

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



---

**Tesis:**

**“DETERMINANTES SOCIALES E IRREGULARIDAD DEL  
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ESQUEMA SENSIBLE,  
CUSCO, 2018”**

---

**Para optar al título profesional de Médico Cirujano**

**Presentado por : Helen Evely Bravo Fuentes**

**Asesor : Dr. Oscar Filipo Niño de Guzmán Velarde**

**CUSCO – PERÚ**

**2019**

## **DEDICATORIA**

**Dedico este trabajo a mi amado esposo Xavier Emerson Bayona Figueroa y mi hermosa hija Luana Alessia Bayona Bravo .Por ser la fuerza que me ayuda hacer cada día mejor.**

**A mis padres amados José Edmundo e Isidora, por haberme dado la vida , las enseñanzas que hacen de mi hoy una profesional, una buena madre y hermana mayor y a mis hermanos José Carlos, Gaby y Mijael por haber estado siempre a mi lado apoyándome .**

**Estoy muy agradecida por que son parte de mi vida, los amo.**

## Tabla de contenido

<b>RESUMEN</b> .....	<b>2</b>
<b>CAPITULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>4</b>
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA .....	4
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	6
1.3. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO DEL PROBLEMA .....	7
1.4. ASPECTOS ÉTICOS .....	8
1.5. LIMITACIONES Y VIABILIDAD DEL ESTUDIO .....	8
<b>CAPITULO 2: OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION</b> .....	<b>9</b>
<b>CAPITULO 3: FUNDAMENTOS TEÓRICOS</b> .....	<b>10</b>
3.1. MARCO TEORICO .....	10
3.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	25
3.2.1. <i>Antecedentes internacionales</i> .....	25
3.2.2. <i>Antecedentes nacionales:</i> .....	31
3.2.3. <i>Antecedentes locales:</i> .....	34
3.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS EMPLEADOS .....	35
<b>CAPITULO 4: FORMULACIÓN DE LA HIPOTESIS</b> .....	<b>36</b>
<b>CAPITULO 5: METODOLOGÍA</b> .....	<b>37</b>
5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN: .....	37
5.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: .....	37
5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	37
5.4. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES: .....	39
5.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE .....	41
5.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	46
<b>CAPÍTULO 6: RESULTADOS</b> .....	<b>50</b>
<b>CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN</b> .....	<b>72</b>
<b>CAPITULO 8: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>76</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	<b>79</b>
<b>ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> .....	<b>84</b>
<b>ANEXO 2: CUESTIONARIO</b> .....	<b>85</b>
<b>ANEXO 3: CONTENIDO DE ALCOHOL EN GRAMOS</b> .....	<b>92</b>
<b>ANEXO 4: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>93</b>
<b>ANEXO 5: DOCUMENTOS DE AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACION Y VALIDACION DE CUESTIONARIO</b> .....	<b>94</b>

# RESUMEN

## DETERMINANTES SOCIALES E IRREGULARIDAD DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO, CUSCO, 2018

Helen Evely Bravo Fuentes <sup>(1)</sup>, Oscar Filipo Niño de Guzmán Velarde <sup>(2)</sup>.

**Introducción:** La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa y un problema de salud pública. A pesar de los esfuerzos para su prevención y control, persiste en nuestra sociedad debido probablemente a una serie de determinantes sociales que se ven en nuestra población, y en especial los socioeconómicos, que se ven reflejados en el desarrollo de un país. Esto lleva a los pacientes a no cumplir con regularidad su tratamiento, retardando su curación y generando recaídas y resistencia a antibióticos.

**Objetivo:** Describir los determinantes sociales en relación a la irregularidad del tratamiento en pacientes que reciben terapia antituberculosa esquema sensible en la ciudad de Cusco, 2018.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal. Se incluyó a todos los pacientes que se encontraban recibiendo tratamiento antituberculoso esquema sensible en los centros de salud de la Ciudad de Cusco en el período Agosto – Diciembre de 2018. Los determinantes sociales estudiados fueron nivel socioeconómico, categoría ocupacional, APGAR familiar, nivel de conocimientos, accesibilidad al centro de salud y estilos de vida.

**Resultados:** Se incluyeron 44 pacientes, de quienes 47,73% fueron irregulares en su tratamiento. Los determinantes sociales planteados fueron: Nivel socioeconómico (el 47% de los pacientes en los niveles socioeconómicos bajo inferior y marginal fueron irregulares en su tratamiento), categoría ocupacional el 61% de los que cuentan con algún empleo fueron irregulares con su tratamiento, APGAR familiar, la mayor parte presenta una familia funcional, nivel de conocimientos bajo (52%) y medio (43%) siendo el 50% de ellos irregulares con el tratamiento, accesibilidad al centro de salud no se encontró dificultad, los que presentaban riesgo de consumo de alcohol fueron 100% irregulares con el tratamiento antituberculoso.

**Conclusiones:** El nivel socioeconómico y el consumo alcohólico son determinantes sociales que con mayor frecuencia fueron irregulares con el tratamiento antituberculoso en los centros de salud de la provincia del Cusco.

**Palabras clave:** Determinantes sociales, tratamiento antituberculoso irregular, Estrategia Sanitaria Nacional de TBC (ESN PCT), DOTS

## **ABSTRACT**

### **SOCIOECONOMIC DETERMINANTS AND IRREGULARITY OF THE TUBERCULOSIS STANDARD TREATMENT REGIMEN, CUSCO, 2018**

**Introduction:** Tuberculosis is an infectious disease and a public health problem. Despite the efforts for its prevention and control, it persists in our society probably due to a series of determinants, especially the socioeconomic ones that are reflected in countries development, this leads patients to not comply regularly their treatment, delaying its cure and generating relapse and antibiotic resistance.

**Aim:** To describe the socioeconomic determinants related to irregularity of the tuberculosis standard treatment regimen in Cusco city, 2018.

**Materials and methods:** An observational, descriptive, retrospective and cross-sectional study was carried out. The sampling was non-probabilistic, for convenience. All patients who were receiving sensitive TB treatment in Cusco city health centers during the August - December 2018 period were included. Information was obtained from 44 patients with tuberculosis under treatment. The socioeconomic determinants where: Socioeconomic level, occupational category, Family APGAR, level of knowledge, accessibility to the health center, and lifestyles..

**Results:** 44 patients were included. 47.73% of them received irregular treatment. The social determinants proposed were: Socioeconomic level (47% of the patients in the lower and marginal socioeconomic levels were irregular in their treatment), 61% of the employees were irregular with their treatment, APGAR family, most of them presents a functional family, low level of knowledge (52%) and medium (43%) being 50% of them irregular with treatment, accessibility to the health center was not found difficult, those who presented risk of alcohol consumption were 100% Irregular% with anti-tuberculosis treatment.

**Conclusion:** The socio-economic level and alcohol consumption are social determinants that were more frequently irregular with anti-tuberculosis treatment in the health centers of the province of Cusco.

**Keywords:** Tuberculosis irregular treatment, TBC National (Peruvian) Strategy (ESN PCT).

# **CAPITULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

La tuberculosis (TBC) representa la primera causa de muerte por un agente infeccioso por encima del VIH y la malaria (1). Es causada por la bacteria del complejo *Mycobacterium tuberculosis*; siendo actualmente esta enfermedad una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo según la OMS y en el Perú la décimo quinta causa de muerte según la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT). Según la OPS/OMS, en el año 2016, la incidencia estimada de todas las formas de TBC fue de 116.4 por cada 100,000 habitantes (1,2). En el año 2017 en el Perú hubo 27578 casos nuevos de TBC, 16877 casos como tuberculosis de foco pulmonar (TBCFP); 1335 como tuberculosis multidrogo-resistente (TBMDR ) y 83 casos como tuberculosis extremadamente resistente (TBXDR); Cusco se encuentra dentro de las 12 regiones priorizadas con un alto riesgo de TBC (1).

La TBC sigue siendo una enfermedad persistente y de alta mortalidad en nuestra población. En la región del Cusco, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) la evolución de casos notificados de tuberculosis fue de 665 casos en el año 2007 a 618 casos nuevos en el año 2016 de los cuales 42 fallecieron (3,4). Mientras que en la provincia de Cusco, en el año 2017 se tuvo un total de 173 pacientes, de ellos 132 fueron casos nuevos de TBC pulmonar, 41 de TBC extra-pulmonar, dos casos nuevos de TBMDR y un solo caso de abandono recuperado (1,5).

La evolución de la tuberculosis en el Perú desde el año 1990 al 2017 ha puesto de manifiesto la disminución de la morbilidad por esta causa con la implementación de la estrategia DOTS, sin embargo desde el año 2002 al 2018, según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), se ha observado una conducta estacionaria, el incremento de casos de TBMDR y TB XDR, además de un incremento en la letalidad de la TBC de 2.1 a 3.1. Esto ha colocado al Perú en el primer lugar en el tema de la TBC en las Américas (1).

La salud de la población está condicionada por un conjunto de determinantes sociales, como el medio donde vive, que influiría en la posibilidad de exponerse al contagio como en el desarrollo final de la enfermedad. En nuestro país, los determinantes sociales de salud son la pobreza (inequidad e injusticia social), nutrición, hacinamiento y vivienda, discriminación y exclusión social, empleo, educación, servicios de salud y seguridad social (6).

Las estrategias brindadas por el MINSA no están controlando la TBC, esto es debido a que no solo, es el trabajo de unos cuantos sino de toda la sociedad peruana. Según la Sexta Jornada Científica Internacional de la Tuberculosis llevada a cabo en Lima (Perú) en el 2018, los indicadores que predicen si la TBC está disminuyendo o aumentado en cada país; son los indicadores de desarrollo económico (6).

Existen muchos estudios de investigación pero no suficientes que ayuden a mejorar este problema de salud pública, como el de Zevallos M (7) donde evidenció que un factor asociado al abandono del tratamiento es el tener más de tres irregularidades en la primera fase del tratamiento el cual aumenta 8 veces más el riesgo de abandonar el tratamiento que en aquellos pacientes que asisten en forma regular. Estos hallazgos muestran que la irregularidad ocurre antes que se produzca el abandono del tratamiento antituberculoso y que la determinación de los factores asociados a esta conducta podría ayudar a prevenir la ocurrencia de abandonos e incluso resistencia.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **PROBLEMA GENERAL**

¿Qué determinantes sociales intervienen en la irregularidad de los pacientes que reciben terapia antituberculosa esquema sensible en los centros de salud de la Ciudad de Cusco, 2018?

### **PROBLEMAS ESPECIFICOS**

1. ¿Es irregular el tratamiento en pacientes que reciben la terapia antituberculosa esquema sensible en los centros de salud de la Ciudad de Cusco, 2018?
2. ¿Cuál es el nivel socioeconómico de los pacientes que reciben la terapia antituberculosa esquema sensible en los centros de salud de la Ciudad de Cusco, 2018?
3. ¿Cuál es la categoría ocupacional de los pacientes que reciben la terapia antituberculosa esquema sensible en los centros de salud de la Ciudad de Cusco, 2018?
4. ¿Cómo es el apoyo familiar percibido por los pacientes que reciben la terapia antituberculosa esquema sensible en los centros de salud de la Ciudad de Cusco, 2018?
5. ¿Cuál es el grado de conocimientos sobre tuberculosis en los pacientes que reciben la terapia antituberculosa esquema sensible en los centros de salud de la Ciudad de Cusco, 2018?
6. ¿Cómo es la accesibilidad geográfica de los pacientes que reciben la terapia antituberculosa esquema sensible a los centros de salud de la Ciudad de Cusco, 2018?
7. ¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes que reciben la terapia antituberculosa esquema sensible en los centros de salud de la Ciudad de Cusco, 2018?



### **1.3. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO DEL PROBLEMA**

#### **Viabilidad:**

Es viable por tener la aprobación y autorización respectiva del INIME y la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco (UNSSAC).

#### **Factibilidad:**

Tanto en el aspecto económico, tecnológico, temporal, logístico, ético y de recurso humano, ya que los pacientes a elegir fueron aquellos que estuvieron recibiendo la segunda fase de tratamiento antituberculoso en su centro de salud respectivo, además se contó con las historias clínicas y las fichas de tratamiento. Además, la Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) – CUSCO ha otorgado los permisos correspondientes.

#### **Relevancia:**

Permite conocer la regularidad con la que los pacientes están recibiendo el tratamiento antituberculoso y cómo lo reciben, además de conocer su situación socioeconómica para determinar su importancia en la regularidad del tratamiento.

#### **Utilidad:**

Conocer cuáles son los determinantes sociales que impiden el tratamiento antituberculoso regular de los pacientes y a así poder contribuir a la corrección de estos determinantes.

#### **Propósito:**

Se realizó una encuesta dirigida con el fin de conocer aspectos socioeconómicos de los pacientes que podrían estar asociados a la irregularidad del tratamiento antituberculoso en la provincia del Cusco. Esto nos acerca a conocer la realidad problemática sobre este tema en nuestro medio, guía estudios posteriores y permite realizar algunas recomendaciones.

#### **Finalidad:**

Verificar si hay irregularidad en el tratamiento antituberculoso y determinar diferencias en los determinantes sociales de los pacientes, además analizar qué aspectos de la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis podrían no ser efectivos.

## 1.4. ASPECTOS ÉTICOS

- Se respetó el anonimato de los pacientes en todo momento del proceso de investigación.
- Se obtuvo autorización de la DIRESA - Cusco para llevar el estudio en los centros de salud de la red Cusco Norte y la Red Cusco Sur de la Ciudad del Cusco.
- Se informó a los pacientes por medio del consentimiento informado sobre el estudio de investigación que se realizó, el cual fue firmado por los participantes.
- El presente estudio está fundado en los principios éticos de la declaración de Helsinki: autonomía, respeto, no maleficencia, beneficencia y justicia.

## 1.5. LIMITACIONES Y VIABILIDAD DEL ESTUDIO

### Limitaciones

- Inasistencia de pacientes a sus centros de salud durante el período de estudio.
- Dificultad en la obtención adecuada de datos de pacientes adultos mayores que podrían tener algún grado de déficit cognitivo lo que podría producir un posible sesgo de información.
- Escaso número de casos en el tiempo de estudio
- Solo se estudiara los determinantes socioeconómicos de los pacientes

La **viabilidad** del estudio es segura porque:

- La información es factible de obtenerse, es económicamente afrontable.
- Los centros de salud son accesibles.
- Se cuenta con permiso de la Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis de la DIRESA - CUSCO.

## **CAPITULO 2: OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

### **OBJETIVO GENERAL**

Analizar los determinantes sociales en relación a la irregularidad del tratamiento en pacientes que reciben terapia antituberculosa esquema sensible en los centros de salud de la Ciudad de Cusco, 2018.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Determinar la irregularidad del tratamiento en pacientes que reciben terapia antituberculosa esquema sensible en los centros de salud de la Ciudad del Cusco, 2018.
2. Describir el nivel socioeconómico de los pacientes que reciben tratamiento antituberculoso esquema sensible en los centros de salud de la Ciudad del Cusco, 2018.
3. Determinar la categoría ocupacional de los pacientes que reciben tratamiento antituberculoso esquema sensible en los centros de salud de la Ciudad del Cusco, 2018.
4. Medir la percepción del apoyo familiar en pacientes que reciben tratamiento antituberculoso esquema sensible en los centros de salud de la Ciudad del Cusco, 2018.
5. Determinar el grado de conocimientos sobre tuberculosis en pacientes que reciben tratamiento antituberculoso esquema sensible en los centros de salud de la Ciudad del Cusco, 2018.
6. Evaluar la accesibilidad geográfica de los pacientes que reciben tratamiento antituberculoso esquema sensible a los centros de salud de la Ciudad del Cusco, 2018.
7. Conocer los estilos de vida de los pacientes que reciben tratamiento antituberculoso esquema sensible en los centros de salud de la Ciudad del Cusco, 2018.

## **CAPITULO 3: FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

### **3.1. MARCO TEORICO**

La TBC es una enfermedad infectocontagiosa que ha causado la mayor mortalidad de los seres humanos en la historia y es un gran problema de salud pública por lo que se la ha considerado como parte del sexto objetivo del milenio junto con el VIH/SIDA (6,8). Esta enfermedad es causada por la bacteria del complejo de *Mycobacterium tuberculosis* y es un problema de salud pública, sin embargo es una enfermedad prevenible y curable (1,9). Esta enfermedad suele afectar a los pulmones en un 67 % y 33% a otros órganos (10,11). Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia anual de la TBC a nivel mundial está disminuyendo lentamente, alrededor de 1,5% desde el año 2000; sin embargo, el número absoluto de casos de TBC se viene incrementando (1).

Por etapas de vida, la tuberculosis se encuentra más en los años más productivos de la vida que vendría a ser entre los 15 y 44 años de edad, con una razón hombre/mujer de 2/1. Estos datos corresponden a la población económicamente activa (PEA) (2,10)

Probablemente el alto riesgo de TBC en nuestro país puede ocurrir por una inadecuada captación de sintomáticos respiratorios, un alto porcentaje de abandonos de tratamiento, baja cobertura de exámenes de contactos y baja cobertura de terapia preventiva de TBC.

Adicionalmente barreras culturales, consumo de alcohol y/o drogas, miedo a la estigmatización, la falta de apoyo social; son factores que pueden contribuir a un mal pronóstico, al incumplimiento incluso llegando al abandono del tratamiento y generando complicaciones de la enfermedad como resistencia y en muchos casos la muerte (10).

## **DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD**

La OMS define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen", incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana.(12) Pero las sociedades por lo general, están organizadas de tal manera que establecen y mantienen desigualdades en la forma en que sus integrantes acceden a las posibilidades de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud. Las inequidades se presentan no solo entre países, sino también entre ciudades de un mismo país, e incluso entre la población de una misma ciudad (13).

El modelo de Dahlgren y Whitehead, explica la producción de las inequidades en salud dentro de la población por interacciones determinantes entre un núcleo y cuatro diferentes niveles.(13)

Los DSS están integrados por dos tipos de determinantes involucrados:

**Determinantes estructurales de salud o determinantes estructurales de las inequidades en salud**, comprenden las condiciones del contexto social, económico y político, así como la gobernanza, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales, las políticas públicas, la cultura y los valores sociales, y las condiciones que generan la gradiente de la posición socioeconómica, como la clase social, el sexo, la etnicidad, la educación, la ocupación, el ingreso y otros estratificadores, los cuales determinan y condicionan la inequidad social en salud según la posición socioeconómica del individuo, su familia y su entorno social.

Los determinantes estructurales de salud están constituidas por el contexto socioeconómico y político, y la posición socioeconómica constituye lo que se denomina también «determinantes sociales de las inequidades en salud». Ambos actúan influyendo el uno en el otro, retroalimentándose mutuamente, con lo que consolidan las condiciones de inequidad en salud existentes en la población.(13)

### **Determinantes intermedios de la salud**

Los determinantes estructurales operan condicionando a los determinantes intermedios de la salud. Por lo que trabajar solo con estos determinantes intermedios dará resultados limitados y tendrá un impacto reducido y de efectos poco sostenibles (OPS, 2012).

Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el propio sistema de salud. Comportándose de manera diferente en cada individuo y su entorno según la posición social que le ha tocado vivir (OPS, 2012).

- *Condiciones materiales*: Comprenden la calidad de la vivienda y del vecindario, las posibilidades de consumo (acceso a medios financieros para adquirir alimentos saludables,

ropa apropiada, etc.), así como la situación laboral, oportunidades y condiciones de trabajo, y el entorno físico el cual se estudiara de forma conjunta en el nivel socioeconómico y su categoría ocupacional del paciente.

- *Factores conductuales y biológicos.* Relacionados con los estilos de vida, saludables o no, los hábitos que repercuten en la salud como el sedentarismo y el consumo de tabaco, alcohol, drogas u otras adicciones e inclusive factores biológicos, tales como los genéticos. En este ítem se estudiara como estilos de vida a los hábitos tóxicos de los pacientes.

- *Factores psicosociales.* Son las circunstancias asociadas con las condiciones de tensión, de vida y relaciones estresantes, así como el acceso al apoyo y redes sociales, este ítem lo estudiaremos como el APGAR familiar.

- *Cohesión social.* Se refiere a la confianza y respeto mutuos que existen entre los diversos grupos y sectores de la sociedad. Contribuye a la manera en que las personas valoran su salud.

Los DSS son estudiados desde hace tiempo atrás (OMS, 1974). El primero fue Lalonde donde expone conceptual y teóricamente la promoción de la salud como una estrategia del Gobierno para solucionar problemas de salud mediante el cambio de comportamientos y el desarrollo de políticas públicas saludables. La estrategia incluye el fortalecimiento de la acción comunitaria con la finalidad de actuar sobre distintos escenarios en los que las personas viven cotidianamente.

Cuatro años después, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Atá, se estableció la definición estándar del derecho a la salud, la cual considera a la salud como el logro más alto posible de bienestar y cuya realización exigía la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos (OMS, 1978). Así se llevaron 8 conferencias internacional de promoción de salud donde abordan los determinantes de salud en el mundo.

Quedando enmarcada dentro de las estrategias de la OMS.

Se utilizaron, para tal fin, los trabajos de Michael Marmot y Richard Wilkinson, quienes influyen técnica y políticamente en la comunidad científica internacional, al crear una comisión alterna al trabajo de OMS que estudie el impacto de la equidad y justicia social en los países desarrollados, en vías de desarrollo y en los países subdesarrollados (Wilkinson & Marmot, 1998).

El resultado del informe final (OMS, 2009) estableció cuatro recomendaciones para actuar sobre las principales inequidades sociales: (i) mejorar las condiciones de vida; (ii) luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; (iii) medir la magnitud del problema, analizarlo; y (iv) evaluar los efectos de las intervenciones.

Por lo que la TBC es un producto de esta inequidad en salud, en un análisis aplicado a 22 países con alta carga de TBC (80% de la TBC mundial) determinaron que los factores de riesgo para la infección de la TBC son aquellos que deterioran el sistema inmunológico como VIH, desnutrición, diabetes, alcoholismo, drogas, tabaquismo, la contaminación del aire, siendo los del estrato bajo los más afectados (12).

Las reducciones más dramáticas de TBC han ocurrido cuando los avances económicos, sociales y médicos se han producido en conjunto (12).

Se estudiarán los siguientes determinantes sociales:

## A. NIVEL SOCIOECONÓMICO

El nivel socioeconómico se basa en la integración de distintos rasgos de las personas o sus hogares, cuya definición varía según países y momentos históricos. Sin embargo, el nivel o estatus socioeconómico es una medida total que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona y de la posición económica, individual o familiar en relación a otras personas. Esto puede incluir tres aspectos básicos: ingresos económicos, nivel educativo y ocupación (14).

El desarrollo de un país es determinante en esta enfermedad, pues los estratos socioeconómicos bajos y el analfabetismo ocasionarían un mayor porcentaje de tratamiento irregular llevando, incluso, a un abandono futuro de éste (15–17).

