

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES RELACIONADOS
A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE
CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD
BELLAVISTA (PERÚ- COREA) CALLAO 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS:
HEIDY NATALY, ROJAS EPQUIN
YESICA, VALDERRAMA CONTRERAS
ELIANA LIZBETH, VILLANUEVA LLONTOP**

**Callao, 2017
PERÚ**

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo de investigación a Dios ya que permitió el logro de este proyecto, a nuestros padres que nos alientan a cumplir con nuestras metas

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestro asesor, a nuestros jurados evaluadores ya que nos brindaron orientación y ayuda para el desarrollo de este trabajo de investigación, a la enfermera del Centro de Salud Bellavista "Perú – Corea" y los pacientes que participaron en el presente trabajo de investigación.

INDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.1. Identificación del problema	5
1.2. Formulación del problema.....	8
1.3. Objetivos de la investigación.....	8
1.4. Justificación.....	9
1.5. Importancia	11
II. MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. Antecedentes del estudio.....	12
2.2. Bases epistémicas	24
2.3. Bases culturales.....	26
2.4. Bases científicas	28
2.5. Definición de términos.....	62
III. VARIABLES E HIPÓTESIS	64
3.1. Variables de la investigación.....	64
3.2. Operacionalización de variables	65
3.3. Hipótesis	68
IV. METODOLOGÍA.....	69
4.1. Tipo de investigación	69
4.2. Diseño de la investigación.....	70

4.3. Población y muestra.....	70
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	71
4.5. Procedimiento de recolección de datos	73
4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos.....	74
V. RESULTADOS	75
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	90
6.1. Contratación de hipótesis con los resultados	90
6.2. Contratación de resultados con otros estudios similares.	92
VII. CONCLUSIONES.....	95
VIII. RECOMENDACIONES	96
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	
Matriz de consistencia.....	112
Otros anexos.....	114

RESUMEN

La investigación tuvo como **objetivo**: determinar los factores psicológicos y sociales relacionados a la adherencia del tratamiento antituberculoso en los pacientes adultos que acuden al programa de control de tuberculosis del Centro de Salud Bellavista (Perú- Corea) Callao, 2017. **Metodología**: El trabajo fue cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte transversal, con una muestra no probabilístico de 25 pacientes a quienes se les aplico un cuestionario de 30 preguntas, previamente validado el cuestionario por seis expertos en la materia, los datos fueron procesados con el programa Excel y se utilizó la R de Pearson para contrastar las hipótesis, y así establecer la correlación de las variables. **Resultados**: Los factores psicológicos: un 44% (11) de los pacientes encuestados no presentan depresión y ansiedad los cuales son adherentes, sin embargo un 24% (6) presenta depresión moderada, un 20% (5) ansiedad moderada y son adherentes. Referente a los factores sociales un 88% (22) presenta un ingreso económico menor de 850 soles, un 52 % (13) consume alcohol, un 76 % (19) tiene apoyo familiar y son adherentes. En cuanto a adherencia un 92 % (23) son adherentes al tratamiento antituberculoso y un 8% (2) no son adherentes.

Conclusiones: No existe relación significativa entre los factores psicológicos y sociales sobre la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes adultos, se muestra la correlación de R Pearson= -0.273 y nivel de significancia 0.186, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.

Palabras claves: Factores psicológicos, sociales y adherencia

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the psychological and social factors related to adherence to antituberculous treatment in adult patients who attend the tuberculosis control program of the Bellavista Health Center (Peru-Korea) Callao, 2017. Methodology: The work is quantitative, descriptive, cross-sectional correlation, a non-probabilistic sample of 25 patients to whom a questionnaire of 22 questions was applied, previously validated the questionnaire by 6 experts in the subject, the data were processed with the Excel program and He used Pearson's R to test the hypotheses, and thus establish the correlation of the variables.

Results: The psychological criteria: 44% (11) of the surveyed patients do not present depression and anxiety in those who are adherent, however 24% (6) have moderate depression, 20% (5) moderate anxiety and are adherent , social factors 88% (22) has an economic income of less than 850 soles, 52% (13) alcohol consumption, 76% (19) family support and are adherents. Regarding adherence, 92% (23) are adherent to antituberculous treatment and 8% (2) are not adherent.

Conclusions: There is no significant relationship between psychological and social factors on adherence to antituberculous treatment in adult patients, the correlation of R Pearson = -0.273 and level of significance 0.186 is shown, so the alternative hypothesis is rejected and the null hypothesis is accepted.

Keywords: Psychological, social and adherence factors

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación del problema

Según la OMS en su reporte del año 2016, la tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo, de las cuales 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis, donde el mayor número de nuevos casos de tuberculosis se registró en Asia un 61%, seguida de África con un 26%.(1)

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, que principalmente afecta a los pulmones y en menor porcentaje a otras partes del cuerpo, como el cerebro, la columna vertebral, ganglios, etc.

A nivel mundial, la tasa de incidencia de tuberculosis varía ampliamente entre los países. El mayor porcentaje de casos nuevos de Tuberculosis se reportaron en los países de las regiones de Asia Sudoriental - Pacífico Occidental (58%) y África (28%). (2), ante esto la OMS ha elaborado la estrategia "Fin de la Tuberculosis" cuyas metas al 2035 son: reducir en un 95% de muertes por TB, reducir la tasa de incidencia de TB en un 90% (lograr una tasa < 10 casos por cada 100 mil habitantes), lograr cero familias afectadas por costos catastróficos por TB (se refiere al pago directo por el usuario de gastos médicos y no médicos y costos indirectos (3)

En América, se estima aproximadamente 270 000 casos y 23 000 muertos cada año por tuberculosis (4). Según el Análisis de la Situación Epidemiológica De La Tuberculosis 2016 se estimó una incidencia de tuberculosis en América de 29 casos por 100 mil habitantes, dos tercios

de los casos nuevos tuvieron lugar en los países del área andina de América del Sur. Además el 60% de los casos nuevos se concentraron en cuatro países: Haití, Bolivia, Guyana y Perú los países que reportan las más altas tasas de incidencia en toda la región de las Américas y el Caribe. (2)

En nuestro país en el año 2016 se reportaron 27 mil casos nuevos de enfermedad activa y 17 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar frotis positivo, somos uno de los países con mayor cantidad de casos de tuberculosis en las Américas (5) y en el 2015 se reportaron 27350 casos nuevos de tuberculosis y la incidencia de tuberculosis reportada fue de 88.8 casos nuevos por cada 100 mil habitantes. En los últimos 2 años cinco departamentos: Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Lima, e Ica, presentaron incidencia de tuberculosis por encima del nivel nacional, estos departamentos reportaron el 72% de los casos nuevos notificados en el país. (2)

Lima es el departamento que más casos de tuberculosis concentra en el país (60%) y es el tercer departamento con la incidencia más alta; el mayor porcentaje de casos se concentran en la provincia metropolitana de Lima, y en sus distritos de San Juan de Lurigancho, Rímac, La Victoria, El Agustino, Ate, San Anita y Barranco (2)

Según el Análisis de la Situación de Salud Región Callao 2016 a nivel de redes, se clasifica como zona del en alto riesgo: La Red Bonilla presentando la más alta tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo (61.39 X 100,000hab.), la Red BEPECA presenta (45.18 X 100, 000hab) mediano riesgo en la tasa de incidencia pulmonar frotis positivo, al igual que la Red Ventanilla están en mediano riesgo con (39.59 X 100, 000hab.). La mayoría de pacientes con tuberculosis

proceden del distrito Callao (43.0%) y Ventanilla 32.00%, sumando 75.00%. Así como los pacientes con el diagnóstico TB MDR también tienen procedencia de Distrito Callao en su mayoría en la Región,(6)

El centro de salud Bellavista Materno Infantil "Perú- Corea" pertenece a la Red BEPECA - microred Bellavista, categoría I - 4, la atención es de 24 horas, lugar donde desarrollamos nuestras prácticas comunitarias, en el Programa de Control de la Tuberculosis (PCT), observamos que en el 2015 se reportaron 101 pacientes con tuberculosis de los cuales 52 pacientes fueron diagnosticados con tuberculosis pulmonar, 39 pacientes frotis positivo y 10 de estos pacientes fueron diagnosticados con tuberculosis Extrapulmonar, en el año 2016 tuvieron 85 pacientes diagnosticados , de los cuales 40 pacientes presentaron tuberculosis pulmonar, 37 pacientes frotis positivo y 8 de estos pacientes fueron diagnosticados con tuberculosis Extrapulmonar, actualmente cuenta con 35 pacientes diagnosticados con Tuberculosis, de los cuales 24 pacientes reciben el esquema para TB sensible, 16 de ellos se encuentran en primera fase y 8 se encuentran en segunda fase del tratamiento y 11 reciben el esquemas Individualizados ya que están diagnosticados con tuberculosis Multidrogo resistente (MDR) al observar sus historias clínicas estos pacientes habían abandonado sus tratamientos, son abandonos recuperados, y por lo tanto hicieron resistente a los medicamentos de primera línea, algunos consumen alcohol y esto contribuirá al desarrollo de reacciones adversas al medicamento, otros se han visto afectados por factores psicológicos como ansiedad y depresión, lo que dificulta su adherencia al tratamiento antituberculoso.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores psicológicos y sociales relacionados a la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al programa de control de tuberculosis del Centro de Salud Bellavista (Perú- Corea) Callao, 2017?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General:

Determinar los factores psicológicos y sociales relacionados a la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al programa de control de tuberculosis del Centro de Salud Bellavista (Perú- Corea)

1.3.2. Objetivo Específicos:

- Identificar los factores psicológicos relacionados a la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al programa de control de tuberculosis del Centro de Salud Bellavista (Perú- Corea)
- Describir los factores sociales relacionados a la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al programa de control de tuberculosis del Centro de Salud Bellavista (Perú- Corea)
- Describir la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al programa de control de tuberculosis del Centro de Salud Bellavista (Perú- Corea)

1.4. Justificación

La tuberculosis es un problema de salud pública que no solo afecta al Perú sino a nivel mundial. Esta situación se ve reflejada en el alto porcentaje de casos con tuberculosis, muchos de los cuales hicieron resistencia al tratamiento por una inadecuada adherencia.

Por esta razón es importante conocer los factores psicológicos y sociales que intervienen en la adherencia al tratamiento antituberculoso para así poder identificar de manera oportuna los factores negativos y así disminuir la irregularidad en el tratamiento, que pone en riesgo la efectividad del mismo ocasionando recaídas y resistencias a los medicamentos e incluso la muerte del paciente.

La presente investigación proporcionara conocimiento específico, válido y objetivo al equipo de salud del programa de control de la tuberculosis (PCT), así como también permitirá dinamizar los procesos de atención enmarcados en dicho programa, orientado a brindar una atención integral e individualizada dirigida al paciente, familia y comunidad.

En este mismo contexto los pacientes con tuberculosis se beneficiaran con las estrategias que empleara el profesional de enfermería, quien a través de este estudio identificara y corregirá puntos débiles que obstaculizan la adherencia, lo cual permitirá que el paciente culmine su tratamiento satisfactoriamente y por ende se cure.

Nos proporciona conocimientos prácticos sobre el tratamiento farmacológico que recibe el paciente y que le va ayudar a prevenir la selección de bacilos resistentes, evitando así los fracasos de tratamiento. También contabilizando el número de tomas que asegure

el mínimo porcentaje de recaídas, así como la observación de administración de medicamentos en boca directamente observado por el personal de salud durante la ingesta del medicamento y que garantice la adherencia y con ello el cumplimiento de la terapia.

