

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPEUTICA
ANTITUBERCULOSA EN PACIENTES DE UN PUESTO DE SALUD.**

CHIMBOTE, 2018

**PRESENTADO POR: ALBURQUEQUE ESQUIVEL LARISSA
GUADALUPE**

ASESORA

Dra. VARGAS GUTIÉRREZ DEYSI ELIZABETH

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

NUEVO CHIMBOTE – PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Revisado y Vo Bo de:

Dra. Deysi Elizabeth Vargas Gutiérrez

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



REVISADO y V° B° POR:

JURADO EVALUADOR

Dra. Luz Falla Juárez
PRESIDENTE

Dra. Inés Rosas Guzmán
SECRETARIO

Dra. Deysi Elizabeth Vargas Gutiérrez
INTEGRANTE

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN DE LA TESIS

En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el Aula E1 de la Escuela de Enfermería, siendo las 18 horas del día 22 de abril 2019, dando cumplimiento a la Resolución N° 065-2019-UNS-FC, se reunió el Jurado Evaluador presidido por Dra. Luz Falla Juárez, teniendo como miembros a Dra. Inés Rosas Ruzmán (secretario) (a), y Dra. Deysi Vargas Gutiérrez (integrante), para la sustentación de tesis a fin de optar el título de Licenciada en Enfermería, realizado por el, (la), (los) tesista (as) Larissa Guadalupe Alburquerque Esquivel

....., quien (es) sustentó (aron) la tesis intitulada: Factores asociados a la adherencia terapéutica antifébril en pacientes de un Puerto de Salud - Chimbote, 2018

Terminada la sustentación, el (la), (los) tesista (as)s respondió (ieron) a las preguntas formuladas por los miembros del jurado.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como Sobresaliente asignándole un calificativo de 20 puntos, según artículo 103° del Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Santa, vigente (Resolución N° 492-2017-CU -R-UNS)

Siendo las 19 horas del mismo día se dio por terminado el acto de sustentación firmando los miembros del Jurado en señal de conformidad

Luz Falla Juárez
Nombre: Luz Falla Juárez
Presidente

Inés Rosas Ruzmán
Nombre: Inés Rosas Ruzmán
Secretario

Deysi Vargas Gutiérrez
Nombre: Deysi Vargas Gutiérrez
Integrante

Distribución: Integrantes J.B (), tesistas () y archivo (02).



DEDICATORIA

A Dios, quien me dió la vida y ha cuidado mis pasos desde entonces. Por brindarme su fuerza y perseverancia en este camino largo hacia la profesión.

A Rosa y María, mis dos madres que han seguido mis pasos en este largo camino, brindándome su apoyo y comprensión. Mi fuente de inspiración de empeño y esfuerzo.

A mis amigos, que han permanecido a mi lado en los tiempos más difíciles, gracias por la ayuda y motivación.

A mi asesora, Dra. Deysi Vargas Gutiérrez por brindarme sus grandes conocimientos en la realización del trabajo de investigación, por su paciencia y sabios consejos que me han permitido estar más cerca a Dios.

Larissa

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Santa, en especial a la Escuela Académico Profesional de Enfermería, por abrirme las puertas a un mejor futuro y brindarme la oportunidad de adquirir y madurar conocimientos en ella.

A las docentes, por su apoyo incondicional, sus enseñanzas y valores, que han sido pieza clave para mi formación como profesional de Enfermería.

A los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Puesto de Salud “Magdalena Nueva”, que aceptaron ser parte del presente trabajo de investigación, gracias por su tiempo.

A mi asesora, Dra. Deysi Elizabeth Vargas Gutiérrez, por su apoyo y motivación permanente durante el desarrollo del trabajo de investigación.

INDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
I. INTRODUCCION	14
II. MARCO TEÓRICO	25
III. MATERIAL Y MÉTODOS	41
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	54
4.1. Resultados	54
4.2. Análisis y discusión	62
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	72
5.1 Conclusiones	72
5.2. Recomendaciones	72
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	74
VII. ANEXOS	83

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. <i>Relación de los factores personales del paciente y la adherencia terapéutica antituberculosa de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva. Chimbote, 2018</i>	55
Tabla 2. <i>Relación de los factores del servicio de salud y la adherencia terapéutica antituberculosa de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva. Chimbote, 2018</i>	57
Tabla 3. <i>Relación de los factores de la enfermedad y la adherencia terapéutica antituberculosa de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva. Chimbote, 2018</i>	58
Tabla 4. <i>Relación de los factores del tratamiento y la adherencia terapéutica antituberculosa de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena nueva. Chimbote, 2018</i>	59
Tabla 5. <i>Relación de los factores relación médico- paciente-enfermera y la adherencia terapéutica antituberculosa de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control</i>	60

*de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva.
Chimbote, 2018*

Tabla 6. *Relación entre el nivel de conocimiento de la tuberculosis y
la adherencia terapéutica antituberculosa de los pacientes de
la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de
la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva. 61
Chimbote, 2018*

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
<i>Figura 1:</i> Adherencia terapéutica antituberculosa de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva. Chimbote, 2018	54

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo 1.	Test de adherencia terapéutica antituberculoso	83
Anexo 2.	Cuestionario de factores determinantes de la adherencia terapéutica a antituberculosos	84
Anexo 3.	Cartas firmadas por expertos	88
Anexo 4.	Estadística de fiabilidad del test sobre adherencia al tratamiento.	91
Anexo 5.	Estadística de fiabilidad del cuestionario de factores determinantes de cumplimiento terapéutico.	92
Anexo 6.	Consentimiento Informado	93

RESUMEN

Aun en el siglo XXI, la tuberculosis continúa siendo un problema de Salud Pública en muchos países del mundo, incluso en el Perú, por la alta tasa de morbimortalidad, producto de la multidrogorresistencia del agente patógeno y principalmente al deficiente cumplimiento del tratamiento; esto último es un problema multifactorial que motivó la realización de esta investigación de diseño descriptivo –correlacional – transversal, cuyo objetivo general fue determinar los factores que se relacionan con la adherencia terapéutica antituberculosa en pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud “Magdalena Nueva” Chimbote, 2018. La muestra fue la población censo, conformada por 15 pacientes de la mencionada estrategia sanitaria. Los datos se recolectaron mediante el Test sobre adherencia al tratamiento por Morisky-Green-Levine y el cuestionario de factores determinantes de cumplimiento terapéutico, ambos válidos y confiables. Los resultados muestran que el 60% de los pacientes se adhieren al tratamiento antituberculoso, sin relación significativa con los factores personales del paciente, del servicio de salud, de la enfermedad, del tratamiento y de relación médico – paciente – enfermera ($p > 0.05$); el nivel de conocimiento sobre la enfermedad presentó asociación significativa ($p= 0.025$).

Palabra clave: Adherencia terapéutica antituberculosa

ABSTRACT

Even in the 21st century, tuberculosis continues to be a public health problem in many countries of the world, including in Peru, due to the high rate of morbidity and mortality, as a result of the multidrug resistance of the pathogen and mainly the poor compliance with treatment; The latter is a multifactorial problem that motivated the realization of this descriptive -correlational-transversal design research, whose general objective was to determine the factors that are related to the antituberculous therapeutic adherence in patients of the National Health Strategy for the Prevention and Control of Tuberculosis. Health Post "Magdalena Nueva" Chimbote, 2018. The sample was the census population, consisting of 15 patients of the aforementioned health strategy. The data were collected through the Morisky-Green-Levine Treatment Adherence Test and the questionnaire of determinants of therapeutic compliance, both valid and reliable. The results show that 60% of patients adhere to antituberculous treatment, without significant relationship with personal factors of patient, health service, disease, treatment and doctor - patient - nurse relationship ($p > 0,05$); the level of knowledge about the disease presented a significant association ($p = 0.025$).

Key words: Therapeutic antituberculous adherence

I. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa y altamente contagiosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, el cual afecta diversos órganos (TBC extra pulmonar), principalmente los pulmones (TBC pulmonar). Esta infección puede prevenirse y curarse con un adecuado y oportuno tratamiento con quimioterápicos antituberculosos como la Isoniacida, Pirazinamida, Etambutol y Rifampicina (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde el año 2000, la TBC está disminuyendo (1,5%) lentamente a nivel mundial, pero el número absoluto de casos se está incrementando; en el 2015 se produjeron 10,4 millones de casos, 580 mil casos de TBC multidrogorresistente (TBC MDR), 1,2 millones de nuevos casos de TBC/VIH y 1,8 millones de defunciones (Alarcón, Alarcón, Figueroa y Mendoza, 2017).

Aun cuando la tuberculosis es curable en la mayoría de los casos, la morbilidad y mortalidad de la misma es alta, tal como lo indicó la OMS en el 2016. Esta enfermedad en pleno siglo XXI, es una de las tres causas principales de muerte y continúa siendo un problema de Salud Pública en muchos países del mundo, especialmente en los subdesarrollados y en vías de desarrollo como el Perú, debido a la multidrogorresistencia del agente patógeno y especialmente por el incumplimiento del tratamiento (OMS, 2016) (Pinedo, 2008).

En el Perú, dicha enfermedad está en el quinto lugar de causa de muerte y ocupa el vigésimo séptimo puesto de carga de enfermedad medida por años de vida saludables perdidos (Centro de estudios de estado y Sociedad, 2011), por ello el Ministerio de Salud

(MINSA) mediante la Ley 30287, del Control y Prevención de la Tuberculosis en el Perú ha declarado de interés nacional la lucha contra dicha enfermedad y ha establecido que las personas con TBC sean diagnosticadas y tratadas de manera gratuita por las instituciones del sistema de salud del país (Ministerio de Salud, 2012).

El tratamiento antituberculoso establecido por el MINSA es un proceso complejo y prolongado, cuyo régimen terapéutico para pacientes nuevos, requiere de la administración oral y simultánea de 4 medicamentos (Isoniacida, Pirazinamida, Etambutol y Rifampicina), en un plazo de seis meses; durante dicho periodo de tiempo pueden influir diversos factores sobre el paciente, tomando la decisión de adherirse o no a la terapéutica. Según CEDES (2011), estos factores comprenden el sistema de salud, el equipo de atención, las características de la enfermedad, el nivel de información del paciente sobre la enfermedad y las reacciones adversas de los antituberculosos (RAFAS).

Así mismo, el estudio “Impacto Socioeconómico de la tuberculosis en el Perú 2010”, realizado por el MINSA, indica que entre los factores que limitan el buen desarrollo del tratamiento y por consiguiente la cura de la TBC, predomina la cantidad de medicamentos disponibles, la falta de apoyo familiar o amical, el cambio de estilo de vida, y la condición social y económica de los pacientes (MINSA, 2012); otros estudios realizados a nivel internacional, nacional y local, han identificado otros factores relacionados al cumplimiento del tratamiento antituberculoso, así se tiene que:

En el ámbito internacional

En Nicaragua, Zeledón, Blandón, Bonilla, y Salinas (2017), al estudiar los factores relacionados al cumplimiento y abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes del

Hospital Rosario Lacayo de la ciudad de León, encontraron que el abandono del tratamiento estuvo asociado al sexo (mayor en el masculino), falta de explicación sobre la enfermedad y tratamiento empleado, ausencia de consejería sobre estilo de vida y mala relación con el personal de salud.

En Colombia, Dueñes y Cardona (2016), cuando investigaron los factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis, encontraron que el 94.8% de los pacientes cumplían el tratamiento y el 5.2% no cumplían, debido a la intolerancia a los medicamentos, 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.

En Colombia, Plata (2015), al investigar los factores de riesgo asociados a la no adherencia al tratamiento en los pacientes adscritos al Programa de tuberculosis en el Municipio de Villavicencio, encontró que las causas principales de abandono fueron los efectos adversos de los medicamentos (58%), la inadecuada atención del personal de salud (43%), el difícil acceso al servicio de salud (32%), el hacinamiento (67%) y desempleo (62%).

En Colombia, Navarro, Rueda y Mendoza (2015), al estudiar los factores asociados al abandono del tratamiento en pacientes con TBC, observaron que los factores perceptivos cognitivos fueron los principales determinantes directos de abandono al tratamiento antituberculoso (desconocimiento de la importancia de adherencia al tratamiento, mejoría del estado de salud, desconocimiento de la duración del tratamiento), seguido de los factores fisiológicos y los factores de seguridad.

En Colombia, Rodríguez y Mondragón (2014), cuando estudiaron la adherencia a la terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un Centro de

salud de Santiago de Cali; encontraron que el 81.8% de los pacientes incumplieron el tratamiento y los factores asociados significativamente a ello fueron la relación del paciente con el equipo de salud como: las recomendaciones del servicio farmacéutico sobre el tratamiento farmacológico y la receptividad del médico tratante respecto a las dudas y comentarios del paciente.

En Colombia, Murcia (2014), cuando estudió la adherencia al tratamiento para tuberculosis en el departamento de Amazonas; observó que el 83.5% de los pacientes fueron adherentes al tratamiento, el 75% de pacientes con índices bajos de adherencia fueron mujeres, el 60% tenía grado de instrucción primaria incompleta.

En Ecuador, González (2013), al estudiar los factores asociados al abandono y la adherencia al tratamiento antituberculoso en las unidades operativas del área de salud de Tulcán, encontró que los bajos niveles socioeconómicos, el aumento de pobreza, los hábitos alimenticios inadecuados y la falta de recursos, fueron los principales factores que incidieron en el agravamiento y abandono del tratamiento.

En Colombia, Montúfar y Noboa (2013), al investigar los factores relacionados con el abandono al tratamiento antituberculoso, encontraron que el consumo de drogas (57%), alcohol (18%), mala atención (66%), falta de visitas domiciliarias dentro de las 48 horas de haber abandonado el tratamiento (67%) y la Reacción Adversa de medicamento (RAM) (38%) fueron los principales factores para el abandono del tratamiento.