En el Perú, la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM) adopta una metodología similar a la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública (AMAI), que crearon una metodología para evaluar el nivel socioeconómico conocido como Regla 13x6, modificada en el 2008 como la Regla 10x6, para evaluar el estrato socio-económico. Entre los años 2011-2012 se reformuló este instrumento con las variables y datos tomados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH-2004) desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Permitiendo así tener información de niveles socioeconómicos para todo el país (14).

El nivel socioeconómico de una familia se determina a partir de tres aspectos básicos: ingresos económicos, nivel educativo y ocupación de los padres. Las dimensiones y variables sobre el nivel socioeconómico son las siguientes:

- Instrucción del Jefe de Familia: Se refiere al nivel educativo o de estudios alcanzados por ambos padres o tutores.
- Comodidades del hogar: tenencia de Bienes (aparatos electrónicos, electrodomésticos), servicios domésticos o comunicaciones (telefonía fija, celular) propiedad de la familia, que suponen un patrimonio
- Características de la vivienda: conjunto de materiales con que la vivienda ha sido construida (techo, paredes y piso), reflejo de la situación social y económica
- Acceso a salud en caso de requerir hospitalización.
- Ingreso económico de la familia.
- Hacinamiento: representada por 2 sub escalas: el número de habitantes y el número de habitaciones del hogar disponibles para dormir.



**Tabla 1.** Niveles Socioeconómicos según categorías y niveles nacionales.

Rango de puntajes en la versión APEIM y la versión Modificada 2011 – 2012 (14)

NIVELES	NSE	CATEGORIA	Puntaje
Nivel 1	A	Alto	33 o más puntos
Nivel 2	B	Medio	27-32 puntos
Nivel 3	C	Bajo superior	21-26 puntos
Nivel 4	D	Bajo inferior	13-20 puntos
Nivel 5	E	Marginal	5-12 puntos

**Fuente:** Vera-Romero E, Vera-Romero M. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque.

## **B. CATEGORÍA OCUPACIONAL:**

Las categorías ocupacionales están conformadas por la población económicamente activa (PEA) que vendrían a ser todas las personas en edad de trabajar (PET) que en la semana de referencia se encontraban trabajando (ocupados) o buscando activamente trabajo (desocupados) (16). En el Perú en los años 2013 y 2014 , 25439 afectados por TB ,fueron personas sin empleo, jubilados y preescolares (10).

Se define como persona en edad de trabajar (PET) a toda persona apta en cuanto a la edad mayor de 14 años para ejercicio de funciones productivas en el Perú (16).

Las categorías ocupacionales son seis, como se muestra a continuación:

- **Empleador / patrono:** Es aquella persona que es titular o director en la explotación de una empresa, negocio o profesión y tiene trabajadores remunerados a su cargo.
- **Empleado:** Es el trabajador que se desempeña de preferencia en actividades de índole no manual, presta sus servicios a un empleador público o privado, y que percibe, generalmente, una remuneración mensual (sueldo).
- **Obrero:** Se denomina así, al trabajador que desempeña actividades de carácter manual, que trabaja para un empleador público o privado, y que percibe, generalmente, una remuneración semanal (salario).
- **Trabajador independiente:** Es aquella persona que trabaja en forma individual o asociada, explotando una empresa, negocio o profesión, y que no tiene trabajadores remunerados a su cargo.

- **Trabajador del hogar:** Es la persona que presta servicios en una vivienda particular y recibe una remuneración mensual por sus servicios, y generalmente recibe alimentos.
- **Trabajador familiar: No Remunerado (TFNR):** Es la persona que presta sus servicios en una empresa o negocio, con cuyo patrón o dueño tiene lazos de parentesco, sin percibir remuneración. En algunos casos recibe propina u otras formas de pago diferentes a sueldo, salario o comisiones.

**Nota:** los trabajadores que prestan servicios domésticos (lavado, cocina, limpieza, etc.) para una empresa o establecimiento público o privado, y no para una familia particular, debe ser considerado obrero y no trabajador del hogar (16).

### C. APOYO FAMILIAR

El grupo familiar es la fuente más importante con respecto al apoyo para todos los miembros de la familia ya que actúa como un eslabón y un regulador del intercambio entre el medio social y el individuo. Un soporte importante para el proceso de las enfermedades y la sanación de las personas.

Cuando la familia conoce del proceso de la o las enfermedades y se involucra en el tratamiento, la persona enferma tiene un mejor pronóstico de recuperación. Por ello, las intervenciones terapéuticas que se realicen deben estar orientadas al restablecimiento de la armonía en las relaciones de la familia. Por lo que el apoyo familiar es fundamental para sobrellevar cualquier enfermedad, especialmente como la tuberculosis (17,18).

Con respecto al presente estudio, se evaluó el grado de disfunción familiar mediante el instrumento denominado APGAR familiar, que mide cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, por lo que es usado en la atención primaria de salud (APS) (19).

**Componentes del APGAR familiar:** Está formado por 5 elementos:

- **Adaptación:** Es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
- **Participación:** o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
- **Gradiente de recursos:** Es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
- **Afectividad:** Es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.

- **Recursos o capacidad resolutive:** Es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

#### **Interpretación del puntaje:**

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

#### **D. GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD:**

Se define como la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida desde su nacimiento hasta su muerte como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto, originando cambios en su forma de pensar y actuar. El aprendizaje se lleva a cabo básicamente a través de dos formas: la informal, mediante las actividades ordinarias de la vida llamado conocimiento vulgar , es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad y suele completarse con otros medios de información y la formal o conocimiento científico que viene a ser aquella que se imparte en el sistema educativo que incluye al nivel inicial, primario, secundario y terciario donde se organizan los conocimientos científicos brindándonos un conocimiento verdadero. Esto permitiría que se tomen medidas al respecto y que actúen tomando las medidas preventivas (20,21).

En nuestro país se carecen de medios económicos y el respaldo educativo necesario para brindar el cuidado óptimo en el hogar a los enfermos de tuberculosis pulmonar, enfermedad de mayor incidencia en los sectores más populares donde el grado de instrucción es bajo. Por qué se vio que las personas mejor educadas suelen interesarse sobre sus problemas de salud, asistiendo a las consultas médicas más oportunamente y seguir mejor las indicaciones terapéuticas, por lo cual pueden contribuir constructiva o negativamente en el proceso salud-enfermedad (20,21).

En este estudio se realizara un cuestionario sobre nivel de conocimientos sobre tuberculosis, confeccionado por Huaynates, consistiendo en 20 preguntas, con un puntaje asignado de 2 puntos por cada pregunta bien contestada y cero para la incorrecta, se usó el punto de corte el percentil 50 (igual 20 puntos) para conocimiento bajo, percentil 50-75 (21-30 puntos) para conocimiento medio y percentil 75 (mayor 30 puntos) conocimiento alto (20).

## **E. ACCESIBILIDAD AL CENTRO DE SALUD**

El cumplimiento terapéutico es complicado en la mayoría de las enfermedades infecciosas como en el caso de la tuberculosis ya que el paciente acude a tomar sus medicamentos de forma diaria al establecimiento de salud, debido a la estrategia DOTS. En algunos casos, los pacientes deben desplazarse largas distancias, pero lo más frecuente es que el paciente acuda a tomar sus medicamentos en los lugares más cercanos a su domicilio o centro de trabajos (5). Sin embargo; existen lugares del país donde no hay oferta de servicios y por tal motivo los pacientes deben desplazarse a pie, por una hora y media o más, este desplazamiento es más dificultoso si en el lugar donde radica el paciente hay lluvias o temperaturas extremas. Por lo que en el estudio se tomara como accesibilidad al centro de salud el medio de transporte y tiempo en que demora al llegar a su centro de salud para recibir su tratamiento.

## F. ESTILOS DE VIDA

Las prácticas poco saludables son incompatibles con el tratamiento antituberculoso. Se ha visto en países con un alto nivel de desarrollo humano que los pacientes más afectados por tuberculosis son los pacientes que presentan hábitos nocivos, como el alcoholismo y el consumo de drogas parenterales. Además, el abandono del tratamiento es más probable en pacientes que tienen hábitos de tabaquismo, alcoholismo y drogadicción, así como los pacientes presidiarios (22). Por otro lado, se ha visto hallazgos contradictorios con respecto al riesgo de muerte en pacientes tuberculosos con hábitos tóxicos, sobre todo en cuanto al abuso del alcohol (23,24).

Para la evaluación de estas conductas, utilizaremos en el presente estudio las siguientes definiciones e instrumentos:

- a) **Para el hábito de fumar (tabáquico):** Los cuestionarios son los métodos más usados para monitorizar el consumo de tabaco. Se ha sugerido que estos cuestionarios deben incluir la forma de uso (cigarrillos, puros, tabaco para pipas, etc.) (25). Sin embargo, en nuestro medio, las formas de uso diferentes a los cigarrillos son infrecuentes por no decir inexistentes, por ello su uso (en caso de que hubiera) se consideró como consumo de cigarrillos.

La OMS propone las siguientes categorías para los patrones de consumo de tabaco(25):

- **No fumadores:** Persona que nunca ha fumado
- **Ex – fumadores:**
  - Ocasionales: Personas que en el pasado fumaron más de 100 cigarrillos, pero nunca lo hicieron diario.
  - Diarios: Personas que en el pasado fumaron más de 100 cigarrillos y lo hicieron diariamente.
- **Fumadores actuales:** cualquiera de las siguientes categorías.
  - Fumadores en reducción: Personas que en algún momento fumaban diario, pero actualmente ya no lo hacen con la misma frecuencia.
  - Experimentadores: Personas que en toda su vida han fumado menos de 100 cigarrillos, y que actualmente fuman de manera ocasional.
  - Fumadores continuos: Personas que nunca han fumado diario, que han fumado al menos 100 cigarrillos, y que en la actualidad fuman ocasionalmente.

- Fumador diario: Personas que fuman todos los días.

Adicionalmente, es importante conocer el tiempo de exposición al tabaco. En un cuestionario aplicado anteriormente en otro estudio toma en consideración la exposición en los últimos seis meses, el inicio del consumo (tres años o menos, de cuatro a cinco años, de seis a siete años y de ocho a más años) y el número de cigarrillos consumidos en un día (dos o menos, de tres a cinco, de seis a ocho, y nueve o más) (26). Según el cuestionario ASSIST de la OMS se ha considerado como exposición reciente un periodo de tres meses anteriores a la aplicación del cuestionario. (Ver Anexo 1)

- b) **En cuanto al hábito de consumo de alcohol:** La evaluación de consumo de bebidas alcohólicas se realizó en base a la unidad de bebida estándar (UBE) que es la cantidad de bebida alcohólica que contiene en promedio 10 gramos de alcohol puro (Ver Anexo 2). Se usó el Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos – ISCA (que evalúa el consumo de riesgo de bebidas alcohólicas) que se ha validado en español y se ha determinado que su uso se puede hacer complementario al instrumento AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) e incluso independiente de él. Actualmente ISCA es el instrumento de elección para detección de consumo de riesgo de alcohol en la práctica clínica habitual (27,28). Se determinará el consumo de riesgo en base a la siguiente tabla, de acuerdo a los valores estandarizados en Europa que son los mismos para Perú según la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA.

**Tabla 2. Valores de consumo de riesgo de alcohol.**

	<b>Consumo diario</b>	<b>Consumo semanal</b>	<b>Consumo por ocasión</b>
<b>Mujeres y mayores de 65 años</b>	> 2 UBE	>17 UBE	≥ 4 UBE
<b>Varones</b>	≥ 4 UBE	> 28 UBE	≥ 6 UBE

Fuente: Gual A, et al. Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos: un nuevo instrumento para la identificación prematura de bebedores de riesgo.

**UBE: Unidad de bebida estándar.**

- c) **En cuanto al hábito de consumo de drogas:** Este se evaluó mediante el instrumento DAST-10 (Drug Abuse Screening Test - versión corta) que fue adaptada al español y

para la que se ha asignado un punto de corte de  $\geq 3$  para discriminar entre consumo y dependencia de sustancias (29). (ver Anexo 5)

## G. TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

Toda persona afectada por tuberculosis debe recibir atención integral en el EESS durante todo su tratamiento que incluye: atención médica, atención por enfermería, asistencia social, psicología, salud sexual y reproductiva, evaluación nutricional y exámenes auxiliares basales (30,31).

**Esquemas de tratamiento para TB :**La administración de los esquemas de tratamiento anti-TB es responsabilidad del personal de salud y es de lunes a sábado, incluido feriados según la norma técnica .El esquema de tratamiento inicial debe ser ratificado o modificado dentro de los **30 días calendario** de haberse iniciado, de acuerdo a los resultados de las pruebas de sensibilidad rápidas a isoniacida y rifampicina (30,31).

El tratamiento se basa en diversos regímenes de terapia combinada con tres propiedades fundamentales: bactericida, esterilizante y de prevenir resistencia.

Se cuenta con cuatro esquemas de tratamiento siendo el primero el esquema uno o esquema sensible:

- **Esquema para adultos y niños:**

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

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

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

En la segunda fase se debe administrar 54 dosis **tres veces por semana** (lunes, Miércoles y viernes o martes, jueves y sábado) por 4 meses (30).

- **Esquema para TB extrapulmonar con compromiso del SNC, miliar u osteoarticular:** En estos casos la duración del tratamiento es de 2 meses la primera fase y 10 meses la segunda fase.

**Primera fase:** 2 meses (HRZE) diario (50 dosis)

**Segunda fase:** 10 meses (HR) diario (250 dosis)

- **Indicación para pacientes con TB con infección por VIH/SIDA:**

- Paciente VIH con TB pulmonar frotis positivo o negativo,

- Pacientes VIH con TB extrapulmonar, excepto compromiso SNC y osteoarticular.
- Pacientes VIH nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados)

Esquema:

- i. Primera Fase: 2 meses (HREZ) diario (50 dosis) +
- ii. Segunda Fase: 7 meses (HR) diario (175 dosis)
  - a. El esquema debe administrarse durante 9 meses: 50 dosis diarias en la primera fase (de lunes a sábado) y 175 dosis diarias en la segunda fase, (de lunes a sábado). Debe garantizarse el cumplimiento de las 225 dosis programadas.

### **Administración del tratamiento antituberculoso:**

En todas las personas con TBC es obligatorio observar la toma de medicamentos para conseguir la eliminación, el menor riesgo de resistencia y con ello evitar el fracaso. Esto es el denominado tratamiento directamente observado en boca, DOTS. El paciente al inicio de su tratamiento debe recibir orientación y consejería y debe firmar el consentimiento informado antes del inicio del tratamiento. Los medicamentos deben administrarse de lunes a sábado (incluido feriados), una (01) hora antes o después de ingerir alimentos. En días feriados, el EESS debe implementar estrategias locales para cumplir con la administración del tratamiento correspondiente de manera supervisada (30).

Debe garantizarse el cumplimiento total de las dosis programadas. Si el paciente no acude a recibir la dosis correspondiente, el personal del EESS debe garantizar su administración dentro de las 24 horas siguientes y continuar con el esquema establecido.

Mencionar al comité de evaluación de retratamiento intermedio (**CERI**) evalúa y aprueba la realización de pruebas de sensibilización de fármacos antituberculosos de segunda línea, como el ingreso a retratamiento estandarizado para TBMDR y en pacientes con RAFA (1).

**Irregularidad al tratamiento antituberculoso:** No ingesta de 3 dosis programadas continuas o alternadas durante la primera fase del tratamiento o de 5 dosis continuas o alternas durante todo el tratamiento de esquemas para TB sensible (30).



## Procedimientos para el inicio y monitoreo del tratamiento Antituberculosis

### a. TB sensible Procedimiento para el inicio del tratamiento en TB sensible

El inicio de tratamiento para TB sensible debe ser dentro de las 24 horas posteriores al diagnóstico. El procedimiento comprende los siguientes pasos:

1. Realizar la consulta médica y evaluación de factores de riesgo para TB resistente.
2. Verificar que la muestra de esputo para PS rápida (en TB pulmonar) esté en proceso.
3. Obtener consentimiento informado.
4. Solicitar la batería de exámenes auxiliares basales.
5. Realizar entrevista de enfermería.
6. Registrar el caso en el libro de seguimiento de pacientes que reciben medicamentos de primera línea.

### b. Monitoreo de la respuesta al tratamiento para TB sensible

El control médico debe ser realizado al inicio, al primer mes, segundo mes y al término del tratamiento. La baciloscopía mensual es obligatoria en todos los casos: Toda muestra de esputo cuya baciloscopía resulte positiva durante la segunda fase de tratamiento debe ser remitida para cultivada y el caso debe ser evaluado por el médico consultor. Todo paciente al término de tratamiento debe tener una baciloscopía y cultivo de control (30).

A todo paciente que al finalizar la primera fase de tratamiento (segundo mes) y presenta **baciloscopía positiva** se debe: Solicitar prueba de sensibilidad rápida a isoniacida y rifampicina por métodos moleculares o fenotípicos. Solicitar cultivo de esputo, si es positivo debe repetirse mensualmente.

- Prolongar la primera fase hasta que se disponga del resultado de la prueba de sensibilidad rápida.
- Referir al médico consultor con el resultado de la PS rápida para su evaluación respectiva.

Es muy importante tomar de forma correcta el tratamiento ya que la tuberculosis resistente a los medicamentos es más difícil y más costosa de tratar.

### **Salud mental en la persona afectada por TB**

A todo paciente se le debe aplicar una ficha de tamizaje para descartar problemas de depresión, violencia y consumo de alcohol y otras drogas en EESS del primer nivel de atención. Si el tamizaje saliera positivo, el paciente pasará al servicio de salud mental y al médico general para su evaluación respectiva (32).

## 3.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.2.1. Antecedentes internacionales

**López – Palacio J,** (Colombia-2017)“**Determinantes sociales de la salud en pacientes con tuberculosis-Manizales-Colombia 2012-2014**”.(33) Es un estudio descriptivo, que analizó las circunstancias sociales y de salud de 273 pacientes .Obtuvieron información de fichas epidemiológicas, registros programáticos y certificados de defunción. La recolección de la información se realizó en el segundo semestre del 2016 con cohortes consolidados. Los resultados obtenidos mostraron que el 60% eran varones, la edad promedio para todo el grupo fue de 46, 2 años, el 91,2% con residencia urbana,8,4% con vulnerabilidad social extrema, el 92% tenían educación secundaria o menos, el 55,2% pertenencia al estrato bajo , el 93% afiliados al sistema de salud; el 80,2% con tuberculosis pulmonar; el 12,8% con asociación de VIH-sida; el 95,6% pacientes nuevos al ingreso; egresaron del programa, 33,7% curados; 39,9% terminado; 8,4% fracaso o abandono y 13,9% fallecidos. La incidencia en comunas osciló entre 0,9 y 4.4 por 10 000 personas/año. Concluyendo que la presencia y persistencia de la tuberculosis está relacionada con las condiciones materiales de vida de las clases sociales, las personas con tuberculosis tienen en común determinantes que los caracterizan socialmente, que influye en la mortalidad, letalidad, e incidencia.

**Martínez Hernández Y et al.** (Reynosa, Tamaulipas-México, 2014) **(17)” Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar”** (17).Se hizo un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, realizado en la unidad de medicina familiar de Reynosa, Tamaulipas. México. Se incluyó total de 57 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar; con predominio del sexo masculino y siendo la edad mínima de 18 años y la máxima de 83 con una media de 39±12 año. Se obtuvo que el 12% abandono su tratamiento, de este grupo 75% tuvo disfunción familiar, el 92.2% refirió afectación en su vida personal después del diagnóstico de tuberculosis, el 21% de los pacientes tenía un nivel socioeconómico muy bajo y el 37% bajo. Concluyendo: que el nivel socioeconómico bajo, la baja escolaridad, el rechazo social, la falta de conocimiento sobre la enfermedad y la falta de adherencia al tratamiento, incrementan hoy en día el número de casos de tuberculosis multidrogorresistente.

**Yin J et al (Zhejiang, China-2014).** [**“La relación entre el apoyo social, la interrupción del tratamiento y el resultado del tratamiento en pacientes con tuberculosis multirresistente en China”**].(34) Se hizo un estudio retrospectivo de cohortes inscrito en el programa del Fondo Mundial entre el 1 de enero de 2009 y el 30 de junio de 2014 en Zhejiang, China. Se examinó la asociación entre el apoyo social y los resultados del tratamiento y el efecto mediador del cumplimiento de la medicación. De 218 participantes, 144 (66%) fueron tratados con éxito y 59 (27%) tuvieron una baja adherencia. La terapia de observación directa (DOT) tuvo un efecto indirecto positivo sobre el éxito del tratamiento, mediando a través de la adherencia a la medicación mientras que el apoyo financiero tuvo un efecto positivo directo e indirecto en el éxito del tratamiento, que fue mediado por una escala de apoyo social. Concluyendo que las entrevistas indicaron un bajo rendimiento del DOT; estigmatizaciones y falta de apoyo psicológico. El DOT y el apoyo financiero fueron estrategias efectivas para mejorar los resultados exitosos del tratamiento en pacientes con TB-MDR, pero no consideraron las perspectivas de los pacientes. Existe una necesidad urgente de un apoyo psicológico consistente y específico para los pacientes con TB-MDR en sus comunidades.

**Dueñas M y Cardona D (Colombia 2012-2013)** **“Factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis”**(35). Hicieron un estudio descriptivo transversal de 174 registros de pacientes del programa de control de la tuberculosis y de 15 entrevistas a los pacientes que no cumplían con el tratamiento durante el periodo comprendido entre junio de 2012 y junio de 2013. Resultados. El cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar fue de 94,8 % y fue mayor en los pacientes del régimen contributivo ( $p=0,035$ ). El incumplimiento del tratamiento fue de 5,2 %. En quienes no cumplieron el tratamiento la intolerancia fue mayor. La falta de apoyo familiar, el abandono del trabajo, el impacto económico y la insatisfacción con la oportunidad de la atención en la institución de salud, fueron factores determinantes en el incumplimiento del tratamiento.

**Arrosi S et al. (Argentina -2012) “Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina”**(36). Cuyo objetivo fue identificar las características sociodemográficas de los pacientes y las características del tratamiento que influyen en la no-adherencia al tratamiento antituberculoso. Estudio de corte transversal, donde se encuestaron 38 pacientes que no adhirieron al tratamiento y 85 pacientes que adhirieron al tratamiento, diagnosticados durante el año 2007 esto en los municipios seleccionados de la Región Sanitaria VI del AMBA, región que concentra el 13% del total de casos notificados en el país ,de los cuales se obtienen los siguientes resultados :indicando que los pacientes con viviendas sin agua, tuvieron 3 veces más probabilidad de no adherencia (OR=2,8; IC95% 1,1-6,9). Asimismo, los pacientes que realizaban los controles en un hospital tuvieron 3 veces más riesgo de no adherir que los que los realizaban sus controles en sus centros de atención primaria (OR=3,2; IC95% 1,1-8,9). Concluyendo que los pacientes que tienen más riesgo de no-adherencia, son los pacientes en condiciones de pobreza, y que tengan dificultades de acceso a la atención de su salud.