Desde el punto de vista legal, según la Ley N° 30287, Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú, precisa que, mediante norma técnica de Salud, se establece la atención integral de salud de las personas afectadas por tuberculosis, la misma que comprende promoción de la salud, prevención, el diagnóstico, tratamiento supervisado, control, seguimiento y rehabilitación de la persona afectada por tuberculosis, y su estricta aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados. (7)

1.5. Importancia

El presente trabajo de investigación es importante porque brindará datos estadísticos actualizados al equipo multidisciplinario del centro de salud "Perú- Corea" sobre la tuberculosis y los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, por consiguiente disminuir el incremento de los pacientes con tuberculosis MDR (multidrogoresistente),

En el ejercicio de la profesión de enfermería uno de los objetivos es que el paciente recupere su salud y logre su bienestar, al atender con frecuencia a los pacientes con tuberculosis se crea una relación enfermera – paciente, utilizando para ello una comunicación asertiva permitiendo al paciente construir un conocimiento adecuado sobre el tratamiento de su enfermedades y las medidas preventivas para evitar la diseminación en su familia.

Así mismo servirá como un medio informativo a futuros investigadores sobre el tema, permitirá desarrollar acciones de promoción y prevención sobre los factores psicológicos (Depresión y ansiedad), contribuyendo así lograr que los pacientes sean adherentes al tratamiento antituberculoso y así a disminuir el riesgo de transmisión.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

A nivel nacional

QUEVEDO CRUZ, Luz Nancy del Pilar y colaboradores (Perú, 2015). Realizo una investigación titulada "Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud". (Junio 2015)". Tuvo como objetivo determinar la relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar. La metodología fue descriptivo, de corte transversal, correlacional. La población estuvo conformada por 52 pacientes, se utilizó como técnica la encuesta, a través de dos cuestionarios validados por jueces expertos, instrumento que midió el soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento. Resultados: Un 81,8% de los pacientes que recibieron nivel alto de soporte familiar y social presentaron cumplimiento del tratamiento, mientras que un 36.4%, que recibieron bajo nivel de soporte familiar y social presentaron cumplimiento del tratamiento. Mientras que un 59.6% de los pacientes cumplen con el tratamiento y un 40,4% no lo cumplen. Un 71,2% representa el sexo masculino y 18.8% representa el sexo femenino. Con respecto al grado de instrucción se observó que un 53% contó con estudios secundarios completos y un 1.9% con estudios universitarios. En cuanto a la edad, se observó que el grupo etario de 25 a 44 años fueron los más afectados por la enfermedad, esto se debió a que en éste intervalo de edades mantuvo las mayores relaciones sociales (en el trabajo, amistades) por lo que estuvieron más expuestos a contraer la

enfermedad, al igual que en los pacientes que trabajan de manera independiente 48.4%(13). Conclusiones: El soporte familiar y social es un eje importante en la recuperación del paciente, ya que el paciente se siente más confiado y motivado a culminar con su tratamiento para recuperarse pronto y reinsertarse a su vida cotidiana. (8)

QUILLATUPA VICENTE, Betsy Catherine (Perú, 2014). Realizo una investigación titulada "Factores psicológicos y sociales relacionados a la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden a la Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis del centro de salud los libertadores" (San Martín de Porras) 2014". Tuvo como objetivo determinar factores psicológicos y sociales relacionados a la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos. La metodología fue cuantitativa, descriptiva, de corte transversal y de tipo correlacional. La población estuvo conformada por 46 pacientes del centro de salud los libertadores San Martín de Porras, el método utilizado fue la R de Pearson para contrastar las hipótesis y así establecer la correlación de las variables y la Escala de Estatonés en la curva de Gauss para establecer valores de influencia negativa o positiva. Resultados: A nivel de los factores psicológicos y sociales el mayor porcentaje de pacientes representados por el 64% (29) están influenciados de manera positiva el cual les permite la administración al tratamiento y el 16% (7) a pesar de que consideran una influencia negativa se adhieren al tratamiento, el 8%(4) está influenciado de manera positiva y a pesar de ello no están adheridos al tratamiento y el 12% (6) están influenciados negativamente y por ello no tienen una adecuada adherencia al tratamiento antituberculoso. A nivel del factor psicológico, el 72% (27) de pacientes adultos están influenciados de manera positiva para la adherencia al tratamiento y el 8% (3)

consideran una influencia negativa y a pesar de ello tienen adherencia al tratamiento. A nivel del factor social, el 57% (21) de pacientes adultos están influenciados de manera negativa y a pesar de ello se adhieran al tratamiento, el 24% (9) consideran una influencia positiva. Conclusiones: Existe un nivel moderado de correlación entre los factores Psicológicos y sociales a la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos. (9)

CASTILLO FIRMA, Analía (Perú, 2014). Realizo una investigación titulada "Adherencia al tratamiento en los pacientes Multidrogo resistentes afectados con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud San Cosme" (La Victoria) 2014". Tuvo como objetivo determinar la adherencia al tratamiento en los pacientes Multidrogo resistentes afectados con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud San Cosme. La metodología fue cuantitativo, descriptivo, de nivel aplicativo, de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 pacientes, la técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario aplicado previo consentimiento informado. Resultados. Los pacientes MDR afectados con Tuberculosis Pulmonar que asisten al Centro de Salud; Del 100% (30), 53% (16) no es adherente y 47% (14) adherente. del 100% (30), Los aspectos referidos a adherencia son el 67% (20) afirman que el horario de atención del servicio es adecuado, 67% (20) se encuentra satisfecho de la atención médica, 67% (20) se encuentra satisfecho con la atención de la enfermera y 47% (14) que el número de personas con las que vive es más de 4 personas; mientras que los no adherentes está referido a que 70% (21) manifiestan que el tiempo de espera para el tratamiento es más de 5 minutos, 67% (20) que aparte de la tuberculosis sufre de otra enfermedad, 63% (19) no sienten el apoyo de su familia, 53% (16) consumen alcohol.

Conclusiones. El mayor porcentaje de pacientes refiere que no es adherente debido al tiempo de espera para el tratamiento, padecimiento de otra enfermedad, falta de apoyo familiar, consumo de alcohol y falta de vivienda propia. Un porcentaje considerable es adherente pues los pacientes comparten vivienda con una familia de menos de cuatro personas, el medio de transporte es a pie, el horario de atención del servicio médico es adecuado y se sienten satisfechos con la atención médica. Respecto a la adherencia al tratamiento en los pacientes MDR afectados con Tuberculosis Pulmonar , la mayoría expresan que no son adherentes ya que dedican 8 horas al estudio, su vivienda cuenta con 4 habitaciones, y que han presentado molestias durante el tiempo de tratamiento; seguido por una mayoría de pacientes que refieren que son adherentes al tratamiento ya que conocen el riesgo que tienen cuando no cumplen el tratamiento, no han dejado de tomar las pastillas cuando falta el personal para su atención, y expresan que cuando acuden al servicio del Programa de control de tuberculosis (PCT) son atendidos por personal de salud.(10)

MORALES MIRANDA, Helen Elizabeth (Perú 2015) Realizo una investigación titulada "Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TB-MDR de la Red Almenara de Essalud - Lima (2015)"

Tuvo como objetivo: Determinar si la depresión influye en la adherencia al tratamiento en los pacientes Multidrogoresistente (TB-MDR) de la Red Asistencial Almenara en EsSalud - Lima, año 2015. El presente estudio analítico transversal prospectivo se desarrolló con una población de 81 pacientes con TB-MDR. Para la medición del nivel de depresión se utilizó el Test de depresión de Zung; mientras que para la

medición de la adherencia al tratamiento antituberculoso se utilizó el Test de Morisky- Green y la revisión de las Fichas de control de tratamiento antituberculoso de cada paciente. Resultados Los pacientes que no presentan depresión tienen el 82.14% (23) de adherencia al tratamiento, Un 64% de los pacientes se presentan buena adherencia y un 36% presentan mala adherencia. Mientras que los pacientes con depresión moderada presentan 17.65%. Conclusiones: Según los resultados del estudio la depresión se asocia a la mala adherencia al tratamiento antituberculoso en los pacientes con tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR). La adherencia de tratamiento antituberculoso es buena en más de la mitad de los pacientes con TB-MDR de la Red Almenara del año 2015. (11)

PINEDO CHUQUIZUTA, Cynthia (Perú, 2008). Realizo una investigación titulada "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". Tuvo como objetivo determinar los factores que condicionan el Nivel de Adherencia al tratamiento Antituberculoso, identificando los factores propios del Paciente y los propios del servicio de salud. La metodología fue cuantitativa, descriptiva, de corte transversal, de nivel aplicativo. La población estuvo conformada por 42 pacientes que se encontraban en la 2da. Fase del esquema I de tratamiento. Resultados: Los factores propios del paciente se encuentran presentes en el 100% de los pacientes pertenecientes al grupo de No Adherentes al tratamiento, mientras que estos mismos factores no se presentan en el grupo que tiene una buena adherencia al tratamiento. Acerca de los factores del servicio de salud y el nivel de adherencia se observa que en los pacientes adherentes del 100%(28) el 21.4%(6) presentan dichos factores

mientras que en grupo de pacientes no adherentes en el 100% se presentan estos factores tales como: mala atención por parte del técnico de enfermería, no recibieron educación por parte del personal, demora en resultados de pruebas de BK; compartiendo ambos grupos los factores del servicio de salud. Conclusiones: Los factores personales que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso son en su mayoría los referentes al rechazo y falta de apoyo por parte de la familia; seguido por la presencia de RAFAS, el consumo de alcohol y drogas, y el conocimiento escaso de su enfermedad y tratamiento; los cuales se encontraron presentes en la totalidad de los pacientes no adherentes al tratamiento mientras que en los pacientes adherentes no se encontraron dichos factores. Los factores institucionales se encuentran presentes en ambos grupos de pacientes tanto en los adherentes como en los no adherentes por lo que no se puede decir que condicionen en nivel de adherencia al tratamiento, estos factores son principalmente el no conocer a la enfermera encargada de la ESN-PCT y la demora en el cambio de fase y entrega de resultados de las pruebas de BK (12)

VALENCIA TORRES Arnaldo (Perú 1995) Realizo una investigación titulada "Valoración de la ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con diagnóstico de TBC pulmonar en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 1995". Tuvo como objetivo determinar la relación que había entre depresión y ansiedad con la tuberculosis. Se desarrolló con una población de 100 pacientes, 50 varones y 50 mujeres, hospitalizados por tuberculosis pulmonar en el hospital Regional Honorio Delgado. En estos pacientes se valoró la presencia de depresión y ansiedad utilizando las escalas de Hamilton para la depresión y la escala Zung para la ansiedad. Los resultados

obtenidos fueron que se encontró 82% de pacientes con TBC pulmonar, ansiedad en el 56%, ansiedad y depresión en el 41%. La incidencia de depresión es mayor en varones, la ansiedad es mayor en mujeres. Los adultos jóvenes son el grupo etario más comprometido con ansiedad y depresión. Conclusiones: la presencia de ansiedad y/o depresión en pacientes con TBC pulmonar es muy significativa y por tanto debe tomarse muy en cuenta para beneficio del paciente. (13)

A nivel Internacional

MURCIA MONTAÑO, Luz Mila (Colombia, 2012), Realizo una investigación titulada "Evaluación de la adherencia al tratamiento para Tuberculosis en el Departamento del Amazonas"(Colombia) 2009-2012". Tuvo como objetivo evaluar el cumplimiento y el índice de adherencia al egreso de los pacientes diagnosticados con Tuberculosis pulmonar que ingresaron a tratamiento en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre del 2012, en el departamento del Amazonas. La Metodología fue cuantitativo, descriptivo, retrospectivo. La población estuvo conformada por 249 casos, implicó la recolección de variables personales, sociales y económicas de la cohorte de pacientes en el departamento del Amazonas durante el periodo de tiempo establecido. Resultados: Se registró un total de 249 casos de TB pulmonar en el departamento del Amazonas; el 90% ingresaron como casos nuevos; el 83% ingresó por baciloscopia positiva. Al egreso un 83.5% fueron adherentes al tratamiento; el tiempo total en tratamiento en el grupo de pacientes adherentes al tratamiento para TB osciló entre 116 a 262 días, con un promedio de 188.18 días y una desviación estándar de 20.2 días; el índice de adherencia en este grupo osciló entre 100% y 69.4%. Aquellos que presentaron índices inferiores al 80% de adherencia se

consideraron como índice bajo de cumplimiento; dentro de este grupo el 75% eran mujeres, el 60% registró primaria incompleta, 53% eran SISBEN I, la ocupación más frecuente fue ser ama de casa, el 22.5% recibió tratamiento inyectable con estreptomina. Conclusiones: La evaluación del tratamiento y seguimiento hasta la curación de los pacientes que ingresan a una cohorte son aspectos que deben ser tenidos en cuenta dentro de un programa de control, el abandono como la irregularidad en el tratamiento son aspectos que deben ser vigilados con el fin de contribuir a minimizar la aparición de la Tuberculosis – MDR; este tipo de estudios aportan en la construcción de nuevas políticas públicas acordes a la población. (14)

