



**ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO**

FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE  
TUBERCULOSIS, EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD

“BREÑA”. 2017

**Línea de investigación:**

**Salud pública**

Tesis para optar el grado académico de Maestro en Salud Pública con  
mención en Epidemiología

**Autor:**

Domínguez Huarcaya, José Luis

**Asesor:**

Candela Ayllón, Víctor Eduardo  
(ORCID: 0000-0003-0798-1115)

**Jurado:**

Díaz Dumont, Jorge Rafael  
Mendoza Murillo, Paul Orestes  
Olarte Ortiz, María Nela

**Lima - Perú**

**2021**

**Referencia:**

Domínguez, J. (2021). *Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis, en pacientes que acuden al Centro de Salud "Breña"*. 2017. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5686>



**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

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE  
TUBERCULOSIS, EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “BREÑA”.

2017

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el grado académico de Maestro en Salud

Pública con mención en Epidemiología

**Autor:**

Domínguez Huarcaya, José Luis

**Asesor:**

Candela Ayllón, Víctor Eduardo

(ORCID: 0000-0003-0798-1115)

**Jurado:**

Díaz Dumont, Jorge Rafael

Mendoza Murillo, Paul Orestes

Olarte Ortiz, María Nela

Lima – Perú

2021

**DEDICATORIA**

*A mis padres por su apoyo incondicional y a Dios por brindarme el don de vida.*

**AGRADECIMIENTO**

*A los docentes que me brindaron sus conocimientos, en especial a mi asesor por su apoyo y orientación profesional.*

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
ÍNDICE.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT .....	ix
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Planteamiento del problema .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Descripción del problema.....</b>	<b>2</b>
<b>1.3. Formulación del problema .....</b>	<b>6</b>
<i>1.3.1. Problema general .....</i>	<i>6</i>
<i>1.3.2. Problemas específicos .....</i>	<i>6</i>
<b>1.4. Antecedentes.....</b>	<b>6</b>
<i>1.4.1. Antecedentes internacionales .....</i>	<i>6</i>
<i>1.4.2. Antecedentes nacionales .....</i>	<i>11</i>
<b>1.5. Justificación de la investigación.....</b>	<b>13</b>
<i>1.5.1 Justificación teórica .....</i>	<i>13</i>
<i>1.5.2. Justificación práctica .....</i>	<i>13</i>
<i>1.5.3. Justificación social.....</i>	<i>14</i>
<b>1.6. Limitaciones de la investigación .....</b>	<b>14</b>
<b>1.7. Objetivos.....</b>	<b>14</b>
<i>1.7.1. Objetivo general .....</i>	<i>14</i>
<i>1.7.2. Objetivos específicos.....</i>	<i>14</i>
<b>1.8. Hipótesis.....</b>	<b>15</b>
<i>1.8.1. Hipótesis General .....</i>	<i>15</i>
<i>1.8.2. Hipótesis Específica .....</i>	<i>15</i>
<b>II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1. Tuberculosis.....</b>	<b>16</b>
<i>2.1.1. Síntomas .....</i>	<i>16</i>
<i>2.1.2. Factores de riesgo .....</i>	<i>16</i>
<b>2.2. Tipos de tuberculosis .....</b>	<b>17</b>
<i>2.2.1. Tuberculosis Pulmonar .....</i>	<i>17</i>

2.2.2. <i>Tuberculosis Extrapulmonar</i> .....	17
2.2.3. <i>Tuberculosis Latente</i> .....	17
2.2.4. <i>Tuberculosis resistente a los antibióticos</i> .....	18
2.3. <b>Diagnóstico y tratamiento</b> .....	18
2.3.1. <i>Exámenes de diagnóstico</i> .....	18
2.3.2. <i>Tratamiento</i> .....	19
2.4. <b>No adherencia al tratamiento</b> .....	24
2.5. <b>Marco conceptual</b> .....	26
2.5.1. <i>Tuberculosis</i> .....	26
2.5.2. <i>Multidrogoresistencia</i> .....	27
2.5.3. <i>Hábitos nocivos</i> .....	27
2.5.4. <i>Adherencia al tratamiento</i> .....	27
<b>III. MÉTODO</b> .....	28
3.1. <b>Tipo de Investigación</b> .....	28
3.2. <b>Población y muestra</b> .....	28
3.3. <b>Operacionalización de variables</b> .....	30
3.4. <b>Instrumentos</b> .....	32
3.5. <b>Procedimientos</b> .....	33
3.6. <b>Análisis de datos</b> .....	34
3.7. <b>Consideraciones éticas</b> .....	36
<b>IV. RESULTADOS</b> .....	38
<b>V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b> .....	43
<b>VI. CONCLUSIONES</b> .....	54
<b>VII. RECOMENDACIONES</b> .....	55
<b>VIII. REFERENCIAS</b> .....	56
<b>IX. ANEXOS</b> .....	61
<b>Anexo A. Ficha Técnica de instrumento</b> .....	61
<b>Anexo B. Validación de Instrumentos</b> .....	62
<b>Anexo C. Confiabilidad de Instrumentos</b> .....	83
<b>Anexo D. Matriz de consistencia</b> .....	84

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. <i>Medicamentos antituberculosos de primera línea</i> .....	21
Tabla 2. <i>Medicamentos antituberculosos de segunda línea</i> .....	22
Tabla 3. <i>Relación de jueces que validaron el instrumento</i> .....	33
Tabla 4. <i>Determinación del Odds Ratio con los casos expuesto y no expuestos</i> .....	36
Tabla 5. <i>Clasificación del Tipo de asociación según el valor OR y el IC</i> .....	36
Tabla 6. <i>Determinación de los predictores de riesgo para abandono de tratamiento de TBC, derivado de los factores personales</i> .....	38
Tabla 7. <i>Determinación de los predictores de riesgo para abandono de tratamiento de TBC, derivado de los hábitos nocivos</i> .....	40
Tabla 8. <i>Determinación de los predictores de riesgo para abandono de tratamiento de TBC, derivado del facto fisiológico</i> .....	41
Tabla 9. <i>Determinación de los predictores de riesgo para abandono de tratamiento de TBC, derivado del facto servicio de salud</i> .....	42

**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. <i>Gráfica de variables</i> .....	38
---	----

## RESUMEN

La investigación se desarrolló con la finalidad de determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis en pacientes que se atienden en el Centro de Salud “Breña”, en el año 2017. Se trató de una investigación con enfoque cuantitativo de tipo explicativo comparativo, con diseño no experimental de 44 casos y 88 controles. La información fue recopilada mediante un documento de registro diseñado por el mismo autor. Entre los resultados más resaltantes se tiene que el riesgo para que un paciente abandone el tratamiento de TBC es tres veces más si vive lejos del hospital (OR: 3,750 / IC (1,402 - 10,032), seis veces más si es consumidor de drogas ilícitas (OR: 5,513 / IC (1,024 - 29,666)) y, seis veces más si es que el paciente percibe que la cantidad de medicamentos OR: 6,333 / IC (2,432 - 16,492).

**Palabras clave:** factores, no adherencia, tratamiento, tuberculosis.

## ABSTRACT

The research was developed in order to determine the factors associated with non-adherence to tuberculosis treatment in patients treated at the "Breña" Health Center in 2017. It was an investigation with an explanatory quantitative approach comparative, with a non-experimental design of 44 cases and 88 controls. The information was compiled by means of a registration document designed by the same author. Among the most outstanding results is the risk that a patient leaves the TBC treatment is three times more if he lives far from the hospital (OR: 3.750 / IC (1,402 - 10,032), six times more if he is a consumer of illicit drugs (OR: 5,513 / CI (1,024 - 29,666)), and six times more if the patient perceives that the quantity of medicines OR: 6,333 / IC (2,432 - 16,492).

**Keywords:** factors, nonadherence, treatment, tuberculosis.

## I. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis representa para el mundo, una de las diez principales causas por las que las personas mueren; según reportes del 2018, las estimaciones señalan que son diez millones las personas que presentaron esta enfermedad, de las cuales, más de un millón y medio fallecieron; una de las principales debilidades radica en la dinámica de tratamiento que reciben estos pacientes, muchas veces desencadenando en el desarrollo de una multirresistencia producto de una inadecuada administración de los fármacos o cuando tienden a abandonar el tratamiento; es por esa razón que la presente investigación se centra básicamente a estudiar los aspectos que pueden influir notablemente para que el paciente abandone el tratamiento; además, se estimó el riesgo que representan estos predictores para que ocurra el hecho de abandono del tratamiento.

### 1.1. Planteamiento del problema

La tuberculosis es una enfermedad de carácter infeccioso cuyo principal punto de afección son los pulmones; lo causa una bacteria denominada *Mycobacterium tuberculosis*; por lo general, es transmitida entre las personas mediante gotículas originadas en el sistema respiratorio en personas portadoras de la bacteria. (OMS, 2018)

Los cálculos realizados por la OMS (2016), señalan la existencia de la tuberculosis latente y que está presente en más de la tercera parte de la población; llamada latente por las características de está presente en las personas que aún no ha desarrollado la enfermedad y tampoco pueden transmitir la bacteria; no obstante, es preciso indicar que cerca del 10% de estas personas tienden a enfermar finalmente de tuberculosis, en especial para aquellas que tienen el sistema inmunitario debilitado como en las personas con VIH, desnutridas, diabetes o en aquellas personas que tienden a consumir tabaco habitualmente.

Esta enfermedad puede ser tratada e incluso curada; para esto, la persona que tiene el diagnóstico de tuberculosis, ha de someterse a esquemas de tratamiento predeterminados para dicha enfermedad previa prescripción médica; para que tenga éxito, han de cumplir con dichos tratamientos hasta el final; no obstante, una gran cantidad de pacientes tienden a no adherirse al tratamiento lo que significa un problema significativo ya que esta persona puede llegar a fallecer y/o llegar a transmitir la bacteria a otras personas.

Los pacientes multidrogorresistentes llevan un tratamiento de aproximadamente dos años y garantizar su correcto cumplimiento es muy difícil. Los medicamentos muchas veces generan reacciones adversas como cefaleas, vómitos, erupciones en la piel y reacciones gastrointestinales”, sostiene Oriana Rivera, Doctora en Salud Pública e investigadora de la Universidad César Vallejo (UCV). (Gestión, 2016)

La no adherencia al tratamiento para casos de TBC se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la no adherencia deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinar. (Organización Mundial de la Salud, 2003)

## **1.2. Descripción del problema**

La tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. En 2015, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,8 millones murieron por esta enfermedad (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH). Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos. Seis países acaparan el 60% de la mortalidad total; encabeza esta triste lista la India, seguida de Indonesia, China, Nigeria, el Pakistán y Sudáfrica. Se estima que en 2015 enfermaron de tuberculosis un millón de niños

y que 170 000 niños murieron debido a esta causa (sin incluir los niños con VIH). (Organización Mundial de la Salud, 2021)

Referente a la Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR), demostradas por Prueba de Sensibilidad en el periodo 1997 al 2010 correspondieron a: 44 y 1094 casos respectivamente, observándose que desde el año 1997 al 2005 hubo un incremento sostenido para luego mostrar una tendencia de meseta y en el 2010 un inicio de descenso, es importante considerar que en el mismo periodo de tiempo las Pruebas de Sensibilidad, examen de laboratorio indispensable para el diagnóstico de TB-MDR, ha presentado una tendencia permanente al incremento, siendo más notorio en el periodo 2009 – 2010. (Ministerio de Salud, 2011)

De acuerdo con cifras del Ministerio de Salud (MINSa), en el Perú se registran al año un promedio de 27 mil nuevos casos de tuberculosis (TBC), lo cual ubica a nuestro país como uno de los países con mayor cantidad de pacientes que sufren esta enfermedad en América. (García, 2016)

Las cifras de tuberculosis (TBC) en el Perú no ceden. Pese a que las estrategias puestas en marcha el año pasado lograron reducir la tasa de mortalidad de 105.2 a 101.3 casos por cada 100 mil habitantes, seguimos siendo los segundos de América con la estadística más alta en la forma sensible del mal y los primeros con más casos de TBC multidrogorresistente, es decir aquella que no responde al tratamiento con medicinas convencionales. (Sausa, 2014)

Según el estudio realizado el 2014, el 20% de pacientes abandonaron sus tratamientos, el principal factor para dejar de asistir al centro de salud es la falta de consejería y acompañamiento al paciente de parte del personal de salud. (Gestión, 2016)

Por su parte, los medicamentos son uno de los principales recursos terapéuticos para cuidar la salud. Sin embargo, sus beneficios pueden verse alterados por la falta o cumplimiento

excesivo en la dosificación del medicamento. Según los datos aportados por el doctor Javier Soto, del Departamento de Farmacoeconomía de Pfizer, “la mala adherencia es responsable de entre el 5 y 10% de los ingresos hospitalarios, de 2,5 millones de urgencias médicas y 125.000 fallecimientos al año en Estados Unidos”. (Castro-Barrero et al., 2009)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. (Organización Mundial de la Salud, 2003). Sin embargo, en los países desarrollados, sólo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento; cifras que inclusive se incrementan al referirnos a determinadas patologías con una alta incidencia como: diabetes, epilepsia, hipertensión arterial, entre otras. Siendo así que la no adherencia se traduce en un empeoramiento de la enfermedad, en un incremento de la morbi-mortalidad, en la disminución de la calidad de vida y en la necesidad de administrar otros tratamientos, además de aumentar el consumo de recursos socio-sanitarios. (Castro-Barrero et al., 2009)

El tratamiento antituberculoso se basa en regímenes de terapia combinada (varios medicamentos) de corta duración, que han ido mejorando en el transcurso de los años, teniendo en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosis: capacidad bactericida, capacidad esterilizante, y capacidad para prevenir la resistencia. Este tratamiento considera dos fases; La primera de inducción o bactericida: de administración diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida (lográndose destruir al 90% de la población bacteriana en los primeros 10 días) para prevenir la resistencia y con ello el fracaso al tratamiento y; la segunda de mantenimiento o esterilizante: de administración intermitente. (Ministerio de Salud, 2017)

En los países desarrollados, la no adherencia a los tratamientos a largo plazo en la población general es de alrededor de 40%, siendo mayor en los países en desarrollo; se asume que la magnitud y la repercusión de la no adherencia terapéutica en los países en desarrollo son mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud. La evidencia científica disponible indica entre apenas el 30% al 50% de los ancianos tratados no sigue correctamente la prescripción médica y más del 90% toman dosis menores de las prescritas por su médico. (Ramos, 2015)

Existe una serie de factores que intervienen en el incumplimiento y que son dependientes de las características personales del paciente, de las características del médico, de la relación médico-paciente y características de la propia enfermedad y del tipo de tratamiento prescrito. Sin embargo, no hay un grupo de variables que pudieran ser útiles para definir al paciente incumplidor, ya que en diferentes estudios son distintas las variables estudiadas que se asocian al 7-10 incumplimiento. (Ocampo, 2014)

Actualmente, en el Perú se vienen realizando campañas de prevención de tuberculosis buscando afianzar las acciones conjuntas para luchar contra esta enfermedad en todo el país, a través de un enfoque multisectorial e intergubernamental. Las actividades programadas según la norma técnica de salud traen consigo un evento central que busca la promoción y prevención de tuberculosis donde las autoridades del sector salud realizarán diversas acciones preventivas, congregando a la sociedad civil.

Asimismo; En Breña, se realizará el “Día Mundial de Lucha Contra la Tuberculosis”, con una feria informativa; desarrollando la reunión de socialización del Plan de Intervención para la Prevención y Control de TBC en Regiones Priorizadas 2018-2020, dado que se realizaron denuncias de contagio por alumnos de la Institución Argentina. (Perú 21, 2013)

### **1.3. Formulación del problema**

#### ***1.3.1. Problema general***

¿Cuáles son los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis, en pacientes que acuden al Centro de Salud “Breña”. 2017?

#### ***1.3.2. Problemas específicos***

¿Cuáles son los predictores de riesgo derivado de los factores personales como: sexo, zona de procedencia, nivel de estudios, ingreso económico mensual, condición laboral, apoyo emocional de la pareja, distancia entre el hospital y su casa?

¿Cuáles son los predictores de riesgo derivado del factor hábitos nocivos, tales como: fumar, beber alcohol, drogas ilícitas?

¿Cuáles son los predictores de riesgo derivado de los factores fisiológicos durante el tratamiento, tales como: mejoría durante el tratamiento y asintomatología?

¿Cuáles son los predictores de riesgo derivado del factor servicio de salud, tales como: atención recibida por el personal, disconformidad con el horario, tiempo de espera en ser atendido, disconformidad con el tratamiento y cantidad de medicamentos?