**Krasniqi S et al. (Kosovo-2012). “Adhesión al tratamiento de la tuberculosis en pacientes de Kosovo”**.(37) Estudio descriptivo donde se realizó cuestionarios estandarizados a un total de 324 pacientes. El objetivo de este estudio fue investigar la tasa de adherencia al tratamiento antituberculoso e identificar los factores relacionados con la eventual falta de adherencia entre los pacientes con tuberculosis .Estudio que se realizó durante 12 meses, a 324 pacientes. Demostrándose que la edad y el lugar de residencia tienen un efecto sobre la adherencia al tratamiento. Además, el conocimiento del pronóstico del tratamiento, la dosis diaria, los efectos secundarios y la duración del tratamiento también juegan un papel. Esto también se reflejó en el conocimiento sobre el cumplimiento con la administración regular de medicamentos antituberculosos, la satisfacción con el tratamiento, la interrupción de la terapia de TB y el monitoreo profesional en la administración de medicamentos antituberculosos.

**Mangveep Ibrahim L y cols (Platea, Nigeria- 2011),“Factores asociados con la interrupción del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en el estado de Platea, Nigeria ”(38)** Este estudio exploró los factores que afectan la adherencia al tratamiento entre pacientes sometidos a observación directa del tratamiento de TB en el estado de Platea, Nigeria. Se revisaron los registros médicos y realizaron entrevistas a los pacientes con TBC pulmonar, los que fueron seleccionados al azar en su octavo mes de tratamiento. Los pacientes informaron sobre las características clínicas, sociodemográficas y de comportamiento del personal de salud. De 378 registros revisados, 229 (61%) pacientes eran varones; la edad promedio  $37.6 \pm 13.5$  años donde 71 pacientes que representan el (19%) interrumpieron su tratamiento. Concluyendo que las principales razones de la interrupción del tratamiento fueron: la falta de transporte (40%), no sentirse bien con el personal de salud (25%), también se reveló la falta de conocimiento de los pacientes sobre la duración su tratamiento, la distancia y la actitud de los trabajadores de salud como los principales determinantes de la no adherencia al tratamiento antituberculoso.

**Mendonça y colaboradores (Río de Janeiro ,Brasil-2005-2009) (39).** Titulado “**Tratamiento de la infección latente de tuberculosis y factores socioeconómicos en niños y adolescentes**”(39). Realizado en el Hospital Municipal de Jesús-Brasil en los años (2005-2009), que tuvo como propósito analizar el riesgo de abandono de la terapia durante seis meses en menores de 15 años, donde se estudiaron 245 casos de los cuales 62 abandonaron dicho tratamiento ,los factores socioeconómicos identificados fueron el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del lugar de residencia y el contacto con adultos que no estaban siendo sometidos a anti-TB tratamiento (porque se observó que la adherencia de los niños a IPT estaba relacionada con la propia experiencia de sus cuidadores con TB porque les enseñaban a comprender la gravedad de la enfermedad y quienes evitaban que vivieran una experiencia así. Concluyendo que la relación de abandono de la IPT estaba en relación con el nivel socioeconómico y con el entorno familiar completo.

**Cáceres F y Orozco L (Colombia – 2007)“Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso”(9).** Se hizo un estudio observacional de seguimiento entre los años 2002 al 2003; donde los participantes debían estar en capacidad de contestar una entrevista y dar su consentimiento para realizarla siendo entrevistados al ingreso y posteriormente seguidos hasta el abandono, la muerte o el egreso del programa. La variable de salida fue tiempo al abandono. Se calcularon las tasas de abandono y las curvas de supervivencia. Se les hizo seguimiento a 261 personas, de los cuales el 14,9% de los pacientes abandonaron el tratamiento. Dentro de los factores protectores encontrados fueron el apoyo familiar y recibir tratamiento donde se le hizo el diagnóstico y Los factores de riesgo fueron: inicio de síntomas mayor de dos meses, estrato socioeconómico bajo, tener entre 21 y 30 años, haber estado detenido, tener más de dos faltas al tratamiento y tener VIH.

**Salazar C et al. (Colombia, Medellín-2004). “Factores de riesgo para el abandono del tratamiento contra la tuberculosis en la ciudad de Medellín enero 2000-junio 2001” (40).**Se realizó un estudio analítico observacional de casos y controles, por un periodo de 18 meses. Los pacientes de estudio fueron los que estaban recibiendo tratamiento antituberculoso esquema sensible y que suspendieron su tratamiento por un mes o más, los controles fueron los pacientes que culminaron el tratamiento. Sus resultados mostraron a 89 pacientes con abandono de tratamiento de los cuales 19 pacientes solo ingresaron al estudio. Las razones de pérdida fueron: no vivir en el lugar indicado, habían fallecido, algunos eran indigentes sin dirección. La asociación con el abandono de tratamiento fue con: consumo de alcohol durante el tratamiento ,tener otro vicio y dificultades para ir al centro de salud .Concluyendo que debe seguirse rigurosamente a los pacientes del control de TBC, mediante llamadas o visitas , para mantener un vínculo permanente con el personal de salud y reducir el riesgo de abandono.

**Álvarez Gordillo G,** (México -2003) **“Estrategia educativa para incrementar el cumplimiento del régimen antituberculoso en Chiapas, México”**(40). En este estudio se tuvo el objetivo de aplicar un plan de capacitación para médicos y pacientes y evaluar su eficacia en términos del cumplimiento por parte de los pacientes con tratamiento antituberculoso. Se realizó un estudio en pacientes mayores de 15 años entre el 1 de febrero de 2001 y el 31 de enero de 2002. La muestra estuvo formada por pacientes que acudieron por demanda de consulta en ese período a 23 y 25 unidades de salud para cada uno de los grupos en estudio: intervención y control, respectivamente. Se calculó el riesgo relativo (RR) de no cumplir y sus intervalos de confianza de 95%. Se observó que los médicos de la región fronteriza de Chiapas enfocan su actividad hacia la medicina curativa, más que a la preventiva y a la comprensión de las causas sociales de las enfermedades. Conclusiones: fueron transmitir una visión integral de los problemas de salud a los médicos y mejorar la relación médico-paciente, abrir espacios educativos y participación comunitaria que permitan enfrentar de manera global los problemas de salud pública. Si se conociera de mejor manera los factores asociados al incumplimiento del tratamiento antituberculosos la enfermedad sería mejor controlada por los médicos y los programas.

**Anibarro L et al.** (Pontevedra-España - 2002) **” Factores sociales de riesgo para la falta de cumplimiento terapéutico en pacientes con tuberculosis en Pontevedra”**(41). Se hizo un análisis descriptivo de los enfermos de tuberculosis con Factores sociales de riesgo (FSR) diagnosticados entre 1996 y 2002. Se consideró FSR la presencia de aislamiento social (alcoholismo, uso de drogas por vía parenteral, presidiario, sin domicilio fijo sin techo e inadaptación social) o la inmigración. De los 775 casos de Tuberculosis, 156 pacientes (20,1%) tenían algún FSR, 24 eran inmigrantes, 14 no tenían domicilio fijo, 11 se consideraron con inadaptación social y 10 eran presidarios. La proporción de pacientes con una situación final satisfactoria (curación bacteriológica o tratamiento finalizado) fue significativamente mayor en el grupo de pacientes sin FSR. La administración directamente observada del tratamiento a los pacientes con FSR no mejoró de manera significativa debido a que tienen una mayor probabilidad de presentar una situación final no satisfactoria. La presencia de FSR entre los enfermos con tuberculosis es baja en nuestro medio pero existe una incipiente tendencia al aumento de enfermos inmigrantes procedentes de países con mayor prevalencia de tuberculosis.



### 3.2.2. Antecedentes nacionales:

**Herrera Laura J** (Pisco – 2018),” **Factores asociados al incumplimiento del tratamiento antituberculoso en pacientes del Centro de Salud San Juan De Dios Pisco**”(42). Realizó un estudio cuantitativo de alcance correlacional y corte transversal, donde se consideró a 30 pacientes que estaban recibiendo tratamiento antituberculoso recolectando información mediante encuesta y análisis documental. Dentro de los resultados obtenidos: siendo los factores favorables los sociodemográficos y los psicosociales ambos en un 53 % en cambio los factores desfavorables fueron los económicos y los relacionados al tratamiento ambos con un 63% y los factores institucionales desfavorables en un 53%. El incumplimiento que presentaron los pacientes según esquema de tratamiento fueron de la siguiente manera: Nulo alcanzó 47%; poco frecuente 30% y 23% de pacientes incumple frecuentemente. Conclusiones: Existe asociación entre los factores y el incumplimiento del tratamiento antituberculoso.

**Roldán R et al.** (Perú-Chimbote; 2017). “**Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antituberculoso en la Microred Magdalena Nueva" – Chimbote**”(43). Estudio descriptivo-analítico, cuantitativo, retrospectivo y de corte trasversal. Fue realizado este trabajo la deficiente adherencia al tratamiento antituberculoso siendo esta una barrera principal para el control de esta enfermedad. Siendo el objetivo de este estudio identificar estos factores, y pretendiendo encontrar como factores: bajo nivel de conocimiento e insatisfacción del usuario frente a la atención del personal de salud. Encontraron los siguiente resultados: los pacientes que no tuvieron adherencia al tratamiento representaron el 47.3%, encontrando que como factor primordial fue el consumo de sustancias nocivas representando el 11.39% y como factor extrínseco fue el apoyo familiar siendo el 4.811%.

**Zevallos Romero M** (Perú-Lima-2017) “**Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso esquema I en la Red de Salud San Juan de Lurigancho**”(7). Fue un estudio de casos y controles, apareado por edad, sexo y establecimiento donde recibieron tratamiento. Se seleccionaron como casos 285 pacientes mayores de 15 años que abandonaron tratamiento antituberculoso y como control pacientes que concluyeron la farmacoterapia (razón 1:2) durante el periodo 2009-2012. Dentro de sus resultados se identificaron como factores predictores de abandono del tratamiento antituberculoso: sexo femenino (OR:1.57/1.07-2.31), vivir menos de 5 años en la zona (OR:2/1.5-2.9), tener máximo secundaria incompleta (OR:2.51/1.82-3.45), trabajo/ingreso inestable (OR:1.42/1.01-2.01), disnea (OR:2.44/1.05-5.67), consumo de alcohol (OR:2.58/1.79-3.71), consumo de tabaco (OR:2.64/1.74-4.01), no ser evaluado por médico, enfermera y nutricionista (OR:8.01/2.11-30.8), tener >3 irregularidades (OR:2.67/1.01-7.04), y no acudir después de la primera visita por inasistencia (OR:5.2/2.06-13). Concluyendo que su manejo debe ser multidisciplinario, integral e individualizado, así como realizar visitas domiciliarias de rescate de manera oportuna y consecutivas ante la primera irregularidad al tratamiento.

**Peña Grosso V**, (Lima-2015) ” **Factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes que asisten al Hospital Huaycán, febrero - marzo del 2015**”(44). El trabajo de investigación de diseño prospectivo, cuantitativo y descriptivo transversal. Su muestra fue no probabilístico por conveniencia, que consto de 50 pacientes adultos. Con prioridad del sexo masculino, encontrándose que la no adherencia al tratamiento antituberculoso fue de 34% y 66% mostraron adherencia al tratamiento. Los factores de riesgo del paciente para la no adherencia al tratamiento antituberculoso fueron: género del paciente (OR: 3,750), problemas judiciales (OR: 2,143), abandonó del tratamiento anteriormente (OR: 1,567) y las veces que no asistió a recibir su tratamiento (OR: 36,800). Los factores de riesgo de servicio de salud para la no adherencia al tratamiento antituberculoso fue: abandonaría su tratamiento (OR: 4,267); el estilo de vida para no adherencia al tratamiento: consume cigarrillo (OR: 5,306) y consumo de alcohol (OR: 7,500).

**Dalens Remigio E** (Lima-2012) **“Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis. Red de Salud Lima Norte. Rímac-San Martín-Los Olivos”** (45). Estudio de tipo cuantitativo, método observacional, diseño descriptivo realizado en la Red de Salud Rímac-San Martín-Los Olivos. La población estuvo conformada por todos los pacientes en abandono de tratamiento en el primer semestre 2010, donde 70 pacientes fueron la muestra de estudio. En los resultados: Se estudiaron 258 casos. El abandono de tratamiento fue predominantemente masculino (94,6%), siendo que el 45% tenía edad entre 21-40 años y el 60,9% estaba en condición 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. Concluyendo que el sexo masculino el 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 fueron las causas de su abandono de tratamiento.

**Arriola Huerta P et al.** (Perú-Lima - 2011) **“Factores asociados a la Asistencia del paciente al tratamiento antituberculoso”**(45). El objetivo de este estudio fue determinar algunos factores asociados a la asistencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del Programa de Control de Tuberculosis (PCT) en el Hospital de Puente Piedra y en Centro Materno Infantil Zapallal de Puente Piedra en el año 2008. La población de estudio fue de 77 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar entre los 18 - 60 años inscritos en el PCT. La recolección de datos se obtuvo mediante una ficha de revisión documental y un cuestionario estructurado. Su análisis fue con el programa SPSS. Dentro de los resultados el 39% presenta siendo los factores asociados a la discontinuación fueron: 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); factores que se están considerando dentro del incumplimiento del tratamiento antituberculoso de este estudio.

### 3.2.3. Antecedentes locales:

**Cárdenas Carbajal N (Cusco-2017) “Factores asociados a adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis en centros de salud de la ciudad de Cusco 2017”**(46). Estudio retrospectivo, transversal, analítico y observacional de 46 pacientes que recibieron tratamiento antituberculoso en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de 6 Centros de Salud de la ciudad de Cusco. Datos que fueron obtenidos de cuadros estadísticos y la forma de relacionar las variables fue mediante la prueba de chi cuadrado, obteniéndose además la significancia de asociación entre las variables, el riesgo relativo y el intervalo de confianza. Dentro de los resultados obtenidos 56,5% tuvieron una adherencia adecuada al tratamiento frente a un 43,5% que no. Las variables que muestran asociación con la adherencia al tratamiento son: aparición de Reacciones Adversas con  $p=0,001$ ;  $RR=3,364$  con IC (95%) que oscila entre 2,050-5,520. Apoyo familiar con  $p=0,017$ ;  $RR=0,381$  con IC (95%): 0,259-0,560. Disponibilidad de Personal con  $p=0,011$ ;  $RR=0,438$  con IC (95%): 0,237-0,806. Concluyendo en este estudio que las Reacciones Adversas es un factor de riesgo para la adherencia al tratamiento, por el contrario, el Apoyo Familiar y la Disponibilidad del Personal son factores protectores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis en los seis centros de salud de la ciudad del Cusco 2017.

En la búsqueda sistemática bibliográfica, solo se ha encontrado una publicación de antecedentes locales no encontrándose más estudios.

### 3.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS EMPLEADOS

- 3.3.1. Determinantes sociales de salud:** Circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen”, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana.
- 3.3.2. Tratamiento antituberculoso irregular:** : No ingesta de 3 dosis programadas continuas o alternadas durante la primera fase del tratamiento o de 5 dosis continuas o alternas durante todo el tratamiento de esquemas para TB sensible
- 3.3.3. Estrategia de TBC** Son los coordinadores y responsables de la tuberculosis de todos los niveles de atención de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN PCT).
- 3.3.4. DOTS:** Tratamiento corto directamente observado.
- 3.3.5. Desigualdad e Inequidad en salud:** La desigualdad es sencillamente una descripción dimensional que se emplea cada vez que las cantidades son desiguales, mientras que el segundo requiere emitir un juicio moral de que la desigualdad está mal.
- 3.3.6. Brechas:** Utilizado para nombrar rotura, resquicio o abertura. Se puede usar en diferentes ámbitos como usar en sentido simbólico para nombrar algo que comienza a perder certeza o seguridad.
- 3.3.7. Inmigrante:** Según la real academia española, es la persona que se instala en un lugar distinto de donde vivía dentro del propio país, en busca de mejores medios de vida.
- 3.3.8. Población vulnerable:** Son aquellas que, por distintos motivos, no tienen desarrollada la capacidad para prevenir, resistir y sobreponerse de un impacto y, por lo tanto, se encuentran en situación de riesgo.

## **CAPITULO 4: FORMULACIÓN DE LA HIPOTESIS**

El presente estudio no cuenta con hipótesis debido al nivel del proceso de investigación en el cual está enmarcado. Pues no es propósito de este trabajo de investigación explicar, buscar fuerzas de asociación ni dirección de asociación entre la variable irregularidad del tratamiento antituberculoso con los factores socioeconómicos encontrados en la literatura. Sino, más bien, explorar la situación de la irregularidad del tratamiento en el medio local.

## **CAPITULO 5: METODOLOGÍA**

### **5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

Observacional, descriptivo, transversal.

### **5.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:**

Se realizó un estudio descriptivo, transversal de pacientes que están recibiendo tratamiento antituberculoso en el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis (PCT) de los centros de salud de la Ciudad de Cusco durante el período Agosto – Diciembre de 2018.

### **5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

**POBLACIÓN:** La población de estudio está conformada por los pacientes que reciben tratamiento antituberculoso esquema sensible en los centros de salud de la Ciudad de Cusco en el período Agosto – Diciembre de 2018.

La Región del Cusco se localiza en el corazón de la sierra sur del país, abarcando zonas de sierra y selva, entre las coordenadas geográficas de Latitud Sur de 10°13'10", 13°00'00", 12°20'25" y 12°16'30" (en las orientaciones norte, este, sur y oeste); de Longitud Oeste de 20°59'52", 70°21'41", 70°00'36" y 73°57'45" (en las orientaciones norte, este, sur y oeste) (3). Teniendo como puntos de referencia a confluencia del Río Mishagua con el Río Urubamba por el norte, punto sobre el Río Inambari próximo al Chaspi por el este, el cerro Accitacacota a 4925 m.s.n.m. en los límites interregionales de Puno, Arequipa y Cusco por el sur, y la confluencia del Río Mantaro con el Río Apurímac por el oeste. La Región Cusco colinda con 7 regiones; por el norte lo hace con Junín y Ucayali, por el este con Madre de Dios y Puno, por el sur con Arequipa, y por el oeste con Apurímac y Ayacucho (3). Políticamente la región del Cusco está dividida en 13 provincias y 108 distritos, la Capital la Provincia del Cusco (3360 m.s.n.m.), que tiene 8 distritos, cuya capital es la Ciudad del Cusco. El estudio considero 15 centros de salud de la Ciudad del Cusco, dentro de la red Cusco norte participaron: C.S INDEPENDENCIA, C.S DIGNIDAD NACIONAL, C.S.SAN PEDRO, C.S.MIRAFLORES, C.S.ZARZUELA, C.S. BELEN PAMPA, C.S.SIETE CUARTONES, C.S. MANCO CAPAC, C.S. WANCHAQ y C.S.TTIO, y los centros de salud de la red Cusco sur que participaron fueron: C.S. SAN SEBASTIAN, C.S. SANTA ROSA, C.S.TUPAC AMARU y C.S.SAN JERÓNIMO que se encuentran en la misma Provincia del Cusco.

## **RED CUSCO NORTE:**

- En el C.S INDEPENDENCIA, C.S. MIRAFLORES no se contó con ningún paciente en fase dos de tratamiento antituberculoso.
- C.S.DIGNIDAD NACIONAL la población de estudio fue en su totalidad de 1 pacientes, los cuales cumplían con los criterios de selección.
- C.S.BELEM PAMPA la población de estudio fue en su totalidad de 4 pacientes, los cuales cumplían con los criterios de selección.
- C.S.SARZUELA la población de estudio fue en su totalidad de 1 pacientes, los cuales cumplían con los criterios de selección.
- C.S. SAN PEDRO la población de estudio fue en su totalidad de 1 pacientes, los cuales cumplían con los criterios de selección.
- C.S.7 CUARTONES la población de estudio fue en su totalidad de 4 pacientes, los cuales cumplían con los criterios de selección
- C.S. TTIO la población de estudio fue en su totalidad de 5 pacientes, los cuales cumplían con los criterios de selección.
- C.S.WANCHAQ la población de estudio fue en su totalidad de 1 pacientes, los cuales cumplían con los criterios de selección.
- C.S. MANCO CAPAC la población de estudio fue en su totalidad de 5 pacientes, los cuales cumplían con los criterios de selección

## **RED CUSCO SUR**

- C.S SAN SEBASTIAN la población de estudio fue en su totalidad de 6 pacientes, los cuales cumplían con los criterios de selección.
- C.S. SANTA ROSA la población de estudio fue en su totalidad de 3 pacientes, los cuales cumplían con los criterios de selección.
- C.S TUPAC AMARU la población de estudio fue en su totalidad de 5 pacientes, los cuales cumplían con los criterios de selección.
- C.S SAN JERONIMO la población de estudio fue en su totalidad de 8 pacientes, los cuales cumplían con los criterios de selección.

La totalidad de pacientes de la ESNPCT en segunda fase de tratamiento en la RED CUSCO SUR fue de 22 pacientes y en la RED CUSCO NORTE también fueron de 22 pacientes, donde todos participaron en el estudio.

**MUESTRA:** No se realizó ningún muestreo debido a la cantidad de pacientes en estudio por lo que se optó por ser un estudio poblacional.



## **CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes mayores de 18 años.
- Persona con diagnóstico de tuberculosis (pulmonar o extra pulmonar) que estuviera recibiendo tratamiento antituberculoso esquema sensible en algún centro de salud de la provincia del Cusco durante el periodo de estudio y que acepte participar del mismo (consentimiento informado).
- Pacientes en segunda fase de tratamiento antituberculoso.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes que no respondan adecuadamente el cuestionario administrado.
- Pacientes que no sean ubicados en el centro de salud ni en sus domicilios.
- Pacientes que no respondan por lo menos el 80% del cuestionario.