HEREDIA NAVARRETE, Mario Ramón y colaboradores (México, 2012). Realizo una investigación titulada “Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán” (México) 2012”. Tuvo como objetivo identificar los determinantes sociales del paciente durante el tratamiento. La metodología fue cuantitativo, descriptivo, no experimental, transeccional. La población estuvo conformada por 31 pacientes del Estado de Yucatán, a quienes se aplicaron encuestas basadas en el formato de la escala de Likert, para medir determinantes sociales y adherencia al tratamiento. Resultados: El 83.8% de los entrevistados pertenece a un nivel socioeconómico bajo. El 61.3% se encuentra en pobreza extrema. El 83.4% acudió a centros de salud cercanos a su domicilio y refirieron que las instrucciones del personal médico fueron confusas y los procedimientos diagnósticos incómodos y molestos. El 54.8% sabía muy poco o nada sobre la enfermedad y temía al rechazo de su familia o comunidad, la adherencia al tratamiento, el 51.6% (16) de los participantes completó el tratamiento y el 48.4% (15) lo abandonó. De los 16 pacientes que

completaron el tratamiento, el 56.25% fueron mujeres y el 43.75% fueron hombres y, de los 15 que abandonaron el tratamiento, el 53.3% fueron hombres y el 46.7% mujeres. Los fármacos causaron malestar en 80.6% de los pacientes y el 16.1% (11) abandonó el tratamiento. Conclusiones: Los problemas para el tratamiento de la tuberculosis en Yucatán están relacionados con determinantes sociales como educación, nivel socioeconómico y las percepciones del paciente; por lo que informar adecuadamente al paciente, una mejor relación médico-paciente y la adecuada capacitación del personal médico contribuirían a una mejor vigilancia de la tuberculosis, ya que son factores clave para que el paciente no abandone el tratamiento y se obtenga un mejor control de la enfermedad.(15)

VELÁZQUEZ DE CASTRO, María Teresa Gea y colaboradores (España, 2014). Realizo una investigación titulada "Factores asociados a la adherencia en el Tratamiento de la Infección tuberculosa. (España) 2014". Tuvo como objetivo analizar la adherencia al tratamiento de la infección tuberculosa e identificar los factores de riesgo para su cumplimiento en el Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant (Alicante). La metodología fue de cohorte histórica de observación. La población estuvo conformada por 779 sujetos con una prueba de tuberculina realizada durante el estudio de contactos de tuberculosis durante 6 años. Resultados: Incluyeron 764 contactos de tuberculosis en el análisis. 59,7% de los 566 pacientes que completaron el estudio de contactos, tenía tuberculosis. De los pacientes con tuberculosis, el 45,6% no había iniciado el tratamiento. Los factores asociados a no iniciar tratamiento fueron: edad, la relación social con el caso índice de tuberculosis, y la reacción de la prueba de tuberculina. La tasa de finalización del tratamiento fue 80,4% entre las personas que

comenzaron la terapia. Conclusiones: La tasa de cumplimiento del tratamiento de la infección por tuberculosis fue alta entre las personas que comenzaron la terapia. Casi la mitad de los contactos con tuberculosis no ha iniciado el tratamiento, y factores asociados fueron: edad, relación social, y la reacción a la prueba de tuberculina. (16)

RODRIGUEZ ALVIS, Eduardo y colaboradores (Colombia, 2014). Realizo una investigación titulada "Adherencia a la Terapia Farmacológica y sus Factores Determinantes en Pacientes con Tuberculosis de un Centro de Salud de Santiago de Cali". Tuvo como objetivo determinar la prevalencia del incumplimiento o no adherencia al tratamiento farmacológico y la asociación de ésta con los factores determinantes intrínsecos y extrínsecos de pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Manuela Beltrán. La metodología fue descriptivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por 51 pacientes diagnosticados con tuberculosis; aplicando los criterios de inclusión, el estudio se realizó con 44 pacientes, la adherencia terapéutica se determinó por medio del test validado de Morisky-Greem-Levine y la asociación mediante el test Chi-cuadrado de independencia y test exacto de Fisher, los factores considerados estadísticamente significativas fueron aquellos que presentaron un valor $p < 0,05$. Resultados: El incumplimiento terapéutico de los pacientes fue del 81,8% de los factores, los únicos que tuvieron una asociación estadísticamente significativa fueron los relacionados con el equipo de asistencia sanitaria, entre estos las recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico entregadas por el servicio farmacéutico y la receptividad del médico tratante respecto a las dudas y comentarios del paciente. Conclusiones: Indican que la prevalencia del incumplimiento de la terapia farmacológica de los pacientes, fue muy elevada y los

factores asociados relacionados con la atención y la calidad de los servicios prestados por el equipo de salud impactan en la motivación, confianza y uso del tratamiento farmacológico.(17)

ARROSSI, Silvina (Argentina, 2012). Realizo una investigación titulada "Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires". Tuvo como objetivo identificar las características sociodemográficas de los pacientes y las características del tratamiento que influyen en la no-adherencia al tratamiento antituberculoso. La metodología fue cuantitativa, de corte transversal. La población estuvo conformada por 193 pacientes. Resultados: El 78 (40%) no adhirieron al tratamiento antituberculoso y 115 (60%) adhirieron al tratamiento, Las características sociodemográficas de los no adherentes y adherentes muestran que las diferencias en las características sociodemográficas entre los no adherentes y adherentes eran mujeres 89 (46%) y 104 eran hombres (54%), la media de edad de los no adherentes fue 37 años y la de los adherentes 41 años, el riesgo de no adherencia fue mayor para los pacientes de hogares cuyos ingresos mensuales no superaban los 500 pesos (equivalentes a 123 dólares) y donde el jefe de hogar tenía un empleo sin protección social o se encontraba inactivo o desempleado , fue mayor entre los pacientes cuyas viviendas carecían de provisión de agua en su interior, respecto de aquellos que contaban con agua en el interior de la vivienda. Conclusiones: Estos resultados permiten delinear un perfil de paciente en riesgo de no-adherencia, caracterizado por estar en condiciones de pobreza, y con dificultades de acceso a la atención de su salud, nuestros resultados sugieren que la descentralización del tratamiento al primer nivel de atención contribuiría a aumentar la capacidad de adherencia de los

pacientes, probablemente al reducir las barreras de acceso a los servicios de salud donde se llevan a cabo el tratamiento y los controles. La protección social de los pacientes más vulnerables debiera considerarse prioritaria dentro de las estrategias de control de la enfermedad, de manera de reducir los obstáculos a la adherencia. (18)

MESÉN ARCE, Minerva y colaboradores (Costa Rica, 2007). Realizo una investigación titulada "Los determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis: estudio de un caso urbano, en el Cantón de Desamparados". Tuvo como objetivo identificar cuáles son las causas más importantes para que no ocurra la debida adherencia. La metodología fue cuantitativa de estudio interpretativo, de corte transversal. La población estuvo conformada por 47 pacientes con Tuberculosis del Cantón de Desamparados, territorio urbano del sur del área metropolitana de San José. De los 47 pacientes se encontró a 43 clasificados como casos nuevos, de los cuales 9 no se han adherido al tratamiento; esto porque en su mayoría son indigentes que por uno u otro motivo acudieron a los servicios de salud pero no se pudo precisar su dirección o esta no era correcta. En el trabajo se evidencia la importancia del contexto familiar y el apoyo que este ofrece al paciente en el proceso de curación, pero también la escasa importancia que este significa en el proceso de gestión de los servicios de salud. Se puede concluir, sin temor a equivocarse, que la mayoría de los portadores, por una u otra razón, no se han podido adherir plenamente al tratamiento, pero lo que ha hecho la diferencia entre unos casos y otros ha sido el grado de información que tiene la familia, lo que le ha permitido ayudar al enfermo e insistir para que éste se tome las pastillas diariamente y logre curarse. Al preguntar a los familiares o encargados acerca de su conocimiento sobre la TB, la

mayoría está de acuerdo en lo nocivo de la enfermedad. Están conscientes de que se puede transmitir por la tos, los platos y utensilios de servicio, hasta se menciona que por el contacto con la ropa del paciente. Algunos indican no haber tenido conocimiento de la tuberculosis antes de tener el problema en su hogar. (19)

2.2. Bases epistémicas

Por varios años, se consideró que el *M. tuberculosis* había evolucionado a partir del *M. bovis* (agente causante de la tuberculosis bovina), ya que estaban ligados a la domesticación de los bovinos, se llegó a dar la adaptación del patógeno animal al huésped y su aparición en el hombre data de la época Neolítico. (20)

Los primeros hallazgos europeos datan del Neolítico. Paul Bartels, en 1907, describió el primer caso a partir de varias vértebras dorsales encontradas en un cementerio cerca de Heidelberg y pertenecientes a un adulto joven que vivió hacia el 5000 a.C. Se apreciaba la destrucción parcial de los cuerpos de las vértebras 4ª y 5ª, así como deformidad cifótica angular. El cuadro es el característico del mal de Pott, así se le llamaba en esos tiempos a la tuberculosis. (21)

Antiguos textos egipcios, griegos y romanos han descrito la afectación por tuberculosis en remotas civilizaciones. En la antigua Grecia, la tuberculosis era conocida como ptisis, término que también incluía al empiema y a la fimia o absceso de pulmón.

Fue el padre de la medicina, el médico griego Hipócrates (460- 377 a.C.), quien realizaría las primeras investigaciones de la pthisis describiéndola como una enfermedad crónica caracterizada por tos frecuente y persistente, expectoraciones productivas, sudoración y

fiebre constante. Para su tratamiento, Hipócrates sugirió el uso de catárticos, inhalación de medicamentos, dietas especiales (pan y vino mezclado con agua) y lactancia. Hipócrates también consideró, aunque erróneamente, que la pthisis se transmitía en forma hereditaria, concepto que predominó durante varios siglos pese a que, durante el Imperio Romano, Claudio Galeno (131- 201) sugirió su naturaleza contagiosa y que era muy peligroso vivir con un tísico porque este producía una alteración del aire. (20)

Durante la Edad Media, no hubo avances en relación con los conocimientos sobre la tuberculosis y se utilizaba como tratamiento el consumo de preparados a base de pulmones sanos de animales y respirar aire fresco. Un dato interesante de esta época era que se les atribuía a los reyes el poder de curar las escrófulas, se creía que el soberano, con solo tocar a los pacientes y recitar una oración, sanaba la enfermedad. Esto dio origen a ceremonias multitudinarias donde miles de peregrinos acudían a ser tocados por el rey; "el rey toca y dios cura". (22)

Durante el renacimiento, en Europa, la epidemia de la tuberculosis inició alrededor del siglo XVII, alcanzando su máximo apogeo a finales del siglo XVIII y principios del XIX. A pesar de su paso arrollador por la sociedad europea, la tuberculosis permanecía indescifrable hasta que, en el siglo XIX, se dilucidan los conceptos fundamentales de la enfermedad. En ese siglo, el médico anatomopatólogo francés René Laennec (1781-1826) elabora un instrumento cónico de madera, al que denominó estetoscopio. Esta sencilla invención le permitió revolucionar la forma de auscultación de los pacientes que, tradicionalmente, se basaba en colocar el oído del médico directamente sobre el pecho de la persona. Con ayuda de este instrumento, Laennec describe una

serie de enfermedades torácicas y en particular, la tuberculosis, las cuales fueron publicadas en el libro "De la auscultación Mediata".