### **1.4. Antecedentes**

#### ***1.4.1. Antecedentes internacionales***

Torres y Herrera (2015) realizaron un estudio correspondiente al análisis de las auditorías que se realizan en los casos de abandono buscando definir el perfil del paciente “abandonador” y determinar las causas que mayormente influyen en este resultado. Se analizaron 134 auditorías de abandono observando que existe un cumplimiento de la actividad de un 35,9% y en la mayoría de los casos el registro es incompleto. La mayoría de los pacientes son de sexo masculino, entre 15 y 45 años de edad y en el 91% es su primer episodio de

tuberculosis. El 62,7% presenta algún factor de riesgo asociado al abandono, especialmente alcoholismo y drogadicción y el 16,5% corresponde a personas en situación de calle. La mayoría de los casos abandonó durante la fase intermitente del tratamiento y la causa del abandono estuvo fundamentalmente asociada a factores del paciente, como abuso de sustancias, sensación de mejoría e inestabilidad laboral. Concluyeron que los hallazgos refuerzan la importancia de aplicar el “score de riesgo de abandono” en los pacientes que ingresan a tratamiento para establecer estrategias que permitan prevenirlo.

Plata (2015) elaboró una investigación con el propósito de describir los factores de riesgo asociados a la no adherencia al tratamiento en los pacientes adscritos al programa de tuberculosis en el municipio de Villavicencio, cohorte. Se contó con 30 casos correspondientes al total de abandonos notificados pertenecientes a la cohorte y que formaron parte del programa de TBC departamental. Entre los principales resultados el 75% de los pacientes pertenece al género masculino, el promedio total de edad es de 30 años, el 63% pertenece al régimen subsidiado de salud. Las principales causas de abandono fueron efectos adversos a los medicamentos (58%), inadecuada atención del personal de salud (43%), dificultad de acceso al servicio (32%). Los factores sociales encontrados fueron hacinamiento 67% y desempleo 62%. A modo de conclusión la autora señala que algunos factores no modificables como la edad y el género, así como factores modificables como estilos de vida inadecuados y efectos adversos; cuyo control mejoraría el cumplimiento; contribuyen al abandono del tratamiento. Las variables psicológicas y sociales deben ser evaluadas para que se conviertan en predictores de probables abandonos o irregularidades en el tratamiento antituberculoso.

Navarro et al. (2013) llevaron a cabo una investigación en 68 pacientes existentes en la base de datos del programa de control de tuberculosis del instituto departamental de salud del periodo correspondiente del primer trimestre del año 2008 al tercer trimestre del 2011. El propósito fue el determinar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso

en los municipios de Cúcuta, Zulia. Se encontró que el 75% de los pacientes pertenecen al género masculino; el promedio de edad es de 30 años, el 63% pertenecen al régimen subsidiado de salud. Las principales causas de abandono fueron: efectos adversos a los medicamentos (58%), inadecuada atención del personal de salud (43%), dificultad de acceso al servicio (32%). Los factores sociales encontrados fueron hacinamiento 67% y desempleo 62%. Como conclusión, la autora detalla que algunos factores no modificables como la edad y el género, así como factores modificables como estilos de vida inadecuados y efectos adversos; cuyo control mejoraría el cumplimiento; contribuyen al abandono del tratamiento. Las variables psicológicas y sociales deben ser evaluadas para que se conviertan en predictores de probables abandonos o irregularidades en el tratamiento antituberculoso.

Montufar y Noboa (2013) desarrollaron una investigación cuya finalidad fue el documentar los factores que inciden en el abandono de tratamiento en los establecimientos de salud de la Ciudad de Guayaquil. Se realizó en 115 pacientes encontrando que los factores asociados al abandono de tratamiento están relacionados con aspectos sociales como el consumo de drogas (57%), alcohol (18%), delincuencia (4%), seguido de factores vinculados con los servicios de salud: mala atención (66%), falta de visitas domiciliarias dentro de las 48 horas de haber abandonado el tratamiento (67%) y los factores relacionados con el tratamiento como las RAM con el 38%. Los autores concluyeron que el principal factor de abandono de tratamiento está relacionado con los servicios de salud.

Gallardo et al. (2014) ejecutaron una investigación en el 2013 que tuvo como finalidad analizar la adherencia al tratamiento de la infección tuberculosa (TIT) e identificar los factores de riesgo para su cumplimiento. Se incluyeron en el análisis a 764 contactos del hospital University Sant Joan d'Alacant (Alicante) de los cuales se obtuvo que el 59,7% de los 566 pacientes que terminaron el EC presentaron infección tuberculosa (IT). De los pacientes con IT, el 45,6% no iniciaron tratamiento y los factores asociados fueron: edad (36-65 años; RR:

5,8; IC 95%: 1,2-27,5 y > 65años; RR: 11,3; IC 95%: 2,0-64,0), relación social con el caso índice de tuberculosis (RR: 2,2; IC 95%: 1,2-3,8) e induración de la PT ( $\geq 15$  mm; RR: 0,5; IC 95%: 0,3-0,9). La tasa de cumplimiento fue del 80,4% entre los que comenzaron el TIT. La pauta de tratamiento 7-9H se asoció con mayor cumplimiento del TIT (RR: 12,7; IC 95%: 1,5-107,3). Los autores concluyeron que la tasa de cumplimiento del TIT fue elevada entre los que iniciaron tratamiento. Casi la mitad de los contactos con IT no iniciaron tratamiento y los factores asociados fueron: edad, relación social e induración de la PT. La pauta de tratamiento se asoció con mayor cumplimiento. Debemos conocer con precisión los factores asociados a la adherencia al tratamiento de la IT en cada área de salud y actuar sobre los grupos de riesgo, y de esta manera aproximar el control global de la tuberculosis.

Molina et al. (2012) desarrollaron una investigación con la finalidad de identificar que los factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis (TBC) pueden ser muy específicos de la población y de la organización sanitaria locales. Los participantes estuvieron conformados por los casos registrados de Granada y notificados en el sistema de vigilancia epidemiología de Andalucía durante los años 2003-2010. Observamos una tendencia decreciente en la incidencia de TBC (20,47 casos en el año 2007 y 11,00 en el 2010 por 100.000 habitantes; tasa de descenso de 9,47 casos por 100.000 habitantes). El porcentaje de pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso fue del 12,2% y fue algo superior en los enfermos extranjeros que entre los nacionales (14 vs 10%;  $p=0,062$ ). Ser varón (OR: 1,65; IC del 95%: 1,04-2,60), extranjero (OR: 1,72; IC del 95%: 1,04-2,83), residente en el distrito Nordeste (OR: 3,64; IC del 95%: 1,76-7,52) y/o padecer TBC extrapulmonar (OR: 1,78; IC del 95%: 1,06-3,00) se asociaron de forma significativa con el abandono terapéutico. Como conclusión, los autores mencionan que incidencia de TBC en la provincia de Granada se ha reducido alrededor de 10 casos por 100.000 habitantes y año. El porcentaje de enfermos que

abandonan el tratamiento TBC es considerable, siendo superior en los pacientes extranjeros que en los nacionales.

González (2012) para identificar qué factores se relacionan con la adherencia y abandono al tratamiento antituberculoso y poder establecer una propuesta para mejorar la atención integral a los pacientes que se incluyen en el programa de control de la Tuberculosis en Ibarra, Ecuador. Se estudiaron 31 casos de pacientes tuberculosos, entre los que se adhirieron al tratamiento y los que lo abandonaron. Los resultados obtenidos mencionan que los principales factores que inciden en el agravamiento y abandono de la tuberculosis son el aumento de la pobreza en la población los hábitos alimenticios inadecuados, y la falta de recursos para cumplir correctamente las estrategias de control de la tuberculosis.

Arrossi et al. (2011) identificaron cuáles fueron los factores predominantemente analizados y determinar cuáles han presentado una mayor asociación con la no-adherencia al tratamiento anti-tuberculoso por medio de una búsqueda de estudios publicados entre 1997 y 2007 que analizaron factores asociados a la no adherencia al tratamiento antituberculoso, a través de las bases de datos PubMed - MEDLINE y LILACS. Quedaron incluidos 43 estudios de países de ingresos altos, medios y bajos. Los resultados indican que la tendencia a abandonar el tratamiento se incrementa fuertemente conforme aumenta la condición de indigencia, precariedad y marginalidad social, los analfabetos, las personas que viven en situación de calle o en residencias temporarias, los pacientes alcohólicos y los adictos a las drogas ilegales (sobre todo por vía endovenosa). Concluyeron que la adherencia al tratamiento es un proceso complejo y dinámico, en el que intervienen múltiples factores que indican que se trata de un proceso multidimensional. Estos resultados refuerzan la necesidad de desarrollar políticas de protección social al paciente, con el objetivo de reducir las condiciones de vulnerabilidad social y económica a las que están expuestas. Finalmente, es necesario evaluar qué obstáculos

inherentes a la organización del sistema de salud actúan como barreras para la adherencia al tratamiento.

#### ***1.4.2. Antecedentes nacionales***

Anduaga et al. (2016) identificaron los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en un centro de salud de atención primaria del distrito de Chorrillos, Se definió como caso a los pacientes que abandonaron el tratamiento por un periodo de 30 días consecutivos o más y como controles a los pacientes que terminaron el tratamiento antituberculoso. Hallaron que quienes cursaron menos de seis años de educación (OR: 22,2; IC95%: 1,9-256,1) así como quienes tenían un puntaje  $\geq$  a 22 puntos en la prueba de riesgo de abandono (OR= 21,4; IC 95%: 6,3-72,4) tenían mayor probabilidad de abandonar el tratamiento antituberculoso. Como conclusión, los autores mencionan lo siguiente: el abandono del tratamiento antituberculoso está asociado con tener menos de seis años de educación y un score mayor a 22 puntos en la prueba de abandono de tratamiento antituberculoso.

Araujo et al. (2015) presentaron una investigación que tuvo como finalidad determinar la asociación entre los factores biosociales y la adherencia al tratamiento por tuberculosis pulmonar, en el Centro de Salud Moronacocha y Centro de Salud Belén. Se realizó en 81 pacientes afectados. Entre los hallazgos obtuvo que existe relación estadísticamente significativa entre el sexo ( $p = 0.028$ ), grado de instrucción ( $p = 0.040$ ), y el lugar de procedencia ( $p = 0.003$ ) a la adherencia al tratamiento por tuberculosis pulmonar. Referente al grado de asociación en el sexo es de  $C=0.244$ , Grado de Instrucción  $C=0.271$  y el lugar de procedencia  $C=0.353$ , lo que indica que existe un nivel de asociación bajo entre estas variables. No existe relación estadísticamente significativa entre la edad ( $p = 0.520$ ), estado civil ( $p = 0.457$ ) e ingresos económicos ( $p = 0.214$ ) a la adherencia al tratamiento por tuberculosis pulmonar.

Dalens (2012) desarrollo una investigación en Lima con la finalidad de identificar los factores que pueden incluir el abandono del tratamiento de la tuberculosis esquema I. Se realizó en 70 pacientes de la Red de Salud Lima Norte V Rímac- San Martín de Porres- los Olivos. Encontró que el abandono del tratamiento fue predominantemente masculino (94,6%), siendo que el 45% tenía edad entre 21 – 40 años y el 60,9% estaba en condiciones de soltero, caracterizados por tener bajos ingresos económicos (67,8%), reportar consumo de alcohol (58,1%) cigarrillo (39,9%) y drogas (32,9%), haber presentado efectos secundarios al tratamiento (45,3%) y utilizar movilidad para trasladarse al centro de salud a recibir terapia medicamentosa (65,1%); el 89,5% recibió visitas domiciliarias por faltas al tratamiento y 69,8% consideró que las pastillas que recibía eran demasiadas, siendo que el 30,2% había presentado náuseas, vómitos, entre otros problemas digestivos. A modo de conclusión el autor señala que se destacó el pertenecer al sexo masculino, bajo ingreso económico, consumo de alcohol, cigarrillos y drogas, la necesidad de utilizar transporte para llegar al establecimiento de salud y presentar efectos secundarios a los medicamentos.

Arriola et al. (2011) realizaron una investigación cuya finalidad fue determinar algunos factores asociados a la asistencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del Programa de Control de Tuberculosis (PTC) en el hospital de Puente Piedra y en el centro materno infantil Zapallal de Puente Piedra. Se llevó a cabo en 77 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar inscritos en el PTC. Los resultados indican que del total de pacientes el 39% presenta asistencia discontinua al PTC, los factores asociados a la asistencia discontinua son: hacinamiento (OR: 7,11); tipo de trabajo independiente (OR: 7,27); condición de trabajo eventual (OR: 9,60); ingreso económico bajo (OR: 4,04); falta de apoyo familiar (OR: 2,83), y falta de información básica sobre la enfermedad (OR: 7,00). Entre las principales conclusiones el autor menciona que los factores asociados a la asistencia discontinua con mayor significancia

fueron: hacinamiento, tipo de trabajo independiente y eventual, no tener apoyo familiar y no tener información básica sobre la enfermedad.

## **1.5. Justificación de la investigación**

### ***1.5.1 Justificación teórica***

La tuberculosis en el Perú ocupa el 1er lugar dentro de América Latina, la emergencia de cepas resistentes ha complicado las actividades de prevención y control, en los últimos 2 años en el país se han reportado más de 1500 pacientes con tuberculosis multidrogoresistente (MDR) por año y alrededor de 100 casos de tuberculosis extensamente resistente (XDR) por año. (Ministerio de Salud, 2017) Se ha comprobado que los pacientes con TBC se vuelven resistentes porque no concluyen su tratamiento. Alrededor de mil pacientes con tuberculosis abandonan su tratamiento cada año en el Perú debido a múltiples factores, entre ellos la falta de apoyo familiar, los efectos adversos de los fármacos y problemas de drogadicción. (Andina, 2013) Por lo que, el personal de salud encargado del tratamiento tiene que ir a buscarlos hasta con figuras de autoridad como policía, incluso denunciarlos ante la fiscalía para que vuelvan, ya que no se trata solo de ellos, sino de toda la población. Pues, un enfermo con tuberculosis sin tratamiento puede infectar entre 12 y 20 personas durante el año. Siendo un 90% de los casos se curan si llegan a cumplir con el tratamiento.

### ***1.5.2. Justificación práctica***

El presente estudio ayudará a identificar los factores de riesgo asociados a la no adherencia y abandono del tratamiento contra la TBC con mayor precisión en el lugar de investigación, dando al personal de salud la posibilidad de plantear nuevas estrategias para prevenir este mal y lograr una mayor adherencia de los pacientes con TBC a los tratamientos que se brindan dentro del puesto de salud más cercano. Así mismo, se podrá reforzar las

estrategias dadas por la institución para la lucha contra la tuberculosis, obteniendo un mayor alcance sobre población enferma.

### ***1.5.3. Justificación social***

Este estudio explicará las medidas para el control de la tuberculosis, incluyendo los respectivos tratamientos que han sido implementados en los centros de salud de la región según las normas técnicas propuestas por el ministerio de salud (MINSA) para la prevención, promoción, tratamiento y pronóstico de tuberculosis, disminuyendo así la progresiva incidencia y mortalidad a causa de esta enfermedad; además de las repercusiones económicas.

### **1.6. Limitaciones de la investigación**

La principal limitación del estudio se presentó en aquellos pacientes que proporcionaron información en una primera instancia, abandonando eventualmente el tratamiento antituberculoso, quedando fuera del análisis e impidiendo así su posterior evaluación para el estudio descriptivo-analítico a fin de determinar si cumple o no una determinada condición.

### **1.7. Objetivos**

#### ***1.7.1. Objetivo general***

Determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis, en pacientes que acuden al Centro de Salud “Breña”. 2017.

#### ***1.7.2. Objetivos específicos***

Identificar los predictores de riesgo derivado de los factores personales como: sexo, zona de procedencia, nivel de estudios, ingreso económico mensual, condición laboral, apoyo emocional de la pareja, Lejanía entre el hospital y su casa.

Identificar los predictores de riesgo derivado del factor hábitos nocivos, tales como: fumar, beber alcohol, drogas ilícitas.

Identificar los predictores de riesgo derivado de los factores fisiológicos durante el tratamiento, tales como: mejoría durante el tratamiento y asintomatología.

Identificar los predictores de riesgo derivado del factor servicio de salud, tales como: disconformidad con el trato del personal, disconformidad con el horario de tratamiento, disconformidad con el tiempo de espera para la atención, disconformidad con la duración del tratamiento y, percepción de exceso de medicamentos.

## **1.8. Hipótesis**

### ***1.8.1. Hipótesis General***

Existen factores asociados de manera significativa a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis, en pacientes que acuden al Centro de Salud “Breña”. 2017

### ***1.8.2. Hipótesis Específica***

Los predictores que representan riesgo significativo para la no adherencia de TBC son: los varones, los que viven en zona rural, los que tienen estudios básicos, los que gana por debajo del sueldo mínimo < S/. 850, los que trabajan, los que no cuentan con apoyo emocional por parte de su pareja y con los que viven lejos del hospital.

Los predictores que representan riesgo significativo para la no adherencia de TBC son: aquellos que tienen hábitos de fumar, de beber alcohol y consumir drogas ilícitas.

Los predictores que representan riesgo significativo para la no adherencia de TBC son: aquellos que no notan mejoría durante el tratamiento y los que son asintomáticos al tratamiento.