## **5.4. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES:**

### **5.4.1 Variables implicadas:**

- Categoría ocupacional
- Nivel socioeconómico
- Grado de instrucción
- Apoyo familiar
- Nivel de conocimiento de la enfermedad
- Accesibilidad geográfica al centro de salud
- Hábitos tóxicos
- Irregularidad del tratamiento antituberculoso esquema sensible

#### **5.4.2 Variables no implicadas:**

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Procedencia
- Residencia
- Tiempo de tratamiento
- Número de hijos
- Comorbilidad
- Registro de faltas
- Percepción de faltas

## 5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Variables implicadas							
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADORES	PROCEDIMIENTO DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION	VALOR FINAL
<b>Irregularidad del tratamiento anti-tuberculoso</b>	No ingesta de 3 dosis programadas continuas o alternadas durante la primera fase del tratamiento o de 5 dosis continuas o alternas durante todo el tratamiento de esquemas para TB sensible.	Cuantitativo	Directa	Asistencia a la toma de medicamentos	Ficha de tratamiento	Nominal	Irregular No irregular
<b>Categoría ocupacional</b>	Es una de 6 categorías en las que se ubica una persona en edad de trabajar (a partir de los 14 años) que en la semana de referencia se encontraba trabajando o buscando activamente trabajo.	Cualitativo	Directo	Se agrupara en seis categorías siguientes: Empleador, empleado, obrero, trabajador independiente, trabajador del hogar, trabajador familiar.	Ficha de recolección de datos.	Nominal	1. Empleador 2. Empleado 3. Obrero 4. Trabajador independiente 5. Trabajador del hogar 6. Trabajador familiar
<b>Nivel Socioeconómico</b>	Posición de un individuo/hogar dentro de una estructura social jerárquica (14).	Cualitativo	Indirecta	Instrucción del jefe de familia, comodidades del hogar, características de la vivienda, acceso a salud en caso de hospitalización, ingreso económico de la familia, hacinamiento.	Ficha de recolección de datos.	Ordinal	Niveles: A (Alto):33 o más. B(Medio):27-32 puntos C(Bajo superior):21-26 puntos. D (Bajo inferior):13-20 puntos. E(Marginal):5-12 Puntos.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADORES	PROCEDIMIENTO DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION	VALOR FINAL
Apoyo familiar	Proceso psicosocial de apoyo moral, físico, económico.	cualitativo	Indirecta	Satisfacción con el apoyo familiar percibido.	Instrumento APGAR familiar. Incluido en el cuestionario.	Ordinal	-Normal: 17-20 puntos -Disfunción leve: 16-13 puntos. -Disfunción moderada: 12-10 puntos -Disfunción severa: menor o igual a 9
Nivel de conocimiento sobre tuberculosis	Suma de hechos y principios que se adquieren acerca de la enfermedad	cualitativo	Indirecta	Conocimiento o no de la tuberculosis	Instrumento de evaluación sobre nivel de conocimientos sobre tuberculosis. Incluido en el cuestionario.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentil 50 (igual a 20 puntos): para conocimiento bajo.</li> <li>• Percentil 50-75 (21-30 puntos) para conocimiento medio.</li> <li>• Percentil 75 (mayor 30 puntos) conocimiento alto.</li> </ul>
Grado de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	cualitativo	Directo	-Primaria completa /incompleta. -Secundaria completa -Secundaria incompleta. -Superior no universitario -Superior incompleto. Superior completo. Postgrado	Ficha de recolección de datos	Ordinal	-Primaria -Secundaria -Superior no universitario (Instituto superior, otros.) -Estudios universitarios.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADORES	PROCEDIMIENTO DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION	VALOR FINAL
Accesibilidad al centro de salud	Posibilidad de acceder al centro de salud donde el paciente se atiende y recibe su tratamiento o facilidad para hacerlo.	cualitativo	Directo	Tiempo, medio de transporte que utiliza para acceder al centro de salud. Fácilmente accesible: menor de una hora. Difícilmente accesible: más de una hora	Ficha de recolección de datos	Nominal	- Fácilmente accesible - Difícil de acceder.
Hábitos tóxicos	Conductas de consumo de tabaco, alcohol u otras drogas cuya práctica provoca daños a corto o largo plazo.	Cualitativa	Directo	Consumo de tabaco Consumo de sustancias alcohólicas. Consumo de otras drogas.	Para evaluar el consumo de tabaco se usará un cuestionario sobre hábito tabáquico. Para evaluar el consumo de sustancias alcohólicas se usará el instrumento ISCA. Para la evaluación del consumo de otras drogas se usará el instrumento DAST-10.	Ordinal para el consumo de tabaco y otras drogas. Nominal para el consumo de alcohol.	<b><u>HÁBITO TABÁQUICO:</u></b> Fumador o no fumador. <b><u>CONSUMO DE ALCOHOL</u></b> Consumo de riesgo No consumo de riesgo(ANEXO 1) <b><u>CONSUMO DE OTRAS DROGAS</u></b> No consume Consumidor Dependencia

<b>Variables no implicadas</b>							
<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>NATURALEZA</b>	<b>FORMA DE MEDICIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>PROCEDIMIENTO DE MEDICION</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>VALOR FINAL</b>
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	Cuantitativo	Directa	DNI	Cuestionario	Razón	18 a 25 36 - 45 46 - 55 56 - 65 66 - más
<b>Sexo</b>	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Cualitativo	Directa	Sexo	Cuestionario	Nominal	Femenino (F) Masculino (M)
<b>Estado civil</b>	Según el derecho, condición de una persona según el registro civil de si tiene o no tiene pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativo	Directo	Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente	Cuestionario	Nominal	Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente
<b>Procedencia</b>	Origen, principio del que algo procede.	Cualitativo	Directo	Migrante. Inmigrante	Cuestionario	Nominal	Lugar de procedencia.
<b>Residencia</b>	Hecho de vivir en un lugar determinado	Cualitativo	Directo	Dirección en la que se encuentra viviendo actualmente	Cuestionario	Nominal	Lugar de residencia
<b>Tiempo de tratamiento</b>	Periodo desde que inició su tratamiento hasta el día que se realizó la entrevista con el paciente	Cualitativo	Directo	Días de tratamiento	Cuestionario y ficha de tratamiento	Ordinal	Tiempo que está recibiendo tratamiento (días)
<b>Número de hijos</b>	Cantidad de hijos del paciente	Cuantitativo	Directo	Número de hijos	Cuestionario	Ordinal	Número de hijos

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADORES	PROCEDIMIENTO DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION	VALOR FINAL
<b>Comorbilidades</b>	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad primaria.	Cualitativo	Directo	Presencia de una enfermedad diferente a la primaria.	Cuestionario	Nominal	Presenta algún antecedente patológico
<b>Registro de faltas</b>	Documento donde se registra el tratamiento de los pacientes de la ESNPCTB	Cuantitativo	Directo	Número de faltas registradas durante el tratamiento del paciente.	Ficha de tratamiento	Ordinal	Numero de faltas de tratamiento en la primera fase .y durante la segunda fase.
<b>Percepción de faltas</b>	Cantidad de faltas que refiere haber tenido el paciente durante su tratamiento	Cuantitativo	Directo	Faltas que refiere el paciente haber tenido durante su tratamiento	Cuestionario	Ordinal	¿Hubo Incumplimiento con el tratamiento? (#días que faltó)

## 5.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### Descripción del cuestionario

El cuestionario está distribuido en nueve secciones: la sección "A" toma los datos generales de los pacientes y está constituido de nueve ítems, la sección "B" evalúa la categoría ocupacional y consta de un ítem, la sección "C" evalúa el nivel socioeconómico mediante la escala APEIM modificada y está constituido de seis ítems, la sección "D" evalúa el apoyo familiar mediante el APGAR familiar y consta de cinco ítems, la sección "E" evalúa el nivel de conocimiento del tratamiento antituberculoso y la enfermedad mediante la escala de conocimientos de Huaynates (20) y consta de 20 ítems, la sección "F" evalúa la accesibilidad al centro de salud y consta de tres ítems, la sección "G" evalúa los estilos de vida (hábitos tóxicos) donde se encuentra tres sub-secciones, el hábito tabáquico mediante las preguntas recomendadas por la OMS, consumo de alcohol mediante el test ISCA y el consumo de algún tipo de droga mediante la escala DAST-10, en la sección "H" se explora la percepción del paciente con respecto al buen trato del personal de salud y la sección "I" explora la sensación de mejoría del paciente con respecto a la TBC desde que empezó el tratamiento.

### Validación del cuestionario

La validez de contenido se realizó mediante el **criterio de jueces** por cuatro médicos en investigación: A) Dr. Manuel Montoya, B) Dr. Pablo Grajeda C) Dr. Melvin Ricalde, D) Dr. Edwin Condori, usándose una hoja de preguntas para la validación, con una escala de valoración del 1 al 5

Con el método DPP (distancia de punto múltiple) (47) se midió la adecuación de los instrumentos, para medir las variables de interés, en función de la valoración de los jueces mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(X_1 - Y_1)^2 + (X_2 - Y_2)^2 + \dots + (X_9 - Y_9)^2}$$

Dónde:

$X_i$  = Valor máximo en la escala para el ítem  $i$ .

$Y_i$  = El promedio del ítem  $i$ .

Se obtuvo el valor de  $DPP=2.96$ .



Posteriormente se determinó la distancia máxima ( $D_{\text{máx}}$ ) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0) con la siguiente ecuación:

$$D_{\text{Max}} = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - 1)^2 + \dots + (x_n - 1)^2}$$

Donde:

$X_i$  = Valor máximo en la escala concedido para el ítem  $i$ .

1 = Valor mínimo de la escala para cada ítem.

Obteniéndose el valor de 11.7

Este valor se dividió entre el valor máximo de la escala: 5

**Obteniéndose  $11.7 / 5 = 2.34$**

Con este valor se construyó una nueva escala valorativa a partir de cero.

A	B	C	D	E
Adecuación total	Adecuación en gran medida	Adecuación promedio	Escasa adecuación	Inadecuación
0 – 2.34	2.34 – 4.68	4.68 - 7.02	7.02 – 9.36	9.36 – 11.7

El DPP (la valoración de los jueces) debe caer en las zonas A ó B, de no ser así; se debe reestructurar y modificar el cuestionario y someterse nuevamente a criterio de jueces. (47)

El DPP cayó en la zona B (2.34 – 4.68), por lo que el cuestionario es **adecuado en gran medida**; por lo tanto mide lo que pretende medir y puede ser aplicado.

En cuanto a la confiabilidad, ésta se determinó mediante el cálculo del coeficiente de confiabilidad, alfa de Cronbach (47), usando la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Dónde:

$\alpha$ : Coeficiente de confiabilidad de la prueba o cuestionario

$k$ : Número de ítems del instrumento

$S_t^2$ : Varianza total del instrumento.

$\sum S_i^2$ : Sumatoria de las varianzas de los ítems.

Se usó el paquete estadístico SPSS v23 para el cálculo de dicho coeficiente, obteniéndose un valor de **0,807** significando así que existe buena confiabilidad.

<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Confiabilidad</b>
Mayor a 0.9	Excelente
Mayor a 0.8 y menor a 0.9	Bueno
Mayor a 0.7 y menor a 0.8	Aceptable
Mayor a 0.6 y menor a 0.7	Cuestionable
Mayor a 0.5 y menor a 0.6	Pobre
Menor a 0.5	Inaceptable

### **Recolección de datos:**

Se solicitó permiso de la DIRESA-Cusco para llevar a cabo el trabajo de investigación en la ciudad del Cusco, se logró esto, previa observación por el personal encargado de la ESNPCT de la DIRESA – Cusco. Se coordinó con las licenciadas de enfermería a cargo de la ESNPCT de la RED NORTE y de la RED SUR para obtener los permisos correspondientes de cada RED. Posteriormente la investigadora acudió a cada centro de salud para trabajar con ayuda de las licenciadas de enfermería de la ESNPCT, previo conocimiento de los gerentes de los centros de salud. En el **Proceso de recolección de datos** se obtuvo información referencial sobre el número de pacientes que se encontraban en la segunda fase de tratamiento antituberculoso esquema sensible tanto en la RED NORTE y SUR de la ciudad del Cusco.

### **Técnica de recolección de datos**

Se aplicó a los pacientes seleccionados un cuestionario dirigido previa firma del consentimiento informado. Se buscó a los pacientes en los centros de salud o en sus domicilios para la realización de la encuesta, en algunos casos (pacientes que no se pudo entrevistar de manera presencial) se realizó por vía telefónica. Al finalizar la encuesta se agradeció su participación.

No solo se obtuvo información de las encuestas dirigidas sino también de las fichas de tratamiento antituberculoso y las historias clínicas de los pacientes para verificar la regularidad con la que han estado recibiendo el tratamiento y recoger otras variables de interés respectivamente. El estudio se llevó a cabo entre los meses de agosto a diciembre del 2018 en los 15 centros de salud de la ciudad del Cusco en el área de prevención y control de la tuberculosis de dichos nosocomios.

## 5.7 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Se generó una base de datos en Microsoft Excel 2013, donde se tabuló toda la información del cuestionario estructurado. Posteriormente, los datos fueron introducidos al paquete estadístico SPSS v.23 para la elaboración de la estadística descriptiva.

Se utilizaron tablas de frecuencias para describir cada variable evaluada. Se evaluó la simetría de los datos para las variables numéricas. Se consideró como mejor medida de resumen (de tendencia central) a la mediana en los casos donde se encontraba asimetría y en los que existían datos extraños (outliers). Se acompañó a las medianas de sus respectivos rangos intercuartílicos como medidas de dispersión.

En el caso de las variables cualitativas nominales se usó como medida de tendencia central a la moda; y para las variables ordinales la mediana y la moda.

Se generó tablas para cruzar las variables socioeconómicas con la irregularidad del tratamiento.

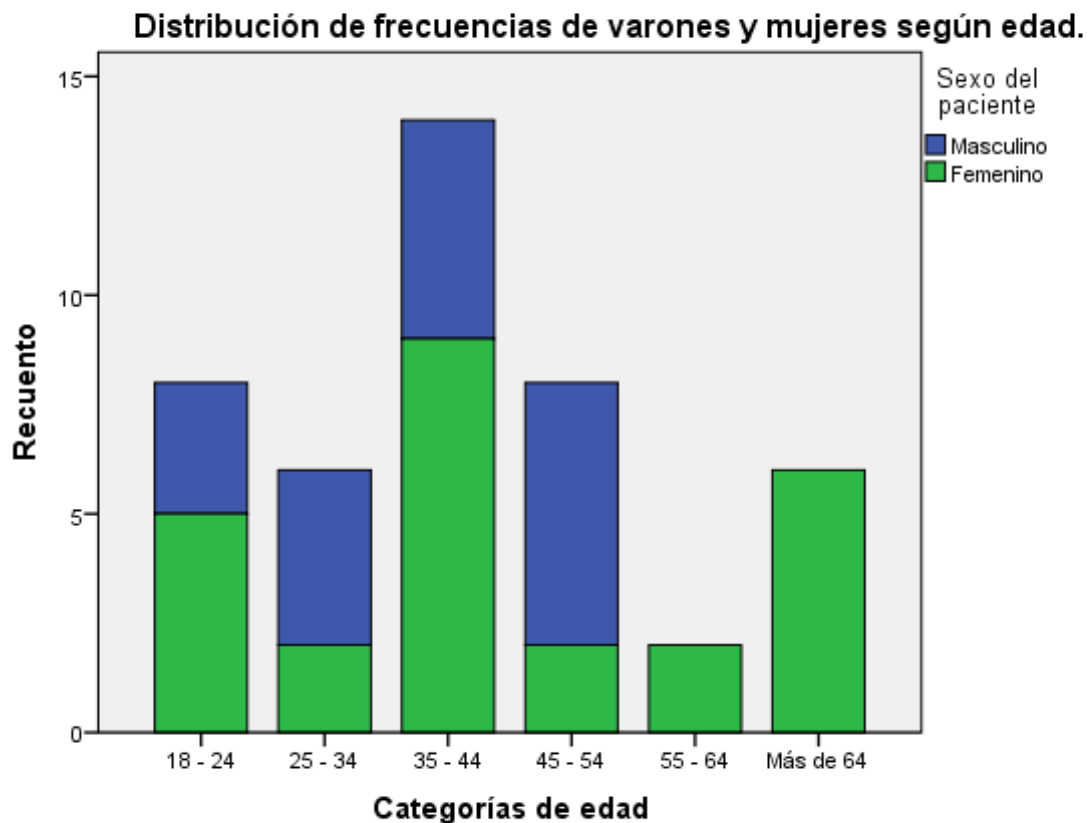
Se planteó la re categorización de las siguientes variables: categoría ocupacional, grado de instrucción y accesibilidad al centro de salud para mejor interpretación:

## **CAPÍTULO 6: RESULTADOS**

### **PARTICIPANTES**

Durante el periodo de estudio 70 pacientes de la estrategia ESNPCT se encontraban recibiendo tratamiento antituberculoso en los centros de salud de la Ciudad del Cusco donde se aplicó el cuestionario. De los cuales, 47 cumplían los criterios de selección; de éstos, tres no participaron del estudio. A uno de ellos no se le pudo encontrar ni en persona ni por teléfono, y otros dos abandonaron el tratamiento y hasta la finalización de la intervención no aparecieron. Por lo que la población del estudio fue de 44 pacientes; de ellos 18 (40%) varones y 26 mujeres (60%).

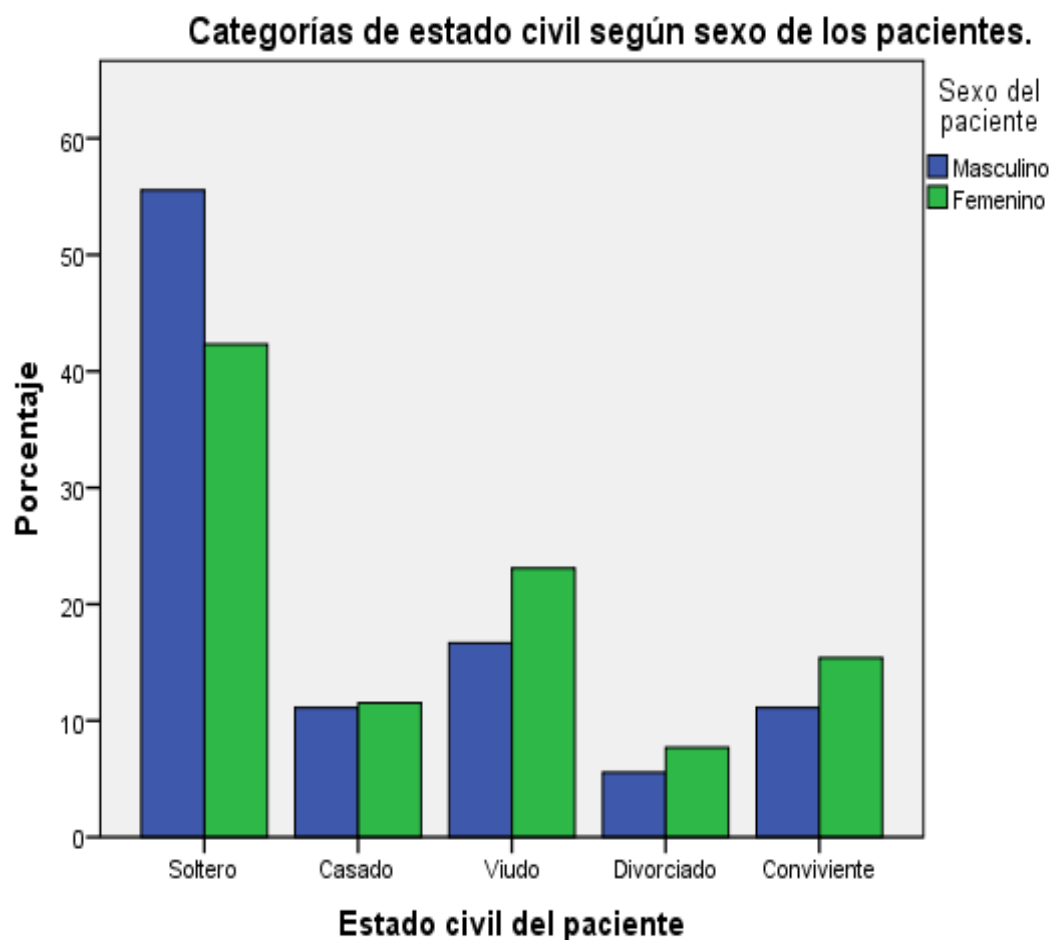
**Gráfica 1. Pacientes de la ESNPCT de los centros de salud de la ciudad de Cusco en segunda fase de tratamiento antituberculoso, Agosto - Diciembre 2018.**



Fuente: Registro de ficha de recolección de datos.

En la gráfica 1, el grupo con mayor frecuencia se encontraba entre los 35 y 44 años de edad representando el 30% de la población para ambos sexos; el cual corresponde con el sexo femenino, en cambio el sexo masculino con mayor grupo se encuentra entre los 45-54 años. La mediana para el sexo masculino fue de 40 años y para el sexo femenino 43 años, en cambio para ambos sexos fue de 42 años con una variación estándar de  $\pm 18,5$ .

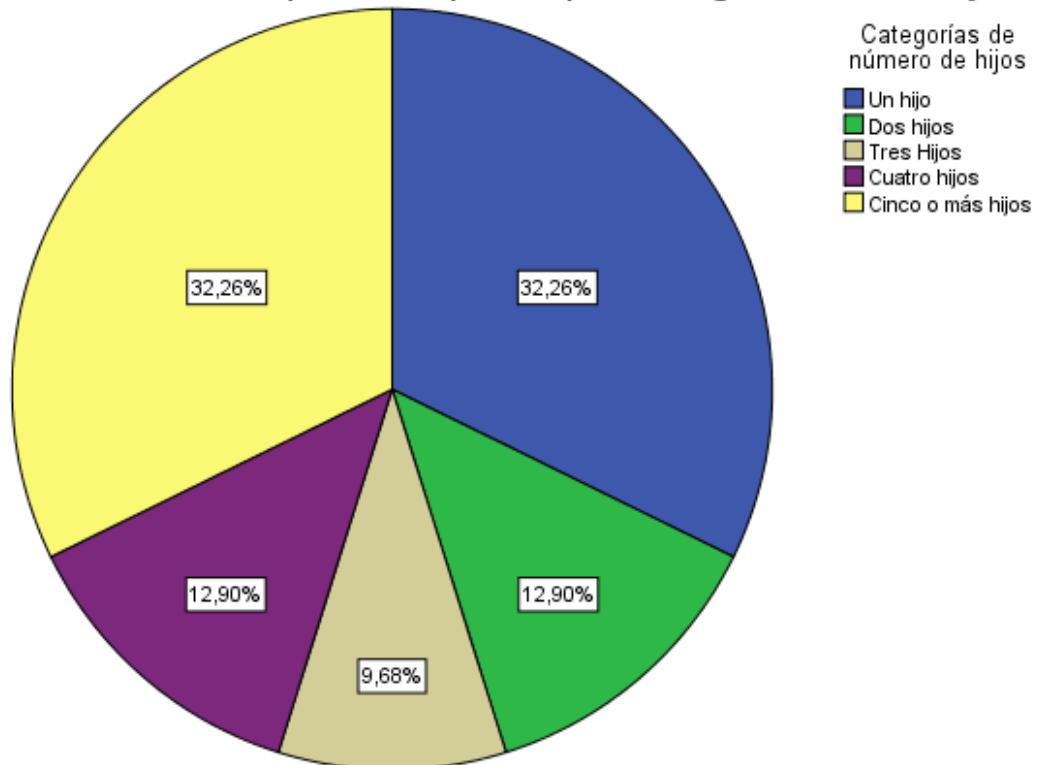
**Gráfica 2. Pacientes de la ESNPCT de los centros de salud de la ciudad de Cusco en segunda fase de tratamiento antituberculoso, Agosto - Diciembre 2018.**



Fuente: Registro de ficha de recolección de datos.