En el ámbito nacional

En Ica, García (2017), cuando investigó los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en el hospital San José de Chíncha; encontró que el abandono del

tratamiento estuvo asociado a bajos ingresos económicos (57,1%), consumo de alcohol (54,3%), poca información sobre la enfermedad (65,7%), abandono por presentar efectos secundarios al tratamiento (60%) y sensación de mejoría (82,9%). Así mismo, los pacientes se mostraron indiferentes al trato del personal de salud (57,1%) y la percepción del horario inadecuado (48.6%).

En Ica, Márquez (2016), al estudiar los factores que influyeron en el abandono al tratamiento en pacientes con TBC pulmonar en el hospital Santa María del Socorro, encontró que el abandono de tratamiento fue predominantemente en los varones (73%), en pacientes de 25-40 años de edad (47%), de condición de conviviente (66%) y de económica media (67%).

En Lima, Suárez (2015), al investigar la relación de la adherencia al tratamiento antituberculoso con la participación familiar en pacientes de un Centro de Salud, encontró que el 46% de ellos presentó un nivel medio de adherencia y el 54% medianamente favorable cuando participó la familia. Así mismo afirmó que la educación, la familia, el nivel socioeconómico y las percepciones del paciente influyeron en la adherencia al tratamiento ya sea de forma positiva o negativa.

En Lima, Quevedo, Sánchez, Villalba y Velásquez (2015), al estudiar el soporte familiar y social y su relación con el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en Centros de Salud, encontraron que el 81,8% de los pacientes que recibieron un nivel alto de soporte familiar y social, cumplieron con el tratamiento; mientras que el 36,4%, con bajo nivel de soporte familiar y social, el cumplimiento también fue bajo.

En Iquitos, Araujo, Arévalo y Torres (2014), al investigar la asociación de los factores biosociales con la adherencia al tratamiento antituberculoso pulmonar en dos establecimientos de salud, observaron que la adherencia al tratamiento antituberculoso pulmonar no tenía relación estadística significativa con la edad ($p=0.520$), el estado civil ($p= 0.457$) y los ingresos económicos ($p = 0.214$).

En Lima, Dalens (2012), cuando investigó los factores que inducen al abandono de tratamiento antituberculoso en la Red de salud Lima Norte V Rímac – San Martín – Los Olivos, encontró que el 94.6% de los hombres abandonaron el tratamiento, el 45% de ellos tenía de 21 a 40 años, el 60,9% fueron solteros, el 67,8% tenía bajos ingresos económicos, el 58,1% consumía alcohol, el 39,9% cigarrillo y el 32,9% drogas. Un 45,3% presentó RAFAs, como: náuseas, vómitos, entre otros problemas digestivos; el 89,5% recibió visitas domiciliarias por faltas al tratamiento y 69,8% consideró que las pastillas que recibía eran demasiadas.

En el ámbito local

En Chimbote, Espinoza y Olivera (2015), al investigar el nivel de autoestima, apoyo social y cumplimiento del tratamiento antituberculoso en el paciente del Centro de Salud Progreso, encontraron que el 66.7% de ellos cumplían el tratamiento farmacológico y el 33.3% no cumplían. El nivel de autoestima ($p= 0.0221$) y el apoyo social ($p= 0.0013$) tenían una relación significativa y altamente significativa respectivamente con el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso.

En Chimbote, Mostacero y Navarro (2014), al estudiar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud con el cumplimiento del tratamiento antituberculoso pulmonar,

observaron que el 19,6% de los pacientes no cumplió con el tratamiento y esta tenía una relación altamente significativa con el nivel de conocimiento ($p=0.000$), pero con la actitud no existía relación ($p=0.097$).

La no adherencia al tratamiento antituberculoso no es un problema reciente, pues fue descrita por primera vez en 1950 (Arriola, Castillo, Quispe y Torres, 2011), y tiene connotaciones graves que van desde el deterioro de la salud del paciente hasta la muerte y el incremento de la mono y multidrogorresistencia del *Mycobacterium* a los fármacos antituberculosos, con riesgo de desencadenar una epidemia mortal (Cáceres, 2004).

La adherencia al tratamiento antituberculoso no sólo es responsabilidad del paciente, también es del equipo de salud (médicos, enfermeros, farmacéutico) pues los pacientes requieren de una atención multidisciplinaria que engloba la detección temprana, el adecuado y oportuno tratamiento y su seguimiento estricto, lo que implica conocer la conducta que asume el paciente frente al tratamiento instaurado y los factores vinculados en dicha adherencia (OMS, 2004). Los pacientes que no se adhieren al tratamiento no realizarían por sí y para sí mismos actividades para mantener la vida, la salud y el bienestar; aun cuando buscan asistencia médica segura, no cumplen la terapia medicamentosa, como si lo hace los que practican el autocuidado según lo expresa la teórica Dorothea Orem (citada por Prado, González, Paz y Romero, 2014).

La mayoría de las investigaciones realizadas a nivel internacional, nacional y local se han centrado en estudiar uno o algunos factores que influyen en forma positiva o negativa en la adherencia terapéutica antituberculosa; pero no existe un estudio integral que considere todos los posibles factores que determinan la no adherencia al tratamiento antituberculoso; esto motivó a la autora de esta investigación a realizar el presente estudio. Así mismo,

durante sus prácticas pre profesionales realizadas en los diferentes establecimientos de salud de Chimbote, observó que algunos pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNP y CTB), expresaban su deseo de abandonar el tratamiento por el malestar que les producían los antituberculosos (RAFAs); otros justificaban dicho deseo por tener escasos recursos económicos y falta de apoyo familiar para asistir al establecimiento de salud y recibir su tratamiento; además, el personal de enfermería responsable de la administración de dichos medicamentos, expresaban su preocupación por aquellos pacientes que incumplían o abandonaban el tratamiento. Por lo que se planteó el siguiente problema:

¿Qué factores se relacionan significativamente con la adherencia terapéutica antituberculosa en pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva?

Frente al problema, se formuló las siguientes hipótesis:

Hipótesis alterna: Los factores personales del paciente, del servicio de salud, de la enfermedad, del tratamiento, relación médico-paciente-enfermera, nivel de conocimiento sobre la enfermedad se relacionan significativamente con la adherencia terapéutica antituberculosa de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva.

Hipótesis nula: Los factores personales del paciente, del servicio de salud, de la enfermedad, del tratamiento, relación médico-paciente-enfermera y nivel de conocimiento sobre la enfermedad no se relacionan significativamente con la adherencia terapéutica antituberculosa de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva.

Esta investigación tiene importancia desde el punto de vista teórico y práctico, pues los resultados que se obtuvieron brindaran información sistematizada y actual sobre la problemática de los factores asociados a la adherencia terapéutica antituberculosa en pacientes de la ESNP y CTB del Puesto de salud Magdalena Nueva; los cuales también podrán ser utilizados como antecedentes estadísticos y epidemiológicos o marco de referencia para futuras investigaciones similares con lo cual se incrementará el conocimiento científico de enfermería.

Así mismo, como parte de la responsabilidad social universitaria, las autoridades académicas de la Universidad Nacional del Santa (UNS) y especialmente la dirección de la Escuela Profesional de Enfermería, en base a los resultados obtenidos podrán coordinar acciones conjuntas con el sector salud para planificar y ejecutar planes y programas preventivos para fortalecer la adherencia al tratamiento antituberculoso y mejorar la calidad de vida de los pacientes; además, los pacientes al participar activamente en dichos programas ponen en práctica el autocuidado y llegan a ser promotores de la adherencia terapéutica en su familia y comunidad.

Este estudio también tiene importancia metodológica al haber sido elaborados y adaptados los instrumentos de recolección de datos, los cuales pueden ser utilizados en poblaciones similares o servir de guía para los nuevos instrumentos relacionados a las variables del estudio.

1.1 Objetivos de la investigación

1.1.1 Objetivo general

Estimar la asociación entre los factores personales del paciente, del servicio de salud, de la enfermedad, del tratamiento, de la relación médico-paciente-enfermera y nivel de conocimiento sobre la enfermedad con la adherencia terapéutica en pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar la adherencia terapéutica antituberculosa de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva.
- Determinar la relación de los factores personales del paciente y la adherencia terapéutica antituberculosa en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva.
- Determinar la relación de los factores del servicio de salud y la adherencia terapéutica antituberculosa de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva.
- Determinar la relación de los factores de la enfermedad y la adherencia terapéutica antituberculosa de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva.

- Determinar la relación de los factores del tratamiento y la adherencia terapéutica antituberculosa de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva.
- Determinar la relación de los factores relación médico -paciente-enfermera y la adherencia terapéutica antituberculosa de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva.
- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de la tuberculosis y la adherencia terapéutica antituberculosa de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infecto contagiosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, conocido comúnmente como bacilo de Koch; dicho microorganismo pertenece al género *Mycobacterium*, se caracteriza por ser un bacilo fino, inmóvil, no esporulado y positivo a la tinción Gram, puede invadir pulmones y otros órganos (MINSA, 2005), (Ministerio de Ciencia e Innovación, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010).

La tuberculosis pulmonar es el más común a nivel mundial y es el único tipo que puede transmitirse directamente por vía aérea a través de la inhalación de partículas infecciosas expulsadas por los enfermos con TBC pulmonar, al toser, hablar, cantar, reír y estornudar; dichas partículas al ingresar a los pulmones, alcanzan los alveolos y se implantan inicialmente en los campos medios e inferiores (Campuzano, 2011).

La tuberculosis extra pulmonar, es aquella que compromete a otro órgano aparte de los pulmones, ocasionando TBC ganglionar, renal, genital, peritoneal, cutánea, osteoarticular, miliar. (MINSA, 2005). Normalmente este tipo de tuberculosis no es contagioso. La infección de los órganos se inicia en la implantación de los bacilos de Koch en la etapa de diseminación generalizada; los signos y síntomas dependen del órgano afectado (Campuzano, 2011).

2.2 Diagnóstico de la tuberculosis

El diagnóstico se inicia con la detección de sintomáticos respiratorios (SR) que se realiza mediante la búsqueda de personas que presentan los signos y síntomas más frecuentes de las tuberculosis (MINSA, 2013).

Las pruebas diagnósticas comúnmente empleadas son:

- **Baciloscopía directa o prueba de baciloscopía (BK):** Se realiza en muestras de esputo y de otras muestras extra pulmonares que son procesadas por el método de Ziehl-Neelsen. Los resultados se basan en observar bacilos ácido alcohol resistente (BAAR) en 100 campos observados

- **Cultivo de micobacterias:** Realizado en casos de muestras de SR con BK negativo y en muestras de extra pulmonares. Los métodos de cultivo para el aislamiento de micobacterias aceptados en el país son: los cultivos en medios sólidos Löwenstein – Jensen, Ogawa y agar 7H10; los sistemas automatizados en medio líquido MGIT y la prueba MODS.

- **Radiografía:** Es una prueba utilizada para casos probables de TBC pulmonar, en las que se presentan pacientes con síntomas respiratorios, como: tos, expectoración, disnea, dolor en tórax.).

2.3 Signos y síntomas de la tuberculosis

La clínica se revela según el tipo de tuberculosis; normalmente la tuberculosis pulmonar se caracteriza por fiebre, tos persistente (más de 15 días), sudoración nocturna, expectoración (con o sin flema), hemoptisis, pérdida de peso, diaforesis, disnea, dolor en pecho o espalda. En los casos de tuberculosis extra pulmonar, se muestran signos según el órgano afectado (Ministerio de ciencia e innovación, Ministerio de Sanidad, 2010).

2.4 Transmisión de la tuberculosis

La TBC pulmonar se trasmite generalmente por inhalación de gotitas infectadas producidas por el enfermo al toser, estornudar o hablar. Por lo general, se requieren prolongadas exposiciones a la fuente de contagio para producir la infección, y una vez inhalados las bacterias llegan a los espacios alveolares donde son fagocitadas por macrófagos alveolares que se multiplican formando una o varias zonas de neumonitis. Los macrófagos infectados se diseminan hacia los ganglios del resto del organismo, epífisis de huesos largos, cuerpos vertebrales, áreas meníngeas y, sobretodo, a las áreas posteriores de los pulmones. Tras la infección y durante las primeras semanas, el sujeto no posee defensas contra la infección tuberculosa, por lo que la multiplicación bacteriana continúa sin impedimento hasta que se desarrolla la hipersensibilidad del tejido y la inmunidad mediada por células (Chávez, Rebaza, Asmat y Sánchez, 2006).

2.5 Tratamiento de la tuberculosis

El tratamiento incluye fármacos bactericidas y bacteriostáticos que, combinados, brindan la cura microbiológica. En la Norma Técnica del Esquema Nacional del MINSA, refiere que los medicamentos de primera línea se utilizan en pacientes con TBC pulmonar y extra pulmonar, además de pacientes nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados). Los medicamentos de primera línea son: Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol (MINSA, 2018).

El esquema 1 para pacientes sensibles se dividen en dos fases: la primera tiene una duración de 2 meses en la que se administra de manera sistematizada los cuatro medicamentos, con un total de 50 dosis, la administración es de lunes a sábado, e incluye los días feriados si el caso lo requiere. La segunda fase tiene una duración de 4

meses y se hace uso de solo 2 medicamentos: Isoniacida y Rifampicina, con un total de 54 dosis y serán administrados 3 veces por semana: lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado (MINSA, 2018).