Los predictores que representan riesgo significativo para la no adherencia de TBC son: los que están disconformes con el trato del personal, con el horario, el tiempo de espera, la duración del tratamiento y los que consideran que su medicación es excesiva.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Tuberculosis

La tuberculosis es una infección bacteriana contagiosa que compromete principalmente a los pulmones, pero puede propagarse a otros órganos. Es causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que afecta casi siempre a los pulmones. Se trata de una afección curable y que se puede prevenir. La infección se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire. Basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Se calcula que una tercera parte de la población mundial tiene “tuberculosis latente”; término aplicado a las personas infectadas por el bacilo pero que aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

#### 2.1.1. Síntomas

Los síntomas comunes de la tuberculosis pulmonar activa: son tos intensa que dura 3 semanas o más, dolor en el pecho, tos con sangre o esputo (flema que sale del fondo de los pulmones), dolores torácicos, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudores nocturnos. Con respecto a la medicación, son muchos los países que aún dependen, para diagnosticar la tuberculosis, de la baciloscopia de esputo, una prueba que viene utilizándose desde hace mucho tiempo. (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, 2016)

#### 2.1.2. Factores de riesgo

Las siguientes personas están en mayor riesgo de TBC activa o reactivación de TBC:

- Las personas mayores.
- Los bebés.

- Las personas con sistemas inmunitarios debilitados, por ejemplo, debido a enfermedades como el VIH/SIDA, diabetes o medicamentos que debilitan el sistema inmunitario como la quimioterapia.
- Entorno a personas que padecen TBC.
- Personas que viven en condiciones insalubres o de hacinamiento.
- Las personas que padecen desnutrición. (MedlinePlus, 2020)

## **2.2. Tipos de tuberculosis**

### ***2.2.1. Tuberculosis Pulmonar***

Es el tipo de tuberculosis que afecta principalmente a los apéndices pulmonares, causando signos radiológicos específicos de esta enfermedad como las cavernas. A pesar de que la localización pulmonar es la más frecuente, la bacteria de la tuberculosis puede crecer en otros muchos lugares del organismo. Algunos de estos; además del pulmón, son: piel, tracto gastro-intestinal (estómago, intestino y otros órganos asociados), riñón y cerebro. Cuando la bacteria alcanza el cerebro produce una meningitis tuberculosa, que es muy peligrosa y muy difícil de tratar.

### ***2.2.2. Tuberculosis Extrapulmonar***

Este tipo de tuberculosis ocurre fuera de los pulmones y se trata generalmente con la misma combinación de antibióticos usados para tratar la TBC pulmonar; sin embargo, la duración puede ser más larga, aproximadamente por un periodo de hasta 12 meses. En el caso que afecte al cerebro se dan los corticosteroides como la prednisolona.

### ***2.2.3. Tuberculosis Latente***

Se da en los individuos con reacción positiva a la tuberculina, pero sin evidencias de enfermedad; es decir, a los que mostraban una respuesta inmunológica al bacilo, sin tener la enfermedad.

El Tratamiento para la TBC latente se recomienda en pacientes que tengan menos 35 años de edad, estén infectados con el VIH, que sean trabajadores de atención sanitaria de cualquier edad y los que cuenten con pruebas de lesiones tuberculares del pecho. El Tratamiento para la TBC latente implica el tomar de una combinación de la rifampicina y de la isoniazida por tres meses, o de la isoniazida solamente por seis meses.

#### ***2.2.4. Tuberculosis resistente a los antibióticos***

También llamada multirresistente, es una forma específica de tuberculosis causada por un bacilo que es resistente a las drogas antituberculosas comúnmente usadas: la isoniazida y la rifampicina, dos de los medicamentos más poderosos que existen contra la enfermedad. La Tuberculosis con resistencia a un tipo de antibiótico no es generalmente una preocupación puesto que puede ser reemplazada por otros antibióticos. (Mandal, 2019)

### **2.3. Diagnóstico y tratamiento**

El diagnóstico de la tuberculosis multirresistente, ultrarresistente, así como el de la tuberculosis asociada al VIH, puede ser complejo y caro. La OMS ha recomendado en 2016 cuatro nuevas pruebas diagnósticas: una prueba molecular rápida para la detección de la tuberculosis en centros de salud periféricos en los que no es posible emplear la prueba rápida Xpert MTB/RIF, y tres pruebas para detectar la resistencia a fármacos antituberculosos de primera y segunda línea. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

#### ***2.3.1. Exámenes de diagnóstico***

**2.3.1.1. Exámenes bacteriológicos.** Que realiza el laboratorista con la muestra de esputo.

**A. Baciloscopía.** Se realizan dos baciloscopías de las dos muestras (de origen pulmonar o extrapulmonar según el caso). La baciloscopía consiste en examinar la muestra bajo un microscopio para buscar bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR). El bacilo de Koch (o M. tuberculosis) es un tipo de BAAR. Habitualmente la baciloscopía se realiza en una muestra de

esputo, debido a que la mayoría de los casos de TBC son pulmonares y por eso se suele entender la baciloscopia como sinónimo de “examen de esputo”.

**B. El Cultivo.** Un cultivo significa hacer crecer la micobacteria en medios de cultivo (substancias que contienen nutrientes). Cuando el mycobacterium ha formado colonias (grupos), éste puede ser identificado para saber si es M. tuberculosis u otro tipo de mycobacterium.

**2.3.1.2. Prueba de Sensibilidad.** Es la parte final de las pruebas que hace el laboratorio para detectar y diagnosticar pacientes que puedan tener TB MDR. Cuando se sospecha la existencia de TB MDR, el médico solicitará una prueba de sensibilidad para saber si los bacilos que tiene el paciente son resistentes o no a los medicamentos antituberculosis.

**2.3.1.3. Examen Radiológico.** La radiografía de tórax es útil para ayudar a diagnosticar TB porque el 85% de los pacientes tiene TBP. Generalmente cuando una persona tiene TBP la radiografía de tórax es anormal y puede mostrar infiltrados (colección de fluidos y células en el tejido del pulmón) o cavidades o cavernas (huecos dentro del pulmón que pueden tener M. tuberculosis).

**2.3.1.4. Examen Inmunológico.** Es una prueba cutánea que se realiza para conocer si el organismo de la persona presenta reacción frente a las proteínas del M. tuberculosis, que se adquiere después de una infección producida por el mismo. En menores de 15 años se utiliza como apoyo al diagnóstico de la TBC.

### **2.3.2. Tratamiento**

La tuberculosis es una enfermedad que se puede tratar y que tiene cura. La forma activa sensible a los antibióticos se trata con una combinación estándar de cuatro medicamentos que se administra durante seis meses y que debe ir acompañada de las pertinentes tareas de información, supervisión y atención del paciente a cargo de un agente sanitario o de un voluntario capacitado al efecto. Sin ese apoyo, el cumplimiento terapéutico puede ser difícil,

lo que propiciaría la propagación de la enfermedad. La gran mayoría de los casos tienen cura, siempre que se disponga de los medicamentos necesarios y que estos se tomen correctamente.

Se calcula que entre 2000 y 2015 se salvaron unos 49 millones de vidas gracias al diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis (Organización Mundial de la Salud, 2018).

El tratamiento farmacológico de la Tuberculosis sensible a las drogas considera dos fases, ambas supervisadas:

**2.3.2.1. Primera Fase.** O también llamada de inducción o bactericida, de administración diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida (lográndose destruir al 90% de la población bacteriana en los primeros 10 días) y para prevenir la resistencia y con ello el fracaso al tratamiento.

**2.3.2.2. Segunda Fase.** También llamada de mantenimiento o esterilizante, de administración intermitente. En este momento la población bacteriana se multiplica 1 vez por semana o menos frecuentemente, de manera que ya no requiere tratamiento diario. Incluye menor número de medicamentos, suficientes para conseguir la eliminación de los bacilos persistentes y evitar así las recaídas.

**2.3.2.3. Medicamentos antituberculosos de primera línea.** Se utilizan en pacientes nuevos, recaídas y abandonos recuperados, son altamente eficaces y de buena tolerancia para el paciente. Entre estos se encuentran la Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol y las Estreptomycinas, que en su mayoría afectan al metabolismo hepático y renal.

**Tabla 1***Medicamentos antituberculosos de primera línea*

<b>Medicamento</b>	<b>Actividad Contra Mycobacterium tuberculosis</b>	<b>Absorción</b>	<b>Metabolismo</b>	<b>Excreción</b>
Rifampicina (R)*	Bactericida con poder esterilizante	Absorción retardada por alimentos	Hepático	Mayor parte en heces. 20-30% por riñón
Isoniazida (H)*	Altamente bactericida	Mejor absorción en ayunas	Hepático	Renal
Pirazinamida (Z)*	Bactericida en medio ácido	Efecto de alimentos en biodisponibilidad es mínimo.	Hepático	70% por riñón
Etambutol (E)*	Bacteriostático (probablemente bactericida a altas dosis)	Efecto de alimentos en biodisponibilidad es mínimo	Renal y hepático	80% por riñón
Estreptomina (S)*	Bactericida en población extracelular	Parenteral	Distribución amplia en tejidos y líquidos corporales	50-60% por riñón y pequeña cantidad por bilis

**2.3.2.4. Medicamentos antituberculosos de segunda línea.** Los medicamentos de segunda línea se utilizan en pacientes con tuberculosis resistente a antibióticos. Estos fármacos suelen tener efectos más tóxicos, y su acción terapéutica requiere de uso prolongado para alcanzar la curación. En el caso de multidrogorresistencia se recomienda de al menos 18 meses de tratamiento.

**Tabla 2***Medicamentos antituberculosos de segunda línea*

<b>Medicamento</b>	<b>Actividad Contra TBC</b>	<b>Absorción</b>	<b>Metabolismo</b>	<b>Excreción</b>
Kanamicina (Km) Amikacina (Am) Capreomicina (Cm) Estreptomina (S)	Bactericida	Parenteral	Distribución amplia en tejidos y líquidos corporales	Renal
Levofloxacino (Lfx) a	Bactericida	Administrar 2 horas después en caso de haber ingerido alimentos lácteos, antiácidos, u otra medicación conteniendo Fe, Mg, Ca, Zn, vitaminas, didanosido, sucralfato.	Renal	Renal
Moxifloxacino (Mfx) a	Altamente Bactericida	Su absorción es casi total tras la administración oral y no se ve afectada por la ingesta de alimentos incluidos lácteos.	Hepático	Bilis y Renal
Ciprofloxacino (Cx)	Bactericida	Efecto de alimentos en biodisponibilidad es mínimo. Sin embargo su absorción se reduce en presencia de alimentos con alto contenido de calcio y otros iones.	Hepático	80% Renal
Ethionamida (Eto)	Débilmente bactericida	Absorción enteral	Hepático	Renal
Acido paramino salicílico (PAS)	Bacteriostática	60-65% absorción oral	Hepático	Renal
Cicloserina (Cs)	Bacteriostática	Oral.	Muy buena penetración en el Sistema Nervioso Central	Renal

Clofazimine (Cf) a	Bacteriostático	45 al 62% de la dosis oral	Hepático	Renal
Amoxicilina/ácido clavulánico (Amx/Clv)	Bactericida invitro	Gástrica y enteral	Hepático	Renal
Claritromicina (Clr)	Probable bacteriostático efecto de sinergia con E	Gástrica, leve alteración con los alimentos	Hepático	Hepática
Etambutol (E) *	Bacteriostático, probable bactericida a dosis altas	Gástrica no afectado por alimentos	Hepático	Renal
Imipenem/cilastina (Imp/Cln)	Bactericida invitro	Parenteral	Hepático	Renal
Isoniacida (a dosis altas) (H)	Bactericida potente en cepas sensibles	Gástrico y enteral	Hepático	Hepático
Linezolid (LZD) a	Bactericida en cepas MDR/XDR	Enteral y parenteral casi completa	Hepático	Hepático y renal
Meropenem (Mp)	Bactericida invitro	Parenteral completa	Hepático	Hepático y renal
Pirazinamida (Z)*	Bactericida intracelular	Enteral y gástrico	Hepático	Hepático y renal

## **2.4. No adherencia al tratamiento**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la no-adherencia al tratamiento como el incumplimiento del mismo; es decir, no tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la continuidad de tomar la medicación a lo largo del tiempo. En los países desarrollados, sólo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento; cifras que inclusive se incrementan al referirnos a determinadas patologías con una alta incidencia.

La no-adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinar. (Castro-Barrero et al., 2009)

### ***2.4.1. Factores asociados a la no adherencia***

La no-adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción de factores, denominados “dimensiones” de los cuales, los relacionados con el paciente, solo son un determinante. La creencia común de que los pacientes se encargan exclusivamente de tomar su tratamiento es desorientadora y, con menor frecuencia, refleja una concepción errónea sobre cómo otros factores afectan el comportamiento de la gente y la capacidad de no adherirse a su tratamiento.

A continuación, se mencionan brevemente cinco dimensiones:

**2.4.1.1. Factores socioeconómicos.** Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como de los hijos o de los padres que los cuidan.

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la no adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura la disfunción familiar y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento.

**2.4.1.2. Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria.** Se ha realizado relativamente poca investigación sobre los efectos de los factores relacionados con el equipo el sistema de asistencia sanitaria; así, una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, sin embargo, hay muchos factores que ejercen un efecto negativo: como son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la no-adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

**2.4.1.3. Factores relacionados con la enfermedad.** Constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente. Algunos determinantes poderosos de la no adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión, la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia que le dan al tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la no adherencia terapéutica.

**2.4.1.4. Factores relacionados con el tratamiento.** Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. Las características únicas de las enfermedades y los tratamientos no son más importantes que los factores comunes que afectan la no adherencia terapéutica, sino que, modifican su influencia. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima.

**2.4.1.5. Factores relacionados con el paciente.** Representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la no adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia.

Acrecentar la motivación intrínseca de un paciente mediante el aumento de la importancia percibida de la adherencia y fortalecer la confianza mediante la construcción de aptitudes de autocuidado, son metas del tratamiento comportamental que deben abordarse concurrentemente con las biomédicas si se busca mejorar la adherencia general.

## **2.5. Marco conceptual**

### ***2.5.1. Tuberculosis***

Es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*).

### **2.5.2. Multidrogoresistencia**

Llamado también farmacorresistente, se define como la infección por M. tuberculosis resistente a los fármacos de primera línea: Isoniacida (INH) y Rifampicina (RIF).

### **2.5.3. Hábitos nocivos**

Un cambio en las funciones fisiológicas o en la estructura de las células que puede provocar enfermedades o problemas de salud. (Sedentarismo, el tabaquismo, el alcohol y la mala alimentación).

### **2.5.4. Adherencia al tratamiento**

Cumplimiento del tratamiento; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo.

### III. MÉTODO

#### 3.1. Tipo de Investigación

El estudio fue ejecutado bajo el enfoque cuantitativo debido a que usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Es de alcance descriptivo analítico debido a que los estudios descriptivos —por lo general— son la base de las investigaciones correlacionales, las cuales a su vez proporcionan información para llevar a cabo estudios explicativos que generan un sentido de entendimiento y son altamente estructurados. Las investigaciones que se realizan en un campo de conocimiento específico pueden incluir diferentes alcances en las distintas etapas de su desarrollo. Con diseño no experimental de casos y controles, es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos. (Hernández et al, 2014)

#### 3.2. Población y muestra

**Población:** Todos los pacientes con diagnósticos de TBC que acuden al Centro de Salud “Breña”. Que iniciaron su tratamiento en el esquema I (tratamiento de 6 meses) en el mes de enero del año 2017.

**Muestra:** El número necesario de las personas que participaron en el estudio, será determinado mediante un planteamiento bilateral para los estudios que asumen diseño de casos y controles, dicho cálculo se hará mediante la fórmula:

$$n = \frac{\left[ Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{cp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{c(p_1 - p_2)^2}$$

**Cálculo del tamaño muestral mínimo necesario para detectar un odds ratio significativamente diferente de 1**

<b>Frecuencia de exposición entre los casos</b>	0.61
<b>Frecuencia de exposición entre los controles</b>	0.35
<b>Odds ratio a detectar</b>	4.00
<b>Nivel de seguridad</b>	0.95
<b>Potencia</b>	0.80
<b>Número de controles por caso</b>	2

<b>p1</b>	0.61
<b>p2</b>	0.35
<b>OR</b>	4.00

**TAMAÑO MUESTRAL MÍNIMO**

Casos: 44

Controles: 88

Donde  $p = \frac{p_1 + p_2}{2}$  y los valores  $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$  y  $Z_{1-\beta}$  son valores que se obtienen de la distribución normal estándar en función de la seguridad y el poder elegidos para el estudio.

### **Criterios de Inclusión para los Casos**

- Usuarios que han abandonado el tratamiento de TBC.
- Usuarios que deseen participar voluntariamente.