**Gráfica 3. Pacientes de la ESNPCT de los centros de salud de la ciudad de Cusco en segunda fase de tratamiento antituberculoso, Agosto - Diciembre 2018.**

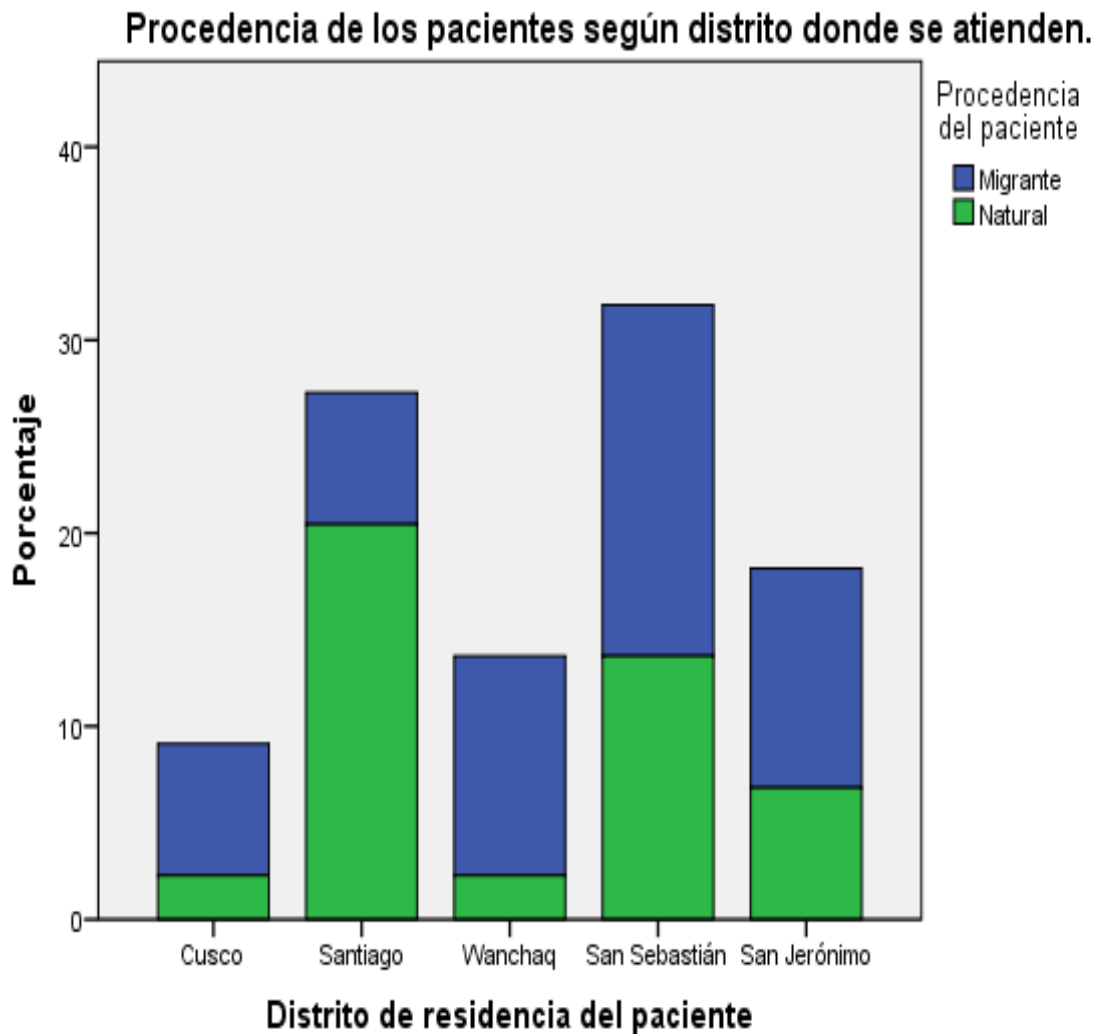
**Distribución de pacientes que son padres según número de hijos.**



Fuente: Registro de ficha de recolección de datos.

La distribución según la paternidad de los pacientes en tratamiento el 70% son padres familias.

**Gráfica 4. Pacientes de la ESNPCT de los centros de salud de la ciudad de Cusco en segunda fase de tratamiento antituberculoso, Agosto - Diciembre 2018.**



Fuente: Registro de ficha de recolección de datos.

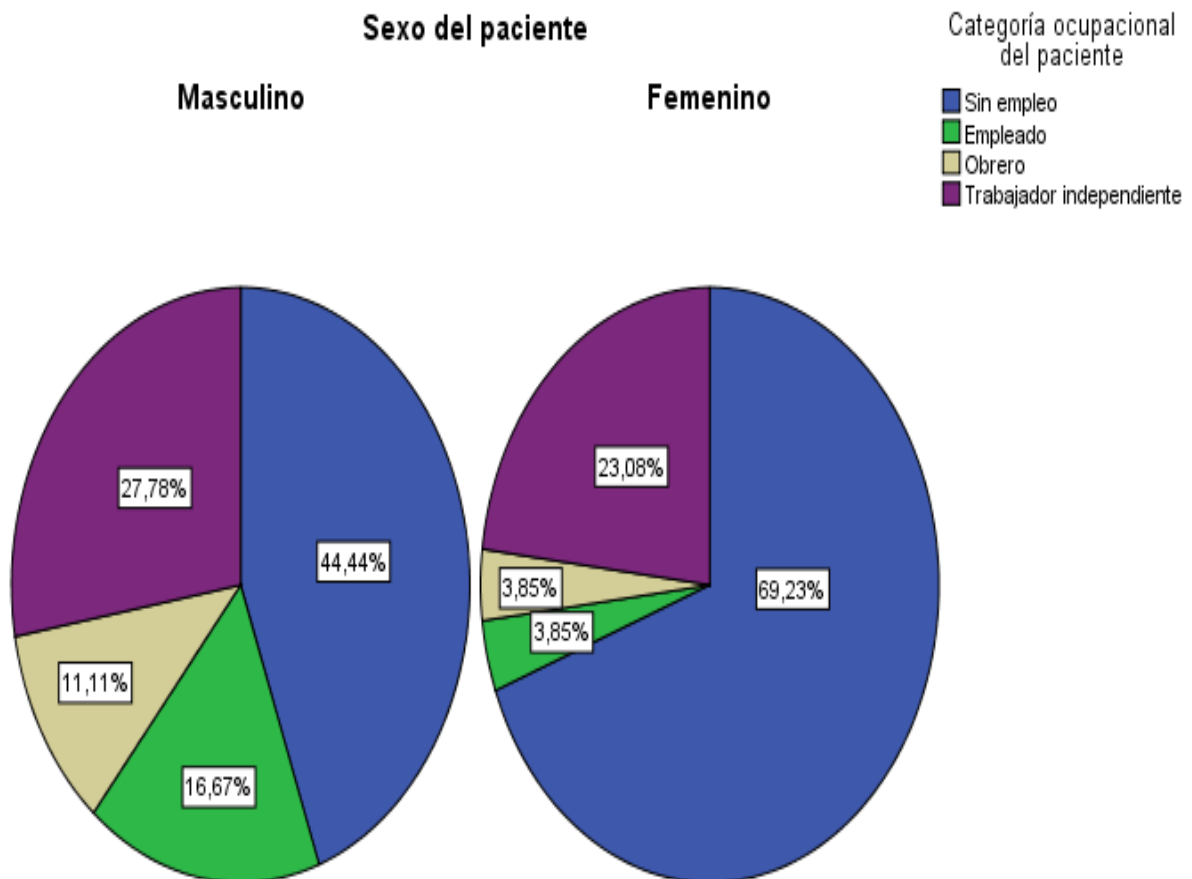
Según la procedencia de los pacientes, se observó que 24 (55%) son pacientes inmigrantes y los que son naturales de la ciudad del Cusco 20 (45%) pacientes.



## CARACTERÍSTICAS SOCIALES

Gráfica 5. Pacientes de la ESNPCT de los centros de salud de la ciudad de Cusco en segunda fase de tratamiento antituberculoso, Agosto - Diciembre 2018.

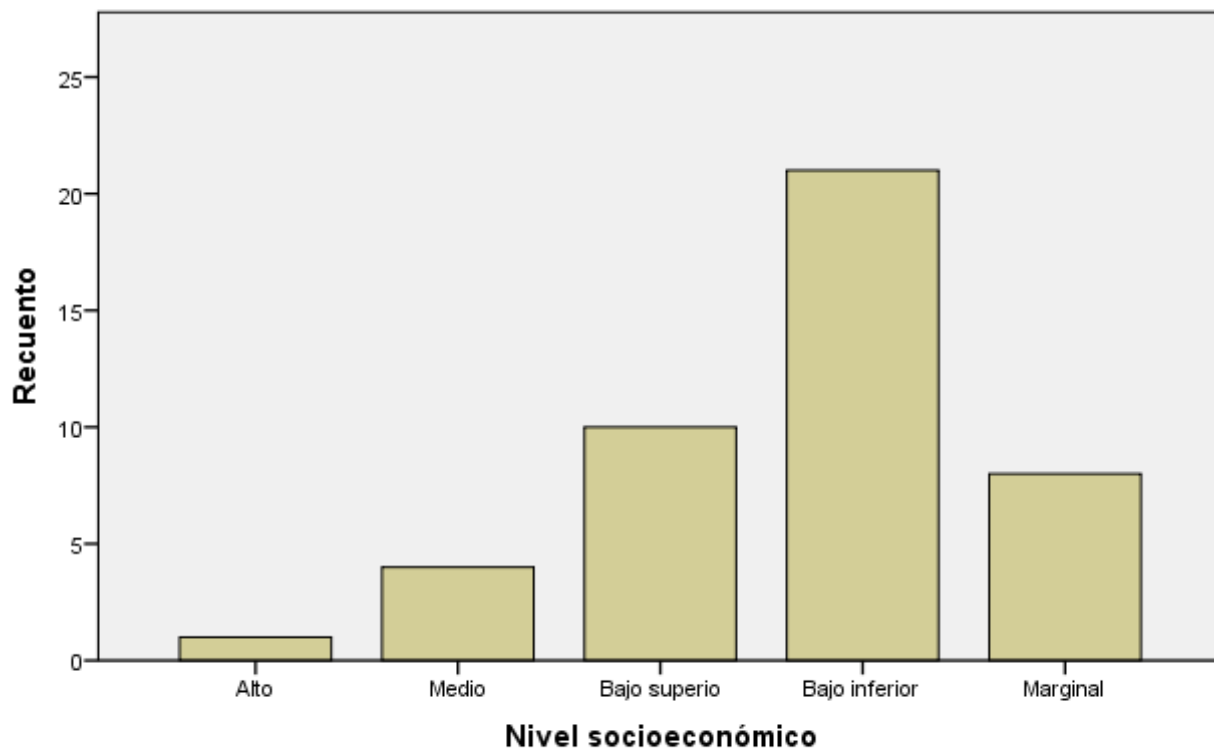
Distribución de pacientes varones y mujeres según categoría ocupacional.



Fuente: Registro de ficha de recolección de datos.

**Gráfica 6. Pacientes de la ESNPCT de los centros de salud de la ciudad de Cusco en segunda fase de tratamiento antituberculoso, Agosto - Diciembre 2018.**

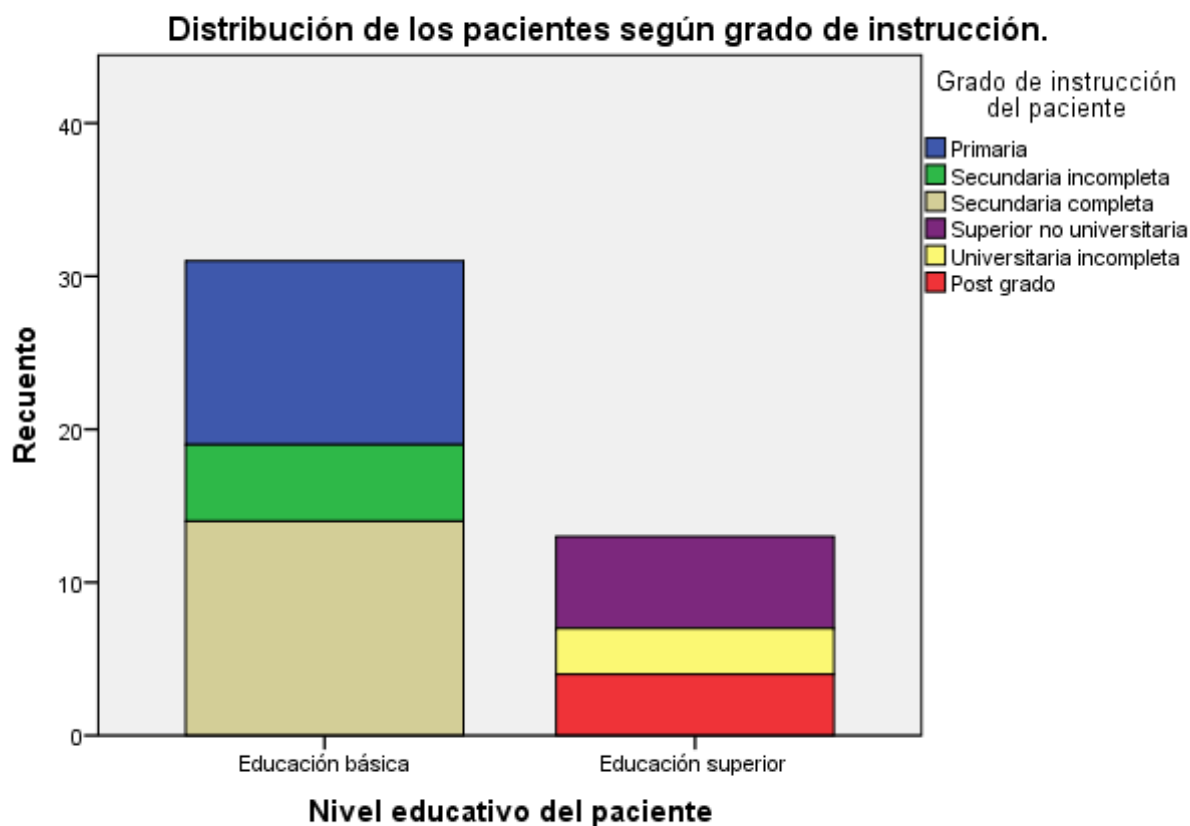
**Distribución de los pacientes por nivel socioeconómico según la escala APEIM modificada.**



Fuente: Registro de ficha de recolección de datos.

En la gráfica 6 sobre el nivel socioeconómico el cual está conformado por 5 categorías siendo los niveles D (bajo inferior) y E (marginal) donde se encuentra el gran número de pacientes en tratamiento. Donde el 67% de los pacientes se encontraban en este nivel socioeconómico.

**Gráfica 7. Pacientes de la ESNPCT de los centros de salud de la ciudad de Cusco en segunda fase de tratamiento antituberculoso, Agosto - Diciembre 2018.**



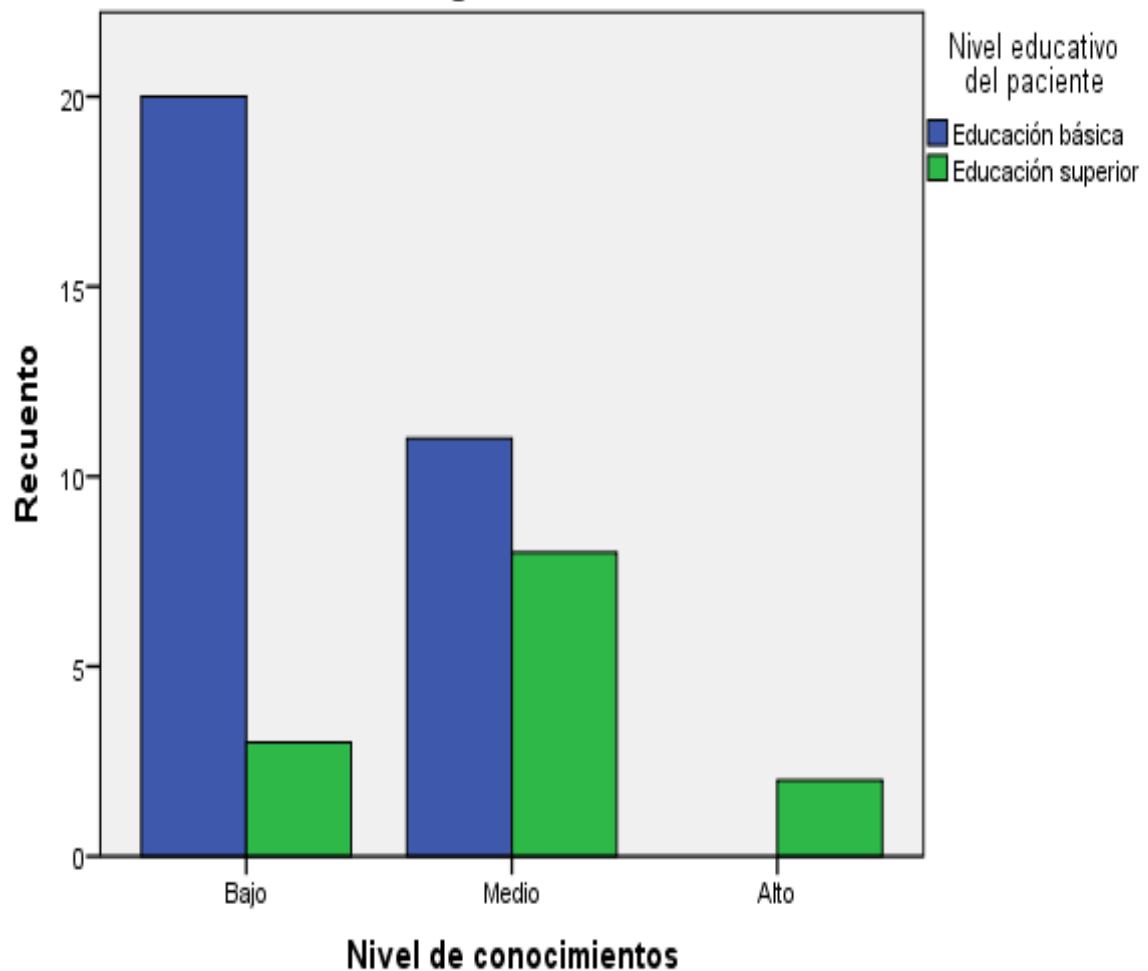
Fuente: Registro de ficha de recolección de datos.

En la gráfica 7 sobre el grado de instrucción, se recategorizó la variable en dos grupos:

- Educación básica, el cual incluye a primaria incompleta, secundaria incompleta y secundaria completa siendo este grupo el mayoritario con una frecuencia mayor de 25.
- Educación superior, dónde el superior no universitario representa el grupo mayoritario.

**Gráfica 8. Pacientes de la ESNPCT de los centros de salud de la ciudad de Cusco en segunda fase de tratamiento antituberculoso, Agosto - Diciembre 2018.**

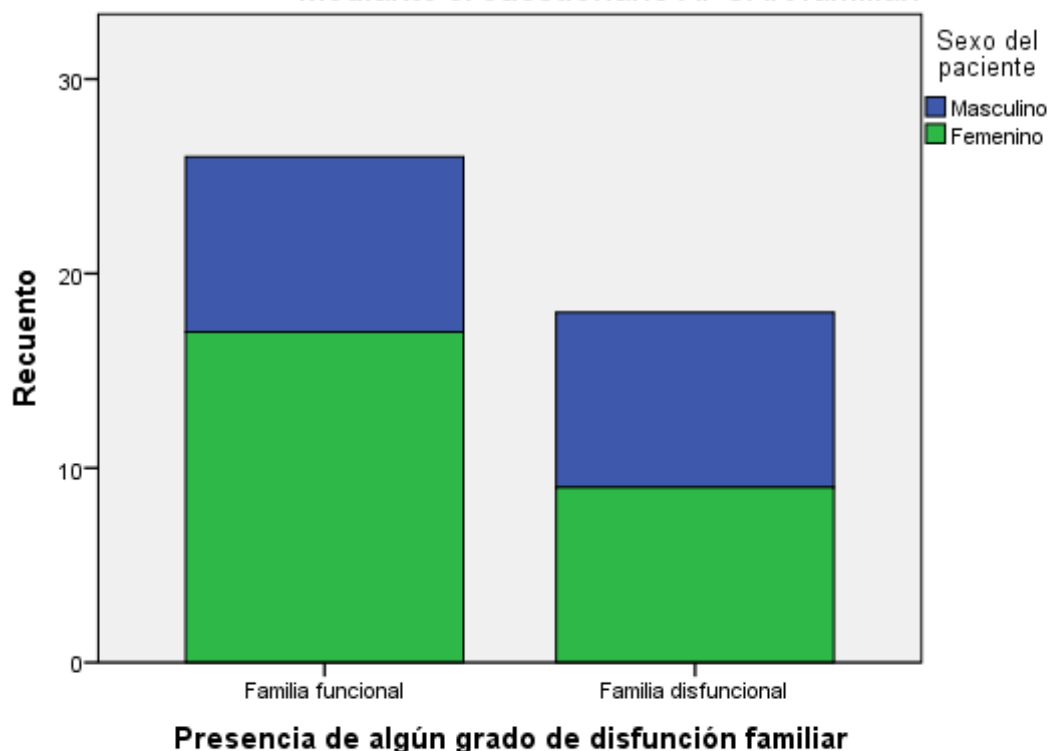
**Distribución de los pacientes según nivel de conocimiento de la enfermedad y grado de instrucción.**



Fuente: Registro de ficha de recolección de datos.

**Gráfica 9. Pacientes de la ESNPCT de los centros de salud de la ciudad de Cusco en segunda fase de tratamiento antituberculoso, Agosto - Diciembre 2018.**

**Distribución de los pacientes de acuerdo a la percepción de disfunción familiar mediante el cuestionario APGAR familiar.**



Fuente: Registro de ficha de recolección de datos.

En la gráfica 9 se recategorizó el APGAR familiar en dos grupos:

- Familia funcional: Con una frecuencia aproximada de 25(56%), podemos decir que la mayoría de los pacientes en tratamiento tienen apoyo familiar.
- No funcional (44%): Con una frecuencia aproximadamente de 19 tienen disfunción familiar leve, moderada y severa.