2.6 Prevención de la tuberculosis

Con el fin de evitar la propagación de la tuberculosis, el paciente con TBC debe:

- Hacer uso de mascarilla durante el periodo de contagio (mientras se tenga controles bacteriológicos positivos).
- Cubrirse la boca y nariz al toser, estornudar o reír y desechar con cuidado el papel usados en un depósito adecuado.
- Se debe promocionar la ventilación natural en la vivienda del afectado por TBC, lugar de estudio, trabajo, unidades de transporte público y en los ambientes de las instituciones públicas y privadas.
- Mantener una adecuada limpieza y desinfección de cuartos y habitaciones (MINSA, 2018).

2.7 Adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica es un grupo de conductas, que incluye aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica continuamente las indicaciones de este, evitando comportamientos de riesgo e incorporando conductas saludables al estilo de vida. Así mismo, estas conductas, pueden: Ser parte y continuar un programa de tratamiento; acudir y mantener las horas de consulta médica; tomar correctamente los medicamentos prescritos; mantener las modificaciones adecuadas en los estilos de vida especialmente de la alimentación, y ejercicio (Libertad, 2004), (García, 2011).

Tales indicaciones médicas, dadas por el personal de salud para el tratamiento de la enfermedad, conllevan una gran responsabilidad para el paciente que ha llevado el mismo estilo de vida durante décadas. Afrontar una enfermedad, implica cambios biológicos, emocionales y sociales, que pueden representar un peligro para tal adherencia.

El problema de la no adherencia embarca varias situaciones y múltiples causas, del que es preciso conocer, con el propósito de poder combatirlo y mejorar la salud del paciente (Buitrago, 2011). Muchos de estos pacientes realizan un autoanálisis de riesgo-beneficio de la necesidad versus la ventaja de tomar la medicación, tal evaluación que influye en la toma o no de los medicamentos se basa en cuatro factores: qué tan alta es la preferencia de tomar los medicamentos, la percepción de la gravedad de la enfermedad, la confiabilidad en la eficacia de la medicación y la aceptación personal de los cambios recomendados (OMS, 2004).

La falla terapéutica es en muchos de los casos, causada por la no adherencia al tratamiento que generalmente es imputado al paciente. Sin embargo, la no adherencia al tratamiento presenta un dilema con enfoque multidimensional que integra la perspectiva paciente-medico-sistema de salud. Tal adherencia puede cambiar con el tiempo debido a la percepción de la persona, de la eficacia de la medicación, factores de la persona como: económicos, socioculturales (OMS, 2004).

La no adherencia al tratamiento supone una serie de consecuencias que están relacionados con el paciente y su patología, tales consecuencias transitan en un amplio rango de aspectos; los cuales pueden ir desde una pérdida en la calidad de vida del paciente y la familia, que puede acabar en muerte, así como un incremento

en los costos para el paciente y el sistema de salud (OMS, 2004). La no adherencia del tratamiento para la enfermedad de tuberculosis puede provocar: farmacorresistencia adquirida, un aumento en la gravedad de la enfermedad, transmisión constante de la tuberculosis y muerte (CCPEEU, 2014)

Desde 1991 en el Perú se decidió implementar la estrategia llamada Terapia directamente observada de corta duración (DOTS) como recomendación de la OMS para el control de la TBC, tal estrategia implica que un trabajador de la salud constate que el paciente tome las dosis del medicamento prescrito. La DOT se desarrolló con la intención de reducir el desarrollo de la farmacorresistencia, el fracaso del tratamiento o la recaída después de haber finalizado el tratamiento (CCPEEU, 2014).

Aunque la estrategia DOTS es realizada por todos los servicios de salud del MINSA, para el año 2017, en el Perú se reportaron 27 578 nuevos casos según el reporte mundial, de los cuales 1 335 son TB MDR. Una de las principales barreras para el éxito del tratamiento antes mencionado ha sido la tasa de abandono al tratamiento que para el año 2016 alcanzaba el 6.8% (MINSA, 2018).

El abandono del tratamiento trae consigo una reducción en las tasas de curación, aumentando así las recaídas, recidivas y la susceptibilidad del paciente a otras infecciones. En síntesis, el déficit en la adherencia terapéutica da paso a la aparición de resistencia bacteriana que, sumada a la coinfección con el virus del VIH, puede aumentar la diseminación de la TBC multirresistente, incrementando la morbilidad y la mortalidad; lo que nos lleva a una como una emergencia mundial de grandes dimensiones (Peña, 2015).

2.7.1 Factores asociados a la adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica a los antituberculosos se ha asociado con muchos factores, como las características del paciente, la relación con el prestador de asistencia sanitaria, el régimen terapéutico y el entorno de atención de salud, definiendo la no adherencia como “el subproducto inevitable del choque entre el mundo clínico y los otros mundos en competencia del trabajo, la distracción, las amistades y la vida familiar” (OMS, 2004).

El tratamiento incompleto interviene en la lucha por acabar con la tuberculosis, es por eso que comprender los factores asociados a la adherencia terapéutica es de gran importancia para la prevención de las consecuencias que trae consigo la no adherencia. Al ser identificados estos factores, se puede diseñar planes de intervención que, al actuar sobre los grupos de riesgos, mejorará el estudio de contacto de TBC y la adherencia al tratamiento.

- Factores personales del paciente

La tuberculosis afecta generalmente a personas de bajos recursos, sin hogar, desempleados, con falta de redes de apoyo; tales circunstancias de vida inestables son factores que crean un ambiente desfavorable para la adherencia al tratamiento; además el grupo étnico, el sexo y la edad han sido vinculados con la adherencia en diversos entornos (OMS, 2004).

Entre los factores personales del paciente, están los que afectan su dimensión psicológica y empeoran la no adherencia, tales como la ansiedad y depresión; así como las actitudes y creencias de los pacientes sobre la

medicación, la enfermedad y la insatisfacción por el trato que reciben del equipo asistencial. Asimismo, los inadecuados estilos de vida como el alcoholismo y tabaquismo no solo influye negativamente en la adherencia terapéutica, también empeora el estado de salud del paciente. Cuanto más exigente sean los cambios en el estilo de vida del paciente para mejorar su estado de salud, esto ocasionara que sea más difícil su adherencia al régimen terapéutico (Knobel, 1999) (OMS, 2004).

- **Factores del servicio de salud**

La organización de los servicios, la disponibilidad de los profesionales de salud, el nexo con los sistemas de apoyo y la flexibilidad en el horario de atención, también influye sobre la adherencia al tratamiento. La confidencialidad, la accesibilidad, la continuidad, la confianza y la capacidad del equipo de salud; es de gran importancia para la relación entre el paciente y el equipo de profesionales de salud (OMS, 2004).

- **Factores de la enfermedad**

Muchas veces, el paciente puede adaptarse a los síntomas leves que presenta o a la condición en la que se encuentra, con la intención de no seguir con el tratamiento. Los síntomas de la tuberculosis pueden disminuir notablemente durante la fase inicial, por ello cuando los pacientes ya no se sienten enfermos, no ven la necesidad de tomar los medicamentos correspondientes. Sin embargo, esta debilidad en la adherencia, pondría a los pacientes en riesgo de recaída y desarrollo de farmacorresistencia (CCPEEU, 2014).

- **Factores del tratamiento**

El tratamiento de la tuberculosis, es un tratamiento largo que incluye el uso de cuatro fármacos en una primera fase (2 meses) y dos compuestos para una segunda fase (4 meses), los medicamentos se toman todos los días y luego “intermitentemente” tres veces por semana, respectivamente. La cantidad de los medicamentos, la frecuencia con la que se administra, el largo periodo del tratamiento, y las reacciones adversas; son unas de la causas por las que disminuye la adherencia.

Varios estudios han descrito las situaciones más frecuentes que realiza el paciente que no se adhiere al tratamiento: no inicia la toma del medicamento, omite una o más dosis, duplica la dosis, suspende prematuramente el tratamiento. (CCPEEU, 2014).

- **Factor relación médico-paciente-enfermera**

La buena relación con el profesional de la salud, en varias ocasiones, influye en la capacidad del paciente para adherirse al tratamiento; cobrando una gran importancia en cómo el profesional se muestra y brinda la información al paciente. Si un paciente desarrolla confianza con el trabajador de la salud, es más probable que siga las instrucciones y coopere, también es más posible que formule preguntas e inquietudes al trabajador de la salud (OMS, 2004).

2.8 Teorías que fundamentan la adherencia terapéutica

2.8.1 Teoría del autocuidado

Según Orem (1980), (citada por Naranjo, Concepción y Rodríguez, 2017), el autocuidado es una actividad que aprenden las personas y está orientada a lograr un objetivo; es una conducta que es dirigida hacia ellos mismos o el entorno, para regular los factores que afectan su desarrollo y funcionamiento de su vida, salud o bienestar. Asimismo, dicha teorista (citada por Martínez, 2001), afirma que el autocuidado no es innato, pues conlleva un proceso de aprendizaje condicionado por la edad, etapa de desarrollo, experiencia vital, orientación sociocultural, salud y recursos disponibles. Es una compleja habilidad adquirida por aquellas personas maduras o en proceso de maduración, que les permite cubrir y conocer sus necesidades con ciertas acciones intencionadas y deliberadas, con el fin de regular su funcionamiento y desarrollo (Prado et al., 2014).

La capacidad de autocuidado, como su accionar, puede ser afectada por Factores Condicionantes Básicos, tanto internos como externos a los individuos. Y pueden ser 10 variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos. Estos factores pueden ser seleccionadas de acuerdo al estudio, como es en esta investigación que los factores personales, del paciente, del servicio de salud, de la enfermedad, del tratamiento, de relación médico- paciente-enfermera y nivel de conocimiento (Martínez, 2001).

Asimismo, Orem (1971) (citada por Vega y González, 2007) informa sobre la relación de las actividades de autocuidado con los requisitos de autocuidado, y considera que aquellos promueven las condiciones necesarias para la vida y maduración, previniendo la aparición de condiciones adversas o atenúa los efectos de tales circunstancias. Estos requisitos de autocuidado son tres:

- Universales: Son aquellos que precisan todos las personas para preservar y mantener su funcionamiento integral: conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana.
- De cuidados personales del desarrollo: se inician como resultado de los procesos de desarrollo o estados que lo afectan.
- De cuidados personales de los trastornos de salud, estos se derivan de traumatismo, incapacidad, diagnóstico y tratamiento e implican la exigencia de realizar cambios en el estilo de vida (Prado et al., 2014).

Este último requisito es el que está relacionado directamente con la adherencia terapéutica de los pacientes con tuberculosis, la cual es una de las variables del presente estudio. Según Pepper (1990) (citada por Vega y González, 2007) los requisitos de autocuidado relacionado con los cambios en la salud, permiten prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad, a estos los denomina: Demanda de autocuidado para la prevención secundaria.

El déficit de autocuidado surge cuando la capacidad de autocuidado de la persona no es la adecuada para afrontar la situación, y es en ella que la intervención de enfermería tiene lugar (Vega y González, 2007).

2.9 Evaluación de la adherencia terapéutica

La evaluación de la adherencia terapéutica tiene como finalidad identificar a los pacientes incumplidores del tratamiento, el cual es un proceso fundamental para favorecer la atención sanitaria. Existen diversos test para determinar la adherencia terapéutica antituberculosa (Rodríguez, et al., 2008), tales como:

- Test de Haynes-Sackett

Dicho test se basa en evitar interrogar directamente al paciente sobre la toma de sus medicamentos; empieza con la frase: “La mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos”, la segunda pregunta es: “¿tiene usted dificultades en tomar los suyos?”. Cuando la respuesta es afirmativa a las preguntas, se considera que el paciente es incumplidor; si la respuesta es “no”, se plantea otra pregunta: “¿cómo los toma?": todos los días, muchos días, algunos días, pocos días o rara vez. Finalmente, se solicita al paciente que exprese su opinión sobre la siguiente reflexión: “Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos, ¿por qué no me comenta cómo le va a usted?”

- Test de Morisky-Green

Contiene cuatro preguntas con respuesta dicotómica sí/no, las cuales revelan la conducta del paciente en relación al cumplimiento terapéutico. Las preguntas planteadas son:

- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
- Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
- Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

Se considera como cumplidor al paciente, si este responde de forma correcta a las 4 preguntas (No/Sí/No/No). Existe una modificatoria para la segunda pregunta, permitiendo que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma el paciente es considerado cumplidor si responde a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/ No. La pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?

- **Test de la comprobación fingida**

Mediante este test se solicita al paciente que traiga una muestra de orina y se le informa que la misma servirá para calcular en ella la cantidad de medicamento que ha tomado. Si el paciente presenta dificultades para traer dicha muestra y/o expresa que no toma los medicamentos, el paciente es incumplidor.

- **Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad)**

Permite analizar el grado de conocimiento que presenta el paciente frente a su enfermedad, asumiendo que a mayor conocimiento existe un mayor grado de cumplimiento. Se considera incumplidor si el paciente falla en alguna de las preguntas que se mencionan a continuación; las mismas pueden modificarse de acuerdo a otras enfermedades crónicas:

- ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?

- ¿Se puede controlar con dieta y medicación?
- Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada.

- **Test de Prochaska-Diclemente**

El test permite determinar la fase de incumplimiento en que se encuentra el paciente. Dichas fases son: precontemplación, contemplación y preparación. El paciente cumplidor está en la fase de acción y mantenimiento.