El médico y profesor francés, Jean Antoine Villemin (1827 - 1892) inicia en 1865 una serie de experimentos con el fin de demostrar la naturaleza infecciosa de la tuberculosis. Villemin inocularía el tejido tuberculoso (proveniente del humano y del ganado afectados) en diversos animales reproduciendo, en forma exitosa, la enfermedad; concluye, de esta forma, que la tuberculosis consiste en una afección específica causada por un agente inoculable. A pesar de la importancia de sus descubrimientos, los trabajos de Villemin no recibieron el reconocimiento médico de la época.

Robert Koch, el 24 de marzo de 1882 presenta sus estudios a la comunidad científica de Berlín y expresa haber identificado al agente causal de la tuberculosis: un microorganismo al que él denominó como bacilo tuberculoso. En sus estudios Koch describe la tinción, aislamiento, cultivo del bacilo y reproducción de la enfermedad a través de la inoculación del bacilo en animales de experimentación demostrando, mediante esta secuencia experimental, que este organismo era el ente causante de la tuberculosis. Este hecho histórico sería esencial en la lucha antituberculosa siendo el sustento para el desarrollo de métodos diagnósticos y la búsqueda de un tratamiento eficaz contra la enfermedad. (20)

2.3. Bases culturales

La adherencia al tratamiento antituberculoso tiene una gran importancia social por que disminuye la morbilidad en los diferentes grupos etarios, si el paciente cumple con las indicaciones del personal de salud (ingerir la dosis prescrita, exámenes periódicos de baciloscopia y

adopta medidas preventivas para evitar el contagio en su entorno social), así mismo le permita continuar con sus actividades: en el ámbito laboral, familiar y comunitario.

La identificación de factores psicológicos como depresión y ansiedad, debe ser abordado con mayor énfasis por el profesional de salud para evitar que se convierta en un problema en la adherencia al tratamiento antituberculoso de esta manera la aparición de recaídas y fracasos al tratamiento garantizando una recuperación de la salud del paciente y su reinserción a la familia y comunidad sin ningún riesgo.

La implementación del programa de control de tuberculosis, el cual es subsidiado por el Estado a través del MINSA, representa un beneficio para las personas diagnosticadas con tuberculosis, ya que le brinda el acceso a los medicamentos en forma gratuita, evaluación médica y su canasta de alimentación básica.

2.4. Bases científicas

Teoría de la promoción de la salud- Nola Pender

En este proyecto de investigación se aplicó la teoría de Nola Pender promoción de la salud.

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

“Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”.

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida .

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la

realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud.

Es importante promover la salud a nivel individual, familiar y comunitario para prevenir la enfermedad (en el caso de la tuberculosis) y por consiguiente evitar posibles complicaciones (como por ejemplo la tuberculosis multidrogoresistente), si es que ya existe la enfermedad.

Si se logra fomentar la adopción de conductas saludables podemos disminuir las enfermedades, complicaciones y hasta la muerte (23)

2.5.1. Factores psicológicos que intervienen en la tuberculosis

Hernández refiere que, la salud mental constituye un estado complejo y dinámico, de equilibrio entre la persona con su medio ambiente; de otro lado, la enfermedad mental supone la ruptura de aquel balance, donde participan factores biológicos, psicológicos y sociales, que se traduce en comportamientos disfuncionales que se consideran anormales o patológicos (24)

Queral (1992) en su teoría de la concepción holística de la enfermedad señala que cuando enferma nuestro cuerpo, de alguna manera repercute sobre nuestra mente, y viceversa. Asimismo sostiene que en una enfermedad de clara causa biológica puedan implicarse factores psicológicos.

Los factores psicológicos son aquellos elementos que contribuirán a afectar o alterar el estado de salud de la persona y desencadenarán una serie de sucesos que no permitirán que la salud del paciente con tuberculosis se restablezca, y en consecuencia podría dificultar la culminación del tratamiento (24)

La adquisición de una enfermedad más o menos grave supone ante todo, una situación de estrés y una amenaza contra el bienestar del individuo, contra su vida normal. El malestar incluye no sólo las propias dolencias somáticas sino también el malestar psicológico. Todo esto crea una ansiedad, es decir, una alteración del estado emocional secundario a los temores e incertidumbres que sugiere el desarrollo de la enfermedad. (25)

Pero también cabe la posibilidad de que su temor no sea sólo por el hecho mismo de padecer la enfermedad, sino porque, en caso de muerte o invalidez, sus seres queridos podrían encontrarse en una situación muy comprometida. Esta eventualidad incrementa aún más su nivel de ansiedad. (25)

La Tuberculosis, está asociada frecuentemente a la existencia de trastornos emocionales y de conducta lo que constituye una amenaza para la adherencia al tratamiento respectivo; asimismo, la falta de conciencia de enfermedad, soporte familiar y/o social, como el consumo de sustancias psicoactivas, son factores de riesgo no farmacológico que pueden dificultar la culminación del tratamiento; adicionalmente, la presencia de efectos adversos a medicamentos y las actitudes sociales discriminativas, impiden el ajuste adecuado a la enfermedad, incidiendo notoriamente en la salud mental, afectando el curso y el pronóstico de la enfermedad.(26)

Los pacientes con TB MDR deben enfrentar el desafío de un nuevo tratamiento: "la última oportunidad", como ellos lo califican. Debe hacerlo, aun con la poca esperanza producto de los fracasos anteriores, con poca confianza en sí mismos

producto de la debilidad y la culpa, y así deben “soportar” un tratamiento en el que tienen que ingerir en el mejor de los casos una docena de “pastillas” de diferentes olores y sabores, la mayoría desagradables, a veces ampollas intramusculares diarias. Luego de este “coctel”, la mayoría de los pacientes experimentan malestar general particularmente molestias digestivas. El paciente sabe que el tratamiento es necesario. Esta condición de contradicción entre sus sensaciones y su razón se reflejan en su estado emocional, que pone al paciente en constante riesgo de abandonar el tratamiento, haciendo de la adherencia un tema psicoemocional complejo y no solo un asunto voluntario de aceptar o rechazar un tratamiento. Se requieren de una atención más compleja e interdisciplinaria para poder sostener la adherencia al tratamiento (27)

Cuando una persona es diagnosticada de TB en sus formas resistentes experimenta sensaciones de frustración al ver truncados muchos de sus proyectos, sentimientos de culpa al atribuirse mucho de la causalidad del problema, temor a la muerte que se refuerza en la experiencia de ver y saber de compañeros o conocidos que fallecen, temor a contagiar a sus seres queridos y con ello el dolor de alejarse, vergüenza, indignación y/o cólera, al sentir el rechazo de su comunidad, grupos e incluso familiares cercanos; y otras emociones negativas que perturban sus salud mental. (27)

Las necesidades de atención en la esfera emocional y la importancia de la adherencia terapéutica en el abordaje de la TB y TB MDR, plantean el hecho de controlar los factores de riesgo psicológico que dificultan la adherencia al tratamiento e

incrementan la vulnerabilidad al abandono en las personas afectadas por esta enfermedad. (28)

a. Depresión

La depresión es una perturbación compleja. Es un síndrome con diferentes matices sintomáticos promovido por múltiples causas que afectan al sujeto tanto por el alto sufrimiento psíquico que le produce como por sus secuelas personales y sociales. El término depresión ha sido erróneamente utilizado para describir, en forma indistinta, tanto un sentimiento de tristeza relacionado con una situación displacentera, como un estado de ánimo pasajero y estable, un síntoma o una estructura psicopatológica ya que va mucho más allá de esto.

La Organización Mundial de la Salud (2000) considera a la depresión como un mal endémico y potencialmente letal, lidera las causas de discapacidades en el mundo impactando sobre el paciente, su familia y su entorno social. Es padecida por más de 50 millones de personas, la tasa de prevalencia es de 3 a 6% de la población en general, el riesgo de morbilidad, la posibilidad de enfermar durante su vida, es del 20%, lo que implica que de cada cinco personas que nace una padecerá depresión al menos una vez en su vida y de éstas, el 70% de los casos tendrá más de un episodio. (29)

Las personas que están deprimidas experimentan profundos sentimientos de tristeza que pueden resultar invalidantes para desarrollar sus relaciones familiares y sus responsabilidades laborales. Pierden el deseo de realizar

actividades y pueden sumirse en un estado de apatía y fatalismo frente al futuro. En los episodios depresivos, es común que la persona esté baja de ánimo y sin energía, de tal manera, que se pueden sentir cansadas después de realizar un esfuerzo mínimo. El sueño se trastorna y disminuye el apetito. Con frecuencia las personas que sufren episodios depresivos pierden la confianza en sí mismas y se desvalorizan.

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta fundamentalmente el estado de ánimo (humor), por lo que también se le conoce como trastorno del humor o trastorno afectivo.

A nivel de Latinoamérica, el trabajo efectuado en Brasil por Gozzano, J., Domínguez, A., Gambaro y Marcia, R., Antunes Duarte, M. et al (1989), estudiaron la ansiedad y depresión en 41 pacientes tuberculosos hospitalizados, empleando el cuestionario KDS-1 para medir niveles de ansiedad y depresión. Se encuentran que las variables presentan una relación inversa con las edades, siendo los enfermos con tuberculosis con más de un internamiento, quienes se mostraban más deprimidos que aquellos pacientes que se internaban por primera vez; concluyéndose de manera general, que los pacientes tuberculosos internados se muestran más ansiosos y deprimidos en comparación con los pacientes que no presentan tuberculosis (29)

Tipos de depresión

Tenemos depresión leve, depresión grave y depresión moderada.

Episodio depresivo leve:

Los síntomas más característicos son:

- Ánimo depresivo.
- Disminución de interés y de la capacidad de disfrutar.
- Aumento de la fatigabilidad.

Episodio depresivo moderado

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es alto en los casos particularmente graves. (30)

Síntomas de la Depresión

Desinterés por actividades favoritas y aspecto personal

El sujeto se toma apático, no tiene ganas de nada y nada le preocupa se descuida de su aspecto personal incluso no muestra interés por realizar sus actividades cotidianas

Negativismo

Comportamiento de rechazo y oposición a las solicitudes e incitaciones de los otros (negativismo pasivo) o a realizar lo contrario de lo que se les pide (negativismo activo).

Estas manifestaciones oposicionistas se encuentran sobre todo en ciertos casos de depresión y problemas psiquiátricos.

(31)

Tristeza

Es un estado de ánimo que aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo, es una sensación muy profunda, arrasadora, el paciente se siente como si hubiera perdido el sabor, el placer de vivir, se siente incapaz de brindar amor o afecto. (32)

Abulia

Pérdida del interés por la propia situación presente o por el futuro (falta de proyecto vital) falta de planes, de ambiciones, escasa preocupación por las propias dificultades, por el aislamiento y pérdidas afectivas, laborales, y por hábitos saludables de vida. (33)

Insomnio

Al paciente le cuesta conciliar el sueño, y demás se despierta temprano y malhumorado. En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnía (exceso de horas de sueño). (32)

Alteración del pensamiento – desconcentración

Imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes pensamientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente. (32)

b. Ansiedad

La ansiedad es una sensación, un estado emocional, que experimentan todos los individuos. Aparece siempre que un sujeto se enfrenta a situaciones estresantes cotidianas, ya que supone una señal de alerta, que pone en marcha una serie de respuestas adaptativas que ayudan a superar el factor amenazante.

La ansiedad es una señal de alarma; advierte de un peligro inminente y permite a una persona tomar medidas para prevenir la amenaza o reducir sus consecuencias. Cierta grado de ansiedad es deseable para el manejo normal de las exigencias de la vida cotidiana. Juega un papel muy necesario en la respuesta general de adaptación al estrés. Este nivel de ansiedad permite mejorar el rendimiento personal y la actividad, pero cuando rebasa un cierto límite aparece una evidente sensación de malestar y se deteriora el rendimiento.