### **Criterios de Inclusión para los Controles**

- Usuario que han culminado o continúan llevando la parte final del tratamiento de TBC.
- Usuarios cuya participación en el estudio es voluntaria.

### **Criterios de Exclusión para los Casos**

- Que tenga problemas mentales que limite la información.
- Usuarios que tenga alguna enfermedad terminal diferente a las complicaciones del TBC.

### **Criterios de Exclusión para los Controles**

- Que tenga problemas mentales que limite la información.

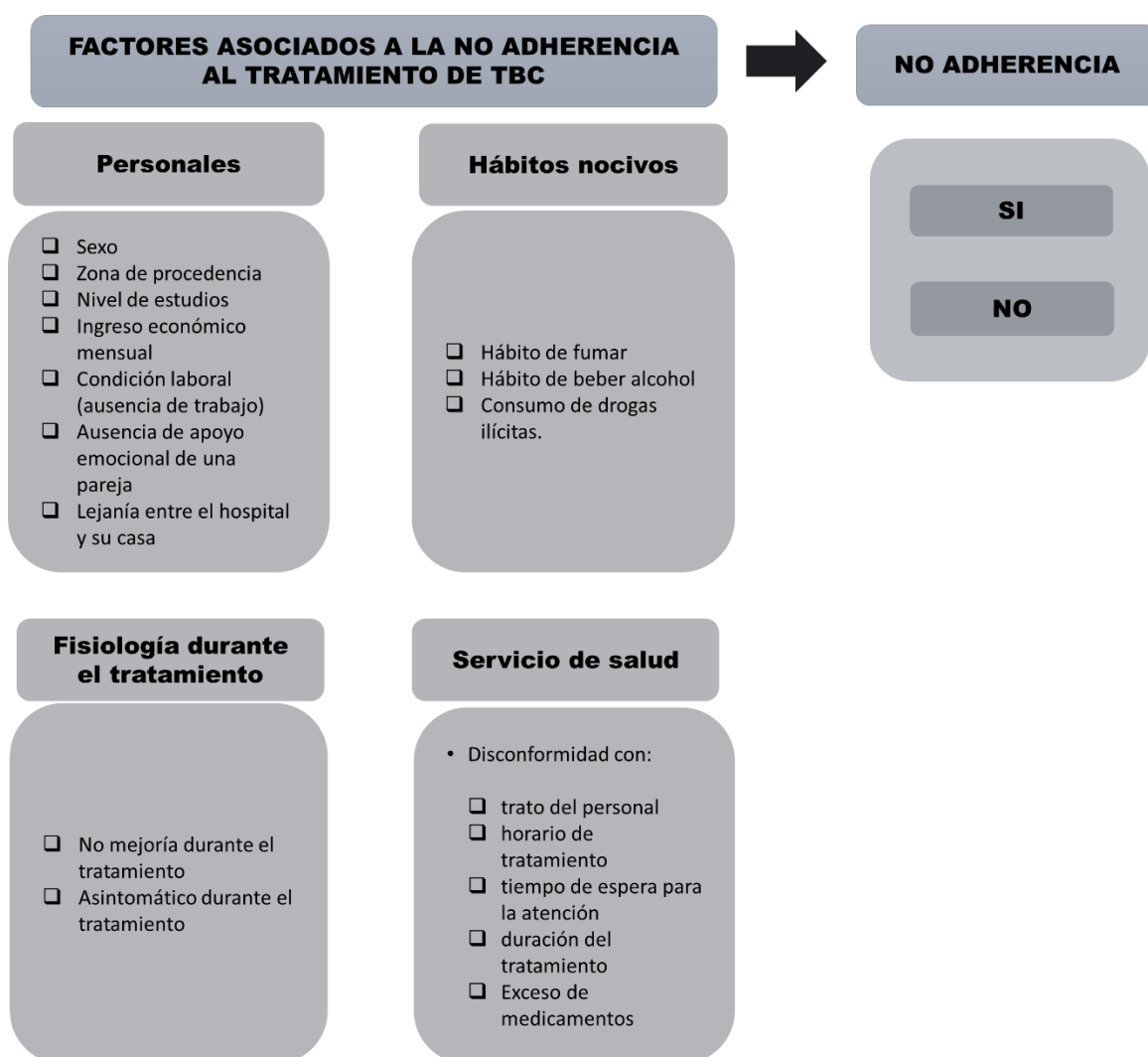
## 3.3. Operacionalización de variables

FACTOR	INDICADOR	DEFINICIÓN	CATEGORIZACIÓN		ESTADÍSTICO
			Grupo	Medida	
Factor personal	Sexo	Condición biológica que diferencia a los usuarios según su género.	Hombre	Nominal	Odd Ratios Chi cuadrado
			Mujer		
	Zona de procedencia	Zona de la cual está ubicada la vivienda del usuario, ya sea rural o urbana.	Urbana	Nominal	
			Rural		
	Nivel de estudio	Nivel de educación académica alcanzado por el usuario	Básicos	Ordinal	
			Téc./Sup.		
	Ingreso económico mensual	Monto en dinero que percibe el usuario al mes, medido a través del límite de ingreso mínimo.	< S/. 850	Ordinal	
≥ S/. 850					
Condición laboral (ausencia de trabajo)	Condición laboral e la que se encuentra el usuario que se caracteriza por ausencia de actividad laboral.	Sí	Ordinal		
		No			
Ausencia de apoyo emocional de una pareja	Apoyo emocional de una pareja sentimental del usuario para continuar con el tratamiento.	Sí	Nominal		
		No			
Lejanía entre el hospital y su casa	Distancia extensa entre la vivienda del usuario y el hospital.	Sí	Nominal		
		No			
Hábitos nocivos	Hábito de fumar	Habito constante de fumar más de 2 cigarrillos al día.	Sí	Nominal	Odd Ratios Chi cuadrado
			No		
	Hábito de beber alcohol	Habito prolongado y constante de beber alcohol.	Sí	Nominal	
			No		
	Consumo de drogas ilícitas	Hábito constante de consumir drogas ilícitas, como marihuana, pasta, etc.	Sí	Nominal	
			No		

FACTOR	INDICADOR	DEFINICIÓN	CATEGORIZACIÓN		ESTADÍSTICO
			Grupo	Medida	
Fisiología durante el tratamiento	Mejoría durante el tratamiento	Percepción del usuario respecto a la mejoría durante el tratamiento de TBC.	No	Nominal	Odd Ratios Chi cuadrado
			Sí		
	Asintomático durante el tratamiento	Percepción del usuario de asintomatología de la enfermedad durante el tratamiento.	Sí	Nominal	
			No		
Servicio de salud	Disconformidad con el trato del personal	Incomodidad y disconformidad con el trato que recibe el usuario por parte del personal del hospital donde se atiende la enfermedad del TBC.	Sí	Nominal	
			No		
	Disconformidad con el horario de tratamiento	Incomodidad y disconformidad con el horario programado para la cita de tratamiento de la enfermedad.	Sí	Nominal	
			No		
	Disconformidad con el tiempo de espera para la atención	Incomodidad y disconformidad con el tiempo que espera el usuario para ser atendido.	Sí	Nominal	
			No		
	Disconformidad con la duración del tratamiento	Incomodidad y disconformidad con el tiempo de duración de todo el tratamiento del TBC.	Sí	Nominal	
			No		
	Exceso de medicamentos	Consideración excesiva por parte del usuario sobre la cantidad de medicamentos que recibe para el tratamiento de TBC.	Sí	Nominal	
			No		

Figura 1

Gráfica de variables



### 3.4. Instrumentos

Como instrumento se empleó un documento ad hoc el cual consta de: 4 factores. Dentro del primer factor “Personales” se consideró 8 predictores (Sexo, Zona de procedencia, Nivel de estudio, Ingreso económico mensual, Ausencia de empleo, Ninguna o poca identificación con la religión, Ausencia de apoyo emocional de una pareja, Vivienda lejos del hospital); En el segundo factor “Hábitos nocivos” se consideró tres predictores (Hábito de fumar, Hábito de beber alcohol, Consumo de drogas ilícitas); en el tercer factor “Fisiología durante el tratamiento” se consideró dos predictores (No mejoría durante el tratamiento, Asintomático

durante el tratamiento); finalmente, en el cuarto y último factor “Servicio de Salud” se consideró cinco predictores (Disconformidad con el trato del personal, Disconformidad con el horario de tratamiento, Disconformidad con el tiempo de espera para la atención, Disconformidad con la duración del tratamiento, Exceso de medicamentos). Ver anexo B.

### **3.4.1. Validez.**

La validez fue determinada a través del criterio de jueces, siendo sus observaciones favorables para demostrar la evidencia de validez de contenido del instrumento. Ver anexo B.

### **Tabla 3**

*Relación de jueces que validaron el instrumento*

	<b>Nombre</b>	<b>Grado</b>	<b>Resultado</b>
1	IPARRAGUIRRE FLORES, Neida Rosario	Magister	Aplicable
2	CHIA GONZALES, Katty Lisbeth	Magister	Aplicable
3	HERRERA CALDERÓN, Oscar	Magister	Aplicable

### **3.4.2. Fiabilidad**

La fiabilidad fue determinada a través de las observaciones y registro del mismo dato por dos profesionales diferentes de la misma especialidad. Cuyos registros fueron correlacionados obteniéndose una valoración de 0,899\*\* la cual demuestra que la información recogida es fiable. Ver anexo C.

### **3.5. Procedimientos**

El estudio se desarrolló en base al enfoque cuantitativo, el cual sigue diez fases de desarrollo; las primeras siete fases pertenecieron al procedimiento empleado en el proyecto de investigación; estas se explicarán a continuación:

La primera fase inicio con el desarrollo de *la idea de investigación*, nacida de la observación de un problema específico, le siguió el *planteamiento del problema* y la *revisión de la literatura existente* a fin de conocer las bases teóricas respecto a las variables investigadas; a esto se le sumó la identificación del alcance del estudio, siendo en este caso *causal*; se procedió al *planteamiento de las hipótesis*, diseñadas para dar respuestas tentativas al problema de investigación; al finalizar estos puntos, se dio paso a la identificación del diseño de estudio, en este caso, diseño no experimental de casos y controles de corte transversal que sirvió para definir la población y muestra de estudio.

Luego de realizar lo antes mencionado se dará paso a la octava fase que perteneció a la ejecución del proyecto previa aprobación de los revisores, esta fase inicio con la *recolección de los datos* mediante un documento Ad Hoc, diseñado para la investigación; al concluir esta, se procederá al *procesamiento de datos* mediante procedimientos matemático-estadísticos a fin de atender a cada uno de los objetivos planeados; finalmente, la décima fase correspondió a la elaboración del reporte de los resultados obtenidos a través de tablas académicas con sus respectivas interpretaciones.

Por otro lado, parte del método científico, constó de la recopilación, procesamiento y obtención de los principales resultados, que se contrastaron con los hallazgos de investigadores cuyos estudios previos sirvieron para sustentar la variable central de la investigación, así como a cada uno de los predictores y factores que se contemplaron en el presente estudio, finalizando con la extracción de conclusiones y la presentación de las recomendaciones pertinentes.

### **3.6. Análisis de datos**

Los análisis de datos empleados en el presente estudio estuvieron en función al problema de investigación, alcance y diseño del estudio; los cuales, al estar basados en un estudio de casos y controles, tenían como finalidad central la determinación de si un predictor

representa o no riesgo significativo para la no adherencia al tratamiento de tuberculosis; por lo tanto, la distribución del total de personas que presenten o no tuberculosis y según se encuentren expuestas o no a cada predictor, fueron presentadas en una tabla de dos por dos, mostrando a los casos expuestos y no expuestos y, a los controles expuestos y no expuestos.

Por lo descrito, se pretendió determinar si la presencia de tuberculosis depende o no de la presencia o ausencia de un determinado predictor; para esto, se empleó la prueba Chi cuadrado para independencia de variables cuya fórmula es la siguiente:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^n \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

- fo = Es la frecuencia observada
- fe = Es la frecuencia esperada

Calculando el valor del chí cuadrado, se hallará los grados libertad, restando la unidad al número de columnas y multiplicando dicho valor por el número de filas menos la unidad (g.l.= Número de columnas – 1 x Número de filas – 1) el cual, dio como resultado la unidad (tratándose de una tabla de dos por dos); luego se aplicó la regla de decisión para determinar el valor de probabilidad el cual, si es menor e igual a 0.05, determinará la existencia de dependencia de variables.

Luego, con el fin de determinar la existencia de riesgo significativo para tuberculosis según la exposición a un determinado predictor, se recurrió a la medida del Odds Ratio (OR), que se calcula de la siguiente manera:

**Tabla 4**

*Determinación del Odds Ratio mediante los casos expuesto y no expuestos*

	<b>Casos (SÍ)</b>	<b>Controles (NO)</b>	
Expuestos	a	b	a + b
No expuestos	c	d	c + d
	a + c	b + d	

$$OR = \frac{a/c}{b/d} = \frac{a \times d}{b \times c}$$

Como último procedimiento, se calculó los límites del intervalo de confianza a través de la siguiente fórmula:

$$IC = OR \times e^{\left(\pm 1.96 \times \sqrt{\frac{1}{a} + \frac{1}{b} + \frac{1}{c} + \frac{1}{d}}\right)}$$

**Tabla 5**

*Clasificación del Tipo de asociación según el valor OR y el intervalo de confianza*

<b>Valor OR</b>	<b>Intervalo de confianza</b>		<b>Tipo de asociación</b>
	Inferior	Superior	
= 1			No asociación
> 1	> 1	> 1	Significativo (RIESGO)
< 1	< 1	< 1	Significativo (PROTECTOR)
> 1	< 1	> 1	No significativa
< 1	> 1	< 1	No significativa

### 3.7. Consideraciones éticas

La investigación se desarrolló respetando los parámetros normativos que exige los lineamientos legales, tanto civiles como académicos, siendo los aspectos más importantes la documentación administrativa tanto a la universidad como a centro en el cual se recopiló

información; así mismo, se respetó el consentimiento informado empleado para la respectiva recopilación de los datos. Además, el estudio se rigió según las normas técnicas propuestas por el ministerio de salud (MINSA) para la prevención, promoción, tratamiento y pronóstico de tuberculosis, disminuyendo así la progresiva incidencia y mortalidad a causa de esta enfermedad; además de las repercusiones económicas. Otro punto a tomar en cuenta es que el estudio tomo en cuenta una postura de responsabilidad social y medio ambiente, empleando, en la medida de lo posible, material reciclado y biodegradable.

#### IV. RESULTADOS

Después de recopilar la información mediante el documento diseñado para dicho fin, los datos fueron procesados estadísticamente con el propósito de obtener los principales resultados que atendieron a cada uno de los objetivos planteados en la presente investigación.

**Tabla 6**

*Determinación de los predictores de riesgo para abandono de tratamiento de TBC, derivado de los factores personales.*

Factores personales	Abandono de tratamiento		Prueba	
	Sí	No		
<b>Edad en años</b>	≤25	f 12	38	X <sup>2</sup> =18,021 gl=2 p=0.000
		rt -1,1	,8	
	26-40	f 7	32	
		rt -1,7	1,2	
	≥41	f 25	18	
		rt 2,8	-2,0	
<b>Sexo</b>	Hombre	29	31	p=0.000
	Mujer	15	57	OR: 3,555/ IC (1,660 - 7,613)
<b>Zona de procedencia</b>	Rural	11	8	p=0,014
	Urbana	33	80	OR:2,364 / IC (1.138-4.908)
<b>Nivel de estudio</b>	Básico	34	52	p= 0,125
	Téc. /Sup.	10	36	OR: 1,846 / IC (,840 - 4,059)
<b>Ingreso económico mensual</b>	< S/. 950	32	48	p= 0,044
	≥ S/. 950	12	40	OR: 2,222 / IC (1,014 - 4,872)
<b>Condición laboral</b>	Sí	30	44	p= 0,047
	No	14	44	OR: 2,143 / IC (1,003 - 4,580)
<b>Apoyo emocional – Pareja o pariente cercano</b>	No	34	52	p= 0,039
	Sí	10	36	OR: 2,354 / IC (1,033 - 5,362)
<b>Lejanía del hospital - Casa</b>	Sí	12	8	p= 0,006
	No	32	80	OR: 3,750 / IC (1,402 - 10,032)

*Nota.* Los resultados del análisis de determinación de los predictores de riesgo para el abandono de tratamiento de TBC, derivado de los factores personales.

Respecto al predictor “edad en años” se empleó sólo la prueba chi cuadrado puesto que se trató de una variable de más de dos categorías. La valoración de probabilidad indicó que el abandono al tratamiento de TBC depende de manera significativa de la edad de los pacientes ( $p=0.000$ ), donde los residuos tipificados muestran que las personas mayores de 41 años son más propensas al abandono del tratamiento de tuberculosis; mientras los menores de 40 años no. Asimismo, las valoraciones de probabilidad de la prueba chi cuadrado mostraron que el abandono del tratamiento de TBC, dependen de manera significativa del sexo, la zona de procedencia, ingreso económico mensual, condición laboral, apoyo emocional de pareja y la lejanía del hospital a casa ( $p\leq 0,05$ ) y es independiente del nivel de estudio, siendo ( $p\leq 0,125$ ).