- **Test de Hermes**

Tiene ocho preguntas con respuestas dicotómicas de si/no; estas son:

- ¿Puede decirme usted el nombre del medicamento que toma para la HTA? (Sí/No).
- ¿Cuántos comprimidos de este medicamento debe tomar cada día? (Sabe/No sabe).
- ¿Ha olvidado alguna vez tomar los medicamentos? (Nunca/A veces/Muchas veces/Siempre).
- En las últimas semanas, ¿cuántos comprimidos no ha tomado? (0-1/2 o más).
- ¿Toma la medicación a la hora indicada? (Sí/No).
- ¿Ha dejado en alguna ocasión de tomar la medicación porque se encontraba peor tomándola? (No/Sí).
- Cuando se encuentra bien, ¿se olvida de tomar la medicación? (No/Sí).
- Cuando se encuentra mal, ¿se olvida de tomar la medicación? (No/Sí).

Los números valorables son: 1, 3, 4 y 8; se consideran pacientes cumplidores aquellos que tiene un puntuación de 3 o 4.

- **Test de Herrera Carranza**

Consta de cuatro preguntas que permiten mejorar la vigilancia del cumplimiento terapéutico del paciente; estas son:

- ¿Sabe para qué su médico le ha prescrito tal(es) medicamento(s)?
- Me gustaría conocer cómo se siente después de terminar por completo su tratamiento.
- ¿Sabe cómo tiene que tomar su medicación?
- ¿Ha puesto en conocimiento de su médico que ha terminado el tratamiento?

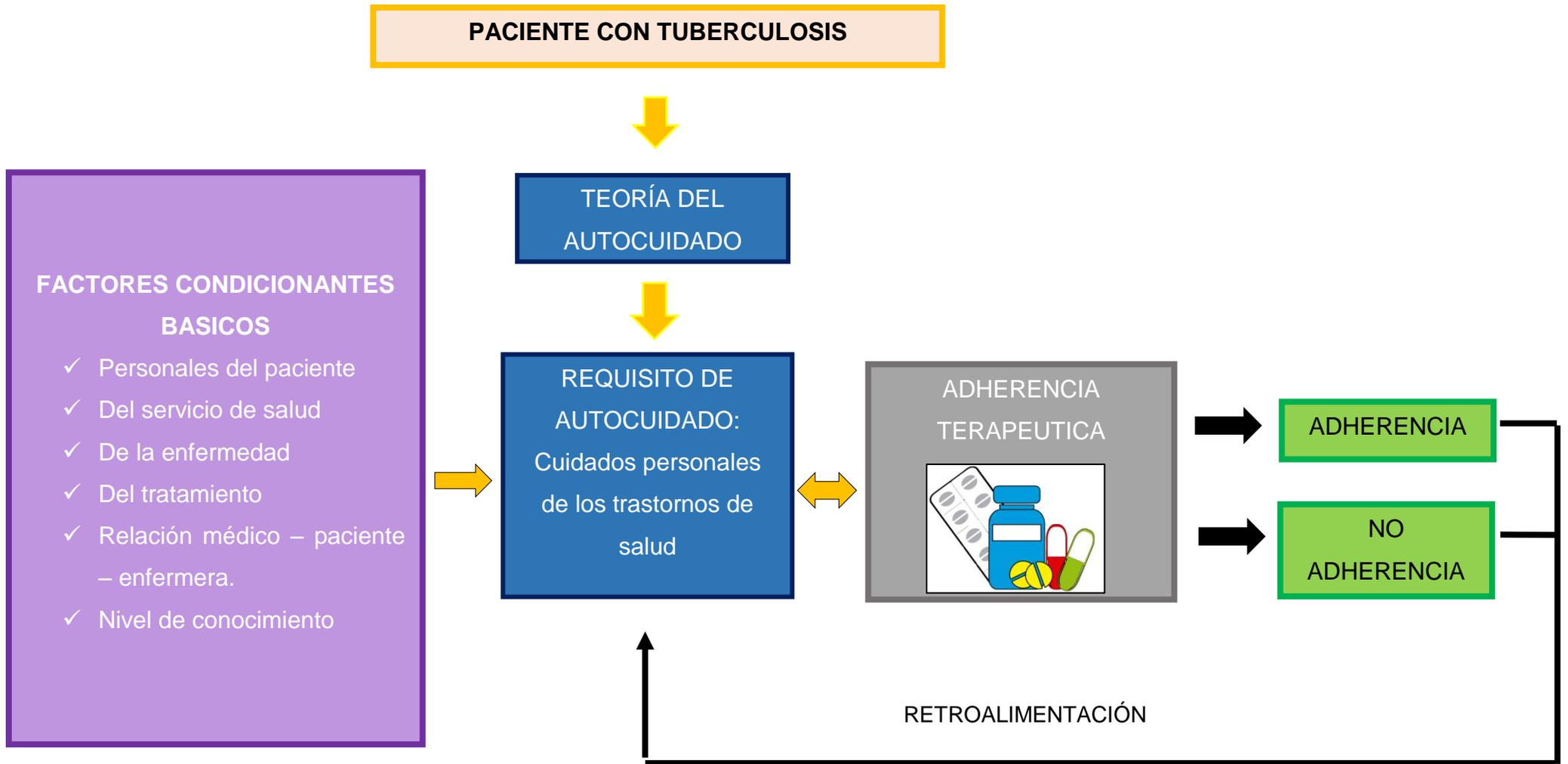
- **The Medication Adherence Report Scale (MARS) (Escala informativa de cumplimiento de la medicación)**

El cuestionario presenta 30 preguntas sobre experiencia, comportamiento y creencias en salud. Permite identificar los posibles factores de cumplimiento en pacientes con enfermedades crónicas y comparar el buen cumplimiento referido por el paciente. Un puntaje de 25 indica buen cumplimiento, mientras que si es menor de 25 revela un cumplimiento subóptimo.

- **Brief Medication Questionnaire (BMQ) (Breve cuestionario de la medicación)**

Es un test autorreferido, validado por Svarstad, Chewning, Sleath y Claesson (1999) en 20 pacientes mediante el uso de Monitores Electrónicos de Control de la Medicación. Otros investigadores lo han empleado para medir el cumplimiento terapéutico en pacientes diabéticos e hipertensos.

Para este estudio, la autora consideró utilizar el test de Morisky-Green, por ser el más empleado en investigaciones relacionadas con la variable estudio.



ESQUEMA ADAPTADO Y MODIFICADO PARA LA PRESENTE INVESTIGACIÓN BASADO EN LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

III. MATERIAL Y MÉTODO

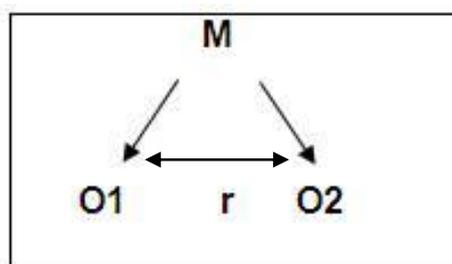
3.1 método de estudio

El trabajo de investigación fue de tipo descriptivo correlacional de corte transversal.

- **Descriptivo**, por observarse las variables en estudio en su contexto natural, sin realizar alguna manipulación deliberada.
- **Correlacional**, pues se determinó la relación existente entre las variables de estudio
- **Transversal**, por recolectar la información en un determinado tiempo y espacio (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

3.2 Diseño de investigación

El diseño de este estudio fue de tipo descriptivo correlacional de corte transversal.



Dónde:

M: Muestra de estudio, pacientes del ESNP y CTB – Puesto de Salud Magdalena Nueva.

O1: Factores personales del paciente, del servicio de salud, de la enfermedad, del tratamiento, relación médico-paciente-enfermera y nivel de conocimiento sobre la enfermedad.

O2: Adherencia terapéutica antituberculosa del paciente.

R: Posible relación entre variables.

3.3 Población

Estuvo conformada por 15 pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva. Chimbote, 2018.

3.3.1 Unidad de análisis

Un paciente registrado en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva. Chimbote, 2018.

3.3.2 Marco muestral

Estuvo conformada por la relación de pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva. Chimbote, 2018.

3.3.3 Muestra

Estuvo constituida por la población censo de los pacientes registrados en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva. Chimbote, 2018.

3.3.4 Criterios de inclusión

- Pacientes que reciben tratamiento en el Esquema I de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis en el Puesto de Salud Magdalena Nueva.

- Pacientes que iniciaron tratamiento en abril en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis en el Puesto de Salud Magdalena Nueva.
- Pacientes mayores de 18 años que reciban el tratamiento en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis en el Puesto de Salud Magdalena Nueva.
- Pacientes que acepten voluntariamente a participar en el estudio.

3.3.5 Criterios de exclusión

- Pacientes hospitalizados.
- Pacientes con enfermedades psiquiátricas.

3.3.6 ASPECTOS ETICOS

En esta investigación se aplicaron los siguientes principios éticos postulados por Belmont (Clerencia, Ortiz, Iturralde, y López, 2011) (Comité Institucional de Ética en investigación, 2016).

Autonomía. Cada paciente que conformó la muestra, decidió libre y voluntariamente su deseo de participar en el estudio, por ello firmaron la hoja de consentimiento informado.

No maleficencia: Los pacientes de la muestra estudio que participaron en la investigación no sufrieron ningún tipo de daño, pues no fueron expuestos a experiencias desagradables que les pueda provocar daños graves o permanentes.

Anonimato y confidencialidad. Los pacientes participantes en esta investigación, tuvieron garantizado el respeto a su privacidad a través del anonimato y manteniendo siempre el secreto profesional. La información proporcionada no fue reportada en público ni fue accesible a otras partes que no sean las involucradas en la investigación.

Justicia. Cada paciente de este estudio, recibió un trato igualitario, cordial, considerado y respetuoso.

Integridad científica. Es la acción honesta y veraz en el uso y conservación de los datos que sirven de base a una investigación, así como en el análisis y comunicación de los resultados que se obtuvo en la presente investigación, una vez finalizada la investigación se procedió a eliminar las encuestas.

Responsabilidad. La autora de este estudio tuvo una responsabilidad social y científica; consideró cuidadosamente las consecuencias que la realización y difusión de los resultados de la investigación tienen con los participantes y la sociedad en general; por ello no delegó a otras personas el desarrollo de esta investigación.

Consentimiento informado. Esto garantizó que los pacientes de este estudio expresen voluntariamente su intención de participar en la investigación después de haber comprendido la información brindada sobre los objetivos, beneficios, molestia, posibles riesgos y alternativas, derechos y responsabilidades.

3.4 Definición y operacionalización de variables

3.4.1 Variable independiente:

Factores asociados a la adherencia terapéutica antituberculosa

Definición conceptual:

Son hechos, fenómenos o circunstancias presentes que favorecen o limitan el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso del paciente (Pinedo, 2008); lo conforman:

- Factores personales del paciente
- Factores del servicio de salud
- Factores de la enfermedad
- Factores del tratamiento
- Factor relación médico-paciente-enfermera
- Nivel de conocimiento sobre la enfermedad

Definición operacional

Los factores asociados a la adherencia terapéutica se midieron considerando los siguientes indicadores y escala:

Variable independiente	Sub variables	Indicadores	Escala de medición
Factores relacionados a la adherencia terapéutica	Factores personales del paciente. Son las propiedades biológicas, socioeconómicas y culturales del paciente con tuberculosis, así como las características de su ámbito personal,	1. Grupo etáreo , periodo de tiempo desde el nacimiento hasta la recolección de datos, clasificado según grupo etáreo de salud. 2. Género , diferencia física y biológica del	Adulto: 18-64 años Adulto mayor: mayor de 65 Masculino Femenino

<p>familiar y social, lo cual permite diferenciarlo de otro paciente.</p>	<p>paciente con tuberculosis.</p> <p>3. Estado civil, condición conyugal del paciente y su relación con los derechos civiles.</p> <p>4. Grado de escolaridad, nivel de estudio escolarizado en el momento de la recolección de datos.</p> <p>5. Nivel de ingreso familiar mensual, son todos los ingresos económicos con los que cuenta una familia</p> <p>6. Automotivación</p> <p>7. Temor</p>	<p>Soltero, Casado o conviviente Viudo o separado</p> <p>Ninguno, Primaria, Secundaria, Superior</p> <p>Muy bajo: menos de S/.420.00 Bajo: S/.420.00 – S/.1,200.00 Medio: más de S/.1,200.00 – S/. 2,000.00 Medio alto: más de S/.2,000.00 – S/. 6,000.00 Alto: más de S/.6,000.00</p> <p>Si (1) No (2)</p>
---	---	--

	<p>8. Sensación de mejoría</p> <p>9. Consumo de drogas</p> <p>10. Apoyo familiar, ayuda que brinda la familia o algún miembro de ella al paciente, a través del afecto, reforzando su autoestima y apoyo instrumental.</p> <p>11. Apoyo social</p>	
<p>Factores del servicio de salud.</p> <p>Características propias del servicio de salud siendo estas la educación brindada, el trato al paciente, el suministro de medicamentos.</p>	<p>12. Tiempo prologado de espera para atención al paciente</p> <p>13. Información sobre TBC brindada en el establecimiento de salud.</p> <p>14. Establecimiento cuenta con todos los medicamentos antituberculosos</p> <p>15. Distancia accesible al establecimiento de salud</p>	<p>Si (1)</p> <p>No (2)</p>
<p>Factores sobre la enfermedad.</p> <p>Características propias de la enfermedad siendo estas: el cese de los síntomas, el fracaso tratamientos anteriores, antigüedad de la</p>	<p>16. Cese de síntomas</p> <p>17. Recurrencia de la TBC</p> <p>18. Antigüedad la enfermedad. Es el tiempo transcurrido desde que fue diagnosticada la</p>	<p>Si (1)</p> <p>No (2)</p> <p>1 mes</p> <p>2 a 5 meses</p> <p>Mayor a 5 meses</p>

<p>enfermedad y complicaciones.</p>	<p>tuberculosis hasta la recolección de datos.</p> <p>19. Presentación de otra enfermedad por causa de la TBC, Complicaciones, es la aparición espontánea de una patología como consecuencia de una enfermedad de fondo o de un procedimiento o tratamiento.</p>	<p>Si (1) No (2)</p>
<p>Factores relacionados al tratamiento. Características propias del tratamiento que pueden ser: la cantidad de medicamentos y reacciones adversas.</p>	<p>20. Polimedicación: ingesta de más de 6 medicamentos indicados en el esquema antituberculoso.</p> <p>21. Reacciones adversas a los Antituberculosos - RAFAs, efectos dañinos producidos por el fármaco al administrarlo al paciente.</p>	<p>Si (1) No (2)</p>
<p>Relación médico – paciente</p> <p>Relación enfermera (o) – paciente.</p>	<p>22. Tipo de relación que el paciente mantiene con el médico</p> <p>23. Tipo de relación que mantiene el profesional de enfermería con el paciente.</p>	<p>Mala Regular Buena Muy buena</p> <p>Mala Regular Buena Muy buena</p>

	<p>Nivel de conocimiento sobre la TBC, tratamiento y prevención. Es la proporción del saber que posee el paciente sobre su enfermedad, el tratamiento y prevención de la misma, producto de su aprendizaje</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definición de TBC - Agente causal - Signos y síntomas - Transmisión - Factores de riesgo - Tratamiento - Prevención 	<p>Buena: 16 – 18 pts.</p> <p>Regular: 13 – 15 pts.</p> <p>Deficiente: 9 – 12 pts.</p>
--	---	---	--

3.4.2 Variable dependiente

Adherencia terapéutica

Definición conceptual:

La adherencia terapéutica es el grado en que el comportamiento del paciente (tomar un medicamento, seguir un plan de alimentación y realizar cambios en el estilo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas con un personal médico (Lago, 2015).