Si el estado descrito se mantiene, aún en ausencia de demandas exteriores o de forma exagerada respecto a la entidad del estímulo, es cuando se habla de ansiedad patológica, ya que provoca un malestar clínicamente significativo interfiriendo en todos los aspectos de la vida del individuo (deterioro social, laboral, familiar o de otras áreas) (34)

La ansiedad es tal vez la emoción con mayor peso como prueba científica, al relacionarla con el inicio de la enfermedad y el desarrollo de la recuperación. Cuando la ansiedad ayuda a la preparación para enfrentarnos a alguna situación importante, esta es positiva; pero en la vida moderna es frecuente que la ansiedad sea desproporcionada y se relacione con niveles elevados de estrés. Pruebas evidentes del impacto sobre la salud de la ansiedad han surgido de estudios en enfermedades infecciosas, donde la resistencia inmunológica de la persona se debilita, permite la entrada del virus y el inicio de la enfermedad (35)

Las limitaciones laborales que genera la Tuberculosis Pulmonar se ve reflejada en varios casos, no es fácil tener la enfermedad y un trabajo a la vez, ello genera tensión, ansiedad en el paciente provocando cambios de humor; así mismo, algunos ponen de manifiesto que han dejado de trabajar o se han visto en la necesidad de escoger entre el trabajo y el tratamiento de la enfermedad durante el primer mes hasta que negativice. (9).

Asimismo, cabe cuestionarse sobre los factores extralaborales de mujeres trabajadoras: su estado civil, si tienen hijos, entre otros roles que interactúan con los factores estresantes de su trabajo que le pueden generar ansiedad y además pueden estar afectando su salud, haciéndolas más vulnerables a la adquisición de enfermedades infectocontagiosas como la Tuberculosis (36)

Síntomas de la ansiedad

Sensación de tensión

El sujeto se encuentra, nervioso, inquieto, continuamente preocupado y es incapaz de relajarse. (37)

Temor o miedo

Es una emoción básica que motiva conductas de protección, su objetivo principal es preservar la vida, por lo que se activa ante la percepción de un peligro, real o supuesto. Frente a cualquier amenaza, existen cuatro tipos de respuestas diferentes; evitación, inmovilización, ataque y huida. (38)

Preocupación

Estar preocupado es ocuparse de algo que todavía no ha ocurrido que puede o no acontecer en el futuro; es poner el empeño en adelantarse a acontecimientos que tal vez no ocurran nunca. Las preocupaciones afectan la salud física y emocional y un exceso de preocupaciones genera estrés y puede estar revelando un trastorno de ansiedad y hasta una depresión oculta. (39)

Irritabilidad

Comportamiento que tiene un ser vivo de reaccionar ante un estímulo. Puede ser manifestada con agresividad verbal o física no controlable.

La irritabilidad psicológica comprende una conducta alterada en una persona, es usualmente relacionada con la agresividad, hostilidad, mal temperamento, ira, o intolerancia. (40)

Inquietud

Puede entenderse a la inquietud como un estado de nerviosismo que se produce ante una determinada situación. La persona que está inquieta no tiene paz interior ni puede relajarse, ya que hay algo que le genera preocupación. (41)

Angustia

Un estado de gran activación emocional que contiene un sentimiento de miedo o aprehensión. Clínicamente se define como una reacción de miedo ante un peligro inconcreto y desconocido. Se emplea también como sinónimo de ansiedad o para referirse a la expresión más extrema de ésta. (42)

Signos vegetativos (mareos, temblores, hormigueos)

Mareos

Cuando el mareo es un síntoma de ansiedad no se habla de vértigos o de un desencadenante biológico, sino de una sensación que se experimenta a raíz de que la persona se expone (o se imagina que se tiene que exponer) a determinadas circunstancias externas que le generan miedo. (43)

Temblores

Los temblores son movimientos incontrolados del cuerpo que pueden estar ocasionados, entre otros motivos, por la ansiedad. Ésta sobreviene por el estrés provocado por el miedo a lo que pueda ocurrir y, si no se le pone remedio, puede llegar a ser de tal intensidad que acabe dando lugar a la aparición de temblores. (44)

Hormigueos

Otro de los síntomas fisiológicos que puede manifestar la ansiedad, es la parestesia (adormecimiento o sensación de hormigueo de ciertas partes del cuerpo).

Así es como básicamente se puede definir el término parestesia, pero es importante recalcar que las zonas donde más se manifiesta la parestesia causada por la ansiedad, por lo general son en brazos y manos, seguido por las piernas (aunque estas últimas no son tan comunes). (45)

2.5.2. Factores sociales que intervienen en la tuberculosis

Los factores sociales está relacionado al entorno, el lugar donde se encuentra las personas y estos pueden influenciar de manera favorable o desfavorable en el estado de su salud (46)

Desde la antigüedad los factores sociales han influido decisivamente en la salud del ser humano, investigaciones epidemiológicas recientes han confirmado el papel central de los factores sociales en las grandes mejoras de salud registradas en la población de los países industrializados. Algunos de estos estudios afirman que gran parte de la reducción de la mortalidad debida a enfermedades infecciosas como la tuberculosis se produjo antes de emplear tratamientos médicos eficaces. De hecho, las principales fuerzas impulsoras de la reducción de la mortalidad fueron los cambios en cuanto al suministro alimentario y las condiciones de vida. (47)

Desde el punto de vista social la tuberculosis significa un enorme costo para el sistema de salud, proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, se prolongan innecesariamente los tratamientos, se presentan recaídas y resistencia a medicamentos de primera línea. (48)

En el caso de la tuberculosis la adherencia terapéutica es muy importante ya que esta enfermedad es curable, cuando se cumple y se termina con el tratamiento, pero cada individuo enfrentara esta enfermedad de distinto modo ya sea por su edad, su nivel de instrucción (49)

Mesén Mirian (Costa Rica 2011), en su estudio realizado sobre determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis en el año 2011, en Costa Rica, los factores de la pobre adherencia han sido la edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, alcoholismo, drogadicción, hacinamiento, indigencia y otros. El apoyo familiar es un factor importante que influye en la adherencia, generalmente la madre, la esposa o los hijos fueron incentivo para que la persona se comprometa y responsabilice con los medicamentos, en cuanto a la ocupación afecta a la población económicamente activo. (50)

Iwashita Nishida, A. (1998) realizó un estudio en enfermos con tuberculosis en el cono norte de Lima Metropolitana, hallando que los enfermos crónicos reincidentes, provienen de un medio de extrema pobreza, caracterizados por un bajo ingreso económico, conflictos familiares, bajo auto concepto y depresión en grados patológicos (51)

Edad

Matos T, M. (1985), la tuberculosis se manifiesta rápidamente en grupos de jóvenes, siendo considerada como la segunda causa de muerte entre los grupos de edad de 15 a 44 años de edad. Esto, sumado a la condición de abandono al tratamiento, manifiesta la aparición de resistencias secundarias a las drogas usadas en los programas de salud, adquiriendo entonces gravedad en poblaciones de escasos recursos económicos (51)

La edad se refiere a la vida o tiempo en que vive un individuo (52) la adherencia terapeuta varia con la edad, los pacientes

jóvenes presentan falta de concientización, compromiso sobre la importancia de cumplir con su tratamiento, mientras que en los pacientes adultos se observó mayor responsabilidad a cumplir con todas las indicaciones para así lograr su recuperación, un estudio mostro que la mayor población afectada por tuberculosis se encuentra en las edades comprendidas entre los 30 - 59 años y son estos los más adherentes en comparación con los jóvenes (53)

Grado de instrucción

El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

Se distinguen los siguientes niveles:

Primarios. Personas que saben leer y escribir

Secundarios. Estudios de Bachillerato Elemental y equivalente, de Educación Secundaria Obligatoria

Superiores. Estudios universitarios o técnicos (54)

Así las personas más instruidas y con más formación, aunque comprenden mejor y disponen de más fuentes de información sobre los medicamentos sin embargo son los más críticos y tienden a poner más en cuestión los tratamientos. Las personas menos instruidas, por su parte, son más proclives a sufrir confusiones, abandonar sus tratamientos, de ahí nuestra labor como profesional de enfermería de brindar a nuestros pacientes información sobre el tratamiento que recibe y brindar las pautas

para lograr curarse, esto no quiere decir que la educación por si misma sea la causa de restablecer su salud, sino que es un indicador de otros factores que pueden serlo (55)

Ocupación

La ocupación se define como "un conjunto de empleos cuyas principales funciones y tareas se caracterizan por un alto grado de similitud entre las mismas". Una persona puede estar asociada a una ocupación a través del empleo principal que desempeña en un momento dado, la ocupación puede ser, dependiente, independiente, ama de casa, el desempleo dificultara el acceso a cubrir las necesidades básicas de las personas y esto sumado con un nivel de instrucción bajo puede llegar a que el paciente abandone su tratamiento (56)

Según análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis se observa que el mayor porcentaje de afectados con tuberculosis es la población económicamente activa (PEA) más joven, jubilados, preescolares, seguido de Estudiantes (2)

Ingreso económico

El ingreso económico es un elemento vital, así como su uso y distribución, las personas con suficiente salario disponen de recursos para alimentarse, vestirse adecuadamente, así como obtener una adecuada vivienda. El no contar con una entrada financiera conduce a la pobreza y está a problemas de salud como tuberculosis que se relaciona con un bajo estado socioeconómico, la malnutrición, facilitara el hacinamiento y escasa ventilación implica con frecuencia que una persona con

Tuberculosis, si no recibe los cuidados requeridos, transmitirá la infección a otros 10 o 15 individuos cada año (57)

El consumo de drogas y alcohol

Según análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú, otros factores sociales que se registraron fueron el consumo de alcohol y drogas entre los pacientes afectados en un 8.6% y 3.5% para los años 2013 y 2014 respectivamente (2)

Las personas con Tuberculosis que abusan de las drogas y el alcohol pueden no dar prioridad al tratamiento antituberculoso porque se encuentran sumergidos en su adicción. El problema surge al consumir sus medicamentos les pueden ocasionar reacciones adversas con mayor frecuencia y por lo tanto abandonar su tratamiento y continuar la cadena de transmisión de la enfermedad (58)

Apoyo familiar

El apoyo familiar es un factor importante que influye en la adherencia, generalmente la madre, la esposa o los hijos fueron incentivo para que el paciente se hiciera responsable con los medicamentos, pero influirá de manera negativa, cuando la familia o el equipo de salud aísla el paciente o lo discrimine (55)

Cuando el paciente percibe el apoyo, ayuda y preocupación de la familia, se sentirá más confiado y motivado a culminar con el tratamiento para poder recuperarse pronto y reinsertarse a su vida cotidiana, por otro lado, el apoyo social influye de manera directa en el paciente, ya que se sabe que la tuberculosis pulmonar daña su autoestima generando sentimientos de culpa,

depresión, resentimiento y vergüenza, ya que son factores que van a influir negativamente en el adecuado cumplimiento del tratamiento(8)

2.5.3. Adherencia al tratamiento farmacológico

Según la Real Academia de la Lengua Española, define al término adherencia, como “unión física, pegadura de las cosas”, “cualidad de adherente” (59)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento.

Los autores Haynes y Sackett definieron este concepto: Como la medida con la que el paciente modifica su conducta orientándola hacia la ingesta del medicamento; al poner en marcha tal medida es posible asegurar el cumplimiento en los tratamientos. Esto implica la aceptación de un diagnóstico del que depende el pronóstico, el cual, en ocasiones, puede ser desfavorable (60)

Otros autores como Gil y colaboradores, quienes definen la adherencia como “el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida” (61)

Di Mateo y Di Nicola (1985), definen la adherencia terapéutica como “una implicación activa y voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con su médico con el fin de producir un resultado terapéutico deseado” (cit. Martín, 2014, p.227-228). (62) Esta definición da al paciente una mayor participación en la toma de decisiones que beneficie a su propia salud.