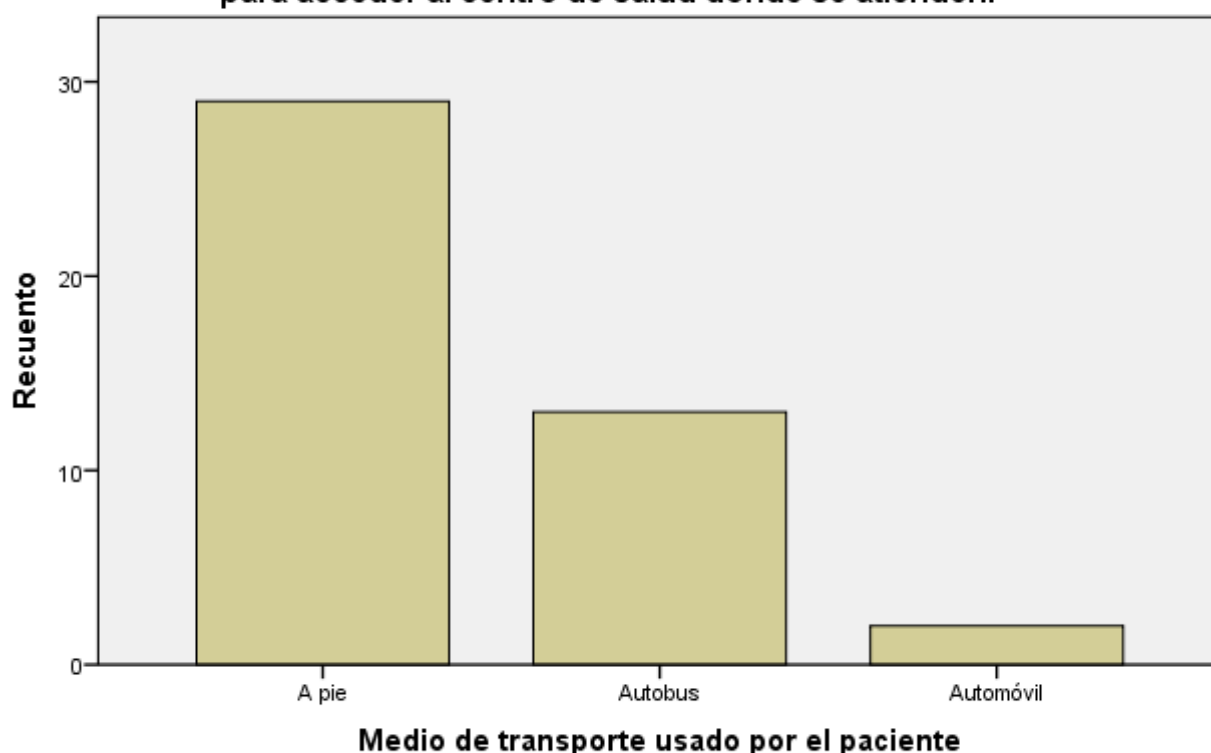
## ACCESIBILIDAD AL CENTRO DE SALUD

Con respecto a la accesibilidad al centro de salud, se examinó el tiempo en que demora el paciente al llegar a su centro de salud y el medio de transporte que utiliza.

La mediana en el tiempo es de aproximadamente 15 minutos y un dato aberrante con respecto a los demás pacientes fue de 70 min. Se observa además un rango de 20 min, que demoran al llegar a su centro de salud para recibir su tratamiento.

**Gráfica 10. Pacientes de la ESNPCT de los centros de salud de la ciudad de Cusco en segunda fase de tratamiento antituberculoso, Agosto - Diciembre 2018.**

**Distribución de los pacientes de acuerdo al tipo de medio de transporte utilizado para acceder al centro de salud donde se atienden.**



Fuente: Registro de ficha de recolección de datos.

En la gráfica 10 se evidencia que el transporte más frecuente de los pacientes, es de ir a pie al centro de salud (frecuencia mayor a 25) seguida de los pacientes que se desplazan en autobus. Se puede decir que la mayoría de pacientes de la ESNPCTB tienen acceso a su centro de salud.

## ESTILOS DE VIDA

**Tabla 3. Distribución de frecuencias según hábito tabáquico en pacientes de la ESNPCT de los centros de salud de la ciudad de Cusco en segunda fase de tratamiento antituberculoso, Agosto - Diciembre 2018.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>No fumador</b>	38	86,36	86,36
<b>Exfumador</b>	5	11,36	97,73
<b>Fumador actual</b>	1	2,27	100,00
<b>TOTAL</b>	44	100,00	

Fuente: Registro de ficha de recolección de datos.

En la tabla 3 se puede ver que la mayoría de pacientes son no fumadores con una frecuencia de 38(86,36%), exmunadores 5(11,36%)pacientes y fumadores actuales solo uno.

**Tabla 4. Distribución de frecuencias según hábito de consumo alcohólico de riesgo en pacientes de la ESNPCT de los centros de salud de la ciudad de Cusco en segunda fase de tratamiento antituberculoso, Agosto - Diciembre 2018.**

VALOR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>No riesgo alcohólico</b>	38	86,36	86,36
<b>Riesgo alcohólico</b>	6	13,64	100,00
<b>TOTAL</b>	44	100,00	

Fuente: Registro de ficha de recolección de datos.

En la tabla 4 se puede ver que los que no tienen riesgo de alcoholismo fueron 38 pacientes (86,36%)y 6(13,64%) pacientes si tienen riesgo de alcoholismo.

**Tabla 5. Distribución de frecuencias según riesgo de dependencia de drogas en pacientes de la ESNPCT de los centros de salud de la ciudad de Cusco en segunda fase de tratamiento antituberculoso, Agosto - Diciembre 2018.**

VALOR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No consume	42	95,45	95,45
Consumidor	1	2,27	97,73
Dependiente	1	2,27	100,00
<b>TOTAL</b>	44	100,00	

Fuente: Registro de ficha de recolección de datos.

En la tabla 5 se puede visualizar que 42 (95,45%) de los pacientes en tratamiento nunca consumieron droga en su vida, consumo droga en su vida pero actualmente no lo hace solo un paciente, con dependencia a las drogas solo un paciente.



## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

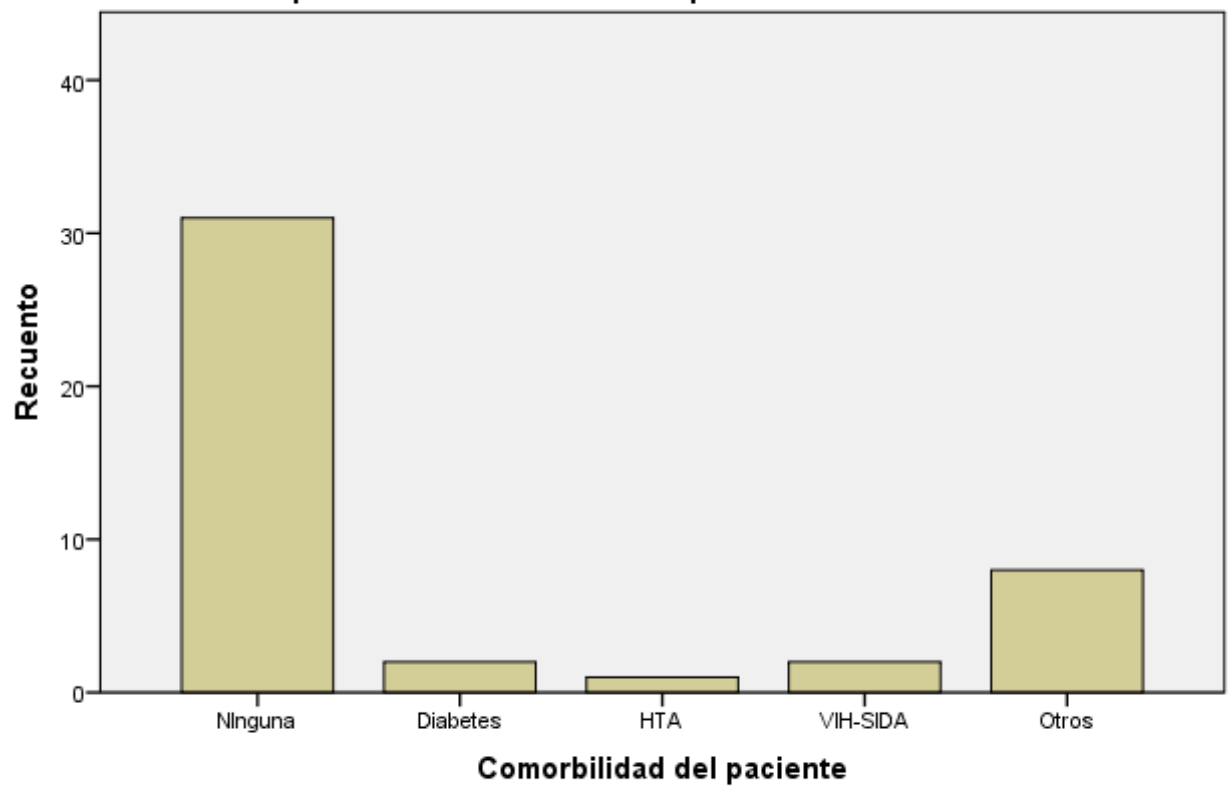
Tabla 6. Distribución de frecuencias según tipo de tuberculosis en pacientes de la ESNPCT de los centros de salud de la ciudad de Cusco en segunda fase de tratamiento antituberculoso, Agosto - Diciembre 2018.

VALOR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Pulmonar	25	56,82	56,82
Extra pulmonar	19	43,18	100,00
TOTAL	44	100,00	

Fuente: Registro de ficha de recolección de datos.

**Gráfica 11. Pacientes de la ESNPCT de los centros de salud de la ciudad de Cusco en segunda fase de tratamiento antituberculoso, Agosto - Diciembre 2018.**

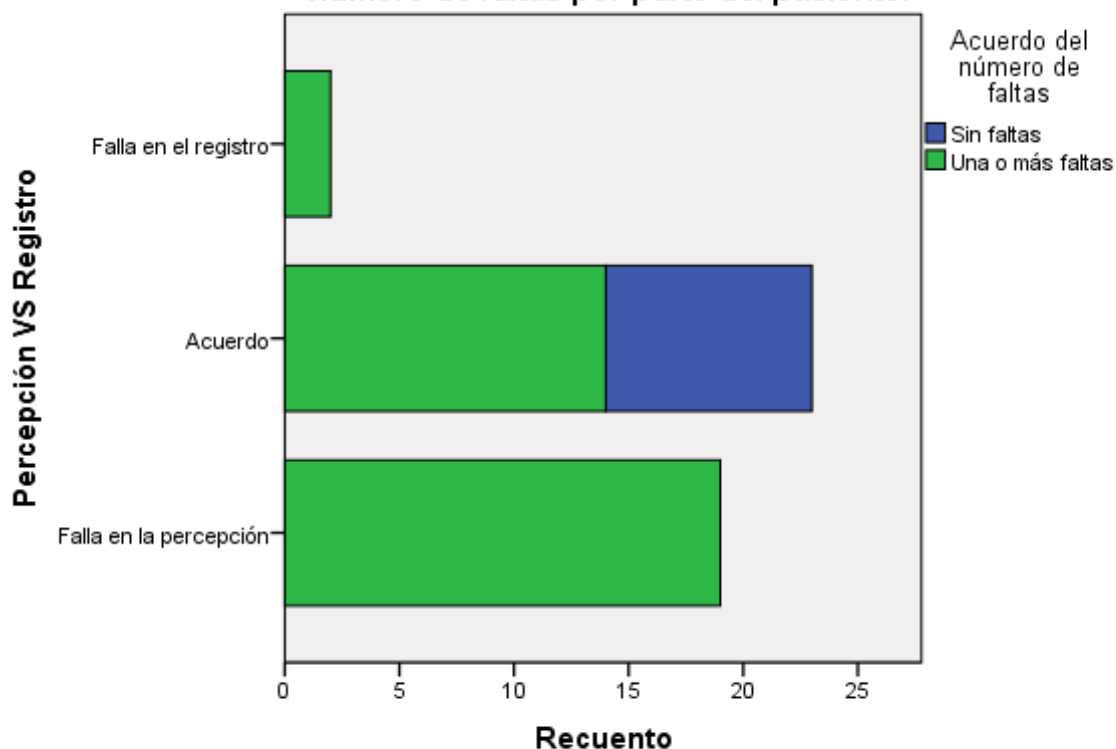
**Distribución de los pacientes de acuerdo a la presencia de otras comorbilidades.**



Fuente: Registro de ficha de recolección de datos.

**Gráfica 12. Pacientes de la ESNPCT de los centros de salud de la ciudad de Cusco en segunda fase de tratamiento antituberculoso, Agosto - Diciembre 2018.**

**Nivel de acuerdo entre el registro de faltas por el personal y la percepción del número de faltas por parte del paciente.**



Fuente: Registro de ficha de recolección de datos.

En la gráfica 12, se quiere corroborar la percepción de faltas de los pacientes con la ficha de tratamiento antituberculoso de igual manera de la ficha de tratamiento como lo que refieren los pacientes, en esta gráfica se puede visualizar que la falla de la percepción de los pacientes frente a las faltas que presentaron durante su tratamiento es mayor a lo registrado en su ficha de tratamiento, con una frecuencia mayor a 18 y con respecto a la falla en la ficha de tratamiento de dos pacientes.

Probablemente este error se evidencio, porque no solo el personal de enfermería está a cargo del tratamiento antituberculoso sino personal que desconoce del manejo de llenado de fichas de tratamiento (personal técnico no calificado, personal de seguridad, o el no correcto llenado de la ficha).

## IRREGULARIDAD DEL TRATAMIENTO

**Tabla 7. Número de faltas durante la primera fase del tratamiento antituberculoso en pacientes de la ESNPCT de los centros de salud de la ciudad de Cusco, Agosto - Diciembre 2018.**

FALTAS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	15	34,09	34,09
1	11	25,00	59,09
2	2	4,55	63,64
3 ó más	16	36,36	100,00
<b>TOTAL</b>	44	100,00	

Fuente: Ficha de tratamiento antituberculoso.

En la tabla 7 podemos observar que durante la fase 1 de tratamiento antituberculoso(2 meses), los pacientes que presentaron más de tres faltas al tratamiento, siendo estas continuas o alternas según la de definición de irregularidad al tratamiento,fueron 16 pacientes.

Con respecto al incumplimiento de los pacientes teniendo una a mas faltas al tratamiento,tendriamos un total de 29 pacientes,solo en fase 1.

La mediana fue de 3 faltas con respecto al número de faltas en la primera y segunda fase de tratamiento antituberculoso con una desviación estandar de  $\pm 7$  faltas .

**Tabla 8. Frecuencia de irregularidad del tratamiento antituberculoso durante las fases 1 y 2 en pacientes de la ESNPCT de los centros de salud de la ciudad de Cusco, Agosto - Diciembre 2018.**

Irregularidad de tratamiento			
VALOR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Regular	23	52,27	52,27
Irregular	21	47,73	100,00
<b>TOTAL</b>	44	100,00	

Fuente: Ficha de tratamiento antituberculoso.

En la tabla 8 se puede observar que la frecuencia de irregularidad de tratamiento (tres faltas continuas o alternas durante la fase 1 o de cinco faltas continuas o alternas durante todo el tratamiento) fue de 21(47,73%) pacientes .

**Tabla 9. Irregularidad del tratamiento antituberculoso según los determinantes sociales estudiados en pacientes de la ESNPCT de los centros de salud de la ciudad de Cusco, Agosto - Diciembre 2018.**

VARIABLES	Indicadores	TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO	
		IRREGULARIDAD	REGULARIDAD
<b>Sexo</b>	Masculino	11	7
	Femenino	16	10
<b>Categoría de empleo</b>	Sin empleo	10	16
	Con empleo	11	7
<b>Nivel Socioeconomico Económico</b>	Alto	0	1
	Medio	1	3
	Bajo superior	3	7
	Bajo inferior	10	11
	Marginal	7	1
	Primaria	6	6
<b>Nivel educativo del paciente</b>	Secundaria incompleta	3	2
	Secundaria completa	8	6
	Superior no universitaria	3	3
	Universitaria incompleta	0	3
	Post grado	1	3
	Educación básica	17	14
	Educación superior	4	9
<b>Nivel de conocimientos de la enfermedad "TBC"</b>	Bajo	12	11
	Medio	9	10
	Alto	0	2
<b>APGAR Familiar</b>	Familia funcional	11	15
	Disfuncion familiar leve	3	5
	Disfunción familiar moderada	1	2
	Disfuncion familiar severa	6	1

**(Cont.) Tabla 9. Irregularidad del tratamiento antituberculoso según los determinantes sociales estudiados en pacientes de la ESNPCT de los centros de salud de la ciudad de Cusco, Agosto - Diciembre 2018.**

VARIABLES	Indicadores	TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO	
		IRREGULARIDAD	REGULARIDAD
<b>Medio de transporte usado por el paciente</b>	A pie	15	14
	Autobus	5	8
	Automovil	1	1
<b>Hábito tabáquico</b>	No fumador	18	20
	Exfumador	2	3
	Fumador actual	1	0
<b>Hábito alcohólico</b>	Sin riesgo	15	23
	Con riesgo	6	0
<b>Riesgo de dependencia de drogas</b>	No consume	19	23
	Consumidor	1	0
	Dependiente	1	0

Fuente: Registro de ficha de recolección de datos.

La tabla 9, es una tabla de contingencia donde se puede ver la relación de las determinantes sociales vs la irregularidad del tratamiento.

Con respecto a la categoría ocupacional se recategorizó en dos grupos los que no cuentan con empleo y los que cuentan con empleo, observándose que el grupo más irregular son los que se encuentran trabajando.

Con respecto al nivel socioeconómico, el mayor grupo con irregularidad en el tratamiento, se encuentran en los niveles (bajo inferior y marginal), donde el 47% de los pacientes fueron irregulares en su tratamiento y de este porcentaje el 80% se encontraban en los niveles socioeconómicos bajo inferior y marginal. Podemos ver que es una enfermedad que afecta más frecuente a los estratos sociales más bajo de una población, el cual se corrobora en el estudio.

Con respecto al grado de instrucción se recategorizó la variable en dos grupos los que presentan estudios básicos; el cual incluye a primaria, secundaria incompleta y secundaria completa; siendo este grupo con mayor irregularidad al tratamiento antituberculoso, a diferencia de los que tienen educación superior.

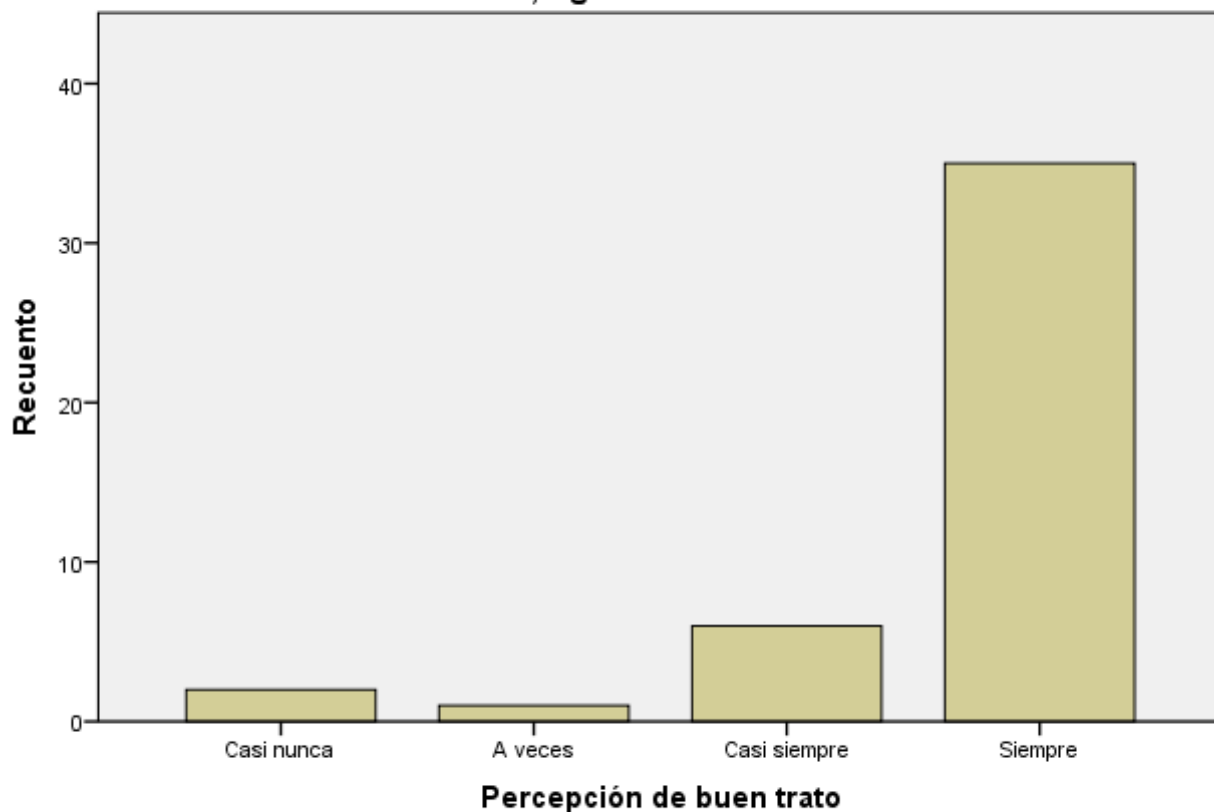
Sobre el nivel de conocimientos podemos observar que el mayor grupo de pacientes tiene un bajo grado de conocimientos acerca de su enfermedad, tratamiento y prevención, siendo ellos los más irregulares con el tratamiento.

El APGAR familiar muestra que las familias con disfunción severa son más irregulares con el tratamiento antituberculoso.

El medio de transporte más usado por los pacientes es el de ir a pie, podemos ver que no vendría a ser un impedimento para el paciente la accesibilidad, pero, pese a estar cerca a sus hogares los pacientes son irregulares con su tratamiento.

Con respecto a los hábitos tóxicos, se observa que los que presentan un riesgo de consumo de alcohol tienen un alto grado de irregularidad con el tratamiento antituberculoso.