Los resultados del Odds Ratio, señala la existencia de riesgo significativo para abandono del tratamiento, en todos los predictores de dependencia significativa; así, el riesgo que un paciente abandone el tratamiento de TBC es cuatro veces más en cuando el paciente es hombre [OR: 3.555 IC (1.660-7.613)], 2 veces más so procede de una zona rural [OR: 2.364 IC (1.138-4.908)], 2 veces más cuando tiene ingresos mensuales menores a S/. 950 [OR: 2,222 IC (1,014 - 4,872)], 2 veces más cuando tiene empleo [OR: 2,143 IC (1,003 - 4,580)], 2 veces más cuando no cuenta con apoyo emocional de su pareja [OR: 2,354 IC (1,033 - 5,362)] y 4 veces más cuando su vivienda se encuentra lejos del hospital [OR: 3,750 IC (1,402 - 10,032)].

**Tabla 7**

*Determinación de los predictores de riesgo para abandono de tratamiento de TBC, derivado de los hábitos nocivos.*

Factor Hábitos Nocivos	Abandono de tratamiento		Prueba
	Sí	No	
<b>Hábito de fumar</b>	Sí	24	p=0.000 OR: 3,829 / IC (1,773 - 8,266)
	No	20	
<b>Hábito de beber alcohol</b>	Sí	10	p=0,014 OR: 4,020 / IC (1,354 - 11,934)
	No	34	
<b>Consumo de drogas ilícitas</b>	Sí	5	p= 0,028 OR: 5,513 / IC (1,024 - 29,666)
	No	39	

*Nota.* Los resultados de probabilidad de la prueba chi cuadrado presentados en la tabla 2, muestran que el abandono al tratamiento de TBC, dependen de manera significativa de todos los predictores pertenecientes al factor *hábitos nocivos* ( $p \leq 0,05$ ).

La evaluación de los resultados del Odds Ratio, mostró la existencia de riesgo significativo para abandono de tratamiento de TBC en todos los predictores que representaron dependencia significativa. Así, el riesgo para que un paciente abandone el tratamiento de tuberculosis es de 4 veces más si es fumador [OR: 3,829 IC (1,773 - 8,266)], 4 veces más si tiene hábito de beber alcohol [OR: 4,020 IC (1,354 - 11,934)] y 6 veces más cuando es consumidor de drogas ilícitas [OR: 5,513 IC (1,024 - 29,666)].

**Tabla 8**

*Determinación de los predictores de riesgo para abandono de tratamiento de TBC, derivado del factor fisiológico.*

Factores fisiológicos	Abandono de tratamiento		Prueba
	Sí	No	
Mejoría durante el tratamiento	No	20	p=0.001 OR: 3,750 / IC (1,679 - 8,375)
	Sí	24	
Asintomático durante el tratamiento	Sí	21	p=0,028 OR: 2,301 / IC (1,085 - 4,878)
	No	23	

*Nota.* Las valoraciones de probabilidad de la prueba chi cuadrado presentadas en la tabla 3 señalan que el abandono de tratamiento de TBC depende de manera significativa de los dos predictores del Factor fisiológico ( $p \leq 0.05$ ); además, las valoraciones del Odds Ratio, indican la existencia de riesgo significativo para que los pacientes expuestos a los predictores estudiados, abandonen el tratamiento de TBC. Así el riesgo es 4 veces más cuando no ha sentido mejora durante el tratamiento [OR: 3,750 IC (1,679 - 8,375)] y 2 veces más cuando el paciente fue asintomático durante el tratamiento [OR: 2,301 IC (1,085 - 4,878)].

**Tabla 9**

*Determinación de los predictores de riesgo para abandono de tratamiento de TBC, derivado del factor servicio de salud.*

Factores Servicios de salud	Abandono de tratamiento		Prueba
	Sí	No	
Disconformidad con el trato del personal [4vcs]	Sí	34	p= 0,001 OR: 3,898 / IC (1,716 - 8,850)
	No	10	
Disconformidad con el horario de tratamiento	Sí	17	p= 0,026 OR: 2,449 / IC( 1,103 - 5,438)
	No	27	
Disconformidad con el tiempo de espera para la atención	Sí	9	p= 0,038 OR: 2,976 / IC (1,026 - 8,626)
	No	35	
Disconformidad con la duración del tratamiento	Sí	28	p= 0,001 OR: 3,560 / IC (1,668 - 7,599)
	No	16	
Exceso de medicamentos	Sí	38	p= 0,000 OR: 6,333 / IC (2,432 - 16,492)
	No	6	

*Nota.* Por último, en la tabla 4 se puede apreciar que los valores de probabilidad señalan que los cuatro predictores del factor servicio de salud son de influencia significativa para el abandono del tratamiento de tuberculosis ( $p \leq 0.05$ ). La evaluación de riesgo, señala que dicho riesgo es 2 veces más cuando el paciente está disconforme con el trato que recibe del personal [OR: 3,898 IC (1,716 - 8,850)], 2 veces más por el horario programado [OR: 2,449 IC (1,103 - 5,438)], 3 veces más cuando el paciente está disconforme con el tiempo de espera para su atención [OR: 2,976 IC (1,026 - 8,626)], 4 veces más cuando no se encuentran conformes con el tratamiento a seguir [OR: 3,560 IC (1,668 - 7,599)] y 6 veces más cuando el paciente considera excesiva la cantidad de medicamentos que recibe [OR: 6,333 IC (2,432 - 16,492)].

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El estudio se desarrolló en torno a la determinación de los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis; la investigación fue desarrollada en pacientes que acuden al centro de Salud “Breña”.

Como primera finalidad de la investigación se planteó identificar los predictores de riesgo derivado de los factores personales como: sexo, zona de procedencia, nivel de estudios, ingreso económico mensual, condición laboral, apoyo emocional de la pareja, Lejanía entre el hospital y su casa.

El resultado obtenido en la presente investigación, en relación a la edad de los pacientes, muestra que la no adherencia al tratamiento depende de manera significativa de la edad del paciente. Los residuos tipificados señalan que las personas que tienen más de 40 años tienden a abandonar más el tratamiento de TBC comparadas con las de menor edad.

Los estudios realizados en el Perú por Andura (2016) se contradice con los hallazgos del presente estudio puesto que no encuentra que la edad sea un predictor de riesgo significativo para el abandono. Asimismo, los resultados del estudio de Araujo et al. (2015) realizado en Iquitos, si bien no realiza un estudio de riesgo, tampoco encuentra una relación significativa entre la adherencia y la edad. En Lima, los resultados de Dalens (2012), encontró que la mayor frecuencia de abandono del tratamiento se da en personas que tienen de 21 a 40 años de edad; cabe mencionar que estos hallazgos son contradictorios a los resultados presente estudio.

Asimismo, las investigaciones realizadas en el extranjero, tales como los de Torres & Herrera (2015) en Chile, encuentran que las mayores proporciones de abandono se da en el grupo de edad que oscila desde los 15 hasta los 40 años (más del 58%). En Colombia, los hallazgos de Navarro et al. (2013), muestran similitudes con los del presente estudio dado que señalan que los pacientes que tienen de 45 a 54 años de edad tienden a abandonar más el tratamiento comparado con los más jóvenes. En España, los hallazgos de Gallardo et al. (2013),

señalan hallazgos similares a los nuestros dado que los pacientes que tiene de 15 a 37 años de edad tienden a abandonar 3 veces más el tratamiento, mientras que los que tienen de 36 a 65 años de edad, tienden a abandonar 11 veces más el tratamiento (OR 11,3 [5,5-23,2]) y los que tienen de 65 a más años de edad tienden a abandonar 6 veces más el tratamiento de TBC. En Ecuador, Gonzáles (2012) encuentra que las mayores proporciones de abandono se da en pacientes que tienen de 39 a más años de edad; tendencias similares a los del presente estudio.

Los resultados obtenidos en la presente investigación señalan que la no adherencia al tratamiento depende de manera significativa del sexo del paciente. Siendo los hombres quienes abandonan cuatro veces más el tratamiento de TBC comparados con las mujeres.

Investigaciones realizadas en el Perú, tales como la de Anduaga et al. (2017), señala que el sexo del paciente no representa ser de riesgo significativo para el abandono del tratamiento. Por otro lado, los autores cuyos resultados van en la misma tendencia a los nuestros, son Araujo et al. (2014) dado que encuentra que la no adherencia se encuentra significativamente asociada a los varones comparados con las mujeres ( $X^2=4.831$  gl=1  $p=0.028$ ); del mismo modo se encuentran los hallazgos de Dalens (2012), quien encuentra que casi la totalidad de personas que abandonaron el tratamiento fueron hombres (94.6%); Dante et al. (2011) menciona que el abandono al tratamiento se da 2 veces más si el paciente es hombre (OR=1,62; IC: 1,07-2,44).

Del mismo modo, estudios internacionales con los resultados similares a los del presente estudio son los de Torres & Herrera (2015) quien muestra que 4 de cada 5 pacientes que abandonan el tratamiento de TBC son hombres; asimismo, en Colombia; Navarro et al. (2013) señalan que el 65% de pacientes que abandonan el tratamiento son hombres. En Ecuador, Montutaf & Sandoval (2012), encuentran tendencias similares a los de Torres & Herrera (2015). En España; Rueda et al. (2012) indica que los hombres tienen 2 veces más de riesgo para el abandono (OR: 1,65 [1,04-2,60];  $p=0,033$ ). Por otro lado, las investigaciones

cuyos resultados son contradictorios a los nuestros son los de Gallardo et al. (2013) en España, puesto que no encuentra al sexo como un predictor de riesgo significativo para el abandono del tratamiento (OR 1,3 [0,9-1,9]).

Los hallazgos en los resultados del presente estudio, muestran que la no adherencia al tratamiento depende de manera significativa de la zona de procedencia del paciente; existiendo 2 veces más de riesgo en aquellos pacientes que proceden de zona rural comparados con los que proceden de zona urbana.

Estudios realizados en el Perú cuyos resultados tienen semejanza a los nuestros son los de Araujo et al. (2014) en Iquitos, quien señala que la adherencia al tratamiento se asocia notablemente con los pacientes procedentes de zona urbana, mientras que, si bien los pacientes procedentes de zona rural no muestran una clara asociación al abandono, si hay evidencia de que existe una tendencia no significativa hacia dicho abandono de tratamiento.

Asimismo, un estudio realizado en Ecuador por Gonzales (2012) muestra que el abandono del tratamiento se da de manera similar tanto en pacientes de procedencia rural (55.4%) como urbana (46%); resultados que en primera percepción se contradice con nuestros hallazgos, no obstante, haría falta realizar un trabajo comparativo con los que no abandonan para poder reafirmar dicha premisa.

Los resultados de la presente investigación muestran que la no adherencia al tratamiento es independiente a nivel de estudio que puedan tener los pacientes. Además, no se encontró que, el hecho de que los pacientes no hayan alcanzado estudios superiores, no representa riesgo significativo para que este abandone el tratamiento.

Estudios realizados en el Perú cuyos resultados son similares a los de la presente investigación son los de Anduaga et al. (2016) en Lima quienes indican que el riesgo para que los pacientes abandonen el tratamiento de TBC es 23 veces más si es que sólo alcanzaron

estudios de educación básica inicial; Araujo et al. (2014) en Iquitos, señalan que la mitad de los pacientes que abandonaron el tratamiento solo alcanzaron estudios secundarios; Dalens (2012) en Lima, encuentra que nueve de cada diez personas que abandonaron el tratamiento no alcanzaron estudios superiores.

Además, investigaciones realizadas en el extranjero, como la Navarro et al. (2013) en Colombia, muestran que la mitad de los pacientes que abandonaron el tratamiento tenían estudios secundarios; lo que, a juzgar por la porción mencionada por estos autores, la otra mitad de los pacientes sí tuvieron estudios técnicos o superiores; hallazgos que de algún modo son coherentes con los nuestros puesto que al tratarse de la mitad de personas que sí abandonan el tratamiento y la otra mitad no, entonces se puede inferir que no hay una diferencia – en este caso – proporcional. Por otro lado, Montufar y Noboa (2013) en Ecuador, encuentran que la totalidad de los pacientes que abandonaron el tratamiento, no alcanzaron estudios superiores, asunto que de alguna manera es coherente con los hallazgos del presente estudio.

Los hallazgos en el presente estudio muestran que la no adherencia al tratamiento depende de manera significativa del ingreso económico mensual que pueda tener el paciente. Siendo el riesgo dos veces más en aquellos que perciban un ingreso por debajo del salario mínimo comparados con los que tienen mayores ingresos.

Investigaciones realizadas en el Perú, tienen a mostrar hallazgos con semejanza con los de la presente investigación, tal como la de (Anduaga et al., 2016) en Lima, quienes señalan que el riesgo para que una persona abandone el tratamiento es de 4 veces más si es que tiene ingresos por debajo de los S/700.00 nuevos soles (OR= 3,74 IC: 1,34-10,47). Por otro lado, (Dalens, 2012) en Lima, señala que el 85.6% de las personas que abandonaron el tratamiento tienen ingresos familiares menores a S/750.00. (Culqui et al., 2012), si bien no toca específicamente aspectos económicos en su estudio, señala que el riesgo para que un paciente

abandone el tratamiento es 11 veces más si es que su estatus económico se categoriza dentro de los estándares de pobreza (OR=11,24; IC: 4-31,62). Por otro lado (Araujo et al., 2015) en Iquitos señala que el abandono de tratamiento de TBC no depende de manera significativa del ingreso económico; contradiciéndose de esta manera con los resultados del presente estudio.

Investigaciones realizadas en otros países, tales como el de (Navarro et al., 2013); quien señala que todos los pacientes que abandonaron el tratamiento de TBC si contaban con los recursos económicos para adquirirlos; lo que hace suponer que el factor dinero no es determinante para que una persona abandone o no el tratamiento; contexto que se contradice con los resultados del presente estudio.

Los resultados del presente estudio señalan que la no adherencia al tratamiento depende de manera significativa de la condición laboral en la que se encuentra los pacientes; existiendo dos veces más de riesgo para abandono de tratamiento en aquellos pacientes que se encuentran laborando durante el tiempo que dura el tratamiento.

En Lima, (Arriola et al., 2011), encuentran que, del total de pacientes que abandonaron el tratamiento de TBC, el 60% desempeñaba funciones laborales de manera eventual mientras que, del total de pacientes que cumplían con el tratamiento, el 59.6% no laboraba; estos resultados son coherentes con los resultados del presente estudio.

Estudios realizados en el extranjero, tales como el de (Torres & Herrera, 2015) en Chile, encuentra que uno de cada cinco pacientes que abandonan el tratamiento, es debido a aspectos laborales, en un contexto social epidemiológico esta cifra es elevada, por lo que coincide con lo que se encontró en el presente estudio. (Navarro et al., 2013) en Colombia, muestran que casi todos los pacientes que abandonaron el tratamiento de TBC, estaban ligados a un determinado trabajo, bien sea independiente o por contrato permanente o temporal; asunto que se asemeja a las tendencias halladas en la presente investigación. Así, los resultados de

(González, 2012) en Ecuador muestran proporciones similares entre los pacientes que sí llegaron a abandonar el tratamiento y los que no; hallazgos que se contradicen con los del presente estudio.

Los resultados de la presente investigación muestran que la no adherencia al tratamiento depende de manera significativa del apoyo emocional que pueda recibir el paciente por parte de su pareja o una persona cercana; existiendo 2 veces más de riesgo para que el paciente abandone el tratamiento si es que no recibe apoyo emocional.

Investigaciones realizadas en el Perú, tales como el de (Arriola et al., 2011) en Lima, indica que el riesgo para que una persona con tuberculosis abandone el tratamiento es de 3 veces más si es que siente que recibe apoyo por parte de su familia; cabe mencionar que las tendencias de estos resultados son coherentes a los hallazgos del presente estudio.

Un estudio realizado en Ecuador por (González, 2012), señala que cuatro de cada cinco pacientes que abandonaron el tratamiento no reciben apoyo emocional por parte de su familia; estos resultados muestran coherencia con los hallazgos del presente estudio.

Los resultados del presente estudio señalan que la no adherencia al tratamiento de TBC depende de manera significativa de la distancia que hay entre la residencia del paciente y del hospital; existiendo 4 veces más de riesgo de abandono de tratamiento en los pacientes que consideran que su vivienda se encuentra lejos del centro de salud.

El segundo objetivo de la investigación estuvo centrado en identificar los predictores de riesgo derivado del factor hábitos nocivos, tales como: fumar, beber alcohol, drogas ilícitas.

Los resultados hallados muestran que la no adherencia al tratamiento depende de manera significativa del hábito de fumar que tuvo el paciente; existiendo 4 veces más de riesgo de abandono de tratamiento si el paciente es fumador comparados con los que no.