El tema de la adherencia a los tratamientos tiene tres momentos cruciales. En primer lugar, lograr que las personas acudan a diversos servicios de atención, con lo cual se logra el contacto entre terapeuta y consultante, en segundo lugar el reto es mantenerlo comprometido con el proceso iniciado, se denomina reto, en tanto esta tarea exige acciones dirigidas no sólo a los comportamientos de los consultantes, sino también de los profesionales y las instituciones. En tercer lugar conseguir cambios en el estilo de vida perdurables una vez terminado el proceso de intervención, es decir una vez enganchado y comprometido voluntariamente (63)

Tratamiento farmacológico de la tuberculosis

Durante la última década, la OMS ha perfeccionado y fomentado la administración del tratamiento, en consulta con asociados y Países miembros, la estrategia de control de la tuberculosis conocida como DOTS (tratamiento acordado directamente observado).

El DOTS posibilita un diagnóstico preciso, una curación confiable y el monitoreo sistemático, así como el apoyo político y

administrativo necesario para el control efectivo de la enfermedad (64)

El tratamiento se basa en diversos regímenes de terapia combinada de corta duración formulados en los decenios de 1970 y 1980 y que han ido mejorando a través de los años, teniendo en cuenta tres propiedades fundamentales de estos medicamentos: capacidad bactericida, capacidad esterilizante y capacidad de prevenir la resistencia. La Isoniacida y la Rifampicina son consideradas como el Núcleo básico del tratamiento antituberculoso a la que se le agrego posteriormente la Pirazinamida; todas ellas pueden eliminar al Bacilo de la Tuberculosis en cualquier localización, a nivel intracelular y extracelular. (65)

El tratamiento farmacológico ha demostrado ser la intervención sanitaria más eficaz en el control de la tuberculosis, teniendo en consideración los siguientes fundamentos básicos:

Tratamientos con asociación de medicamentos (terapia combinada) de alta eficacia que prevenga la selección de bacilos resistentes, evitando así los fracasos de tratamiento.

Tiempo suficiente de tratamiento, con un número de tomas que asegure el mínimo porcentaje de recaídas.

La administración de medicamentos en boca directamente observado por el personal de salud durante la ingesta del medicamento.(65)

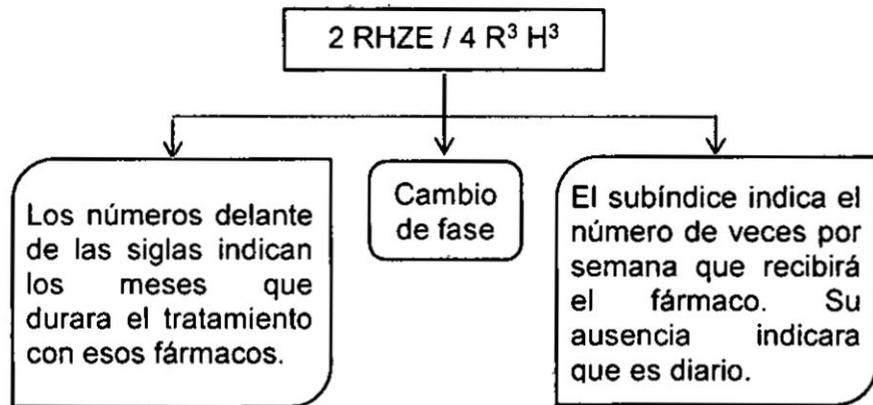
Esquema de tratamiento para TB

Según la Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por la tuberculosis (2013), la administración de los esquemas de tratamiento anti-TB es responsabilidad del personal de salud y es de lunes a sábado, incluido feriados.

El esquema de tratamiento inicial debe ser ratificado o modificado dentro de los 30 días calendario de haberse iniciado, de acuerdo a los resultados de las PS rápidas a isoniacida y rifampicina. (66)

Esquema para tuberculosis sensible

La nomenclatura del esquema se representa de la siguiente manera:



Los medicamentos que se administran son: Rifampicina (R), Etambutol (E), Pirazinamida (Z) e Isoniacida (H), estos son de primera línea y la duración es de 6 meses.

El tratamiento está dividido en dos fases, la primera de dos meses, con administración diaria de los medicamentos antes mencionados excepto los domingos y feriados siendo en total 50 dosis (de lunes a sábado) y la segunda fase se debe administrar 54 dosis tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado) por 4 meses.

Estas indicaciones son para los pacientes con tuberculosis sin infección por VIH/SIDA, así también para aquellos que tienen TB pulmonar frotis positivo o negativo y los pacientes nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados (66)

Esquema para TBC extrapulmonar con compromiso del SNC, miliar u osteoarticular

Según la Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por la tuberculosis (2013), en los casos de tuberculosis miliar o extrapulmonar con compromiso del sistema nervioso central (SNC) u osteoarticular, la duración del tratamiento es de 2 meses la primera fase y 10 meses la segunda fase.

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

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

Las dosis de Isoniacida y Rifampicina son las mismas en primera y segunda fase. En casos de meningitis, pericarditis y formas miliares en niños y adultos debe añadirse corticoterapia sistémica a una dosis recomendada de 1 – 1.5 mg/ Kg/día de prednisona (o su equivalente) por 2 a 4 semanas, seguido de

una disminución progresiva del 30% de la dosis cada semana hasta su suspensión.

Indicación para pacientes con tuberculosis e infección por VIH/SIDA:

Paciente VIH con TB pulmonar frotis positivo o negativo,

Pacientes VIH con TB extrapulmonar, excepto compromiso SNC y osteoarticular.

Pacientes VIH nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados)

El esquema con el que será tratado dicho paciente:

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

Segunda Fase: 7 meses (HR) diario (175 dosis)

El esquema debe administrarse durante 9 meses: 50 dosis diarias en la primera fase (de lunes a sábado) y 175 dosis diarias en la segunda fase, (de lunes a sábado). Debe garantizarse el cumplimiento de las 225 dosis programadas. (66)

Esquemas Para Tuberculosis Resistente

Los medicamentos anti-tuberculoso se clasifican en grupos según su eficacia propiedades y evaluación clínica de su efectividad anti tuberculosis, debe considerarse la elección de los fármacos en el siguiente orden (63)

Grupo 1: Agentes de primera línea. Isoniacida (H), rifampicina (R), etambutol (E), Pirazinamida (Z), rifabutina (Rfb), estreptomina (S).

Grupo 2: Agentes inyectables de segunda línea. Kanamicina (Km), amikacina (Am), capreomicina (Cm).

Grupo 3: Fluoroquinolonas. Levofloxacino (Lfx), moxifloxacino (Mfx).

Grupo 4: Agentes de segunda línea bacteriostáticos orales. Etionamida (Eto), cicloserina (Cs), ácido para-amino salicílico (PAS).

Grupo 5: Agentes con evidencia limitada. Clofazimina (Cfz), linezolid (Lzd), amoxicilina/clavulánica (Amx/Clv), meropenem (Mpm), imipenem/cilastatina (Ipm/Cln), dosis altas de isoniacida, claritromicina (Clr), tioridazina (Tio)

Este esquema de tuberculosis resistente son de tres tipos: el estandarizado, empírico e individualizado. (66)

a. Esquema Estandarizado para TB MDR

Paciente con factores de riesgo para tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR) y en quien por la severidad de su estado, no se puede esperar el resultado de una prueba de sensibilidad (PS) rápida o convencional para iniciar tratamiento. Es indicado por el médico consultor.

El presente esquema incluye los siguientes medicamentos:

Primera Fase: 6-8 meses (EZLfxKmEtoCs) diario

Dentro de este esquema encontramos casos de TB mono o polirresistente:

En casos de TB mono o polirresistente a medicamentos de primera línea, los esquemas individualizados deben darse de manera diaria de lunes a sábado.

Los esquemas individualizados para TBMDR serán elaborados por el médico consultor y revisados posteriormente por el Comité Regional de Evaluación de retratamiento (CRER) y por el Comité de Evaluación de Retratamiento (CER – DISA) para las recomendaciones respectivas. (66)

En los casos de TB extensamente resistente (TB XDR), los esquemas serán elaborados por el médico tratante de las Unidades Especializadas en Tuberculosis (UNETs) y revisados por el Comité Nacional de Evaluación de retratamiento.

Para los pacientes con TB MDR/XDR debe elaborarse considerando los siguientes principios:

Incluir por lo menos 4 medicamentos antituberculosos de segunda línea a los que son sensibles o nunca fueron administrados en el paciente.

Dentro de ellos debe indicarse una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea.

Debe incluir pirazinamida por su potencial beneficio clínico.

La evaluación detallada de los medicamentos utilizados, dosificaciones recibidas, historial de adherencia, uso de terapia directamente observada en boca.

El historial de contactos y sus perfiles de sensibilidad a los medicamentos. (66)

Administración del tratamiento antituberculoso

Todo paciente diagnosticado de tuberculosis debe recibir orientación y consejería y debe firmar el consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.

La administración de tratamiento debe ser directamente supervisado en boca.

Los medicamentos deben administrarse de lunes a sábado (incluido feriados), una hora antes o después de ingerir alimentos. En días feriados el EESS debe implementar estrategias locales para cumplir con la administración del tratamiento correspondiente de manera supervisada.

Los medicamentos de primera y segunda línea deben administrarse en una sola toma diaria, excepto etionamida, cicloserina y PAS que se deben administrar de manera fraccionada en 2 tomas, directamente supervisadas, para mejorar la tolerancia.

Debe garantizarse el cumplimiento total de las dosis programadas. Si el paciente no acude a recibir la dosis correspondiente, el personal del EESS debe garantizar su

administración dentro de las 24 horas siguientes y continuar con el esquema establecido.

Por cada 250 mg de cicloserina debe administrarse 50 mg de piridoxina (vitamina B6) por vía oral.

La administración de ácido para-amino salicílico (PAS) debe ser con bebida o alimentos ácidos. El PAS en sachet debe mantenerse refrigerado (66)

Reacciones adversas a medicamentos antituberculosis (RAM)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una RAM es «cualquier reacción nociva no intencionada que aparece a dosis normalmente usadas en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas».

Las reacciones adversas a medicamentos antituberculosos se va clasificar en dos: La primera en las acciones del fármaco, que es el tipo más común, la frecuencia y gravedad de las reacciones adversas son proporcionales a la dosis administrada, por lo tanto, puede prevenirse y tratarse mediante un ajuste en la dosis de acuerdo a la necesidad y tolerancia del paciente. La segunda en reacciones del paciente, que son menos comunes y pueden ser graves, se debe a una determinada susceptibilidad del paciente.(65)

Según la Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por la tuberculosis (2013), las reacciones

adversas a medicamentos antituberculosis comunes son las siguientes:

Medicamentos de primera línea:

Isoniacida: Hepatitis, neuropatía periférica, reacciones cutáneas.

Rifampicina: Incremento de transaminasa, hepatitis colestásica, anorexia, náusea, vómitos, reacciones cutáneas.

Pirazinamida: Hepatitis, náusea, vómitos, poliartritis, mialgias, reacciones cutáneas.

Etambutol: Neuritis retrobulbar, neuritis periférica, reacciones cutáneas.

Estreptomina: Toxicidad vestibular- coclear y renal.

Diagnóstico bacteriológico de la Tuberculosis

Baciloscopia directa:

El ácido-alcohol resistencia es la propiedad que tienen las micobacterias de captar en su pared fucsina fenicada (de color fucsia) o auramina (amarillo fluorescente) y retenerla aun con la acción de decolorantes, como la mezcla de ácido y alcohol. Esta característica se debe al alto contenido en lípidos, particularmente a los ácidos micólicos, que poseen en la pared celular. Así utilizando una técnica adecuada es posible identificar al bacilo de la tuberculosis en la muestra del enfermo como un bastoncito rojo fucsia o fluorescente sobre una coloración de fondo que facilita su visualización. (67)

En el Perú, el Instituto Nacional de Salud es el responsable de organizar, monitorear y evaluar el control de calidad de la baciloscopías de acuerdo a sus disposiciones vigentes.