Definición operacional

La adherencia terapéutica se midió considerando los siguientes indicadores y escala:

Variable	Indicador	Escala /puntuación	Valoración
Adherencia terapéutica antituberculosa	- Incumplimiento de horario	Si No	Adherencia = Ninguna respuesta positiva a los siete ítems No Adherencia Alguna respuesta positiva a los siete ítems
	- Incremento de dosis por iniciativa del paciente		
	- Olvido administrarse la medicación		
	- Abandono del tratamiento por sentirse mejor		
	- Abandono del tratamiento por reacciones adversas al medicamento.		
	- Abandono de tratamiento por falta de medicamentos		
	- Abandono de tratamiento por otras razones		

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante la técnica de la encuesta a los estudiantes que cumplan con los criterios de inclusión, empleando los siguientes instrumentos:

A. Test sobre adherencia al tratamiento

Este instrumento ha sido elaborado por la investigadora en base al test de Morisky, Green y Levine para la valoración del cumplimiento terapéutico ambulatorio extra hospitalario de diferentes enfermedades crónicas como: sida, tuberculosis, diabetes, HTA. Así mismo se ha considerado algunos ítems del Cuestionarios de Medida de Adhesión a los tratamientos (MAT) adaptados y validados por Gómez, Almeida y Pace (2014).

El instrumento consta de tres partes: En la primera parte se considera la presentación; En la segunda parte se describe el desarrollo del instrumento y en la tercera se presentan los 7 Ítems sobre adherencia terapéutica con respuesta dicotómica Sí y No (Ver Anexo 1).

B. Cuestionario de factores determinantes de cumplimiento terapéutico

Este instrumento fue elaborado por la investigadora en base al cuestionario de Rodríguez y Mondragón (2014). Así mismo se consideró algunos ítems del cuestionario “Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar”, validado por Bravo (2017).

El cuestionario consta de tres partes: En la primera esta la presentación, en la segunda se considera las instrucciones para el desarrollo del instrumento y en la tercera están las preguntas sobre los factores: personales del paciente, del servicio de salud, propio de la enfermedad, propio del tratamiento, relación médico-paciente, relación enfermera - pacientes y nivel de conocimiento (Ver Anexo 2).

3.6 Validez y confiabilidad

- Validez

La validez del Test sobre adherencia al tratamiento y el Cuestionario de factores determinantes, se determinó mediante el juicio de tres expertos. (Ver Anexo 3)

- Confiabilidad

La confiabilidad estadística del Test sobre adherencia al tratamiento y el Cuestionario de factores determinantes, fue determinada a través del cálculo del

coeficiente de Alfa de Cronbach, cuyos valores fueron 0,88 y 0,70 respectivamente (Ver Anexo 4 y 5)

3.7 Procedimiento para la recolección de datos

Para la recolección de los datos de esta investigación, se realizaron los siguientes pasos:

- Se coordinó con la Dirección de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa para solicitar se emita una solicitud de la autorización al Director del Puesto de Salud Magdalena Nueva, para aplicar los instrumentos.
- Luego se coordinó con la enfermera a cargo del ESNPyCTB, para identificar a los pacientes que conformarían la muestra y que cumplieran los criterios de inclusión.
- Se le informó a los pacientes sobre la finalidad de la investigación y se garantizó el anonimato, luego se solicitó la firma de la ficha de Consentimiento Informado (Ver Anexo 6).
- Posteriormente, la investigadora aplicó los instrumentos para la recolección de datos, cuyo desarrollo tuvo una duración aproximada de 10 minutos.
- Una vez terminada la aplicación del instrumento se verificó que no existan errores y que estén completas las respuestas de cada ítem.

3.8 Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos fueron codificados en una matriz de tabulación empleando el Software The Package Sottisfical for el Sciences – SPSS versión 23:0 Con el mismo software se analizaron los resultados aplicando la estadística descriptiva para calcular frecuencia relativa y simple, media aritmética y desviación estándar. También se utilizó la prueba de independencia de criterios (chi cuadrado) para determinar la relación entre los factores y la adherencia terapéutica antituberculosa, con un nivel de confianza del 95% .

Los resultados fueron presentados en tablas bidimensionales y figuras circulares, utilizando el software Office Excel. 2010.

IV. RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 RESULTADOS

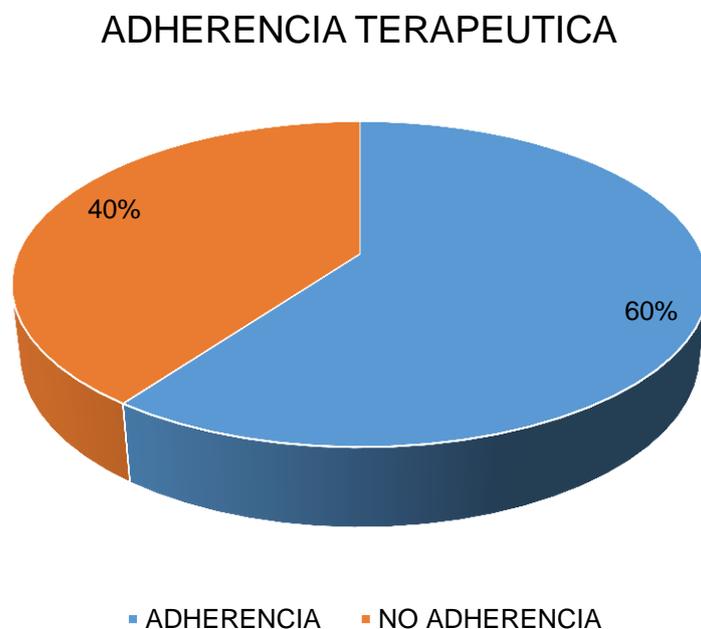


FIGURA 1. Adherencia terapéutica antituberculosa de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva. Chimbote, 2018

Tabla 1. Relación de los factores personales del paciente y la adherencia terapéutica antituberculosa de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva. Chimbote, 2018

Factores personales del paciente	Adherencia terapéutica					
	Adherencia		No adherencia		Total	
	fi	Hi	Fi	Hi	fi	Hi
Total	9	60,0	6	40,0	15	100
EDAD						
18 – 64	9	64,3	5	35,7	14	93,3
Mayor de 65	0	0,0	1	100,0	1	6,7
	X²= 1,607	GL= 1	p= 0.205	p > α	NO SIG.	
GENERO						
Masculino	5	45,5	6	54,5	11	73,3
Femenino	4	100,0	0	0,0	4	26,7
	X²= 3,636	GL= 1	p= 0.057	p > α	NO SIG.	
ESTADO CIVIL						
Soltero	5	50,0	5	50,0	10	66,7
Casado o conviviente	4	80,0	1	20,0	5	33,3
	X²= 1,250	GL=1	p= 0.264	p > α	NO SIG.	
GRADO DE ESCOLARIDAD						
Primaria	1	20,0	4	80,0	5	33,3
Secundaria	5	71,4	2	28,6	7	46,7
Superior	3	100,0	0	0,0	3	20,0
	X²= 5,714	GL= 2	p= 0.057	p > α	NO SIG.	
NIVEL DE INGRESO FAMILIAR						
Muy bajo	4	44,4	5	55,6	9	60,0
Bajo	4	80,0	1	20,0	5	33,3
Medio	1	100,0	0	0,0	1	6,7
Medio alto	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Alto	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	X²= 2,407	GL= 2	p= 0.300	p > α	NO SIG.	

Van...

... Viene

Factores personales del paciente		Adherencia terapéutica					
		Adherencia		No adherencia		Total	
		fi	hi	Fi	Hi	Fi	Hi
Total		9	60,0	6	40,0	15	100
Motivación a cumplir con el tratamiento	Si	9	69,2	4	30,8	13	86,7
	No	0	0,0	2	100,0	2	13,3
		X² = 3,462	GL = 1	p = 0.063	p > α	NO SIG.	
Limitación en actividades diarias	Si	5	50,0	5	50,0	10	66,7
	No	4	80,0	1	20,0	5	33,3
		X² = 1,250	GL = 1	p = 0.264	p > α	NO SIG.	
Percepción de la efectividad del tratamiento	Si	8	61,5	5	38,5	13	86,7
	No	1	50,0	1	50,0	2	13,3
		X² = 0,096	GL = 1	p = 0.756	p > α	NO SIG.	
Consume cigarrillos	Si	1	50,0	1	50,0	2	13,3
	No	8	61,5	5	38,5	13	86,7
		X² = 0,096	GL = 1	p = 0.756	p > α	NO SIG.	
Consume bebidas alcohólicas	Si	1	50,0	1	50,0	2	13,3
	No	8	61,5	5	38,5	13	86,7
		X² = 0,096	GL = 1	p = 0.756	p > α	NO SIG.	
Apoyo de familia y amigos	Si	8	61,5	5	38,5	13	86,7
	No	1	50,0	1	50,0	2	13,3
		X² = 0,096	GL = 1	p = 0.756	p > α	NO SIG.	
Pertenece a grupos de apoyo social	Si	0	0,0	1	100,0	1	6,7
	No	9	64,3	5	35,7	14	93,3
		X² = 1,607	GL = 1	p = 0.205	p > α	NO SIG.	

Tabla 2. Relación de los factores del servicio de salud y la adherencia terapéutica antituberculosa de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva. Chimbote, 2018

Factores del servicio de salud		Adherencia terapéutica					
		Adherencia		No adherencia		Total	
		fi	hi	Fi	hi	Fi	Hi
Total		9	60,0	6	40,0	15	100
Tiempo prolongado de espera para atención	Si	0	0,0	1	100,0	1	6,7
	No	9	64,3	5	35,7	14	93,3
		X² = 1,607	GL = 1	p = 0.205	p > α	NO SIG.	
Establecimiento brinda información sobre la TBC	Si	9	69,2	4	30,8	13	86,7
	No	0	0,0	2	100,0	2	13,3
		X² = 3,462	GL = 1	p = 0.063	p > α	NO SIG.	
SIS cubre análisis y placas radiográficas	Si	7	63,6	4	36,4	11	73,3
	No	2	50,0	2	50,0	4	26,7
		X² = 0,227	GL = 1	p = 0.634	p > α	NO SIG.	
Establecimiento no cuenta con todos los medicamentos antituberculosos	Si	0	0,0	2	100,0	2	13,3
	No	9	69,5	4	30,8	13	86,7
		X² = 3,462	GL = 1	p = 0.063	p > α	NO SIG.	
Distancia accesible al establecimiento de salud	Si	2	50,0	2	50,0	4	26,7
	No	7	63,6	4	36,4	11	73,3
		X² = 0,227	GL = 1	p = 0.634	p > α	NO SIG.	

Tabla 3. Relación de los factores de la enfermedad y la adherencia terapéutica antituberculosa de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva. Chimbote, 2018

Factores de la enfermedad		Adherencia terapéutica					
		Adherencia		No adherencia		Total	
		fi	hi	Fi	hi	fi	Hi
Total		9	60,0	6	40,0	15	100
Cese de síntomas de la TBC	Si	4	50,0	4	50,0	8	53,3
	No	5	71,4	2	28,6	7	46,7
		X² = 0,714	GL = 1	p = 0.398	p > α	NO SIG.	
Recurrencia de la TBC	Si	1	50,0	1	50,0	2	13,3
	No	8	61,5	5	38,5	13	86,7
		X² = 0,096	GL = 1	p = 0.756	p > α	NO SIG.	
Antigüedad de la TBC	1 mes	3	50,0	3	50,0	6	40,0
	2-5 meses	5	62,5	3	37,5	8	53,3
	> 5m	1	100,0	0	0,0	1	6,7
		X² = 0,937	GL = 2	p = 0.626	p > α	NO SIG.	
Presentación de otra enfermedad por la TBC	Si	1	50,0	1	50,0	2	13,3
	No	8	61,5	5	38,5	13	86,7
		X² = 0,096	GL = 1	p = 0.756	p > α	NO SIG.	