Investigaciones desarrolladas en nuestro medio, tales como el de (Anduaga et al., 2016) en Lima, encuentra que el consumo de tabaco no representa riesgo significativo para que una persona con TBC abandone el tratamiento; asimismo, (Dalens, 2012) encuentra resultados que parecen indicar que el consumo de tabaco no influye notablemente para que una persona abandone el tratamiento. Los resultados de estos dos autores son ampliamente diferentes y contradictorios con los de la presente investigación.

Los hallazgos del presente estudio muestran que la no adherencia al tratamiento de TBC depende de manera significativa del hábito de beber alcohol que tuvo el paciente; existiendo 4 veces más de riesgo para que el paciente abandone el tratamiento si es que éste tiene hábito de beber alcohol, comparados con los que no tienen dicho hábito o no hacen abuso del consumo de dicha sustancia.

Estudios realizados en el Perú, como el de (Anduaga et al., 2016) señala al alcoholismo como un predictor que no es de riesgo significativo para el abandono del tratamiento de tuberculosis; resultado que se contradice notablemente con los hallazgos del presente estudio. No obstante, (Dalens, 2012) en Lima, encuentra que tres de cada cinco pacientes que consumen alcohol tienen a abandonar el tratamiento; resultados cuya tendencia van en concordancia con los hallazgos del presente estudio.

Por otra parte, investigaciones internacionales tales como el de (Torres & Herrera, 2015), muestra que cerca de la mitad de los pacientes que abandonan el tratamiento de TBC tienden a presentar hábitos de consumo de alcohol; situación que se asemeja a lo encontrado en la presente investigación debido la proporción considerable de abandono. Asimismo, (Navarro et al., 2013) en Colombia, señala al hábito de beber alcohol como un predictor que está estrechamente ligado para que una persona con TBC abandone el tratamiento puesto que esto sucedió en la mitad de los pacientes que estudió. En Ecuador, (Montufar & Noboa, 2013),

si bien, en sus conclusiones señala que se trata de que el consumo de alcohol es un predictor de riesgo para el abandono, sólo el 10% de los pacientes que abandonaron el tratamiento tubo este hábito nocivo.

Los hallazgos del presente estudio muestran que la no adherencia al tratamiento depende de manera significativa del consumo de drogas ilícitas que pudo consumir el paciente; existiendo 6 veces más de riesgo para el abandono del tratamiento si es que los pacientes consumen este tipo de sustancias ilícitas.

Los resultados de (Anduaga et al., 2016) señalan que el consumo de drogas no es un predictor de riesgo significativo para que una persona con TBC abandone el tratamiento. Asimismo, (Dalens, 2012) en Lima, señala que uno de tres pacientes que tienen tuberculosis, abandonan el tratamiento debido a que consumen drogas. A juzgar por los hallazgos de estos dos autores, difieren notablemente con los resultados del presente estudio. Por el contrario, en Lima, (Culqui et al., 2012), señala que el riesgo para que un paciente abandone el tratamiento es 4 veces más en aquellos que consumen drogas recreativas (OR=3,74; IC: 1,25-11,14).

Del mismo modo, en Chile, (Torres & Herrera, 2015) señala que uno de cada tres pacientes que abandonan el tratamiento consumen drogas; estos resultados no proceden de un análisis propio de un estudio epidemiológicos más si de un estudio descriptivo, por lo que no se puede extrapolar a una conclusión de determinación de riesgo, no obstante, desde una perspectiva empírica y, tratándose de personas, el 30% de personas que abandonan el tratamiento es una proporción considerable por lo que se puede señalar relativa coherencia con los resultados del presente estudio. En Colombia, (Navarro et al., 2013), también realizó un estudio de compilación en el que menciona información descriptiva donde indica que tres de cada cinco pacientes que abandonan el tratamiento de TBC son consumidores de sustancias psicoactivas. Una proporción similar es hallada por (Montufar & Noboa, 2013) en Ecuador ya

que mencionan que el 57% de los pacientes que abandonaron el tratamiento eran consumidores de drogas.

La tercera finalidad de la investigación estuvo orientada a identificar los predictores de riesgo derivado de los factores fisiológicos durante el tratamiento, tales como: mejoría durante el tratamiento y sintomatología.

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que la no adherencia al tratamiento depende de manera significativa de la mejoría por parte de los pacientes durante la etapa de tratamiento; existiendo 4 veces más de riesgo para que ocurra el abandono si el paciente no percibe mejoras.

Los resultados del presente estudio muestran que la no adherencia al tratamiento depende de manera significativa de los síntomas que pueda percibir los pacientes durante el tratamiento; existiendo 2 veces más de riesgo en aquellos que se muestran asintomáticos durante el tratamiento comparados con los sí se perciben síntomas propios de la enfermedad.

Un estudio realizado en nuestro país por (Dalens, 2012) en Lima, menciona que los pacientes con TBC que abandonaron su tratamiento, experimentaron rasgos como Sarpullidos 7,4% vómitos 30,2%; de lo que se desprende que, en líneas generales uno de cada cinco pacientes abandona el tratamiento debido a que durante el tratamiento experimentan síntomas o rasgos que le incomodan.

Por último, el cuarto objetivo específico de la investigación está centrada en identificar los predictores de riesgo derivado del factor servicio de salud, tales como: *disconformidad con el trato del personal, disconformidad con el horario de tratamiento, disconformidad con el tiempo de espera para la atención*, disconformidad con la duración del tratamiento y, percepción de exceso de medicamentos.

Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran que la no adherencia al tratamiento de TBC depende de manera significativa de la disconformidad que percibe el paciente respecto al trato que recibe del personal hospitalario; existiendo 4 veces más de riesgo para que el paciente abandone el tratamiento para los que no se sienten conformes con el trato del personal.

Un estudio realizado en el Perú por (Dalens, 2012) en Lima, señala que casi la totalidad de los pacientes que abandonaron el tratamiento de TBC señaló no haber recibido malos tratos por parte del personal; por lo que se puede inferir que la presunción de una insatisfacción con el trato del personal no influye para que un paciente abandone el tratamiento; situación contradictoria con los hallazgos del presente estudio. No obstante, haciendo uso del juicio personal y aferrándonos a la lógica de nuestros resultados, el trato interpersonal que pueda tener el personal de salud con los pacientes, no solo determina la eficacia de un determinado tratamiento sino también la continuidad de los pacientes con el mismo.

Los hallazgos para la presente investigación muestran que la no adherencia al tratamiento de TBC depende de manera notable de la disconformidad que percibe los pacientes respecto al horario en que se da el tratamiento; siendo 2 veces más de riesgo para que ocurra dicho abandono en este grupo de pacientes.

Los hallazgos de (Dalens, 2012) en Lima, señala que 4 de cada cinco pacientes que abandonaron el tratamiento de TBC refieren que el horario de atención que brinda un centro de salud es adecuado; por lo que se puede suponer que, para esta investigación, este predictor no es un elemento determinante que se dé dicho abandono, sino que la razón puede estar recayendo en otros aspectos; por lo que, además de ser contradictorios a los del presente estudio.

Los resultados del presente estudio señalan que el tiempo de espera es un predictor que influye de manera significativa para que un paciente abandone el tratamiento de TBC; además,

muestran que el riesgo para que ocurra el abandono es de 3 veces más si el paciente no se muestra conforme con el tiempo de espera.

Los resultados del presente estudio señalan que la no adherencia al tratamiento depende de manera significativa del tiempo que dura el tratamiento; existiendo 4 veces más de riesgo para que el paciente abandone el tratamiento si es que no se encuentra satisfecho con la duración del tratamiento.

Los hallazgos de (Dalens, 2012) en Lima, señalaron que el 88.0% de los pacientes que abandonaron el tratamiento de TBC, tenían conocimiento sobre la duración del tratamiento; por lo que se puede inferir que este indicador es una de las razones por las que los pacientes tienden a abandonar el tratamiento; asunto que va en coherencia con los hallazgos del presente estudio.

Finalmente, la no adherencia al tratamiento depende de manera significativa de del exceso de medicamentos que percibe el paciente; siendo 6 veces más de riesgo para que ocurra dicho abandono.

Los estudios de (Dalens, 2012) en Lima, señalan que siete de cada diez pacientes tienden a considerar que la cantidad de medicamentos es “mucho”, y es precisamente los pacientes que abandonaron el tratamiento. Situación que es coherente con los hallazgos del presente estudio.

## VI. CONCLUSIONES

El riesgo para que un paciente abandone el tratamiento de TBC es cuatro veces más si es que considera que el lugar en el que mora está significativamente lejos del hospital en el que recibe su tratamiento o, si es que el paciente es hombre. Por otro lado, el riesgo que ocurra dicho abandono es dos veces más si es que el paciente procede de una zona rural, y/o no recibe el apoyo emocional por parte de su pareja o personas cercanas, y/o no cuentan con los recursos económicos básicos o que en la actualidad se encuentren laborando. Cabe señalar que los pacientes que tienen de 41 a más años de edad tienden a abandonar más el tratamiento de TBC.

El riesgo para que un paciente abandone el tratamiento de TBC es cinco veces más si es que la persona que tiene la enfermedad consume sustancias psicoactivas ilícitas; cuatro veces más si es que tiene hábitos de beber y/o hábitos de fumar.

El riesgo para que un paciente abandone el tratamiento de TBC es cuatro veces más si es que no experimenta mejoría durante el tratamiento y, dos veces más si es que se muestra asintomático durante el tiempo que se estuvo tratando.

El riesgo para que un paciente abandone el tratamiento de TBC es seis veces más si es que considera que el tratamiento que está llevando conlleva la ingesta de muchos medicamentos; cuatro veces más si es que no se siente conforme con la duración del tratamiento; tres veces más si es que no se siente satisfecho con el tiempo de espera para la atención; y, dos veces más si es que considera que el horario para la atención no es la adecuada.

## **VII. RECOMENDACIONES**

Desarrollar actividades de planeamiento e implementación de programas orientados a fortalecer la adherencia al tratamiento mediante un sistema de sensibilización dirigido a pacientes que tengan sobre todo más de 40 años de edad, sean hombres; asimismo, promover las actividades comunitarias sobre los beneficios de la culminación del tratamiento de TBC dirigidas a los pacientes que proceden de zonas rurales que por lo general son los que consideran que sus viviendas son las más alejadas respecto del hospital.

Elaborar actividades preventivas a los pacientes que son propensos a desarrollar la enfermedad de tuberculosis pulmonar y también a los que ya la padecen, orientando esfuerzos a sensibilizarlos respecto a las consecuencias que tienen los hábitos nocivos como el consumo de alcohol y tabaco, sobre todo cuando una persona con TBC se encuentra en tratamiento.

Brindar orientación a los pacientes que han iniciado el tratamiento, señalándoles que es probable que, a lo largo del mismo, no experimenten mejoras y la importancia de desarrollar componentes de continuidad con dicho tratamiento para el bien suyo y de la sociedad.

A los directivos y autoridades de la entidad, brindar capacitaciones y brindar las condiciones adecuadas que garanticen a los pacientes con TBC se sientan satisfechos con el servicio y de ese modo favorecer la continuidad y culminación de su tratamiento.

## VIII. REFERENCIAS

- Andina. (23 de marzo del 2013). *Más de mil pacientes con tuberculosis abandonan tratamiento cada año*. <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-mas-mil-pacientes-tuberculosis-abandonan-tratamiento-cada-ano-452319.aspx>
- Anduaga, A., Maticorena, J., Beas, R., Chanamé, D., Eramendi, M. y Wiegering, A. (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), pp. 21-28. <http://hdl.handle.net/10757/611313>
- Araujo, V., Arévalo, S., y Torres, R. (2015). *Factores biosociales asociados a la adherencia al tratamiento por tuberculosis pulmonar en dos establecimientos de salud*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Perú.
- Arriola, P., Castillo, T., Quispe, G., & Torres, C. (2011). Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento antituberculoso. *Rev enferm Herediana*, 4(2), pp. 86-92. <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2011/febrero/07%20ANTITUBERCULOSO.pdf>
- Arrossi, S., Belén, M., Greco, A., y Ramos, S. (2011). Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento de la tuberculosis: revisión de la literatura. *Área Salud, Economía y Sociedad* 1(1), pp. 1-37.
- Castro A., Barrero J., García F., Cruz E., Soto J., Pastor A., Die Trill M., García M. y Siso J. (28 de mayo del 2009). La adherencia al tratamiento: Cumplimiento y constancia para la calidad de vida. [foro]. *III Foro diálogos Pfizer-Paciente*, Madrid, España. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pfizer-adherencia-01.pdf>

Centro para el control y prevención de enfermedades. ¿(01 de junio del 2016). *Enfermedad de tuberculosis (TB): Síntomas y factores de riesgo.*

<https://www.cdc.gov/spanish/especialescdc/sintomastuberculosis/>

Culqui, D., Munayco, C., Grijalva, C., Cayla, J., Horna, O., Alva, K., & Suarez, L. (2012).

Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú.

*Archivos de Bronco neumología*, 48(5), pp. 150-155.

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2011.12.008>

Dalens, E. (2012). *Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con*

*tuberculosis. Red de salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos* [Tesis de

Licenciatura, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional Ricardo Palma.

<http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/310>

Gallardo, C., Velázquez, M., Requena, J., Miralles, J., Rigo, M., y Aranaz, J. (2014). Factores

asociados a la adherencia en el tratamiento de la infección tuberculosa. *Atención*

*Primaria*, 46(1), pp. 6-14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.05.009>

García, O. (23-03-2016). Al año se registran 27 mil nuevos casos de tuberculosis en Perú. *El*

*Comercio*. [https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/ano-registran-27-mil-nuevos-](https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/ano-registran-27-mil-nuevos-casos-tuberculosis-peru-175539-noticia/)

[casos-tuberculosis-peru-175539-noticia/](https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/ano-registran-27-mil-nuevos-casos-tuberculosis-peru-175539-noticia/)

Gestión. (24 de marzo del 2016). ¿Cuántas personas mueren de tuberculosis al año en el

Perú? *Diario Gestión*. [https://gestion.pe/tendencias/personas-mueren-tuberculosis-](https://gestion.pe/tendencias/personas-mueren-tuberculosis-ano-peru-115178-noticia/)

[ano-peru-115178-noticia/](https://gestion.pe/tendencias/personas-mueren-tuberculosis-ano-peru-115178-noticia/)

González, E. (2012). *Factores asociados al abandono y adherencia al tratamiento*

*antituberculoso en pacientes detectados en las unidades operativas del área de salud*

*Nº 1 de la ciudad de Tulcán* (Tesis de Licenciatura, Universidad Técnica del Norte).

<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2056/2/06%20ENF%20514%20INFORME%20FINAL%20DE%20TESIS.pdf>

Hernández, R., Fernandez, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ta. ed).

Mc Graw-Hill <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

MedlinePlus (24 de diciembre del 2020). *Tuberculosis pulmonar*.

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000077.htm>

Ministerio de Salud. (28 de marzo del 2017). *Vigilancia de Tuberculosis*.

<https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/vigilancia-de-tuberculosis/#:~:text=En%20el%20Per%C3%BA%20anualmente%20se,de%20tuberculosis%20en%20las%20Am%C3%A9ricas.>

Ministerio de Salud. [MINSAs]. (14 de marzo del 2011). *Situación de la tuberculosis en el Perú*.

[http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=420&Itemid=358](http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=420&Itemid=358)

Molina M., Fernández, A., Rodríguez, M., y López, B. (2012). Factores asociados al abandono del tratamiento de la tuberculosis en la provincia de Granada. *212*(8), pp. 383-388.

Montufar, M., y Noboa, E. (2013). *Factores asociados al abandono de tratamiento en los pacientes nuevos con tuberculosis pulmonar BK+* [Título de licenciatura]. Universidad de Guayaquil, Ecuador.

Navarro, C., Rueda, J., & Mendoza, J. (2013). Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TBC. *Revista Ciencia y Cuidado*, *10*(1), pp. 19-27.

- Mandal, A. (27 de febrero del 2019). *Tratamiento de la Tuberculosis*. News Medical. [http://www.news-medical.net/health/Tuberculosis-Treatment-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Tuberculosis-Treatment-(Spanish).aspx)
- Ocampo, P. (2014). Ocampo-Rujel, P. Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos establecimientos públicos. *IC*, 5(2), pp. 181-191. <https://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/412/304#>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (18 de enero del 2018) ¿Qué es la tuberculosis y cómo se trata? <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/tuberculosis>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (01 de julio del 2003). *El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura*. <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (14 de octubre del 2021). *Tuberculosis*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- Perú 21. (17 de julio del 2013). Alumnos del Instituto Argentina denuncian contagios por tuberculosis. *Perú 21* <https://peru21.pe/lima/alumnos-instituto-argentina-denuncian-contagios-tuberculosis-115892-noticia/>
- Plata, L. (2015). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis. *12*(2), 26-38. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/507>
- Ramos L, C. (02 de marzo del 2015). *Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas*. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1682-00372015000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006)

Sausa, M. (23 de marzo del 2014). Tuberculosis en Perú: Cifra baja, pero seguimos liderando ranking. *Perú 21*. <https://peru21.pe/lima/tuberculosis-peru-cifra-baja-seguimos-liderando-ranking-150262-noticia/>

Torres, Z. y Herrera, T. (2015). Perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile. *Rev Chil Enf Respir*, (33), pp. 52-57.  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-73482015000100008&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-73482015000100008&script=sci_arttext)

## IX. ANEXOS

## Anexo A. Ficha Técnica de instrumento

---

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**


---

**Instrucciones:**

A continuación, se le mostrará una serie de premisas las mismas que tienen dos alternativas las cuales tendrá que responder sombreado el círculo que corresponda a la respuesta. El equipo de investigación le dará las pautas y explicaciones necesarias para que no le quede duda alguna al respecto. Recuerde que los datos brindados son confidenciales y anónimos, por lo que se le pide que no coloque el nombre, DNI, o algún indicador que identifique al paciente.