La muestra de esputo con baciloscopia positiva debe ser conservada refrigerada para ser remitida al Laboratorio Regional para realizar pruebas de sensibilidad rápidas.

Cuando los pacientes tienen una baciloscopia positiva y siguen un tratamiento de acuerdo a un esquema es obligatorio que se realicen cada mes. Toda muestra de esputo cuya baciloscopia resulte positiva durante la segunda fase de tratamiento debe ser remitida para hacer un cultivo y el caso debe ser evaluado por el médico consultor. Todo paciente al término de tratamiento debe tener una baciloscopia y cultivo de control. (66)

Organización de la atención a la persona con tuberculosis

La atención integral, permite realizar un proceso de intervención con enfoque multidisciplinario a la persona con tuberculosis en la que participa un equipo de salud (medico, enfermera, trabajadora social, laboratorio, nutricionista, psicología, técnica de enfermería, y otros) y representantes de organizaciones sociales de base (promotores de salud, club de madres, comedores y otros); con el objetivo de vigilar, controlar y evaluar el desarrollo clínico, social, psicológico, el adecuado registro y propuestas de desarrollo local. (65)

Atención médico

El paciente al obtener una baciloscopia positiva tendrá que ser evaluado por un médico. Las consultas que el paciente con TB

sensible debe realizar son al inicio, al primer mes, segundo mes y al término del tratamiento. Las consultas son gratuitas, de cumplimiento obligatorio y deberán ser realizadas por el médico tratante.

Primera consulta: Se realiza al inicio del tratamiento.

En la primera consulta el médico tratante debe de establecer una adecuada relación médico – paciente, ya que esto le ayudara a realizar una cuidadosa anamnesis y examen clínico integral, para luego plasmar en su ficha clínica de la persona.

El médico determinara el esquema de tratamiento y dará las indicaciones e informara sobre algunas reacciones adversas al medicamento, poniendo énfasis en que el tratamiento es estrictamente supervisado e indicara que el control bacteriológico deberá realizarse mensualmente, hasta que termine su tratamiento.

Segunda consulta: Se realiza al cambio de fase.

En la segunda consulta, el médico tratante realizara la evaluación clínica, bacteriológica y radiológica, según el nivel de complejidad del establecimiento, brindara información sobre su estado de salud, al momento de su evaluación.

Tercera consulta: Al término del tratamiento

En la tercera consulta, el medico realizará una evaluación clínica, radiológica y bacteriológica, también verificara que el paciente haya cumplido con las dosis del tratamiento y con los

resultados de BK directo o cultivo para determinar la condición de egreso del paciente con tuberculosis.

Explicará a la persona con tuberculosis la necesidad de que acuda al establecimiento de salud si presenta reaparición de sintomatología respiratoria (tos con expectoración por más de 15 días), principalmente durante los siguientes 6 meses al alta. (65)

Atención de Enfermería

La organización de la atención integral e individualizada de la persona con tuberculosis y TB MDR, su familia y la comunidad, es responsabilidad del profesional de enfermería del establecimiento de salud.

La atención de enfermería enfatiza la educación, control del tratamiento y seguimiento de la persona con tuberculosis y sus contactos, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbimortalidad por tuberculosis. (65)

Entrevista de Enfermería

La entrevista de enfermería debe realizarse al inicio, al cambio de fase y al término de tratamiento, lo cual debe ser registrada en el formato respectivo y en la tarjeta de tratamiento, con firma y sello del profesional que lo ejecuta. (65)

Primera Entrevista:

En la primera entrevista, la enfermera debe de establecer un ambiente de cordialidad y privacidad, para que el paciente pueda sentir que la enfermera es un apoyo en su recuperación.

La enfermera brindara información a la persona con tuberculosis que ingresa al tratamiento para informarle sobre su enfermedad y formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado, las baciloscopías de control mensual. También educara sobre la enfermedad, el tratamiento que va a recibir en forma supervisada, los exámenes de control y las posibilidades de reacciones a los medicamentos, así como también en la parte nutricional con palabras sencillas y utilizando material audiovisual: rotafolios, afiches, folletos, etc.

Realizara el llenado correcto y completo de todos los registros que incluye la atención del paciente, inscribirá a la persona con tuberculosis en el libro de registro y seguimiento de pacientes, luego hará el llenado de la tarjeta de control de asistencia y administración de medicamentos (65)

Segunda Entrevista.

La segunda entrevista, la enfermera lo realiza al terminar la primera fase de tratamiento, para controlar la evolución de la persona con tuberculosis, revisión y análisis de la tarjeta de tratamiento, también se reforzará la importancia del cumplimiento del tratamiento y de las baciloscopías que se realizan cada mes.

Tercera Entrevista.

La tercera entrevista, la enfermera lo realiza al término del tratamiento, donde verificara en la tarjeta el cumplimiento y el resultado del último control baciloscópico. Coordinara y verificara la consulta médica de alta.

La enfermera va registrar la condición de egreso, en el libro de registro de seguimiento y la tarjeta de tratamiento y reforzara la autoestima de la persona que culmina el tratamiento satisfactoriamente y recomendarle que en caso de presentar sintomatología respiratoria él o sus familiares acudan al establecimiento de salud. (65)

2.5. Definición de términos

Tuberculosis: Es una enfermedad infecciosa y muy contagiosa. Se transmite a través del aire y es causada por la bacteria *Mycobacterium Tuberculosis*, que ataca principalmente los pulmones, aunque también a otros órganos. (68)

Adherencia: El grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. (69)

Factores Psicológicos: Son aquellos elementos que producto de la historia de cada persona en un contexto cultural, socioeconómico y político influyen tanto en el proceso de enfermar como en la prevención de trastornos, así como en el mantenimiento del nivel óptimo de salud. (70)

Depresión: La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (71)

Factores sociales: Está relacionado al entorno, el lugar donde se encuentra las personas y estos pueden influenciar de manera favorable o desfavorable en el estado de su salud (72)

Abandono: Paciente que inicia tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa. (65)

Baciloscopia: Es la técnica de elección para el diagnóstico rápido y el control del tratamiento de la tuberculosis pulmonar del adulto. Es simple, económica y eficiente para detectar los casos infecciosos. (67)

Pruebas de sensibilidad (PS) a medicamentos anti tuberculosis: Son ensayos in vitro que sirven para detectar la resistencia a medicamentos antituberculosis. Se denomina PS directas cuando se realizan a partir de las muestras clínicas (ejemplo esputo); y PS indirectas cuando requieren cultivo para aislar la bacteria. (65)

Irregularidad al tratamiento: No ingesta de 3 dosis programadas continuas o alternadas durante la primera fase del tratamiento o de 5 dosis continuas o alternas durante todo el tratamiento de esquemas de TB sensible. (65)

CAPITULO III

VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1. Variables de la investigación

Variable número 1: Factores Psicológicos y sociales

Factores Psicológicos: Son aquellos elementos que producto de la historia de cada persona en un contexto cultural, socioeconómico y político influyen tanto en el proceso de enfermar como en la prevención de trastornos, así como en el mantenimiento del nivel óptimo de salud.
(70)

Factores sociales: Está relacionado al entorno, el lugar donde se encuentran o desenvuelven las personas y estos pueden influenciar de manera favorable o desfavorable en el estado de su salud (72.)

Variable número 2: Adherencia al tratamiento antituberculoso

Es el comportamiento de la persona, para seguir las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a sus consultas programadas, tomar los medicamentos que le fueron prescritos por el personal de salud.

3.2. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Factores psicológicos	Son aquellos elementos que producto de la historia de cada persona en un contexto cultural, socioeconómico y político influyen tanto en el proceso de enfermar como en la prevención de trastornos, así como en el mantenimiento del nivel óptimo de salud.	Depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Desinterés por actividades favoritas • Negativismo • Tristeza • Abulia • Desinterés por la imagen personal • Insomnio • Desconcentración 	0 - 7 No hay síntoma de Depresión 8 -10 Depresión leve ≥11 Depresión moderada
		Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Tensión • Temor • Preocupación • Irritabilidad • Signos vegetativos (temblores, hormigueos, mareos) • Inquietud • Angustia 	0 - 7 No hay síntoma de Ansiedad 8 - 10 ansiedad leve ≥11 ansiedad moderada

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Factores sociales	Está relacionado al entorno, el lugar donde se encuentra las personas y estos pueden influenciar de manera favorable o desfavorable en el estado de su salud	Ambiente y apoyo familiar	Edad	Ordinal 30 - 39 años 40 - 49 años 50 - 59 años
			Sexo	Nominal Masculino Femenino
			Grado de instrucción	Nominal Primaria Secundaria Superior
			Estado civil	Nominal Soltero Casado Viudo Conviviente Separado
			Ocupación	Nominal Estudiante Independiente Ama de casa Dependiente Desempleado
			Ingreso económico	Nominal Menos a 850 Mayor a 850
			Apoyo familiar	Nominal Si No
			Consumo de alcohol	Nominal Frecuente A veces Nunca

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Adherencia al tratamiento antituberculoso	Es el cumplimiento y la conducta que tiene el paciente hacia las recomendaciones referente a su salud e incluye la capacidad para asistir a sus consultas programadas, tomar los medicamentos como se prescribieron y completar los estudios requeridos.	Tratamiento farmacológico	Administración de dosis indicada Asistencia regular Reacción adversa a medicamentos antituberculosis	Adherente No adherente
		Pautas de seguimiento	Baciloscopia directa (de control Mensual) Asistencia a la consulta medica Asistencia a la evaluación por enfermería (entrevista)	Adherente No adherente

3.3. Hipótesis

Hipótesis alternativa (Hi)

Existe relación entre los factores psicológicos y sociales para la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al Programa de Control de Tuberculosis del Centro de salud Bellavista (Perú- Corea), Callao, 2017

Hipótesis nula (Ho)

No existe relación entre los factores psicológicos y sociales para la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al Programa de Control de Tuberculosis del Centro de salud Bellavista (Perú- Corea), Callao, 2017

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Tipo de investigación

La investigación tuvo un:

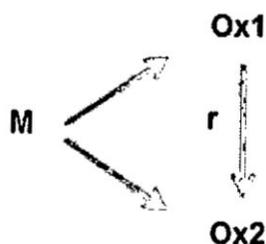
Enfoque cuantitativo: Porque se midieron los factores psicológicos y sociales y la adherencia, mediante la recolección y el análisis de datos para responder a las preguntas de la investigación, así como también probar la hipótesis.

Diseño no experimental de carácter transversal: se caracterizó por que no se manipularon las variables y solo se observaron las situaciones que se presentaron en el Centro de Salud Bellavista (Perú- Corea) y como se presentó en su contexto natural. Es de carácter transversal ya que tuvo como propósito describir los factores psicológicos, sociales en la adherencia al tratamiento antituberculoso.

Tipo descriptivo: ya que se explicó y detallo las características de los factores psicológicos y sociales. En esta investigación se describió los factores psicológicos que comprende las siguientes dimensiones: depresión y ansiedad, respecto a los factores sociales estuvo enfocado en el ambiente y apoyo familiar, por último la variable adherencia al tratamiento antituberculoso incluyo al tratamiento farmacológico y pautas de seguimiento.

4.2. Diseño de la investigación

El diagrama representativo de este diseño es correlacional.



M = Muestra

r = Relación de variables

Ox1 = Factores Psicológicos y sociales

Ox2 = Adherencia al tratamiento Antituberculoso

4.3. Población muestral

La población muestral estuvo conformada por los pacientes que pertenecen a la Programa de Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Bellavista (Perú- Corea), Callao que se encuentran en tratamiento, siendo un total de 25 pacientes adultos que fueron diagnosticados con tuberculosis y continúan con su tratamiento.