Tabla 4. Relación de los factores del tratamiento y la adherencia terapéutica antituberculosa de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena nueva. Chimbote, 2018

Factores del tratamiento		Adherencia terapéutica					
		Adherencia		No adherencia		Total	
		fi	hi	Fi	hi	fi	Hi
Total		9	60,0	6	40,0	15	100
Polimedicación	Si	5	62,5	3	37,5	8	53,3
	No	4	57,1	3	42,9	7	46,7
		X² = 0,045	GL = 1	p = 0.833	p > α	NO SIG.	
Presenta RAFAs después de la toma de la medicación.	Si	4	50,0	4	50,0	8	53,3
	No	5	71,4	2	28,6	7	46,7
		X² = 0,714	GL = 1	p = 0.398	p > α	NO SIG.	

Tabla 5. Relación de los factores relación médico- paciente -enfermera y la adherencia terapéutica antituberculosa de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva. Chimbote, 2018

Factor relación médico – paciente – enfermera		Adherencia terapéutica					
		Adherencia		No adherencia		Total	
		Fi	hi	Fi	hi	fi	Hi
TOTAL		9	60,0	6	40,0	15	100
Médico – paciente	Regular	0	0,0	1	100,0	1	6,7
	Buena	8	66,7	4	33,3	12	80,0
	Muy buena	1	50,0	1	50,0	2	13,3
		X² = 1,806	GL = 2	p = 0.405	p > α	NO SIG.	
Enfermera - paciente	Buena	8	66,7	4	33,3	12	80,0
	Muy buena	1	33,3	2	66,7	3	20,0
		X² = 1,111	GL = 1	p = 0.292	p > α	NO SIG.	

Tabla 6. Relación entre el nivel de conocimiento de la tuberculosis y la adherencia terapéutica antituberculosa de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva. Chimbote, 2018

Nivel de conocimiento	Adherencia terapéutica					
	Adherencia		No Adherencia		Total	
	Fi	hi	Fi	Hi	fi	Hi
TOTAL	9	60,0	6	40,0	15	100
Bueno	8	80,0	2	20,0	10	66,7
Regular	1	20,0	4	80,0	5	33,3
	X² = 5,000	GL = 1	p = 0.025	p < α	SIG.	

4.2 ANALISIS Y DISCUSIÓN

Aun cuando existen protocolos de tratamiento efectivos para controlar la TBC pulmonar en la mayoría de los casos, y la política de salud del estado peruano garantiza la distribución de medicamentos antituberculosos bactericidas y bacteriostáticos gratuitos, un buen número de pacientes no completan el tratamiento y abandonan el mismo, ocasionando que el *Mycobacterium tuberculosis* que portan se torne resistente a los antimicrobianos, los cuales pueden transmitirse a otras personas generando un problema de salud pública.

La adherencia al tratamiento antituberculoso es frecuente en la mayoría de los casos tal como se encontró en este estudio, donde el 60% de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Puesto de Salud de Magdalena Nueva (Figura 1) cumplía con el tratamiento; este resultado difiere al reportado por Rodríguez y Mondragón (2014) quienes informaron que el 81,8% de los pacientes incumplieron con el tratamiento; sin embargo, es semejante a lo reportado por Murcia (2014), Dueñas y Cardona (2016) quienes encontraron respectivamente que el 83,5% y 94,8% de los pacientes fueron adherentes al tratamiento.

La adherencia terapéutica está relacionada con el autocuidado, pues esta es una capacidad compleja que permite a la persona distinguir los factores que deben ser controlados o tratados; estas actividades están orientadas hacia la regulación de su propio funcionamiento según su demanda y con el fin de cubrir sus requisitos de autocuidado frente a la enfermedad, tal como lo planteo la teorista en enfermería Orem (citada por Vega y González, 2007).

Para evitar el abandono del tratamiento antituberculoso, es necesario fortalecer el vínculo del paciente con el profesional médico y de enfermería y con el establecimiento de salud, detectar y brindar tratamiento oportuno para controlar las RAFAs que pueda presentar el paciente, incrementar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, el tratamiento y la prevención, concientizar a la familia para que brinde apoyo adecuado. El logro de estos y otros factores pueden influir directa y positivamente en la adherencia terapéutica; asimismo, el no logro de alguno de ellos determina el abandono del tratamiento; al respecto, en este estudio se encontró que los factores personales del paciente como la edad, determinó que el 64,3% de los pacientes adultos, de 18 a 64 años, se adhieran al tratamiento (Tabla 1) sin relación significativa ($p=0.205$) entre las variables, esto difiere a los resultados de Dalens (2012), quien encontró que el 45% de los pacientes de 21 a 40 años abandonaron el tratamiento; igualmente, Márquez (2016) reportó que el 47% de los pacientes entre 25 a 40 años de edad abandonaron el tratamiento.

En algunos casos la no adherencia al tratamiento de los pacientes de 18 a 64 años, podría deberse a que en estas edades las personas son productivas y se encuentran la mayoría estudiando y/o trabajando, y el tiempo y espacio que disponen para cumplir con el tratamiento es limitado. Por otro lado, Orem (citada por Vega y González, 2007) plantea que el aprendizaje de autocuidado se adquiere a través de las etapas de vida y la edad puede afectar la capacidad de la persona para realizar las actividades de autocuidado. Sin embargo, en el caso del adulto mayor que no se adhiere al tratamiento se debería a la prevalencia de comorbilidades, la polimedicación, así como la posible falta de comprensión del tratamiento, los olvidos y por un declive de funciones cognitivas (Martínez, 2001). Según Araujo et

al. (2014) no existe relación estadística significativa entre la adherencia al tratamiento de la TBC y la edad ($p=0.520$).

En cuanto al género, en la Tabla 1 se observa que el 54,4% de los varones no se adhieren al tratamiento antituberculoso, y el 100% de las mujeres si se adhieren al mismo, sin relación significativa entre las variables ($p=0.057$); el alto porcentaje de no adherencia al tratamiento en los varones puede deberse a que la mayoría de ellos tienen mayor actividad laboral; y las condiciones laborales como la informalidad de trabajos, ausencia de paro, contratos sin vacaciones, falta de subsidios por enfermedad, hacen más difícil la adherencia al tratamiento. Estos resultados concuerdan con los de Zeledón et al. (2017) quienes encontraron que el género el masculino fue el predominante ante el abandono del tratamiento; así mismo, Dalens (2012) y Márquez (2016) reportaron que el 94,6% y 73% respectivamente de varones abandonaron el tratamiento. Por el contrario Murcia (2014) reportó que el 75% de mujeres presentaron índices bajos de adherencia.

En relación al estado civil, en este estudio se encontró que el 80% de pacientes casados o convivientes se adhieren al tratamiento, y los solteros registran un mismo porcentaje en adherencia y no adherencia (50%), sin relación significativa ($p=0,264$) entre las variables, tal como lo reportó Araujo et al. (2014), al encontrar un $p=0.457$. La alta adherencia en casados o convivientes puede estar fortalecida por el apoyo familiar que reciben, el soporte emocional de los padres, el apoyo del cónyuge e hijos; lo cual motiva al paciente a tomar acciones de autocuidado para afrontar de manera positiva la enfermedad. Por otro lado, Dalens (2012) encontró que 60,9% de los pacientes solteros fueron no adherentes, al igual que el 66% de los pacientes en condición de convivientes reportado por Márquez (2016),

Por otro lado, en cuanto al grado de escolaridad, en la Tabla 1 se observa que todos los pacientes con estudios superiores se adhieren al tratamiento al igual que el 71,4% del nivel de secundaria, pero el 80% del nivel primario que no se adhieren al tratamiento, no existiendo relación significativa entre ellos ($p=0.057$). Estos resultados difieren de los de Murcia (2014) quien encontró que el 60% de pacientes con grado de instrucción de primaria incompleta se adhería al tratamiento. Según Suárez (2015), la educación del paciente influye en la adherencia al tratamiento ya sea de forma positiva o negativa. El nivel educativo juega un rol importante pues permite al paciente conocer y comprender más a fondo sobre su enfermedad, y esto en muchos casos influye en la actitud frente al tratamiento y cuidados de prevención.

En relación al ingreso familiar (Tabla 1) se encontró que el 55,6% de los pacientes con nivel de ingreso muy bajo no se adherían al tratamiento y el 80% con ingreso bajo si se adhería, sin relación significativa entre las variables ($p=0,300$). Estos resultados son similares a los de Dalens (2012) y García (2017), quienes encontraron respectivamente que el 67,8% y 57,1% de pacientes con bajo nivel económico no se adhería a la terapéutica; asimismo, Araujo et al. (2014) reportó que la adherencia al tratamiento de la tuberculosis pulmonar y los ingresos económicos ($p =0,214$) no tenían relación estadística significativa. Según Plata (2015) y González (2013), el bajo nivel socioeconómico da lugar al hacinamiento y la pobreza causando el abandono al tratamiento. Muchos estudios relacionan la escasa adherencia terapéutica con la pobreza y el desempleo, los pacientes priorizan su trabajo y salario en las responsabilidades para con la familia: pagos, comida, ropa; y descuidan su salud poniendo en peligro la adherencia terapéutica ante una

enfermedad que conlleva la necesidad de utilizar movilidad diaria para su traslado o gastos en medicina y radiografías.

Existen factores intrínsecos del paciente que puede influir en la adherencia terapéutica, como la motivación a cumplir, la limitación en las actividades diarias, la percepción de la efectividad del tratamiento, el consumo de cigarrillos y bebidas alcohólicas, el apoyo familiar o de amigos y la pertenencia a grupos de apoyo. En este estudio se encontró que el 69,2% de los pacientes (Tabla 1) motivados a cumplir con el tratamiento se adhieren al mismo, y el 100% de los pacientes desmotivados, no presentan adherencia, sin relación significativa ($p=0.063$). El 80% de los pacientes sin limitación en las actividades diarias se adhieren al tratamiento, al igual que el 50% que presentan limitaciones, sin relación significativa ($p=0.264$). El 61.5% de pacientes que percibe que el tratamiento antituberculoso es efectivo se adhiere al tratamiento, al igual que el 50% que no lo percibe como efectivo, sin relación significativa ($p=0.756$). El 61,5% de los pacientes que no consume cigarrillos y un porcentaje igual que no consume bebidas alcohólicas, se adhieren al tratamiento, al igual que el 50% que si consume dichas sustancias, ambas sin relación significativa ($p=0.756$). El 61,5% de los pacientes que cuenta con apoyo familiar y de amigos se adhiere al tratamiento, igualmente el 50% que no cuenta con dicho apoyo, sin relación significativa ($p=0.756$). El 64,3% de pacientes que no pertenecen a un grupo de apoyo social se adhieren al tratamiento, sin relación significativa ($p=0.205$).

Algunos de los resultados descritos anteriormente difieren de los reportados por García (2017) y Montúfar y Noboa (2013), quienes indicaron que el abandono del tratamiento estuvo asociado al consumo de alcohol (54,3%) y de drogas (57%). Por

otro lado, Quevedo et al. (2015), encontraron que el 81,8% de los pacientes que recibieron un nivel alto de soporte familiar y social, cumplieron con el tratamiento; igualmente, Suárez (2015) observó que la adherencia terapéutica fue medianamente favorable cuando participó la familia (54%); según Espinoza y Olivera (2015), el apoyo social ($p=0.0013$) tenía relación altamente significativa con el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso.

Algunos pacientes presentan dificultades en el cumplimiento terapéutico debido a la actitud que presentan ante la enfermedad y el tratamiento, y a la responsabilidad de realizar cambios en su estilo de vida. La tuberculosis por ser una enfermedad contagiosa genera sentimientos de aislamiento, además la creencia de que el medicamento no es efectivo influye en la motivación del paciente por cumplir con el tratamiento. Por otra parte, la familia cumple un papel importante de amor y de soporte entre la agencia de autocuidado y las acciones de autocuidado del paciente; Oren (citada por Vega y González, 2007) explica en su teoría que la conducta de aprender a autocuidarse se vive durante el crecimiento y desarrollo de la persona, empieza por sus relaciones interpersonales que mantienen con sus padres y posteriormente con los amigos; es decir que el apoyo familiar y amical frente a un proceso difícil es muy importante para los pacientes pues les impulsa a seguir con el tratamiento; así mismo, puede hallarse un déficit en realizar actividades de la agencia de autocuidado, por la dificultad que tienen los pacientes para realizar cambios claves para dejar de fumar, beber y cumplir con los esquemas de tratamiento de sus enfermedades.

Otro factor que influye en la adherencia terapéutica, es el relacionado al servicio que brinda el establecimiento de salud donde se atiende el paciente; en este estudio se observó que la mayor adherencia se presentó en los pacientes que consideraron que el tiempo de espera para ser atendidos no fue mucho (64,3%), que el establecimiento de salud les brindó información sobre la tuberculosis (69,2%), el SIS cubrió sus gastos de análisis y placas radiográficas (63,6%) necesarios para su diagnóstico y seguimiento terapéutico, el establecimiento de salud cuentan con todos los medicamentos antituberculoso (69,5%), y el establecimiento de salud donde recibe su tratamiento no es lejano a su hogar, todos ellos sin relación significativa (Tabla 2). Según Plata (2015) una de las principales causas de abandono del tratamiento es el difícil acceso al servicio de salud (32%).

Por otro lado, Dueñas y Cardona (2016), afirman que los pacientes abandonan el tratamiento por insatisfacción con la oportunidad de atención en los establecimientos de salud. Según Zeledón et al. (2017), la falta de explicación sobre la enfermedad y tratamiento empleado, ausencia de consejería sobre estilo de vida; estuvieron producen al abandono del tratamiento; asimismo, García (2017), observó que dicho abandono se asocia a la poca información sobre la enfermedad.