**Gráfica 13. Percepción de la atención de salud en pacientes de la ESNPCT de los centros de salud de la ciudad de Cusco en segunda fase de tratamiento antituberculoso, Agosto - Diciembre 2018.**

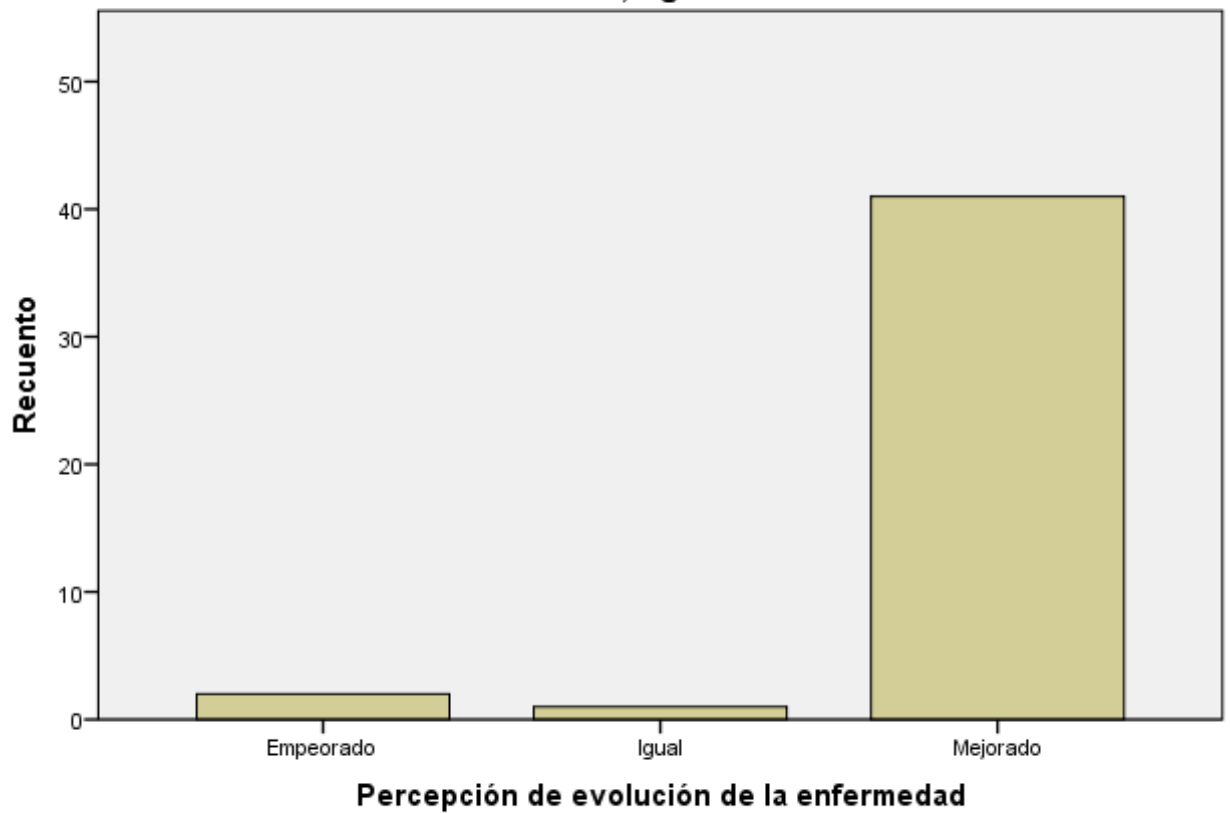


Fuente: Registro de ficha de recolección de datos.

En la gráfica 13 se puede observar que la mayoría de pacientes se encuentran satisfechos con la atención que reciben del personal de salud. Siendo solo 5 pacientes que perciben que casi siempre reciben buen trato del personal de salud.



**Gráfica 14. Percepción de la evolución de la enfermedad en pacientes de la ESNPCT de los centros de salud de la ciudad de Cusco en segunda fase de tratamiento antituberculoso, Agosto - Diciembre 2018.**



Fuente: Registro de ficha de recolección de datos.

En la gráfica 14 se puede apreciar que la mayoría de los pacientes siente mejoría con respecto a su enfermedad, siendo muy pocos, los que sienten que no mejoran.

## **CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN**

El presente estudio tiene como objetivo identificar los determinantes sociales que podrían afectar en la regularidad del tratamiento antituberculoso. Estos determinantes estudiados son:

### **Nivel socioeconómico**

El Perú crece económicamente, sin embargo; aún existe inequidad en la distribución de la riqueza y en la salud. Esto es determinante en el desarrollo de la tuberculosis debido a que el nivel socioeconómico refleja, no solo el grado de pobreza de una familia, sino el nivel educativo y la ocupación de los padres (8). En este campo se necesita todavía mucha investigación para confirmar patrones, identificar mecanismos y desarrollar políticas para favorecer la salud de la población de todos los estratos sociales y más aún de los estratos más bajos.

En el presente estudio se ha encontrado que la irregularidad del tratamiento antituberculoso podría estar determinado por el nivel socioeconómico bajo inferior y marginal, donde el 67% de los pacientes se encontraban en este nivel socioeconómico de los cuales 47% de los pacientes fueron irregulares en su tratamiento y de este porcentaje el 80% se encontraban en los niveles socioeconómicos bajo inferior y marginal. Este resultado concuerda con lo hallado por Cáceres y Orozco (9), siendo en este estudio un factor de riesgo el nivel socio económico bajo con IC 95% [2,11-9, 26]; como también en el estudio de Martínez-Hernández (17), donde el nivel socioeconómico bajo y muy bajo representaron el 58% de irregularidad de los pacientes durante el tratamiento. Podemos corroborar que la tuberculosis es una enfermedad que se presenta más en los niveles más bajos de una sociedad.

### **Categoría ocupacional**

Se ha observado que la mayor proporción de pacientes se encuentran desempleados el 69% mujeres y 44% varones, del total de pacientes con empleo 61 % fueron irregulares en su tratamiento siendo mayor que los pacientes que no contaban con trabajo. En otros estudios como el de Dueñas (35), muchos pacientes realizaron cambios en su vida laboral a causa de su enfermedad (tuberculosis) y el tratamiento de la misma, lo cual afectaba sus condiciones económicas, generando ausentismo y abandonos laborales; Zevallos (7), encontró que los pacientes que contaban con trabajo de ingreso inestable abandonaron su tratamiento. (OR: 1.42, IC: 1.01-2.01).

## **Apoyo familiar**

Se ha visto que la mayor proporción de pacientes con disfunción familiar severa (seis de siete pacientes) tuvieron tratamiento antituberculoso irregular y que la mayor proporción de pacientes con familias funcionales son regulares en su tratamiento. Estos hallazgos son similares con los Cáceres y Orozco (9), que encontró que el apoyo familiar era un factor protector con un IC 95%0,15-0,90 para el tratamiento regular. Los estudios de Martínez-Hernández (17) y Cárdenas (46) mostraron que los niveles altos de disfunción familiar y rechazo social se asociaban a mayor riesgo de abandono de tratamiento. Estos hallazgos se asemejan con lo hallado en el presente estudio, pues se ve una tendencia de mayor irregularidad en los pacientes con disfunción familiar severa y mayor regularidad en los que pertenecen a familias funcionales según la escala de APGAR familiar (ver tabla N°10.).

## **Grado de conocimiento**

En nuestro estudio 43% de los pacientes presentaron un nivel de conocimiento medio y 52% un nivel de conocimiento bajo, siendo el 50% de ellos irregulares con el tratamiento antituberculoso. Este resultado es semejante con lo hallado por Huaynates (20), con respecto al porcentaje de pacientes con nivel de conocimiento bajo y medio. Dávila et al (21) y Aguilar et al (48) demostraron asociación entre el nivel de conocimiento y el abandono del tratamiento siendo mayor en los que tenía un nivel de conocimiento bajo y medio. La falta de conocimiento de la enfermedad, como del tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas predisponen al agravamiento de la enfermedad.

## **Accesibilidad al centro de salud**

Con respecto a la accesibilidad con la irregularidad del tratamiento antituberculoso, no se encontró obstáculos; esto se debió a que la mayor parte de pacientes en promedio demoran en llegar a su centro de salud entre 10 a 30 min con una media de 15 min y la mayor parte de ellos se desplazan caminando, siendo relativamente cercano a sus hogares. Además una pequeña parte de pacientes recibía tratamiento domiciliario debido a discapacidad. Esto no se contrasta con los estudios de Ibrahim L (38), Dalens E (49) y Salazar et al (50) que demostraron que los pacientes que interrumpieron su tratamiento vivían a más de 5 kilómetros de sus sitios de tratamiento; además los costos y tiempo de viaje a larga distancia fueron los principales factores de riesgo para el abandono de tratamiento antituberculoso.

La no asociación de la accesibilidad con la irregularidad del tratamiento que se ha visto en el presente estudio se puede explicar por la presencia de distintos tipos de servicio de transporte y la cercanía de los centros de salud en general. Además, 45% de los pacientes procedían de otras provincias y se encontraban viviendo temporalmente en la ciudad del

Cusco mientras duraba su tratamiento. Esto anula las barreras geográficas que habitualmente encontrarían estos pacientes en su lugar de residencia habitual.

### **Estilos de vida.**

No se ha encontrado, como determinantes al hábito de consumo de tabaco y el riesgo de dependencia a drogas con la irregularidad del tratamiento antituberculoso. En los estudios realizados por Ibrahim L (38) el tabaquismo no fue un factor de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso, pero no por Dalens E (49) y Zevallos M (7) donde el tabaquismo y el consumo de drogas tenían asociación con el abandono del tratamiento debido al riesgo y modo de vida que presentan este grupo de personas. Es posible que algunos de los pacientes hayan ocultado su estado de fumador o de consumo drogas.

Sin embargo, se ha encontrado que el consumo de riesgo de alcohol es determinante con la irregularidad del tratamiento antituberculoso. No es objetivo del presente trabajo determinar el grado ni la dirección de la asociación antes descrita debido al planteamiento metodológico. Este hallazgo no es similar al encontrado por Ibrahim L (38) y Dueñas M (35), donde no encontraron asociación con el hábito alcohólico. De lo contrario ocurre con Dalens E (49) y Zevallos M (7) que encontraron que el consumo de alcohol de sus pacientes fue mayor del 50% siendo un factor de riesgo que indujo al abandono del tratamiento. Salazar et al observaron que la probabilidad de abandonar el tratamiento en las personas que consumieron alcohol durante el tratamiento es 7 veces mayor en los que no lo hicieron ( $p=0,001$ ) así mismo tener otra adicción aumenta 4 veces el riesgo de abandonar el tratamiento. Es más probable que los alcohólicos olviden de tomar su tratamiento y las citas hospitalarias, los que los lleva a la interrupción. El fumar cigarrillos el consumo de drogas y consumo de alcohol se basaron en auto informes del encuestado, es posible que algunos de los pacientes hayan ocultado su estado de consumo de alcohol o de algún hábito tóxico. Pese a esta limitación se encontró fuerte asociación.

Se ha explorado la percepción de buen trato del personal de salud con los pacientes encuestados como también de cómo se sienten con su enfermedad desde que inició su tratamiento y se ha encontrado que no es un determinante en la irregularidad del tratamiento antituberculoso. La mayor parte de los pacientes perciben buen trato del personal a cargo de la estrategia y se encuentra en estado de mejoría. Podemos decir que una atención humanizada por parte del personal de salud durante el tratamiento facilita el cumplimiento.

Algunas variables reportadas en otros estudios como factores de riesgo para el abandono e irregularidad del tratamiento como ser hombre, ser soltero o estar viudo o separado, migración y comorbilidades, no son determinantes para irregularidad del tratamiento antituberculoso.

De acuerdo al sexo se puede ver que los del sexo masculino tienen más irregularidad al tratamiento con respecto a las mujeres. El cual es similar en la mayoría de estudios que se tienen como antecedentes como el de Cárdenas N (46), Dalens (49), Peña V (44), Martínez-Hernández (17) y López J (33), quienes demostraron que existe mayor tendencia al abandono del tratamiento o a la irregularidad entre los pacientes de sexo masculino.

Las limitaciones del presente estudio se relacionan con su naturaleza descriptiva, por lo que, se recomienda realizar más estudios para determinar factores de riesgo, trabajar en ellos y eliminarlos. Otra limitación fue la población de estudio porque fue integrado por pacientes que se encontraban recibiendo tratamiento en la segunda mitad del año 2018 por lo que el número fue menor de lo esperado. Nuestros datos sobre los hábitos tóxicos se basaron en auto informes de los encuestados, es posible que algunos pacientes hayan ocultado la verdad. Con respecto al personal de salud, no siempre estaba a cargo de la estrategia un personal enfermero o no existía un personal exclusivo para el control del tratamiento de los pacientes siendo la tarea delegada a personas que no tenían conocimiento de la enfermedad por lo que no se podría saber exactamente si es creíble la información obtenida de las fichas de tratamiento del paciente. Además, el tratamiento directamente observado en boca “DOTS” no se llevaba a cabo correctamente en la mayoría de los centros de salud de la Ciudad del Cusco. Los instrumentos utilizados en el estudio fueron evaluados por expertos y realizados en otros estudios a nivel nacional e internacional no siendo un sesgo en nuestro estudio.

La fortaleza de este estudio radica en que es una de las pocas investigaciones sobre el comportamiento de este grupo de pacientes en la región Cusco. Se logró el acercamiento a los pacientes que asistían al programa de control de la tuberculosis aprovechándose el momento de la realización de la encuesta dirigida para poder hablar de la enfermedad, sus cuidados y sobre la importancia de su tratamiento.

En nuestro país, las políticas de salud guían el rumbo de la salud pública; siendo responsabilidad del estado. En marzo del 2018, hubo un compromiso de combatir esta grave amenaza a la salud pública siendo felicitado por la OPS/OMS; en donde el estado peruano pretende establecer una atención integral y gratuita con programas sociales, mejorando la vida alimentaria, acceso a empleo, bonos habitacionales y educación gratuita entre otros. Esto concuerda con la estrategia “Fin de la Tuberculosis” lanzada por la OPS/OMS. Según lo anterior el estado peruano quiere combatir los determinantes sociales y causas estructurales de la pobreza, que son la causa de la irregularidad, futuro abandono del tratamiento y la resistencia de esta enfermedad que perpetúan su presencia en nuestra sociedad. Entender que no solo es necesario el diagnóstico temprano y certero y un tratamiento eficaz para resolver esta piedra angular sino la participación de toda la ciudadanía.

## **CAPITULO 8: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **8.1. CONCLUSIONES**

- Los pacientes de los centros de salud de la ciudad del Cusco presentan una irregularidad del tratamiento de 47,73% y regularidad de 52,27%.
- El nivel socioeconómico de los pacientes que reciben tratamiento antituberculoso se encuentran en nivel bajo inferior y marginal (67%) encontrándose mayor irregularidad de tratamiento en este grupo (47%).
- La categoría ocupacional de los pacientes que reciben tratamiento antituberculoso, son desempleados, 69% mujeres y 44% varones y los que se encuentran con empleo (61%) la mayoría de ellos son irregulares con su tratamiento.
- El mayor grupo de los pacientes que reciben tratamiento antituberculoso, tienen apoyo familiar, los que presentaban disfunción familiar severa demostraron ser más irregulares con su tratamiento.
- El grado de conocimientos de los pacientes que reciben tratamiento antituberculoso es bajo 52% y 43% tienen un conocimiento medio de la enfermedad y tratamiento siendo ellos los que presentan mayor irregularidad en su tratamiento.
- No se encontró dificultad en la accesibilidad al centro de salud.
- Los hábitos nocivos como el consumo de tabaco y riesgo de drogadicción no fueron determinantes para la irregularidad del tratamiento, en cambio los pacientes con riesgo de consumo de alcohol el 100% fueron irregulares con su tratamiento.
- Los determinantes sociales influyen de alguna medida en la regularidad del tratamiento antituberculoso. Los determinantes estructurales de nuestro país siguen retroalimentándose perpetuando así esta enfermedad.

## **8.2 Recomendaciones**

### **Al Gobierno Nacional y Regional**

- Exigir que se cumplan los proyectos y estrategias para resolver los problemas de inequidad en salud.
- Elaboración, implementación y ejecución de políticas públicas para el control de la tuberculosis, evitando así el abandono del tratamiento antituberculoso.

### **A la DIRESA-Cusco y los centros de salud:**

- Poner más atención a los determinantes que predisponen para la irregularidad del tratamiento antituberculoso.
- Ampliar el equipo de profesionales en los servicios de medicina, enfermería, psicología, necesarios para el manejo integral de los pacientes que reciben tratamiento antituberculoso.
- Exigir que el personal de salud acuda a las capacitaciones prevención, control y tratamiento de la tuberculosis. Así como también ser evaluados con respecto a los temas tratados.
- Establecer personal exclusivo en el ambiente donde se entrega el tratamiento a los pacientes, ya que este factor puede determinar que el paciente abandone las instalaciones del establecimiento de salud por falta de tiempo o por la no existencia de alguien que pueda entregar el tratamiento.
- Asegurar rigurosamente que la administración del tratamiento sea directamente observado “DOTS”.
- Generar grupos de autoayuda sobre aquellos hábitos nocivos que puedan perjudicar la continuidad del tratamiento.
- Garantizar el apoyo que el estado pretende establecer a los pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento antituberculoso como: atención integral y gratuita con programas sociales, mejorar la vida alimentaria, acceso a empleo, bonos habitacionales y educación gratuita entre otros.

### **A los estudiantes e investigadores**

- Realizar estudios en la misma línea de investigación, mejorando las limitaciones que presenta este estudio (número de casos).
- Realizar más estudios de investigación para resolver los determinantes estructurales de inequidad en salud.

- Realizar estudios acerca del tratamiento profiláctico en contactos de pacientes con diagnóstico de tuberculosis.
- Realizar estudios de evaluación del programa de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las Tuberculosis con énfasis en la técnica de la administración del tratamiento directamente observado.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alarcón V, Alarcón E, Figueroa C, Mendoza-Ticona A. Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 2017 [citado el 22 de febrero de 2018];2(34):299 – 310. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2384>
2. Organización Mundial de Salud | Tuberculosis. WHO [Internet]. 2018; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
3. Dirección Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria. Análisis de la Situación de Salud Cusco 2013 [Internet]. Cusco: Dirección Regional de Salud Cusco; 2013 [citado el 19 de octubre de 2016]. 510 p. Disponible en: [http://www.diresacusco.gob.pe/inteligencia/epidemiologia/asis/ASIS\\_CUSCO\\_2013.pdf](http://www.diresacusco.gob.pe/inteligencia/epidemiologia/asis/ASIS_CUSCO_2013.pdf)
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de casos notificados de tuberculosis según departamento ,2007-2016 [Internet]. Lima: INEI; 2017 [citado el 12 de agosto de 2013]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/health/>
5. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Impacto socioeconómico de la Tuberculosis en el Perú 2010 [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2012 [citado el 29 de abril de 2018]. 156 p. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1820.pdf>
6. Fuentes-Tafur LA. Enfoque socio económico para el control de la tuberculosis en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 2009 [citado el 14 de junio de 2018];26(3):370–79. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n3/a17v26n3.pdf>
7. Zevallos Romero ME. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso esquema I en la red de salud de San Juan de Lurigancho [Internet] [Tesis de Maestría]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017 [citado el 15 de enero de 2019]. Disponible en: [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1030/Factores\\_ZevallosRomero\\_Maritz\\_a.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1030/Factores_ZevallosRomero_Maritz_a.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
8. Ministerio de Salud. Políticas de salud y el control de la tuberculosis [Internet]. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2010 [citado el 19 de agosto de 2018]. 43 p. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/Exposiciones/2007/Eval1ersem/PoliticasyControlTB.pdf>
9. Cáceres FM, Orozco LC. Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. Biomédica [Internet]. 2007 [citado el 21 de mayo de 2018];27(4):498–504. Disponible en: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v27i4.170>
10. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú 2015 [Internet]. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2016 feb [citado el 19 de agosto de 2018] p. 128. Disponible en: [http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=599&Itemid=204](http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=599&Itemid=204)

11. Raviglione MC, O'Brien RJ. Tuberculosis. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. Harrison: Principios de Medicina Interna. 18a ed. New York: The McGraw-Hill Companies; 2012. p. 1340 – 1359.
12. Determinantes sociales de la salud en la Región de las Américas [Internet]. Health in the Americas 2017. 2017 [citado el 19 de marzo de 2019]. Disponible en: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_t\\_es=determinantes-sociales-de-la-salud](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=determinantes-sociales-de-la-salud)
13. Vivas Joseph, Moscoso Ricardo, Juárez César, Cárdenas Enrique. Determinantes sociales en salud. Primera. Lima-Perú: Universidad ESAN; 2017.
14. Vera-Romero OE, Vera-Romero FM. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. Rev Cuerpo Méd HNAAA [Internet]. 2013 [citado el 21 de mayo de 2018];6(1):41–5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4262712>
15. Molina Rueda MJ, Vivaldi Jiménez AM, Molina Rueda F. Tratamiento de la tuberculosis: ¿qué pacientes y por qué lo abandonan? [Carta al Director]. Aten Primaria [Internet]. noviembre de 2012 [citado el 23 de mayo de 2018];44(11):e25–e26. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.04.006>
16. [www.mintra.gob.pe](http://www.mintra.gob.pe) [Internet]. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. 2016 [citado el 10 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.mintra.gob.pe/mostrarContenido.php?id=165>
17. Martínez-Hernández YO, Guzmán-López F, Flores-Pulido JJ, Vázquez-Martínez VH. Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar. Aten Fam [Internet]. 2014 [citado el 27 de mayo de 2018];21(2):47–49. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30013-X](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30013-X)
18. Unidad de Medicina Familiar y Atención Primaria de la Facultad de Medicina - Universidad Autónoma de Madrid [eds]. Tema 3: El paciente y el entorno familiar, social y cultural del paciente [Internet]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2011 [citado el 23 de mayo de 2018]. 19 p. Disponible en: [https://formacion.uam.es/pluginfile.php/122641/mod\\_resource/content/1/Tema\\_3.pdf](https://formacion.uam.es/pluginfile.php/122641/mod_resource/content/1/Tema_3.pdf)
19. Suarez Cuba MA, Alcalá Espinoza M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev Med La Paz [Internet]. 2014 [citado el 21 de mayo de 2018];20(1):53–57. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1\\_a10.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf)
20. Huaynates Castro AY, Cuba Sancho J. Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria de salud. “San Luis”. 2006 [Internet] [Tesis de licenciatura]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013 [citado el 20 de julio de 2018]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1025>
21. Cornejo Dávila LF, Reyes Paredes HH. Nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar en pacientes que acuden a consulta en el Centro de Salud Las Palmas-Tingo María 2017 [Internet] [Tesis de licenciatura]. [Tingo María]: Universidad de Huánuco; 2017 [citado el 20 de julio de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/623>
22. Salas Abarca P, Chamizo García HA. Determinantes sociales de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis: una discusión desde la perspectiva heurística del riesgo. Rev Cienc Adm Financ