**F1. Factores personales**

<b>1. Sexo</b> <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	<b>2. Zona de procedencia</b> <input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural	<b>3. Nivel de estudios</b> <input type="radio"/> Básico <input type="radio"/> Téc/Sup
<b>4. Ingreso económico mensual</b> <input type="radio"/> < S/. 850 <input type="radio"/> ≥ S/. 850	<b>5. Condición laboral (Sin trabajo)</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<b>6. Apoyo emocional – Pareja</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<b>7. Lejanía del hospital – Casa</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

Factores	N°	Predicador	Sí	No
Hábitos nocivos	8	Hábito de fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	9	Hábito de beber alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	10	Consumo de drogas ilícitas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fisiología durante el tratamiento	11	Mejoría durante el tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	12	Asintomático durante el tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicio de salud	13	Disconformidad con el trato del personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	14	Disconformidad con el horario de tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	15	Disconformidad con el tiempo de espera para la atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	16	Disconformidad con la duración del tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	17	Exceso de medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Anexo B. Validación de Instrumentos**

JUEZ N°1

Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**Vicerrectorado de  
**INVESTIGACIÓN****CARTA DE PRESENTACIÓN**

Señora Mg: Iparraguirre Flores, Neida Rosario

Presente

Asunto: EVIDENCIA DE VALIDEZ DE CONTENIDO A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTOS

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo egresado de la Maestría de Salud Pública con Mención en Epidemiología, en la Escuela Universitaria de Post Grado de la Universidad Nacional Federico Villa Real, requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para poder desarrollar la investigación para optar el grado de Magister.

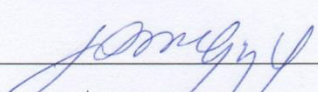
El título de mi proyecto de investigación es: *FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS, EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "BREÑA". 2017*; y siendo imprescindible contar con la aprobación de profesionales especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de Operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.
- Matriz de consistencia

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.

  
DOMINGUEZ HUARCAYA JOSE LUIS

D.N.I. N° 43012762



## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE Y DIMENSIONES

### **Variable:**

#### **Abandono del tratamiento de la tuberculosis**

El tratamiento antituberculoso se basa en regímenes de terapia combinada (varios medicamentos) de corta duración, que han ido mejorando en el transcurso de los años, teniendo en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosis: capacidad bactericida, capacidad esterilizante, y capacidad para prevenir la resistencia. Este tratamiento considera dos fases; La primera de inducción o bactericida: de administración diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida (lográndose destruir al 90% de la población bacteriana en los primeros 10 días) para prevenir la resistencia y con ello el fracaso al tratamiento y; la segunda de mantenimiento o esterilizante: de administración intermitente.

La no adherencia al tratamiento para casos de TBC o abandono del tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la no adherencia deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinar.

#### **Factores asociados al abandono:**

- Factor personal: Reúne un conjunto de predictores propios de una persona tales como características sociodemográficas, laborales y sociales.
- Factor Hábitos nocivos: hace referencia a un conjunto de conductas vinculadas a la educación de hábitos de vida que son adversos para la salud en su uso excesivo.
- Factor fisiología durante el tratamiento: Reúne perspectivas sintomatológicas del paciente durante el tratamiento o el tiempo que ha permanecido en este.
- Factor servicio a la salud: Hace referencia a las situaciones empíricas en la que el paciente ha interactuado con el personal de salud encargado de administrar el tratamiento, y cómo siente el trato hacia su persona.


**Matriz de Operacionalización de las variables.**

FACTOR	INDICADOR	DEFINICIÓN	CATEGORIZACIÓN		ESTADÍSTICO
			Grupo	Medida	
Factor personal	Sexo	Condición biológica que diferencia a los usuarios según su género.	Hombre	Nominal	Odd Ratios Chi cuadrado
			Mujer		
	Zona de procedencia	Zona de la cual está ubicada la vivienda del usuario, ya sea rural o urbana.	Urbana	Nominal	
			Rural		
	Nivel de estudio	Nivel de educación académica alcanzado por el usuario	Básicos	Ordinal	
			Téc./Sup.		
	Ingreso económico mensual	Monto en dinero que percibe el usuario al mes, medido a través del límite de ingreso mínimo.	< S/. 850	Ordinal	
			≥ S/. 850		
Condición laboral (ausencia de trabajo)	Condición laboral en la que se encuentra el usuario que se caracteriza por ausencia de actividad laboral.	Sí	Ordinal		
		No			
Ausencia de apoyo emocional de una pareja	Apoyo emocional de una pareja sentimental del usuario para continuar con el tratamiento.	Sí	Nominal		
		No			
Lejanía entre el hospital y su casa	Distancia extensa entre la vivienda del usuario y el hospital.	Sí	Nominal		
		No			
Hábitos nocivos	Hábito de fumar	Sí	Nominal	Odd Ratios Chi cuadrado	
		No			
	Hábito de beber alcohol	Hábito prolongado y constante de beber alcohol.	Sí		Nominal
No					
Consumo de drogas ilícitas	Hábito constante de consumir drogas ilícitas, como marihuana, pasta, etc.	Sí	Nominal		
		No			
Fisiología durante el tratamiento	Mejoría durante el tratamiento	No	Nominal	Odd Ratios Chi cuadrado	
		Sí			
	Asintomático durante el tratamiento	Percepción del usuario de asintomatología de la enfermedad durante el tratamiento.	Sí		Nominal
No					
Servicio de salud	Disconformidad con el trato del personal	Sí	Nominal	Odd Ratios Chi cuadrado	
		No			
	Disconformidad con el horario de tratamiento	Incomodidad y disconformidad con el horario programado para la cita de tratamiento de la enfermedad.	Sí		Nominal
			No		
	Disconformidad con el tiempo de espera para la atención	Incomodidad y disconformidad con el tiempo que espera el usuario para ser atendido.	Sí		Nominal
No					
Disconformidad con la duración del tratamiento	Incomodidad y disconformidad con el tiempo de duración de todo el tratamiento del TBC	Sí	Nominal		
		No			
Exceso de medicamentos	Consideración excesiva por parte del usuario sobre la cantidad de medicamentos que recibe para el tratamiento de TBC.	Sí	Nominal		
		No			



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

Vicerrectorado de  
**INVESTIGACIÓN**

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: Evaluación de cumplimiento**

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>FACTOR 1: Factores personales</b>							
1	Sexo	✓				✓		
2	Zona de procedencia	✓		✓		✓		
3	Nivel de estudios	✓		✓		✓		
4	Ingreso económico mensual	✓		✓		✓		
5	Condición Laboral (Sin trabajo)	✓		✓		✓		
	Apoyo emocional - Pareja	✓		✓		✓		
7	Lejanía del hospital - Casa	✓		✓		✓		
6	<b>FACTOR 2: Hábitos Nocivos</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
8	Hábito de fumar	✓		✓		✓		
9	Hábito de beber alcohol	✓		✓		✓		
10	Consumo de drogas ilícitas	✓		✓		✓		
	<b>FACTOR 3: Fisiología durante el tratamiento</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
11	Mejoría durante el tratamiento	✓		✓		✓		
12	Asintomático durante el tratamiento	✓		✓		✓		
	<b>FACTOR 4: Servicio de salud</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
13	Disconformidad con el trato del personal	✓		✓		✓		
14	Disconformidad con el horario de tratamiento	✓		✓		✓		
15	Disconformidad con el tiempo de espera para la atención	✓		✓		✓		
16	Disconformidad con la duración del tratamiento	✓		✓		✓		
17	Exceso de medicamentos	✓		✓		✓		



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

## Vicerrectorado de INVESTIGACIÓN

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable  | No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Mg: IPARRAGUIRRE FLORES NEIDA ROSARIO DNI: 07626859

Especialidad del validador: MASTER EN DIRECCION Y ORGANIZACION DE HOSPITALES Y SERVICIOS DE SALUD...

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

\* Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

26 de ..... del 2018

Firma del Experto Informante.



Universidad Nacional  
Federico Villarreal

## Vicerrectorado de INVESTIGACIÓN

### Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	METODO	INSTRUMENTO
Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis, en pacientes que acuden al Centro de Salud "Breña", 2017	<p><b>General</b></p> <p>¿Cuáles son los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis, en pacientes que acuden al Centro de Salud "Breña", 2017?</p>	<p><b>General</b></p> <p>Determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis, en pacientes que acuden al Centro de Salud "Breña", 2017</p>	<p><b>Tipo y diseño</b></p> <p>Enfoque cuantitativo, de tipo explicativo. Diseño no experimental de casos y controles.</p>	Predictores
	<p><b>Específicos</b></p> <p>1 ¿Cuáles son los predictores de riesgo derivado de los factores personales como: sexo, zona de procedencia, nivel de estudios, ingreso económico mensual, condición laboral, apoyo emocional de la pareja, Lejanía entre el hospital y su casa?</p>	<p><b>Población</b></p> <p>Todos los pacientes con diagnósticos de TBC Que iniciaron su tratamiento</p>		
	<p>2 ¿Cuáles son los predictores de riesgo derivado del factor hábitos nocivos, tales como: fumar, beber alcohol, drogas ilícitas?</p>	<p><b>Muestra</b></p> <p>Casos: 22 Controles: 44</p>		
	<p>3 ¿Cuáles son los predictores de riesgo derivado de los factores fisiológicos durante el tratamiento, tales como: mejoría durante el tratamiento y asintomatología?</p>	<p><b>Estadísticos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ODD Ratios</li> <li>• Chi cuadrado</li> </ul>		
<p>4 ¿Cuáles son los predictores de riesgo derivado del factor servicio de salud, tales como: disconformidad con el trato del personal, disconformidad con el horario de tratamiento, disconformidad con el tiempo de espera para la atención, disconformidad con la duración del tratamiento y, percepción de exceso de medicamentos?</p>	<p>4 Identificar los predictores de riesgo derivado del factor servicio de salud, tales como: disconformidad con el trato del personal, disconformidad con el horario de tratamiento, disconformidad con el tiempo de espera para la atención, disconformidad con la duración del tratamiento y, percepción de exceso de medicamentos.</p>			



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de  
Educación Superior UniversitariaDirección de Documentación e  
Información Universitaria y  
Registro de Grados y Títulos

## REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES

GRADUADO	GRADO O TÍTULO	INSTITUCIÓN
IPARRAGUIRRE FLORES, NEIDA ROSARIO DNI 07626859	BACHILLER EN CIENCIAS FARMACEUTICAS Y BIOQUIMICA  Fecha de Diploma:22/07/1996	UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA ASOCIACIÓN CIVIL
IPARRAGUIRRE FLORES, NEIDA ROSARIO DNI 07626859	TÍTULO DE MÁSTER EN DIRECCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE HOSPITALES Y SERVICIOS DE SALUD Fecha de diploma: 19/09/2014 <i>TIPO:</i>  • <i>RECONOCIMIENTO</i>  Fecha de Resolución de Reconocimiento:03/11/2017	UNIVERSITAT POLITECNICA DE VALENCIA
IPARRAGUIRRE FLORES, NEIDA ROSARIO DNI 07626859	QUIMICO FARMACEUTICO Y BIOQUIMICO  Fecha de Diploma:02/02/1998	UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA ASOCIACIÓN CIVIL

JUEZ N° 2



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

Vicerrectorado de  
**INVESTIGACIÓN**

**CARTA DE PRESENTACIÓN**

Señora Mg: KATTY LISBETH CHIA GONZALES

Presente

Asunto: EVIDENCIA DE VALIDEZ DE CONTENIDO A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTOS

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo egresado de la Maestría de Salud Pública con Mención en Epidemiología, en la Escuela Universitaria de Post Grado de la Universidad Nacional Federico Villa Real, requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para poder desarrollar la investigación para optar el grado de Magíster.

El título de mi proyecto de investigación es: *FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS, EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "BREÑA". 2017*; y siendo imprescindible contar con la aprobación de profesionales especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de Operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.
- Matriz de consistencia

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.



---

**DOMINGUEZ HUARCAYA JOSE LUIS**

**D.N.I. N° 43012762**



## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE Y DIMENSIONES

### **Variable:**

#### **Abandono del tratamiento de la tuberculosis**

El tratamiento antituberculoso se basa en regímenes de terapia combinada (varios medicamentos) de corta duración, que han ido mejorando en el transcurso de los años, teniendo en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosis: capacidad bactericida, capacidad esterilizante, y capacidad para prevenir la resistencia. Este tratamiento considera dos fases; La primera de inducción o bactericida: de administración diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida (lográndose destruir al 90% de la población bacteriana en los primeros 10 días) para prevenir la resistencia y con ello el fracaso al tratamiento y; la segunda de mantenimiento o esterilizante: de administración intermitente.

La no adherencia al tratamiento para casos de TBC o abandono del tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la no adherencia deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinar.

### **Factores asociados al abandono:**

- Factor personal: Reúne un conjunto de predictores propios de una persona tales como características sociodemográficas, laborales y sociales.
- Factor Hábitos nocivos: hace referencia a un conjunto de conductas vinculadas a la educación de hábitos de vida que son adversos para la salud en su uso excesivo.
- Factor fisiología durante el tratamiento: Reúne perspectivas sintomatológicas del paciente durante el tratamiento o el tiempo que ha permanecido en este.
- Factor servicio a la salud: Hace referencia a las situaciones empíricas en la que el paciente ha interactuado con el personal de salud encargado de administrar el tratamiento, y cómo siente el trato hacia su persona.


**Matriz de Operacionalización de las variables.**

FACTOR	INDICADOR	DEFINICIÓN	CATEGORIZACIÓN		ESTADÍSTICO
			Grupo	Medida	
Factor personal	Sexo	Condición biológica que diferencia a los usuarios según su género.	Hombre Mujer	Nominal	Odd Ratios Chi cuadrado
	Zona de procedencia	Zona de la cual está ubicada la vivienda del usuario, ya sea rural o urbana.	Urbana Rural	Nominal	
	Nivel de estudio	Nivel de educación académica alcanzado por el usuario	Básicos Téc./Sup.	Ordinal	
	Ingreso económico mensual	Monto en dinero que percibe el usuario al mes, medido a través del límite de ingreso mínimo.	< S/. 850 ≥ S/. 850	Ordinal	
	Condición laboral (ausencia de trabajo)	Condición laboral e la que se encuentra el usuario que se caracteriza por ausencia de actividad laboral.	Sí No	Ordinal	
	Ausencia de apoyo emocional de una pareja	Apoyo emocional de una pareja sentimental del usuario para continuar con el tratamiento.	Sí No	Nominal	
	Lejanía entre el hospital y su casa	Distancia extensa entre la vivienda del usuario y el hospital.	Sí No	Nominal	
Hábitos nocivos	Hábito de fumar	Habito constante de fumar más de 2 cigarrillos al día.	Sí No	Nominal	Odd Ratios Chi cuadrado
	Hábito de beber alcohol	Habito prolongado y constante de beber alcohol.	Sí No	Nominal	
	Consumo de drogas ilícitas	Hábito constante de consumir drogas ilícitas, como marihuana, pasta, etc.	Sí No	Nominal	
Fisiología durante el tratamiento	Mejoría durante el tratamiento	Percepción del usuario respecto a la mejoría durante el tratamiento de TBC.	No Sí	Nominal	Odd Ratios Chi cuadrado
	Asintomático durante el tratamiento	Percepción del usuario de asintomatología de la enfermedad durante el tratamiento.	Sí No	Nominal	
Servicio de salud	Disconformidad con el trato del personal	Incomodidad y disconformidad con el trato que recibe el usuario por parte del personal del hospital donde se atiende la enfermedad del TBC.	Sí No	Nominal	Odd Ratios Chi cuadrado
	Disconformidad con el horario de tratamiento	Incomodidad y disconformidad con el horario programado para la cita de tratamiento de la enfermedad.	Sí No	Nominal	
	Disconformidad con el tiempo de espera para la atención	Incomodidad y disconformidad con el tiempo que espera el usuario para ser atendido.	Sí No	Nominal	
	Disconformidad con la duración del tratamiento	Incomodidad y disconformidad con el tiempo de duración de todo el tratamiento del TBC	Sí No	Nominal	
	Exceso de medicamentos	Consideración excesiva por parte del usuario sobre la cantidad de medicamentos que recibe para el tratamiento de TBC.	Sí No	Nominal	



Universidad Nacional  
Federico Villarreal

Vicerrectorado de  
**INVESTIGACIÓN**

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: Evaluación de cumplimiento**

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>FACTOR 1: Factores personales</b>							
1	Sexo	✓		✓		✓		
2	Zona de procedencia	✓		✓		✓		
3	Nivel de estudios	✓		✓		✓		
4	Ingreso económico mensual	✓		✓		✓		
5	Condición Laboral (Sin trabajo)	✓		✓		✓		
	Apoyo emocional - Pareja	✓		✓		✓		
7	Lejanía del hospital - Casa	✓		✓		✓		
6	<b>FACTOR 2: Hábitos Nocivos</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
8	Hábito de fumar	✓		✓		✓		
9	Hábito de beber alcohol	✓		✓		✓		
10	Consumo de drogas ilícitas	✓		✓		✓		
	<b>FACTOR 3: Fisiología durante el tratamiento</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
11	Mejoría durante el tratamiento	✓		✓		✓		
12	Asintomático durante el tratamiento	✓		✓		✓		
	<b>FACTOR 4: Servicio de salud</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
13	Disconformidad con el trato del personal	✓		✓		✓		
14	Disconformidad con el horario de tratamiento	✓		✓		✓		
15	Disconformidad con el tiempo de espera para la atención	✓		✓		✓		
16	Disconformidad con la duración del tratamiento	✓		✓		✓		
17	Exceso de medicamentos	✓		✓		✓		



Universidad Nacional  
Federico Villarreal

## Vicerrectorado de INVESTIGACIÓN

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI HAY SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: Aplicable  | No aplicable

Aplicable después de corregir  | No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Mg: CHIA GONZALES KATTY LISBETH DNI: 42651461

Especialidad del validador: MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>Ciudadad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

\* Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

.....  
29 Enero .....del 2018

.....  
Firma del Experto Informante.