Desde el punto de vista de la agencia de autocuidado, este proceso complejo permite controlar los factores del entorno; muchos de los cuales se muestran en el establecimiento de salud, el cual debe ser un lugar accesible para que el paciente resuelva sus dudas y reciba información acerca de su cuidado. Ante la dificultad para acceder al servicio de salud, la falta de médico en el establecimiento, cambios reiterados del profesional asistencial, la capacidad insuficiente de los mismos, la

falta de empatía, desmotivación y actitudes negativas para informar y educar sobre el tratamiento; influye notablemente en la insatisfacción del paciente frente al servicio que brinda el establecimiento de salud y muchas veces esto contribuiría al abandono del tratamiento (OMS, 2004).

La enfermedad que padece el paciente es otro factor que afecta la adherencia terapéutica; en la Tabla 3 se observa que el cese de los síntomas como la tos, la recurrencia de la TBC, la duración o antigüedad de la enfermedad y otras enfermedades producidas como consecuencia de la TB, han ocasionado que el 50% de pacientes se adhiera al tratamiento antituberculoso, sin relación significativa entre las variables. Estos resultados difieren de Navarro et al. (2015) y García (2017), quienes reportaron que la mejoría del estado de salud fue uno de los determinantes directos para el abandono del tratamiento. Mucho de los pacientes relacionan la gravedad de la enfermedad, mediante la presentación de signos y síntomas, con la adherencia terapéutica; es decir, las enfermedades que transcurren sin presentar signos molestos en los pacientes, suelen presentar bajas tasas de adherencia terapéutica; esto mismo ocurre cuando los pacientes están ansiosos y estresados frente a un tratamiento de larga duración, como es el caso de la tuberculosis (OMS, 2004).

El tratamiento en sí, es un factor que influye en la adherencia al mismo, en la Tabla 4 se observa que un buen porcentaje de pacientes cumple con el tratamiento por no presentar RAFAs (71,4%) y aun cuando consideran que son muchos los medicamentos que ingiere (62,5%). Según Montúfar y Noboa (2013) y Plata (2015), la presencia de RAFAs ocasiona que un gran porcentaje de pacientes abandonen el tratamiento (45,3%), principalmente por la intolerancia digestiva que

se manifiesta con náuseas y vómitos (Dalens, 2012); los cuales, aun cuando son efectos adversos leves, estos ocasionan incomodidad al paciente.

Asimismo, hepatotoxicidad causada por la Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, la neuritis óptica asociada al Etambutol o la ototoxicidad producida por la estreptomicina, son las RAFAs graves que amerita el retiro del medicamento causal y el tratamiento respectivo. La administración de varios medicamentos antituberculosos en una sola durante un mínimo de seis meses de tratamiento, potencia las RAFAs, con el consiguiente rechazo a la medicación (Dueñes y Cardona, 2016), además de causar el fracaso terapéutico o el empleo de regímenes terapéuticos subóptimos. De allí la importancia de mantener al paciente permanentemente informado y prevenido frente a los posibles efectos adversos, en este caso el profesional de enfermería es el más idóneo para monitorizar las RAFAs y educar al paciente.

Por consiguiente, la relación médico – paciente y enfermera – paciente, es otro factor importante para lograr que el paciente se adhiera al tratamiento, en la Tabla 5 se observa que el 66,7% de los pacientes que se adhirieron al tratamiento consideraron buena la relación con el médico y con la enfermera, sin relación significativamente en ambos casos ($p=0.405$) y ($p=0.292$); estos resultados concuerdan por Montúfar y Noboa (2013), quienes reportaron que la mala atención (66%) es un factor para el abandono del tratamiento; lo cual también fue confirmado por Zeledón et al. (2017) al encontrar que existe asociación entre el abandono al tratamiento y la mala relación con el personal de salud; para Orem (citada por Vega y González, 2007), la persona como un todo integral dinámico que funciona biológica, simbólica y socialmente; considera importante la relación

asertiva con el profesional de salud, quien brinda las facilidades del desarrollo del autocuidado y la adecuada comunicación con ellos es un factor que determina la adherencia terapéutica.

El nivel de conocimiento sobre la enfermedad, el tratamiento y la prevención, es otro factor que influye en la adherencia terapéutica del paciente con tuberculosis, tal como se muestra en la Tabla 6, donde el 80% de los pacientes con buen nivel de conocimiento se adhieren al tratamiento, existiendo relación significativa entre ellas ($p = 0.025$) rechazándose en este caso la hipótesis nula planteada por la investigadora. Los conocimientos que tiene un paciente sobre su enfermedad y sobre el tratamiento le permite realizar acciones de autocuidado, pues este proceso pasa por el de aprendizaje; es decir a más experiencias y conocimientos adquiridos a través de los años, más fácil resulta aplicar el autocuidado tal como lo indicó Orem. Este resultado corrobora lo informado por Mostacero y Navarro (2014) quienes indicaron que el incumplimiento del tratamiento tenía una relación altamente significativa con el nivel de conocimiento ($p=0.000$).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

En base al análisis de los resultados se llegó a la siguiente conclusión:

- El 60% de pacientes con tuberculosis del Puesto de Salud Magdalena Nueva se adhieren al tratamiento antituberculoso; el único factor que tiene relación estadística significativa con ella es el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, tratamiento y prevención ($p=0.025$); los factores personales del paciente, del servicio de salud, de la enfermedad, del tratamiento, de la relación médico – paciente – enfermera; no tuvieron relación estadística significativa.

5.2 RECOMENDACIONES

- La Escuela Profesional de Enfermería de la UNS debe fomentar la realización de investigaciones experimentales que contribuyan a incrementar la adherencia terapéutica antituberculosa y el autocuidado.
- El Puesto de Salud debe impulsar el trabajo en equipo de todos los profesionales de salud, como: médicos, enfermeras, farmacéuticos, psicólogos, asistentes sociales y nutricionistas; para que ejecuten acciones con un enfoque integral a fin de controlar los factores que afectan negativamente la adherencia terapéutica del paciente.

- El Puesto de Salud Magdalena Nueva, debería organizar grupos para la captación, seguimiento y monitoreo de los pacientes con riesgo de abandono tomando en cuenta los factores predisponentes.
- Realizar sesiones educativas permanentes a los pacientes, sobre el cuidado, tratamiento, acciones preventivas, complicaciones para incentivar la adherencia terapéutica.
- Involucrar a la familia en el proceso de tratamiento y cuidado, para brindar al paciente un espacio de apoyo y comodidad.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, V., Alarcón, E., Figueroa, C. y Mendoza, A. (2017). Tuberculosis en el Perú: Situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*, 34(2) ,299-310. Recuperado de <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2384>
- Araujo, V., Arévalo, S. y Torres, R. (2014). *Factores biosociales asociados a la adherencia al tratamiento por tuberculosis pulmonar en dos establecimientos de salud Iquitos – 2014* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Iquitos, Perú.
- Arriola, P., Castillo, T., Quispe, G. y Torres, C. (2011). Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento antituberculoso. *Revista Enfermera Herediana*, 4 (2), 86-92. Recuperado de <http://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2011/febrero/07%20ANTITUBERCULOSO.pdf>
- Bembibre, C. (2009). Factores. Definición ABC. Recuperado de <https://www.definicionabc.com/general/factores.php>
- Buitrago, F. (2011). Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir! *Elsevier*, 43(7), 331-392. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-terapeutica-que-dificil-es-S0212656711002496>
- Bravo, S. (2017). *Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar en pacientes del programa de control de tuberculosis, Red Puno – 2015* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional del Altiplano, Puno, Perú.

- Cáceres, F. (2004). Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *MedUNAB*, 7(21), 172 -180. Recuperado de <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=215&path%5B%5D=198>
- Campuzano, G. (2011). Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. *Medicina y Laboratorio* (pp. 145-194). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2011/myl1113-4d.pdf>
- Centro de estudios de estado y Sociedad. (2011). Factores asociados a la no – adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Recuperado de <https://es.slideshare.net/ceciliahuapaya1/9560-factores-asociados-a-la-noadherencia-al-tratamiento-de-la-tuberculosis-revisin-de-la-literatura>
- Centros para el control y la prevención de Enfermedades (2014). Manejo de pacientes con tuberculosis y mejora de la adherencia al tratamiento. Recuperado de <https://www.cdc.gov/tb/esp/publications/guides/ssmodules/spanishssmodule6.pdf>
- Chávez, J., Rebaza, D., Asmat, P. y Sánchez, A. (2006). La tuberculosis: Breve introducción histórica y su epidemiología relacionada a casos pulmonares en la Región La Libertad, Perú. *ReBiol*, volumen 1, 1-9.
- Clerencia, M., Ortiz, J., Iturralde, F. y López, A. (2011). Aspectos éticos. *Tratado de Geriátrica para residentes*, 20(1), 123 – 131.

Comité Institucional de Ética en investigación. (2016). Código de ética para la investigación. Recuperado de <https://www.uladech.edu.pe/images/stories/universidad/documentos/2016/codigo-de-etica-para-la-investigacion-v001.pdf>

Dalens, E. (2012). *Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis. Red de salud Lima Norte V Rímac – San Martín – Los Olivos* (Tesis de pregrado). Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, Lima, Perú.

Dueñas, M. y Cardona, D. (2016). Factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis, Pereira, Colombia, 2012-2013. *Biomédica*, 36(3), 423-431. Recuperado de <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2904>

Espinoza, S. y Olivera, J. (2015) *Nivel de autoestima, apoyo social y cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con Tuberculosis del Centro de Salud El Progreso* (Tesis de pregrado) Universidad Nacional del Santa, Ancash, Perú.

García, M. (2011) Auto-Cuidados y Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Insuficiencia Cardíaca. *Revista de Federación Argentina de Cardiología*. Recuperado de <http://www.fac.org.ar/7cvc/llave/c181/garciagarridoll.pdf>

García, M. (2017). *Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en el Hospital San José de Chíncha, 2014 -2016* (Tesis de pregrado). Universidad privada San Juan Bautista, Lima, Perú.

- Gómez, L., Almeida, M. y Pace, A. (2014). Adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus: validación de instrumentos para antidiabéticos orales e insulina. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, volumen 22(1). Recuperado de www.eerp.usp.br/rlae
- González, E. (2013). *Factores asociados al abandono y adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes detectados en las unidades operativas del área de salud n° 1 de la ciudad de Tulcán en el periodo de Enero a Junio del 2012* (Tesis de pregrado). Universidad técnica del norte, Ecuador.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ta. edc. Edt. Mc Graw Hill. México.
- Knobel, H. (1999) Adherencia al tratamiento TBC/VIH Papel del Clínico. *Rev Esp Sanid Penit*, volumen1 (4), 128-131 43. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/156/356>
- Lago, N. (2015). Adherencia al tratamiento. *Tendencias en Medicina*, volumen 23(46), 99-109. Recuperado de http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes46/art_13.pdf
- Libertad, M. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, volumen 30(4) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es&tlng=es.
- Limaylla, M. y Ramos, N. (2017). Métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico. *Ciencia e Investigación*, volumen 19(2), 95-101. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/farma/article/view/13635>

Márquez, P. (2016). *Factores influyentes en el abandono al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital Santa María del Socorro – Ica 2015* (Tesis de pregrado). Universidad Privada San Juan Bautista, Lima, Perú.

Martínez, E. (2001) Factores condicionantes básicos y acciones de autocuidado de adolescentes para prevención de VIH/SIDA. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León, México.

Ministerio de ciencia e innovación, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud, y Generalitat de Catalunya Departamento de Salud (2010) Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la tuberculosis. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_473_Tuberculosis_AIAQS_compl.pdf

Ministerio de Salud. (2012). Impacto socioeconómico de la tuberculosis en el Perú 2010. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1820.pdf>

Ministerio de Salud (2005). Manuales de capacitación para el manejo de la Tuberculosis. Recuperado de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/normaspublicaciones/MODULO1/Modulo1.pdf>

Ministerio de Salud (2013). Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. Recuperado de <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>

Ministerio de Salud (2018). Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. Recuperado de <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180926111143.pdf>

Ministerio de Salud (2018) Situación de Tuberculosis en el Perú y la respuesta del estado (Plan de intervención, Plan de Acción). Recuperado de <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180605122521.pdf>

Montúfar, M. y Noboa, E. (2013). *Factores asociados al abandono de tratamiento en los pacientes nuevos con tuberculosis pulmonar BK+ en la ciudad de Guayaquil durante el año 2012* (Tesis de pregrado). Universidad de Guayaquil, Colombia.

Mostacero, E. y Navarro, L. (2014) *Relación entre el nivel de conocimiento y actitud con el cumplimiento del tratamiento en el paciente con Tuberculosis Pulmonar* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional del Santa, Ancash, Perú.

Murcia, L. (2014). *Evaluación de la adherencia al tratamiento para Tuberculosis en el Departamento del Amazonas 2009-2012* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia, Colombia.