- Segur Soc [Internet]. 2002 [citado el 5 de agosto de 2018];10(1):67–78. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-12592002000100006](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592002000100006)
23. Pina JM, Domínguez A, Alcaide J, Álvarez J, Camps N, Díez M, et al. Exceso de mortalidad por tuberculosis y factores asociados a la defunción en una cohorte anual de enfermos diagnosticados de tuberculosis. *Rev Clínica Esp* [Internet]. diciembre de 2006 [citado el 19 de mayo de 2018];206(11):560–565. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0014-2565\(06\)72897-1](https://doi.org/10.1016/S0014-2565(06)72897-1)
  24. González-Moreno J, García-Gasalla M, Cifuentes Luna C, Mir Villadrich I, Pareja Bezares A, Navarro Fernández V, et al. Experiencia de una unidad monográfica de tuberculosis: primeros 500 casos. *Arch Bronconeumol* [Internet]. octubre de 2013 [citado el 5 de agosto de 2018];49(10):421–426. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2013.03.010>
  25. Belmonte Cortés S, Serrano Zarceño C, Granado De La Orden S. Metodología para la estimación del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. *Rev Esp Nutr Comunitaria* [Internet]. 2015 [citado el 5 de agosto de 2018];21(Supl. 1):255–262. Disponible en: <http://doi.org/10.14642/RENC.2015.21.sup1.5072>
  26. Ruiz Gonzáles M, Caballero Ortiz V. Hábitos tóxicos en estudiantes de segundo año de medicina. *MEDISAN* [Internet]. 2013 [citado el 6 de agosto de 2018];17(2):230–236. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3684/368444990009/>
  27. Gual A, Contel M, Segura L, Colom J, Ribas A. El ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos): un nuevo instrumento para la identificación prematura de bebedores de riesgo. *Med Clínica* [Internet]. enero de 2001 [citado el 6 de agosto de 2018];117(18):685–689. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)72224-5](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)72224-5)
  28. Silla Stoel M, Rosón Hernández B. Evaluación del consumo de alcohol y diagnóstico de patrón de consumo. *Trastor Adict* [Internet]. julio de 2009 [citado el 6 de agosto de 2018];11(3):191–199. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(09\)72411-0](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(09)72411-0)
  29. Pérez Gálvez B, García Fernández L, de Vicente Manzanero MP, Oliveras Valenzuela MA, Lahoz Lafuente M. Validación española del Drug Abuse Screening Test (DAST-20 y DAST-10). *Health Addict Salud Drog* [Internet]. 2001 [citado el 5 de agosto de 2018];10(1):35–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21134/haaj.v10i1.35>
  30. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis [Internet]. 1a ed. Lima: MINSA (Perú); 2014 [citado el 4 de junio de 2018]. 170 p. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>
  31. Palmero D, de Casado GC, Castagnino J, Musella RM, Aidar O, Ambroggi M, et al. Guías de diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. [Internet]. Argentina: Hospital Muñiz, Instituto Vaccarezza; 2011 [citado el 4 de junio de 2018]. 43 p. Disponible en: [http://www.neumo-argentina.org/images/guias\\_consensos/guia\\_tuberculosis\\_del\\_hospital\\_muniz\\_2011.pdf](http://www.neumo-argentina.org/images/guias_consensos/guia_tuberculosis_del_hospital_muniz_2011.pdf)
  32. Gelmanova I, Keshavje S, Golubchikova V, Berezina V, Strelis A, Yanova G, et al. Barriers to successful tuberculosis treatment in Tomsk, Russian Federation: non-adherence, default and the

- acquisition of multidrug resistance. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2007 [citado el 4 de junio de 2018];85(9):703–711. Disponible en: <http://doi.org/10.2471/BLT.06.038331>
33. López Palacio JD. Determinantes sociales de la salud en pacientes con tuberculosis-Manizales-Colombia 2012-2014. *Arch Med* [Internet]. 2017 [citado el 2 de febrero de 2019];17(1):38–53. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/2738/273851831005/>
  34. Yin J, Wang X, Zhou L, Wei X. The relationship between social support, treatment interruption and treatment outcome in patients with multidrug-resistant tuberculosis in China: a mixed-methods study. *Trop Med Int Health* [Internet]. mayo de 2018 [citado el 27 de mayo de 2018];23(6):668–667. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/tmi.13066>
  35. Dueñas M, Cardona D. Factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis, Pereira, Colombia, 2012-2013. *Biomédica* [Internet]. 2013 [citado el 11 de agosto de 2018];36(3):423–31. Disponible en: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v36i3.2904>
  36. Arrosini S, Herrero MB, Greco A, Ramos S. Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Salud Colect Lanús* [Internet]. noviembre de 2012 [citado el 27 de noviembre de 2018];8(Supl. 1):65–76. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652012000300012&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652012000300012&script=sci_arttext&lng=en)
  37. Krasniqi S, Jakupi A, Daci A, Tigani B, Jupolli-Krasniqi N, Pira M, et al. Tuberculosis Treatment Adherence of Patients in Kosovo. *Tuberc Res Treat* [Internet]. 2017 [citado el 27 de noviembre de 2018];2017:8. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2017/4850324>
  38. Ibrahim LM, Hadejia IS, Nguku P, Dankoli R, Waziri NE, Akhimien MO, et al. Factors associated with interruption of treatment among Pulmonary Tuberculosis patients in Plateau State, Nigeria. 2011. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2014 [citado el 27 de mayo de 2018];17:78. Disponible en: <http://doi.org/10.11604/pamj.2014.17.78.3464>
  39. Mendonça AM, Kritski AL, Land MG, Sant’Anna CC. Abandonment of Treatment for Latent Tuberculosis Infection and Socioeconomic Factors in Children and Adolescents: Rio De Janeiro, Brazil. *PLOS ONE* [Internet]. el 5 de mayo de 2016 [citado el 18 de febrero de 2019];11(5):e0154843. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0154843>
  40. Álvarez Gordillo GC, Álvarez Gordillo JF, Dorantes Jiménez JE. Estrategia educativa para incrementar el cumplimiento del régimen antituberculoso en Chiapas, México. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2003 [citado el 19 de agosto de 2018];14(6):402–408. Disponible en: <http://doi.org/10.1590/S1020-49892003001100005>
  41. Anibarro L, Lires JA, Iglesias F, Vilariño C, Baloria A, de Lis JM, et al. Factores sociales de riesgo para la falta de cumplimiento terapéutico en pacientes con tuberculosis en Pontevedra. *Gac Sanit* [Internet]. 2004 [citado el 21 de mayo de 2018];18(1):38–44. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(04\)71997-4](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(04)71997-4)
  42. Herrera Laura JL. Factores asociados al incumplimiento del tratamiento antituberculoso en pacientes del centro de salud de San Juan de Dios Pisco -enero 2018 [Resumen] [Internet] [Tesis de licenciatura]. [Lima]: Universidad San Juan Bautista; 2018 [citado el 21 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1827/T-TPLE-Joseline Lucero Herrera Laura.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

43. Roldán MV. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antituberculoso en la Microred Magdalena Nueva - Chimbote, 2017 [Resumen] [Internet] [Tesis de titulación]. [Chimbote]: Universidad San Pedro. Escuela de Medicina; 2017 [citado el 21 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/822?show=full>
44. Peña Grosso VJ. Factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes que asisten al Hospital Huaycán, febrero - marzo del 2015. [Internet] [Tesis de licenciatura]. [Lima]: Universidad Peruana Unión; 2015 [citado el 27 de noviembre de 2018]. Disponible en: [http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/578/Víctor\\_Tesis\\_bachiller\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/578/Víctor_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
45. Arriola-Huerta P, Castillo-Cahuana T, Quispe-Fabián G, Torres-Deza C. Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento antituberculoso. Rev Enferm Hered [Internet]. 2011 [citado el 19 de septiembre de 2018];4(2):86–92. Disponible en: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2011/febrero/07%20ANTITUBERCULOSO.pdf>
46. Cárdenas Carbajal N. Factores asociados a adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis en centros de salud de la ciudad de Cusco-2017 [Tesis de titulación]. [Cusco]: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2017.
47. De la Torre Dueñas C, Accostupa Quispe YM. Estadística inferencial para la investigación en ciencias de la salud. 1a ed. Perú; 2013.
48. Aguilar Reina CA. Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar de los pobladores de un distrito con alta incidencia, Chiclayo - Perú [Internet] [Tesis de titulación]. [Chiclayo]: Universidad de San Martín de Porres; 2017 [citado el 20 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2986/3/aguilarrca.pdf>
49. Dalens Remigio EI, Ochoa Vigo K. Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis .red de salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos [Internet] [Tesis de licenciatura]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2012 [citado el 15 de enero de 2019]. Disponible en: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/310/1/Dalens\\_ei.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/310/1/Dalens_ei.pdf)
50. Salazar González CL, Uribe Rocha MP, Zuluaga Ramírez WA, Ríos Cadavid JF, Montes F. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento contra la tuberculosis en la ciudad de Medellín. Enero 2000 - Junio 2001. CES Med [Internet]. 2004 [citado el 18 de febrero de 2019];18(1):25–33. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/451>

## ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por **Helen Evely Bravo Fuentes**, Bachiller en Medicina Humana, de la **Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco**. La meta de este estudio es identificar los **determinantes sociales e irregularidad del tratamiento antituberculosos esquema sensible cusco, 2018**.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en un cuestionario. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido informado (a) de las metas de este estudio y acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

-----Nombre del Participante

.....

Firma del Participante                      Fecha

(En letras de imprenta)

## ANEXO 2: CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

CUESTIONARIO

FACTORES SOCIOECONOMICOS

Buenos días, el presente cuestionario corresponde al trabajo de investigación denominado “Factores socioeconómicos asociados al incumplimiento del tratamiento de tuberculosis esquema sensible” que tiene como objetivo determinar los posibles factores socioeconómicos asociados al incumplimiento del tratamiento de tuberculosis pulmonar y consta de cinco partes: Datos generales, nivel socioeconómico, apoyo familiar, nivel de conocimientos acerca del tratamiento de tuberculosis y finalmente la accesibilidad al centro de salud. Los resultados que se obtengan del presente estudio servirán para conocer los factores socioeconómicos que dificultan el cumplimiento del tratamiento de la tuberculosis en la provincia del Cusco. Le pido sinceridad en sus respuestas, ya que son totalmente anónimas. Agradezco anticipadamente su colaboración.

### A. DATOS GENERALES

- I. **Edad:**
- II. **Sexo:** M ( ) F ( )
- III. **Estado civil :**  
Soltero ( ) casado ( ) viudo ( ) divorciado ( )
- IV. **Número de hijos:**.....
- V. **Lugar de procedencia:** .....
- VI. **Lugar de residencia:** .....
- VII. **Tiempo que está recibiendo Tratamiento:(días):**.....
- VIII. **¿Hubo Incumplimiento con el tratamiento? (#días que faltó):**.....
- IX. **Presenta algún antecedente patológico (diabetes, hta, etc ):**.....

### B. CATEGORÍA OCUPACIONAL

Marque con una (X) si se encuentra trabajando actualmente.

Si ( ) No ( )

Si se encuentra trabajando actualmente responda la siguiente pregunta:

**¿Cuál es su categoría ocupacional?**

- a) Empleador
- b) Empleado
- c) Obrero
- d) Trabajador independiente
- e) Trabajador del hogar
- f) Trabajador familiar

**C. NIVEL SOCIOECONOMICO**

**1. ¿Cuál es el grado de estudios del padre? Marque con una X; para ambos padres (M: madre y P: padre).**

- a) Primaria completa /incompleta.
- b) Secundaria incompleta.
- c) Secundaria completa.
- d) Superior no universitario (p.ej. Instituto superior, otros.)
- e) Estudios universitarios incompletos
- f) Estudios universitarios completos (bachiller, titulado.)
- g) Postgrado.

**2. ¿A dónde acude el jefe del hogar para atención médica cuando él tiene un problema de salud?**

- Posta médica / farmacia / naturista.
- Hospital del Ministerio de Salud / Hospital de la Solidaridad.
- Seguro Social / Hospital FFAA / Hospital de Policía.
- Médico particular en consultorio.
- Médico particular en clínica privada.

**3. ¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?**

- a) Menos de 750 soles/mes aproximadamente
- b) Entre 750 – 1000 soles/mes aproximadamente
- c) 1001 – 1500 soles/mes aproximadamente
- d) > 1500 soles/mes aproximadamente

**4. ¿Cuántas habitaciones tiene su hogar exclusivo para dormir? (sin incluir el servicio doméstico)**

.....  
.....

**5. ¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar?**

.....  
.....

**6. ¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda?**

- Tierra / Arena
- Cemento sin pulir (falso piso)
- Cemento pulido / Tapizón
- Mayólica / loseta / cerámicos
- Parquet / madera pulida / alfombra / mármol /terrazo.



#### D. APOYO FAMILIAR

Preguntas	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones ,como rabia ,tristeza, amor ,etc,					
Me satisface como compartimos en familia. p.e.: El tiempo para estar juntos, los espacios de la casa, el dinero.					

#### E. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS

1. **¿Qué tipo de enfermedad es la tuberculosis?**

- a) Contagiosa
- b) Hereditaria
- c) Viral
- d) Desconocida
- e) No sabe

2. **¿Cómo se contagia la tuberculosis?**

- a) Por el aire con microbios que respiramos
- b) Por el agua con microbios que bebemos
- c) Por las relaciones sexuales con pacientes con tuberculosis

- d) Por compartir cubiertos, ropas u otros objetos con los pacientes con tuberculosis.
- e) No sabe

3. **¿Cuánto tiempo debe presentar tos una persona para sospechar que tiene tuberculosis?**

- a) Por más de 7 días sin flema
- b) Por más de 15 días, con o sin flema
- c) Por más de 7 días con flema
- d) Por más 10 días sin flema
- e) No sabe

**4. ¿Qué condición es necesaria para que la persona se enferme con tuberculosis?**

- a) Una mala alimentación
- b) La falta de higiene
- c) El consumo de alguna comida contaminada
- d) El uso de los mismos cubiertos o vasos
- e) No sabe

**5. ¿Cuántos esquemas de tratamiento existen para la tuberculosis?**

- a)1          b)2          c)3          d)4
- e) No sabe

**6. ¿Cuáles son los principales medicamentos que recibe un paciente con tuberculosis?**

- a) Aspirina, gravol, ampicilina, y etambutol
- b) Estreptomina, ampicilina, paracetamol y plidan.
- c) Rifampicina, isoniazida , etambutol y pirazinamida.
- d) Furosemida, penicilina, ibuprofeno y aspirina
- e) No sabe

**7. ¿Cuáles son las molestias más comunes que pueden presentar los pacientes que reciben medicamentos contra la tuberculosis?**

- a) Diarrea y dolor de estómago.
- b) Vómitos y diarreas.
- c) Náuseas y dolor de estómago.
- d) Náuseas y vómitos.
- e) No sabe.

**8. ¿Cuál de las siguientes acciones es necesaria para curarse de la tuberculosis?**

- a) Realizar ejercicios físicos
- b) No dejar de tomar las pastillas
- c) Alimentarse en exceso
- d) No ir a trabajar
- e) No sabe

**9. ¿Qué ocurre con la tuberculosis si el paciente no inicia tratamiento oportuno?**

- a) Disminuye
- b) Se mantiene igual
- c) Desaparece
- d) Se extiende
- e) No sabe

**10. ¿Qué ocurre con los microbios de la tuberculosis si no se cumple o se abandona el tratamiento?**

- a) Se vuelven débiles a los medicamentos
- b) Se vuelven resistentes a los medicamentos
- c) Desaparecen
- d) Se mantienen igual
- e) No sabe

**11. ¿Con qué líquido de preferencia debe tomar el paciente los medicamentos?**

- a) Agua pura y mates.
- b) Leche y jugos
- c) Café y té
- d) Gaseosa y agua
- e) No sabe

**12. ¿Qué alimentos debe consumir mayormente el paciente con tuberculosis?**

- a) Harinas, verduras y frutas
- b) Carnes, productos lácteos y menestras
- c) Verduras, frutas y carnes
- d) Productos lácteos, verduras y frutas
- e) No sabe

**13. ¿Qué medida de precaución debe tener el paciente con tuberculosis al toser?**

- a) Cubrirse la boca y mantenerse alejado
- b) Cubrirse la boca y no hablar
- c) Cubrirse la boca y evitar hablar de frente
- d) Cubrirse la boca y hablar de frente
- e) No sabe

**14. ¿Qué debe hacer el paciente cuando elimina flema?**

- a) Eliminarlo directamente al recipiente de basura
- b) Eliminarlo en una bolsa y luego quemarlo
- c) Eliminarlo directamente en una bolsa plástico
- d) Eliminarlo en papel higiénico y echarlo en una bolsa plástica
- e) No sabe

**15. ¿Cómo deben ser las actividades diarias del paciente con tuberculosis?**

- a) Continuar con las actividades diarias.
- b) Disminuir sus actividades diarias.
- c) Incrementar sus actividades diarias.
- d) No realizar ninguna actividad.
- e) No sabe.

**16. ¿Cómo debe mantenerse la vivienda del paciente con tuberculosis para disminuir el contagio?**

- a) Iluminada y con poca ventilación
- b) Con poca iluminación y poca ventilación
- c) Con poca iluminación y ventilada
- d) Iluminada y ventilada
- e) No sabe

**17. ¿Qué examen debe realizarse el paciente mensualmente para su control durante el tratamiento?**

- a) Radiografía de tórax
- b) Análisis de esputo
- c) Análisis de sangre
- d) Examen de orina
- e) No sabe

**18. ¿Cuál de las siguientes acciones obligatoriamente debe realizar el paciente con tuberculosis al inicio de su tratamiento, cambio de fase y su alta?**

- a) Asistir a la consulta médica
- b) Asistir a la consulta nutricional
- c) Asistir a la consulta con la asistente social
- d) Asistir a la consulta psicológica
- e) No sabe

**19. ¿Cada cuánto tiempo debe controlar su peso el paciente con tuberculosis?**

- a) Mensualmente
- b) Diariamente
- c) Semanalmente
- d) Quincenalmente
- e) No sabe

20. ¿Qué tratamiento farmacológico deben recibir los menores de 15 años que están en contacto con el paciente con resultado de esputo positivo?

- a) Pastillas de rifampicina
- b) Pastillas de isoniazida
- c) Pastillas de etambutol
- d) Pastillas de pirazinamida
- e) No sabe

---

**F. ACCESIBILIDAD AL CENTRO DE SALUD:**

- Dirección de su residencia actual:  
.....
- Tiempo que demora al llegar a su centro de salud:.....
- Medio de transporte por el cual llega al centro de salud (Puede marcar más de una opción)
  - a) Automóvil..... ( )
  - b) Bicicleta..... ( )
  - c) Motocicleta..... ( )
  - d) Autobús ..... ( )
  - e) Ninguno (caminando)..... ( )

---

**G. HÁBITOS TÓXICOS:**

**HÁBITO TABÁQUICO**

**INSTRUCCIONES:** marque la alternativa que usted considere oportuna.

SI ( ) NO ( )

- ¿Ha fumado cigarrillos alguna vez?

SI ( ) NO ( )

- ¿Llegó a fumar diariamente alguna vez?

SI ( ) NO ( )

- ¿Hace cuánto tiempo fumó por primera vez?

- Hace 1 año o menos
- De 2 a 3 años
- De 4 a 5 años
- De 6 a 7 años
- Ocho o más años

- ¿Ha fumado en los últimos tres meses?

SI ( ) NO ( )

- ¿Diría que ha fumado más de cien cigarrillos?

- ¿Actualmente fuma a diario?

SI ( ) NO ( )

**INTERROGATORIO SISTEMATIZADO SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL (ISCA)**

**1. Si en alguna ocasión toma bebidas alcohólicas, que toma? (vino, cerveza, chicha, etc.)**

.....

¿Cuántas consumiciones hace en un día (número de vasos)?

.....

¿Con qué frecuencia? (número de días a la semana)

.....

**2. ¿Los fines de semana, feriados (o los días laborables) cambia sus hábitos de consumo?**

SI ( ) NO ( )

Si es **SI**, qué bebida alcohólica toma

.....

Cuántas consumiciones (número de vasos):

.....

---

**¿Consume algún tipo de droga? SI ( ) NO ( )**

**Si es ( SÍ ) responda las siguientes preguntas.**

**1. ¿Ha consumido algún tipo de droga sin prescripción médica?**

SI ( ) NO ( )

**2. ¿Ha consumido más de una droga al mismo tiempo?**

SI ( ) NO ( )

SI ( ) NO ( )

**5. ¿Se ha sentido mal consigo mismo o culpable por su consumo de drogas?**

SI ( ) NO ( )

**6. ¿Su pareja o sus familiares suelen quejarse de su consumo de drogas?**

SI ( ) NO ( )

**7. ¿Ha desatendido a su familia a consecuencia de su consumo de drogas?**

SI ( ) NO ( )

**8. ¿Ha realizado alguna actividad ilegal para obtener drogas?**

SI ( ) NO ( )

**9. ¿Ha notado síntomas de abstinencia cuando deja de consumir drogas?**

SI ( ) NO ( )

**10. ¿Ha tenido problemas de salud a consecuencia del consumo de drogas? (Por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragias, etc.)**

SI ( ) NO ( )

**H. ¿Usted cree que recibe buen trato del personal de salud?**

- a. Nunca
- b. Casi nunca
- c. Algunas veces
- d. Casi siempre
- e. Siempre

**I. ¿Cómo se siente usted con respecto a su enfermedad desde que empezó el tratamiento?**

- a. Mejor
- b. Igual
- c. He empeorado

### **ANEXO 3: CONTENIDO DE ALCOHOL EN GRAMOS**

Contenido de alcohol en gramos y sus equivalencias en unidades de bebida estándar (UBE)

Bebida	Volumen (cc)	Graduación alcohólica	Gramos de alcohol	Número de UBEs por cada consumición
Anís	50	38	14.0	2
Cerveza	200	6	9.6	1
Champán	100	13	10.4	1
Cointreau	50	40	16.0	2
Coñac	50	40	16.0	1
Ginebra	50	40	16.0	2
Jerez	50	17	6.8	1
Orujo	30	38	9.0	1
Pacharán	50	28	11.2	2
Ponche	50	28	11.2	2
Ron	50	42	16.8	2
Vermut	70	16	9.0	1
Vino	100	12	9.6	1
Vodka	50	42	16.0	2
Whisky	50	45	18.0	2

Fuente: Rosón Hernandez B (28). "Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica".

\*Se ha considerado la definición española de una UBE, que corresponde a 10 gramos. Según lo recomendado por la organización DeVida.

## ANEXO 4: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

INSUMOS PARA LA INVESTIGACIÓN					
Insumo	Finalidad	Cantidad	Valor unitario	Sub-Total	Financiador
Papel bond	Hojas para el cuestionario.	500	25 soles por millar	12.5 soles	autofinanciado
Impresiones	Imprimir fichas de recolección de datos	100	10 céntimos de sol por impresión	10 soles	autofinanciado
Personal	Recolección de datos	-----	----	-----	-----
Imprevisto	Gastos adicionales no planeados	-----	----	500 soles	autofinanciado
<b>TOTAL</b>				522.50	Nuevos soles

### CRONOGRAMA

Actividades\ MESES Quincenas	2017	2018				2019		
		Enero-Marzo	Abril-Junio	Julio - Set	Octubre -Dic	Enero-Marzo		
Planteamiento del tema de investigación								
Búsqueda bibliográfica								
Elaboración del título, planteamiento del problema y objetivos								
Elaboración del diseño y método de investigación								
Término de la redacción del proyecto de investigación								
Revisión del proyecto de tesis y corrección de las observaciones								
Presentación del proyecto y aprobación Jurado A 50%								
Recolección de datos								
Análisis de datos y obtención de resultados								
Discusión, conclusiones, y aprobación de jurado A 100%								
Sustentación de Reporte Final Jurado B								

**ANEXO 5: DOCUMENTOS DE AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACION Y VALIDACION DE CUESTIONARIO.**