Universidad Nacional  
Federico Villarreal

## Vicerrectorado de INVESTIGACIÓN

Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	METODO	INSTRUMENTO
Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis, en pacientes que acuden al Centro de Salud "Breña", 2017	<p><b>General</b></p> <p>¿Cuáles son los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis, en pacientes que acuden al Centro de Salud "Breña", 2017?</p>	<p><b>General</b></p> <p>Determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis, en pacientes que acuden al Centro de Salud "Breña", 2017</p>	<p><b>Tipo y diseño</b></p> <p>Enfoque cuantitativo, de tipo explicativo. Diseño no experimental de casos y controles.</p>	Predictores
	<p><b>Específicos</b></p> <p>1 ¿Cuáles son los predictores de riesgo derivado de los factores personales como: sexo, zona de procedencia, nivel de estudios, ingreso económico mensual, condición laboral, apoyo emocional de la pareja, Lejanía entre el hospital y su casa.?</p> <p>2 ¿Cuáles son los predictores de riesgo derivado del factor hábitos nocivos, tales como: fumar, beber alcohol, drogas ilícitas?</p> <p>3 ¿Cuáles son los predictores de riesgo derivado de los factores fisiológicos durante el tratamiento, tales como: mejoría durante el tratamiento y asintomatología?</p> <p>4 ¿Cuáles son los predictores de riesgo derivado del factor servicio de salud, tales como: disconformidad con el trato del personal, disconformidad con el horario de tratamiento, disconformidad con el tiempo de espera para la atención, disconformidad con la duración del tratamiento y, percepción de exceso de medicamentos?</p>	<p><b>Población</b></p> <p>Todos los pacientes con diagnósticos de TBC Que iniciaron su tratamiento</p> <p><b>Muestra</b></p> <p>Casos: 22 Controles: 44</p> <p><b>Estadísticos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ODD Ratios</li> <li>• Chi cuadrado</li> </ul>		



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de  
Educación Superior UniversitariaDirección de Documentación e  
Información Universitaria y  
Registro de Grados y Títulos

## REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES

GRADUADO	GRADO O TÍTULO	INSTITUCIÓN
CHIA GONZALES, KATTY LISBETH DNI 42651461	MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD  Fecha de Diploma:11/07/18	UNIVERSIDAD PRIVADA CÉSAR VALLEJO
CHIA GONZALES, KATTY LISBETH DNI 42651461	QUIMICO FARMACEUTICO Y BIOQUIMICO  Fecha de Diploma:25/09/2008	UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA ASOCIACIÓN CIVIL
CHIA GONZALES, KATTY LISBETH DNI 42651461	BACHILLER EN CIENCIAS FARMACEUTICAS Y BIOQUIMICA  Fecha de Diploma:11/12/2007	UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA ASOCIACIÓN CIVIL

## JUEZ N° 3



Universidad Nacional  
Federico Villarreal

Vicerrectorado de  
**INVESTIGACIÓN**

**CARTÁ DE PRESENTACIÓN**

Señor Mg: Herrera Calderón, Oscar

Presente

Asunto: EVIDENCIA DE VALIDEZ DE CONTENIDO A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTOS

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo egresado de la Maestría de Salud Pública con Mención en Epidemiología, en la Escuela Universitaria de Post Grado de la Universidad Nacional Federico Villa Real, requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para poder desarrollar la investigación para optar el grado de Magister.

El título de mi proyecto de investigación es: *FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS, EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "BREÑA". 2017*; y siendo imprescindible contar con la aprobación de profesionales especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de Operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.
- Matriz de consistencia

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.

  
DOMINGUEZ HUARCAYA JOSE LUIS

D.N.I. N° 43012762



## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE Y DIMENSIONES

### **Variable:**

#### **Abandono del tratamiento de la tuberculosis**

El tratamiento antituberculoso se basa en regímenes de terapia combinada (varios medicamentos) de corta duración, que han ido mejorando en el transcurso de los años, teniendo en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosis: capacidad bactericida, capacidad esterilizante, y capacidad para prevenir la resistencia. Este tratamiento considera dos fases; La primera de inducción o bactericida: de administración diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida (lográndose destruir al 90% de la población bacteriana en los primeros 10 días) para prevenir la resistencia y con ello el fracaso al tratamiento y; la segunda de mantenimiento o esterilizante: de administración intermitente.

La no adherencia al tratamiento para casos de TBC o abandono del tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la no adherencia deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinar.

### **Factores asociados al abandono:**

- Factor personal: Reúne un conjunto de predictores propios de una persona tales como características sociodemográficas, laborales y sociales.
- Factor Hábitos nocivos: hace referencia a un conjunto de conductas vinculadas a la educación de hábitos de vida que son adversos para la salud en su uso excesivo.
- Factor fisiología durante el tratamiento: Reúne perspectivas sintomatológicas del paciente durante el tratamiento o el tiempo que ha permanecido en este.
- Factor servicio a la salud: Hace referencia a las situaciones empíricas en la que el paciente ha interactuado con el personal de salud encargado de administrar el tratamiento, y cómo siente el trato hacia su persona.



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

Vicerrectorado de  
**INVESTIGACIÓN**

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: Evaluación de cumplimiento**

N°	DIMENSIONES / items	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>FACTOR 1: Factores personales</b>							
1	Sexo	/		/		/		
2	Zona de procedencia	/		/		/		
3	Nivel de estudios	/		/		/		
4	Ingreso económico mensual	/		/		/		
5	Condición Laboral (Sin trabajo)	/		/		/		
	Apoyo emocional - Pareja	/		/		/		
7	Lejanía del hospital - Casa	/		/		/		
6	<b>FACTOR 2: Hábitos Nocivos</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
8	Hábito de fumar	/		/		/		
9	Hábito de beber alcohol	/		/		/		
10	Consumo de drogas ilícitas	/		/		/		
	<b>FACTOR 3: Fisiología durante el tratamiento</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
11	Mejoría durante el tratamiento	/		/		/		
12	Asintomático durante el tratamiento	/		/		/		
	<b>FACTOR 4: Servicio de salud</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
13	Disconformidad con el trato del personal	/		/		/		
14	Disconformidad con el horario de tratamiento	/		/		/		
15	Disconformidad con el tiempo de espera para la atención	/		/		/		
16	Disconformidad con la duración del tratamiento	/		/		/		
17	Exceso de medicamentos	/		/		/		



Universidad Nacional  
Federico Villarreal

## Vicerrectorado de INVESTIGACIÓN

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable  | No aplicable   
Apellidos y nombres del juez validador: Dr/ Mg: Herrera Calderon Oscar DNI: 44789288  
Especialidad del validador: MAGISTER EN FARMACOLOGIA NEUROLOGIA EN FARMACOLOGIA EXPERIMENTAL

- <sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- <sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- <sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

\* Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

.../5...del 2018

Firma del Experto Informante.


**Matriz de Operacionalización de las variables.**

FACTOR	INDICADOR	DEFINICIÓN	CATEGORIZACIÓN		ESTADÍSTICO
			Grupo	Medida	
Factor personal	Sexo	Condición biológica que diferencia a los usuarios según su género.	Hombre Mujer	Nominal	Odd Ratios Chi cuadrado
	Zona de procedencia	Zona de la cual está ubicada la vivienda del usuario, ya sea rural o urbana.	Urbana Rural	Nominal	
	Nivel de estudio	Nivel de educación académica alcanzado por el usuario	Básicos Téc./Sup.	Ordinal	
	Ingreso económico mensual	Monto en dinero que percibe el usuario al mes, medido a través del límite de ingreso mínimo.	< S/. 850 ≥ S/. 850	Ordinal	
	Condición laboral (ausencia de trabajo)	Condición laboral e la que se encuentra el usuario que se caracteriza por ausencia de actividad laboral.	Sí No	Ordinal	
	Ausencia de apoyo emocional de una pareja	Apoyo emocional de una pareja sentimental del usuario para continuar con el tratamiento.	Sí No	Nominal	
	Lejanía entre el hospital y su casa	Distancia extensa entre la vivienda del usuario y el hospital.	Sí No	Nominal	
Hábitos nocivos	Hábito de fumar	Habito constante de fumar más de 2 cigarrillos al día.	Sí No	Nominal	Odd Ratios Chi cuadrado
	Hábito de beber alcohol	Habito prolongado y constante de beber alcohol.	Sí No	Nominal	
	Consumo de drogas ilícitas	Hábito constante de consumir drogas ilícitas, como marihuana, pasta, etc.	Sí No	Nominal	
Fisiología durante el tratamiento	Mejoría durante el tratamiento	Percepción del usuario respecto a la mejoría durante el tratamiento de TBC.	No Sí	Nominal	Odd Ratios Chi cuadrado
	Asintomático durante el tratamiento	Percepción del usuario de asintomatología de la enfermedad durante el tratamiento.	Sí No	Nominal	
Servicio de salud	Disconformidad con el trato del personal	Incomodidad y disconformidad con el trato que recibe el usuario por parte del personal del hospital donde se atiende la enfermedad del TBC.	Sí No	Nominal	Odd Ratios Chi cuadrado
	Disconformidad con el horario de tratamiento	Incomodidad y disconformidad con el horario programado para la cita de tratamiento de la enfermedad.	Sí No	Nominal	
	Disconformidad con el tiempo de espera para la atención	Incomodidad y disconformidad con el tiempo que espera el usuario para ser atendido.	Sí No	Nominal	
	Disconformidad con la duración del tratamiento	Incomodidad y disconformidad con el tiempo de duración de todo el tratamiento del TBC	Sí No	Nominal	
	Exceso de medicamentos	Consideración excesiva por parte del usuario sobre la cantidad de medicamentos que recibe para el tratamiento de TBC.	Sí No	Nominal	



Universidad Nacional  
Federico Villarreal

## Vicerrectorado de INVESTIGACIÓN

### Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	METODO	INSTRUMENTO
Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis, en pacientes que acuden al Centro de Salud "Breña", 2017	<p><b>General</b></p> <p>¿Cuáles son los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis, en pacientes que acuden al Centro de Salud "Breña", 2017?</p>	<p><b>General</b></p> <p>Determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis, en pacientes que acuden al Centro de Salud "Breña", 2017</p>	<p><b>Tipo y diseño</b></p> <p>Enfoque cuantitativo, de tipo explicativo. Diseño no experimental de casos y controles.</p>	Predictores
	<p><b>Específicos</b></p> <p>1 ¿Cuáles son los predictores de riesgo derivado de los factores personales como: sexo, zona de procedencia, nivel de estudios, ingreso económico mensual, condición laboral, apoyo emocional de la pareja, Lejanía entre el hospital y su casa?</p> <p>2 ¿Cuáles son los predictores de riesgo derivado del factor hábitos nocivos, tales como: fumar, beber alcohol, drogas ilícitas?</p> <p>3 ¿Cuáles son los predictores de riesgo derivado de los factores fisiológicos durante el tratamiento, tales como: mejoría durante el tratamiento y asintomatología?</p> <p>4 ¿Cuáles son los predictores de riesgo derivado del factor servicio de salud, tales como: disconformidad con el trato del personal, disconformidad con el horario de tratamiento, disconformidad con el tiempo de espera para la atención, disconformidad con la duración del tratamiento y, percepción de exceso de medicamentos?</p>	<p><b>Población</b></p> <p>Todos los pacientes con diagnósticos de TBC Que iniciaron su tratamiento</p> <p><b>Muestra</b></p> <p>Casos: 22 Controles: 44</p> <p><b>Estadísticos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ODD Ratios</li> <li>• Chi cuadrado</li> </ul>		



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de  
Educación Superior UniversitariaDirección de Documentación e  
Información Universitaria y  
Registro de Grados y Títulos

## REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES

GRADUADO	GRADO O TÍTULO	INSTITUCIÓN
HERRERA CALDERON, OSCAR DNI 44789288	BACHILLER EN FARMACIA Y BIOQUIMICA Fecha de Diploma:16/08/2010	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA
HERRERA CALDERON, OSCAR DNI 44789288	QUIMICO FARMACEUTICO Fecha de Diploma:12/01/2011	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA
HERRERA CALDERON, OSCAR DNI 44789288	MAGISTER EN FARMACOLOGIA MENCION EN FARMACOLOGIA EXPERIMENTAL Fecha de Diploma:26/03/15	UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

**Anexo C. Confiabilidad de Instrumentos**

<b>Factores</b>	<b>N° de ítems</b>	<b>Omega de McDonal</b>
Personales	<b>8</b>	0.924
Hábitos nocivos	<b>3</b>	0.816
Fisiología durante el tratamiento	<b>2</b>	0.739
Servicio de Salud	<b>4</b>	0.876

## Anexo D. Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	METODO	INSTRUMENTO
Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis, en pacientes que acuden al Centro de Salud "Breña". 2017	<b>General</b>	<b>General</b>	<b>Tipo y diseño</b>	Predictores
	¿Cuáles son los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis, en pacientes que acuden al Centro de Salud "Breña". 2017?	Determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis, en pacientes que acuden al Centro de Salud "Breña". 2017	Enfoque cuantitativo, de tipo explicativo. Diseño no experimental de casos y controles.	
			<b>Población</b>	
		<b>Específicos</b>	Todos los pacientes con diagnósticos de TBC Que iniciaron su tratamiento	
	¿Cuáles son los predictores de riesgo derivado de los factores personales como: sexo, zona de procedencia, nivel de estudios, ingreso económico mensual, condición laboral, apoyo emocional de la pareja, Lejanía entre el hospital y su casa?	1) Identificar los predictores de riesgo derivado de los factores personales como: sexo, zona de procedencia, nivel de estudios, ingreso económico mensual, condición laboral, apoyo emocional de la pareja, Lejanía entre el hospital y su casa.	<b>Muestra</b>	
	¿Cuáles son los predictores de riesgo derivado del factor hábitos nocivos, tales como: fumar, beber alcohol, drogas ilícitas?	2) Identificar los predictores de riesgo derivado del factor hábitos nocivos, tales como: fumar, beber alcohol, drogas ilícitas.	Casos: 22 Controles: 44	
¿Cuáles son los predictores de riesgo derivado de los factores fisiológicos durante el tratamiento, tales como: mejoría durante el tratamiento y asintomatología?	3) Identificar los predictores de riesgo derivado de los factores fisiológicos durante el tratamiento, tales como: mejoría durante el tratamiento y asintomatología.	<b>Estadísticos</b>		
¿Cuáles son los predictores de riesgo derivado del factor servicio de salud, tales como: disconformidad con el trato del personal, disconformidad con el horario de tratamiento, disconformidad con el tiempo de espera para la atención, disconformidad con la duración del tratamiento y, percepción de exceso de medicamentos?	4) Identificar los predictores de riesgo derivado del factor servicio de salud, tales como: disconformidad con el trato del personal, disconformidad con el horario de tratamiento, disconformidad con el tiempo de espera para la atención, disconformidad con la duración del tratamiento y, percepción de exceso de medicamentos.	ODD Ratios Chi cuadrado		