Naranjo, Y., Concepción, J. y Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, volumen 19(3), 89-100. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-892120170003 00009 &lng=es&tlng=es

- Navarro, C., Rueda, J. y Mendoza, J. (2015). Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TBC. *Revista Ciencia y Cuidado*, volumen 10(1), 19-27. Recuperado de <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/275>
- Organización Mundial de la Salud (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Recuperado de <http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2016). Tuberculosis. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
- Peña, V. (2015). *Factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes que asisten al Hospital Huaycán, Febrero – Marzo del 2015* (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.
- Pinedo, C. (2008). *Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de la E.S.N de prevención y control de la tuberculosis en el C.S. Fortaleza* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Plata, L. (2015). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis. *Revista Ciencia y Cuidado*, volumen 12(2), 26-38. Recuperado de <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/507>

- Prado, L., González, M., Paz, N. y Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, volumen 36(6), 835-845. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es&tlng=es
- Quevedo, L., Sánchez, R., Villalba, F. y Velásquez, D. (2015). Relación de soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. *Revista enfermería Herediana*, volumen 8(1), 11-16. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2536>
- Rodríguez, E. y Mondragón, C. (2014). Adherencia a la terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un centro de salud de Santiago de Cali. *Revista Colombiana en ciencias químico farmacéuticas*, volumen 43(1), 104-119. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74182014000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Rodríguez, M., García, E., Amariles, P., Rodríguez, A. y Faus, M. (2008). Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizado en la práctica clínica. *Atención Primaria*, volumen 40(80), 413-417. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-tests-medicion-del-cumplimiento-13125407>
- Svarstad B., Chewning B., Sleath B. y Claesson C. (1999). The brief medication questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/9063036_The_Brief_

Medication_Questionnaire_A_tool_for_screening_patient_adherence_and_barriers
_to_adherence

Suárez, C. (2015) *Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un centro de salud* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Vega, O. y González, D. (2007). Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. *Ciencia y Cuidado*, volumen 4 (4), 28-35. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/28205325_Teoria_del_deficit_de_autocuidado_interpretacion_desde_los_elementos_conceptuales

Zeledón, P., Blandón, H., Bonilla, E., y Salinas, A. (2017). Factores relacionados al cumplimiento y abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en León, Nicaragua. *Journal Health NPEPS*. Recuperado de <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1649/1664>

ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TEST DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA ANTITUBERCULOSA

Nº.....

Fecha: _____

Estimada (o) paciente

Este test es anónimo y tiene como fin obtener información objetiva sobre su adherencia al tratamiento antituberculoso. Los resultados que se obtengan servirán para que las autoridades del Establecimiento de Salud y la Escuela de Enfermería de la UNS planteen acciones para mejorar la calidad de la adherencia.

La investigadora agradece su colaboración

INSTRUCTIVO: Por favor coloque una equis (X) en los recuadros que corresponden a su respuesta referente a cada pregunta relacionada con la administración de sus medicamentos, para controlar la enfermedad que padece.

I. ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Preguntas	Respuestas	
1. ¿Alguna vez usted se olvidó de asistir al establecimiento de salud para tomar sus pastillas para la Tuberculosis?	Si	No
2. ¿Alguna vez usted dejó de tomar sus pastillas para la Tuberculosis por motivo de viaje?	Si	No
3. ¿Alguna vez usted dejó de asistir al establecimiento de salud para tomar sus pastillas para la Tuberculosis por haberse sentido mejor?	Si	No
4. ¿Alguna vez usted dejó de asistir al establecimiento de salud para tomar sus pastillas para la Tuberculosis por haberse sentido peor?	Si	No
5. ¿Alguna vez usted dejó de tomar una o más pastillas para la Tuberculosis por iniciativa suya, por haberse sentido peor?	Si	No
6. ¿Alguna vez usted dejó de tomar sus pastillas para la Tuberculosis porque no había los medicamentos en el establecimiento de salud?	Si	No
7. ¿Alguna vez usted dejó de tomar sus pastillas para la Tuberculosis por alguna otra razón que no sea la indicación médica?	Si	No

ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**CUESTIONARIO DE FACTORES DETERMINANTES DE LA ADHERENCIA
TERAPÉUTICA A ANTITUBERCULOSOS**

N°

Fecha: _____

Estimada (o) paciente

Este cuestionario es anónimo y tiene como fin obtener información objetiva sobre los factores que influyen en la adherencia del tratamiento. Los resultados que se obtengan servirán para que las autoridades del Establecimiento de Salud y la Escuela Profesional de Enfermería de la UNS planteen acciones para mejorar la calidad de adherencia.

La investigadora agradece su colaboración

INSTRUCTIVO: Por favor coloque una equis (X) en los cuadros que corresponden a sus características personales. Luego lea cada ítem sobre los factores determinantes y marque con una equis (X), la respuesta que usted crea correcta.

A. Factores personales del paciente

1. Edad	
18 - 64	<input type="checkbox"/>
Mayor de 65	<input type="checkbox"/>

2. Genero	
Masculino	<input type="checkbox"/>
Femenino	<input type="checkbox"/>

3. Grado de escolaridad	
Ninguno	<input type="checkbox"/>
Primaria	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>
Superior	<input type="checkbox"/>

4. Estado civil	
Soltera (o)	<input type="checkbox"/>
Casada (o)/ Conviviente	<input type="checkbox"/>
Viuda (o)/ Separado	<input type="checkbox"/>

5. Nivel de ingreso familiar mensual	
Menos de S/. 420.00	<input type="checkbox"/>
De S/.420.00 - S/.1,200.00	<input type="checkbox"/>

Más de S/.1200.00 a S/.2,000.00	
Más de S/.2,000.00 – S/. 6,000.00	
Más de S/.6,000.00	

1. ¿Se ha sentido motivado(a) a cumplir con el tratamiento?
 - a. Si
 - b. No
2. ¿Cree usted que la enfermedad lo ha limitado en sus actividades diarias?
 - a. Si
 - b. No
3. ¿Considera usted que su tratamiento lo está curando?
 - a. Si
 - b. No
4. ¿Usted fuma?
 - a. Si
 - b. No
5. ¿Usted toma bebidas alcohólicas?
 - a. Si
 - b. No
6. ¿Recibe apoyo por parte de su familia y amigos frente a su enfermedad?
 - a. Si
 - b. No
7. ¿Pertenece a algún programa o grupo de apoyo? Ejem.: vaso de leche, pensión 65.
 - a. Si
 - b. No

B. Factores del servicio de salud

1. ¿Considera que espera mucho tiempo para ser atendido?
 - a. Si
 - b. No
2. Al inicio de su tratamiento, ¿Usted recibió alguna información sobre la tuberculosis?
 - a. Si
 - b. No
3. ¿El médico y/o enfermera le brinda información sobre los cuidados para su recuperación y evitar contagio?
 - a. Si
 - b. No
4. Alguna vez, ¿Recibió sus medicamentos incompletos?
 - a. Si
 - b. No
5. ¿El SIS le cubre sus análisis y placas radiográficas?
 - a. Si
 - b. No
6. ¿Considera que el establecimiento de salud está lejos de su casa?
 - a. Si
 - b. No

C. Factores de la enfermedad

1. ¿La tos es frecuente?
 - a. Si
 - b. No
2. ¿Ud. ha tenido tuberculosis anteriormente?
 - a. Si
 - b. No
3. ¿Ud. desde cuando tiene tuberculosis?
 - a. 1 mes
 - b. 2 a 5 meses
 - c. Mayor a 5 meses
4. ¿Ud. Ha presentado otra enfermedad a causa de la tuberculosis?
 - a. Si
 - b. No

D. Factores del tratamiento

1. ¿Considera que la cantidad de medicamentos que debe tomar es mucha?
 - a. Si
 - b. No
2. ¿Ha presentado malestar después de tomar sus medicamentos?
 - a. Si
 - b. No

E. Factor relación médico – paciente – enfermera

1. ¿Cómo es la relación entre Ud. y el médico?
 - a. Mala
 - b. Regular
 - c. Buena
 - d. Muy buena
2. ¿Cómo es la relación entre Ud. y la enfermera?
 - a. Mala
 - b. Regular
 - c. Buena
 - d. Muy buena

F. Nivel de conocimiento sobre la TBC.

1. La tuberculosis es una enfermedad:
 - a) Contagiosa que ataca principalmente a los pulmones y a otros órganos.
 - b) No contagiosa que ataca a cualquier órgano.
 - c) Hereditaria
2. La tuberculosis es causada por:
 - a) No lavarse las manos
 - b) Una bacteria
 - c) Un virus
3. ¿Cuáles son los signos y síntomas de la tuberculosis?
 - a) Estornudos, fiebre, aumento de peso, calambres.
 - b) Tos más de 15 días, con o sin flema, pérdida de peso, sudoración nocturna.
 - c) Tos por 7 días, con flema, fiebre.
4. La tuberculosis se contagia por:
 - a) El aire con gotitas que salen al toser, hablar o expectorar.
 - b) Solo con toser y compartir cubiertos.
 - c) Relaciones sexuales y transfusión sanguínea con un paciente con tuberculosis.
5. Los factores de riesgo para contraer la tuberculosis son:
 - a) Mala alimentación, defensas bajas, contacto con personas con tuberculosis.
 - b) Buena alimentación, alcoholismo, cocinar con leña.
 - c) Consumo de drogas, defensas bajas, contacto con personas con resfrío.
6. ¿En qué días se recibe el tratamiento? (1ra Fase)
 - a) De Lunes a Sábado, incluso feriados.
 - b) Solo de Lunes a sábado.
 - c) De lunes a viernes.

7. ¿Cuáles son los principales medicamentos que recibe un paciente con tuberculosis?
 - a) Rifampicina, isoniacida, ampicilina, etambutol.
 - b) Rifampicina, pirazinamida, isoniacida, etambutol.
 - c) Isoniacida y Rifampicina.

8. ¿Qué debe hacer un paciente con tuberculosis al toser o estornudar?
 - a) Girar la cabeza y toser o estornudar a un lado.
 - b) Cubrirse la boca y nariz con un papel o el antebrazo.
 - c) Toser o estornudar sin protección.

9. ¿Cómo debe mantenerse la vivienda del paciente con tuberculosis para evitar el contagio?
 - a) Arreglada con cortinas abiertas.
 - b) Limpia, iluminada (ingreso de rayos solares) y ventilada.
 - c) Ventilada, en oscuras.

ANEXO 3

CARTAS FIRMADAS POR EXPERTOS – VALIDACIÓN

INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO

(JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad identificar los Factores asociados a la adherencia terapéutica antituberculosa en pacientes de un Puesto de Salud. Chimbote, 2018.

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

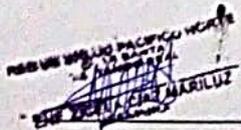
Juez N°: 01

Fecha Actual: 24 de Setiembre 2018.

Nombres y Apellidos de Juez: Lic. Eng. Zicelo Qioz Horiluz

Institución donde labora: C. S. Santa

Años de Experiencia profesional o científica: 23 años

A handwritten signature in black ink is written over a rectangular stamp. The stamp contains the text "PROB. DE VAL. DE CONTENIDO" at the top, "C. S. Santa" in the middle, and "LIC. ZICELO QIOZ HORILUZ" at the bottom. The signature is written across the entire stamp.

Firma y sello

INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO

(JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad identificar los Factores asociados a la adherencia terapéutica antituberculosa en pacientes de un Puesto de Salud, Chimbote, 2018.

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido.** Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: 02

Fecha Actual: 25-09-2018

Nombres y Apellidos de Juez: Lic. Mayra Margarita Arquiño Rojas

Institución donde labora: CENTRO DE SALUD SANTA.

Años de Experiencia profesional o científica: 8 años

MINISTERIO DE SALUD
REG. PACIFICORUITE
TC
MAYRA M. ARQUINO ROJAS
LIC. ENFERMERIA
C.E. 45474

Firma y sello

INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO

(JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad identificar los Factores asociados a la adherencia terapéutica antituberculosa en pacientes de un Puesto de Salud. Chimbote, 2018.

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido.** Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: 03

Fecha Actual: 26 de Septiembre de 2018

Nombres y Apellidos de Juez: Lic. Licelith Cerna Rosalez

Institución donde labora: P.S. ALTO PERÚ

Años de Experiencia profesional o científica: 7 años.

RED DE SALUD MADRE Y NIÑO
CLAS SANTA ALTO PERÚ

Lic. Licelith L. Cerna Rosalez
JEFATURA

Firma y sello

ANEXO 4
ESTADÍSTICA DE FIABILIDAD DEL TEST SOBRE ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	15	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,880	7

ANEXO 5

ESTADÍSTICA DE FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE FACTORES DETERMINANTES DE CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	15	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,703	33



ANEXO 6
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es **“Factores asociados a la adherencia terapéutica antituberculosa en pacientes de un puesto de salud. Chimbote, 2018”**, el propósito de este estudio es determinar los factores que se relacionan con la adherencia terapéutica antituberculosa en pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Puesto de Salud “Magdalena Nueva” Chimbote. Este proyecto de investigación está siendo conducido por: Alburqueque Esquivel Larissa Guadalupe, con la asesoría de la Dra. Deysi Vargas Gutiérrez docente de la Universidad Nacional del Santa.

Al expresar mi voluntad de participar en la investigación, deberé llenar dos cuestionarios cuyo tiempo de duración será de 15 min. Mi participación será voluntaria y la información que se recoja será estrictamente confidencial, no se podrán utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esa investigación. Por ello los cuestionarios serán codificados utilizando un número de identificación. Si en caso la naturaleza de estudio requiera mi identificación, ello será solo posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esta manera. Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto soy libre de formular las preguntas que considere pertinente. Además puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio, sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera incomodidad frente algunas de las preguntas pondré de conocimiento a la persona a cargo de la investigación y abstenerme de la contestación.

Yo....., a través del presente documento expreso mi voluntad de participar en el estudio y soy consciente que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido de la investigadora, información de forma verbal del propósito y objetivo del estudio, y comprendí la explicación brindada. Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con todo lo indicado anteriormente y mis datos personales incluyendo relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, podrán ser usados según lo descrito en este documento. Cuando tenga cualquier duda, podre comunicarme con la investigadora Alburqueque Esquivel Larissa al correo: larissa_1023@hotmail.com.

Como prueba de mi consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo la presente.

Firma del (la) participante
.....
Nombre del (la) participante

Firma de la investigadora
.....
Nombre de la investigadora

Noviembre..... del 2018