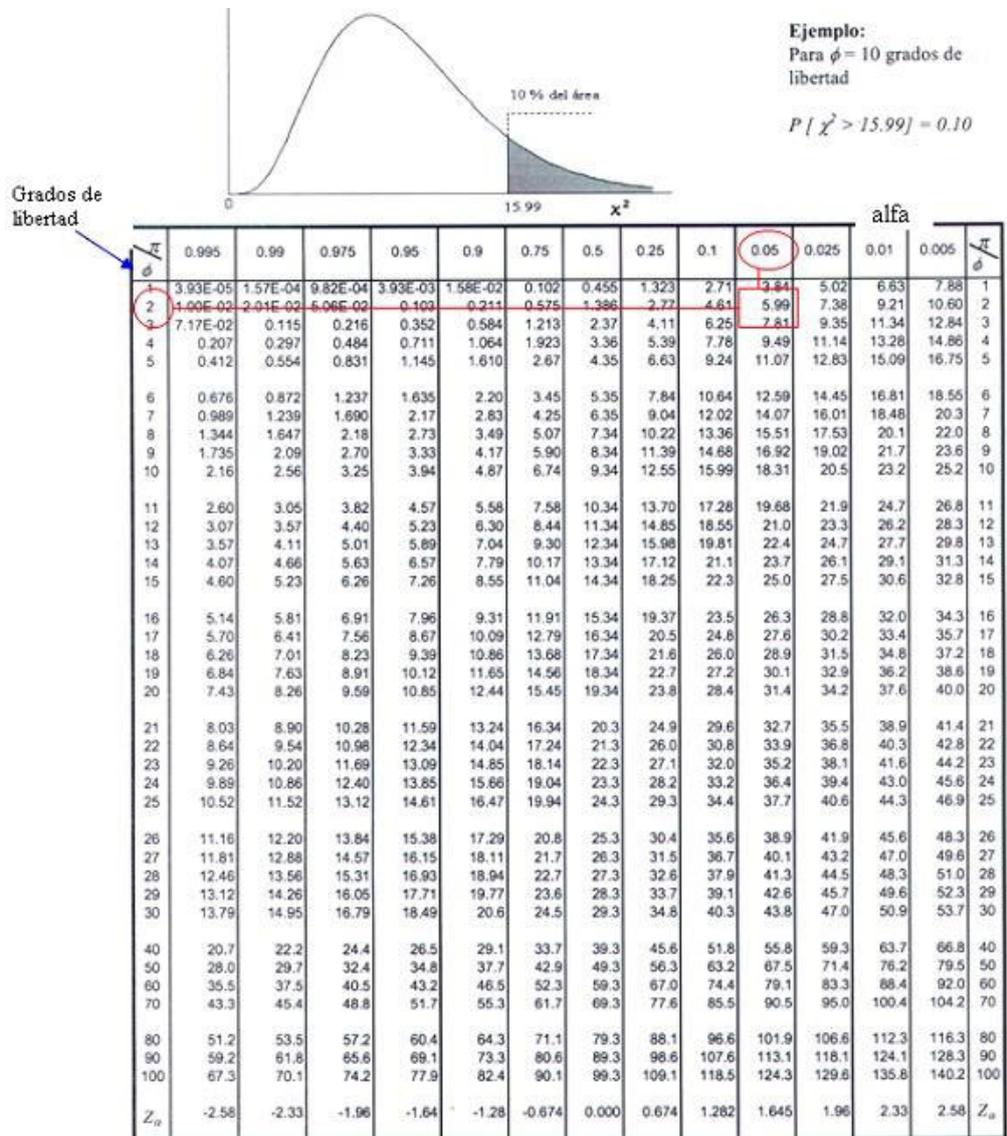
IX. ANEXOS

Anexo A

Función de distribución χ^2

La función Chi-cuadrada (χ^2) llamada también ji cuadrada(o) o distribución de Pearson, es una distribución de probabilidad continua con un parámetro k que representa los grados de libertad de la variable aleatoria.

Función de Distribución χ^2



Anexo B

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DOCUMENTAL

I. Objetivo.

Recoger información relacionada con los factores de riesgo asociados en el abandono del tratamiento de la Tuberculosis pulmonar en pacientes con esquema sensible en el primer nivel de atención.

II. Indicaciones.

- Apersonarse al Centro de Salud San José Lima Sur.
- Solicitar la documentación y de ellas extraer la parte sustancial, según mis indicadores para el análisis documentario de las historias clínicas.
- Analizar cada uno de las historias clínicas en función a sus factores de riesgo ya sea biológicos, sociales y culturales.
- Llenar la ficha, según modelo de ficha presentada para cada uno de los pacientes que acuden a las citas programadas por el consultorio y Programa de control de Tuberculosis de dicho centro.

III. Ítems a ser cotejados.

Los ítems a ser cotejados, es decir, las categorías de las cuales se recogerá la información, serán los siguientes:

- Factor biológico (Edad y sexo)
- Factor social (Consumo de sustancias nocivas)
- Factor cultural (Nivel de instrucción)

IV. Modelo de Ficha.

PACIENTE	DATOS RECOLECTADOS		
	Factor	Descriptor	Anotación
HC-01	Biológico	Edad años
		Sexo	F () M ()
	Social	Consumo de Sustancias nocivas (S.N.)	SI () NO ()
	Cultural	Nivel de Instrucción	Analfabeto () Primaria incompleta () Primaria completa () Sec. Incompleta () Sec. Completa () Técnico superior () Superior universitario ()
HC-02	Biológico	Edad	
		Sexo	
	Social	Consumo de S.N.	
Cultural	Nivel de Instrucción		
HC-03	Biológico	Edad	
		Sexo	
	Social	Consumo de S.N.	
Cultural	Nivel de Instrucción		
HC-04	Biológico	Edad	
		Sexo	
	Social	Consumo de S.N.	
Cultural	Nivel de Instrucción		
HC-05	Biológico	Edad	
		Sexo	
	Social	Consumo de S.N.	
Cultural	Nivel de Instrucción		
HC-51	Biológico	Edad	
		Sexo	
	Social	Consumo de S.N.	
Cultural	Nivel de Instrucción		
HC-52	Biológico	Edad	
		Sexo	
	Social	Consumo de S.N.	
Cultural	Nivel de Instrucción		

Nota: Elaboración propia

Anexo C**MODELO DE ENCUESTA**

El objetivo de la presente encuesta es ampliar el registro de información para abordar los factores de riesgo social (ingreso económico y apoyo familiar) así como el factor cultural (conocimiento de la enfermedad) que se requieren para el estudio de dicha investigación titulada: FACTORES DE RIESGO QUE SE ASOCIAN AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO TUBERCULOSIS SENSIBLE PULMONAR EN EL CENTRO DE SALUD SAN JOSE LIMA SUR- PERU, 2021.

Sus respuestas serán catalogadas como anónimas en la recolección de datos ya que será asignado un numero para cada paciente, por favor indique sus respuestas a las siguientes preguntas:

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

1.- ¿Usted durante el cumplimiento de su tratamiento tuvo o tiene apoyo familiar?

Si ()

No ()

2.- Usted percibe salarialmente mensualmente:

< 925 soles ()

> 925 soles ()

No percibe ()

3.- ¿Usted adquirió información sobre la enfermedad Tuberculosis pulmonar durante el tratamiento en el Centro de Salud San José a través de charlas, folletos informativos o algún otro medio de comunicación?

Si ()

No ()

Nota: Elaboración propia