Los criterios de Inclusión y Exclusión utilizados para el estudio son:

4.3.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes adultos con diagnóstico de Tuberculosis y en tratamiento.
- Pacientes que asistan a la programa de control de Tuberculosis en el Centro de Salud Bellavista (Perú- Corea), Callao
- Pacientes que sepan leer y escribir.

- Acepten participar en el estudio.

4.3.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes menores de 29 años que reciben el tratamiento en el Programa de Control de Tuberculosis, según RM. N° 538-2009/MINSA
- Pacientes que tengan algún impedimento físico o mental: sordos, mudos, Síndrome de Down.
- Aquellos que no deseen participar en el estudio.

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.4.1. Técnica

Encuesta

Para la recolección de información de los factores psicológicos, sociales y la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes adultos, se utilizó como técnica la encuesta ya que nos permitió obtener información de los pacientes diagnosticados con tuberculosis y elaborar datos de modo rápido y eficaz, siguiendo un orden previamente establecido; además, permitió abarcar a la población que se encontraba en el libro de registro de personas diagnosticados con tuberculosis que nos proporcionó el centro de salud Bellavista (Perú- Corea)

4.4.2. Instrumentos:

Cuestionario

El instrumento que se utilizó es un cuestionario que consiste en un conjunto de preguntas que fue estructurado con la finalidad

de obtener información sobre nuestras variables que son los factores psicológicos y sociales con la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes que son atendidos en el Centro de Salud Bellavista (Perú- Corea), dicho instrumento está compuesto por 30 preguntas, el cual se divide en las siguientes partes: factores psicológicos, factores sociales y adherencia terapéutica, este cuestionario fue validado por seis jueces expertos la materia.

El instrumento presenta preguntas en la escala de Likert, preguntas de opción múltiple de solución.

Para los factores Psicológicos se utilizó la Escala de HAD de la guía de práctica clínica en el SNS, Instrumentos de medida de la ansiedad, que consta de 14 preguntas; 7 son de depresión y 7 de ansiedad, cada pregunta consta de 4 alternativas que van a tener un respectivo puntaje.

La escala de medición de este instrumento para la depresión es la siguiente:(73)

0 - 7 No hay síntoma de depresión

8 -10 Depresión leve

≥11 Depresión moderada

La escala de medición de HAD para la ansiedad es la siguiente:

0 - 7 No hay síntoma de Ansiedad

8 - 10 ansiedad leve

≥11 ansiedad moderada

En los factores sociales se utilizó un cuestionario de opción múltiple que consta de siete preguntas, relacionadas con el paciente, en la escala ordinal se midió los indicadores: edad, ingreso económico y en la escala nominal se midió los indicadores: sexo, grado de instrucción, estado civil, ocupación, apoyo familiar y consumo de alcohol.

Para la variable adherencia se extrajo de la tesis titulada "Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes con post infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel, Bogotá 2008"; elaborada por la investigadora García Leguizamón, Mónica (74). Consta de 8 preguntas que será medida con la escala de Likert.

El cuestionario que incluye las variables (Factores sociales, psicológicos fue validado por seis jueces expertos en el tema, con un confiabilidad del 96% y se obtiene un p valor < 0.05, por lo tanto si existe concordancia.

4.5. Procedimiento de recolección de datos

El proceso de recolección de datos se inició solicitando el permiso a la Dirección regional de salud (DIRESA) – Callao, luego de realizar los trámites administrativos respectivos, se solicitó permiso al director de la Diresa- Callao, el Dr. Aldo Lamas Morales para la ejecución de nuestra investigación.

Después se coordinó con el médico jefe encargado del programa de control de tuberculosis (PCT) y con la enfermera encargada del

Programa de Control de Tuberculosis del Centro de Salud Bellavista (Perú- Corea) del distrito de Callao.

Luego se revisó el libro de diagnosticados con tuberculosis y las tarjetas de control de asistencia, de la cual se obtuvo la información respecto a la regularidad en la asistencia al tratamiento.

4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos

Luego de recolectar los datos de la investigación; éstos fueron procesados estadísticamente por el programa de Microsoft Excel 2013, donde se elaboraron las tablas de código y tabla matriz, para el análisis e interpretación de los respectivos datos.

En el presente estudio también se utilizó el coeficiente de Pearson el cual proporcionó una medida numérica de la correlación entre las dos variables.

CAPITULO V

RESULTADOS

TABLA 5.1

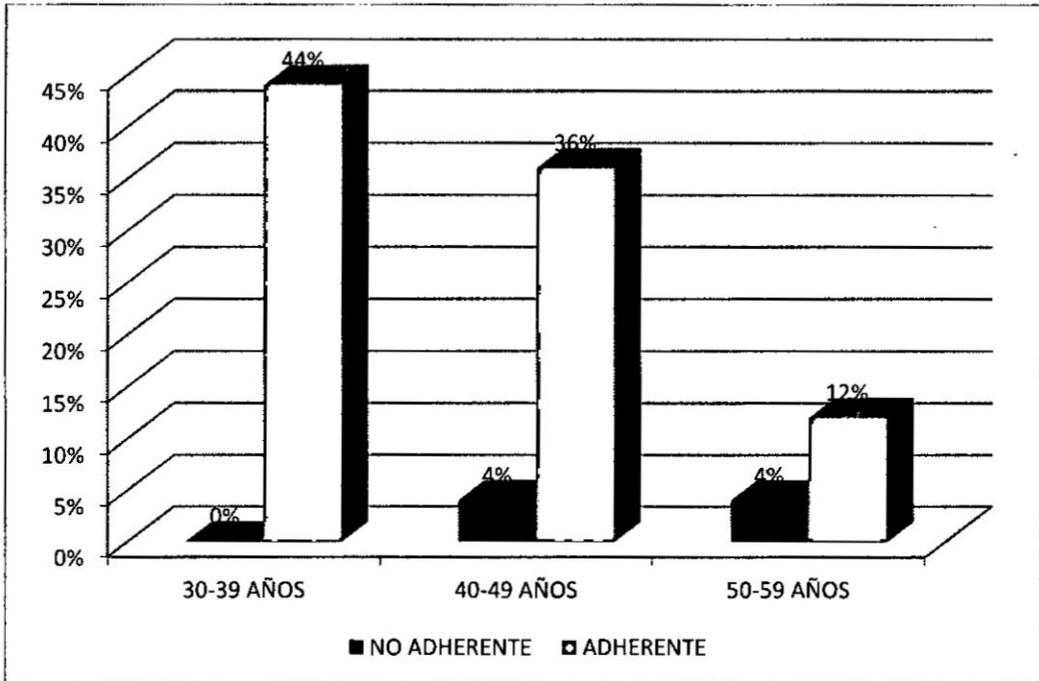
**FACTORES SOCIALES RELACIONADOS A LA ADHERENCIA DEL
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE
ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL
CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ- COREA) 2017**

		No adherente		Adherente		Total	
		N	%	N	%	N	%
EDAD	30-39 años	0	0%	11	44%	11	44%
	40-49 años	1	4%	9	36%	10	40%
	50-59 años	1	4%	3	12%	4	16%
SEXO	Masculino	2	8%	7	28%	9	36%
	Femenino	0	0%	16	64%	16	64%
GRADO DE INSTRUCCION	Primaria	2	8%	0	0%	2	8%
	Secundaria	0	0%	16	64%	16	64%
	Superior	0	0%	7	28%	7	28%
OCUPACION	Independiente	0	0%	6	24%	6	24%
	Ama de casa	0	0%	9	36%	9	36%
	Dependiente	0	0%	5	20%	5	20%
	Desempleado	2	8%	3	12%	5	20%
INGRESO ECONOMICO	Menor de S/850	2	8%	22	88%	24	96%
	Mayor de S/850	0	0%	1	4%	1	4%
ESTADO CIVIL	Soltero	0	0%	13	52%	13	52%
	Casado	2	8%	1	4%	3	12%
	Viudo	0	0%	5	20%	5	20%
	Conviviente	0	0%	4	16%	4	16%
	Separado	0	0%	0	0%	0	0%
CONSUMO DE ALCOHOL	Frecuente	0	0%	0	0%	0	0%
	A veces	2	8%	13	52%	15	60%
	Nunca	0	0%	10	40%	10	40%
APOYO FAMILIAR	Con apoyo	2	8%	19	76%	21	84%
	Sin apoyo	0	0%	4	16%	4	16%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las investigadoras

GRAFICO N° 5.1.1

EDAD DEL PACIENTE RELACIONADO A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ- COREA) 2017

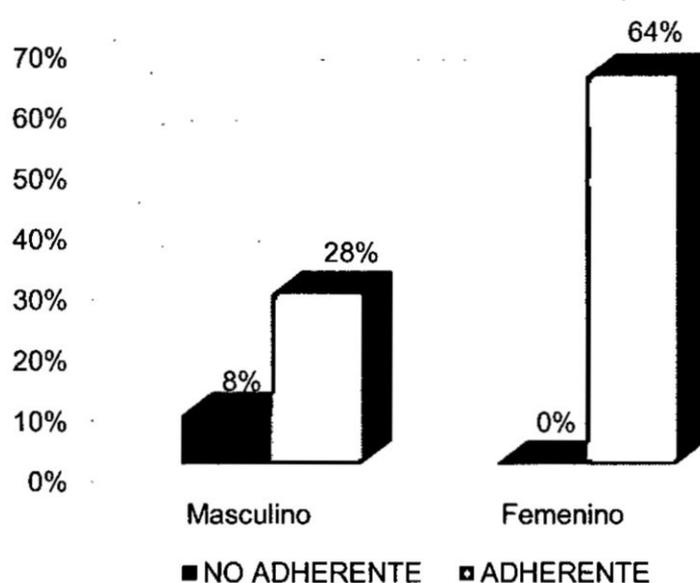


Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las investigadoras

En el grafico 5.1.1: Se puede observar que del 100% (25) de pacientes encuestados, 44 % (11) tienen una edad entre 30 -39 años que le permite una adecuada adherencia al tratamiento antituberculosos, mientras que el 36% (9) su edad está entre 40-49 años y el 12%(3) está en un rango de 50 - 59 años.

GRAFICO N° 5.1.2

SEXO DEL PACIENTE RELACIONADO A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ- COREA) 2017

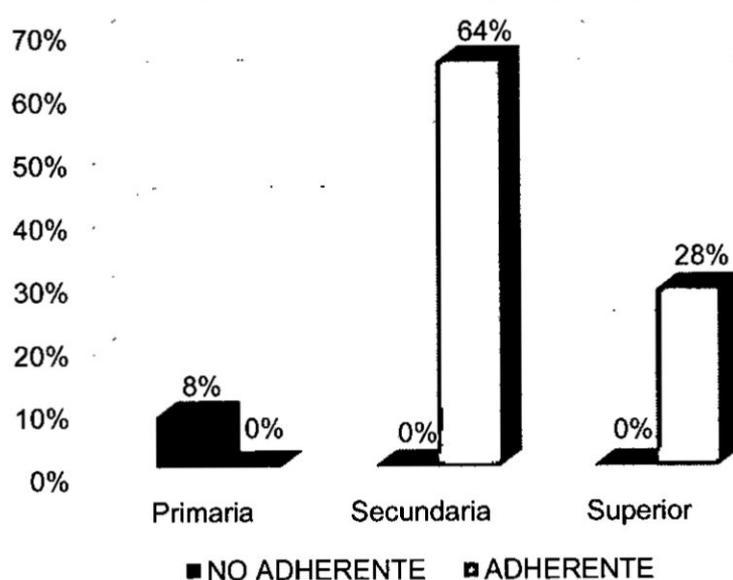


Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las investigadoras

En el grafico 5.1.2: Se puede observar que del 100% (25) de pacientes encuestados, 28 % (7) son del sexo masculino y tiene una adecuada adherencia al tratamiento antituberculosos, mientras que el 64% (16) son del sexo femenino.

GRAFICO N° 5.1.3

GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PACIENTE RELACIONADO A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ-COREA) 2017

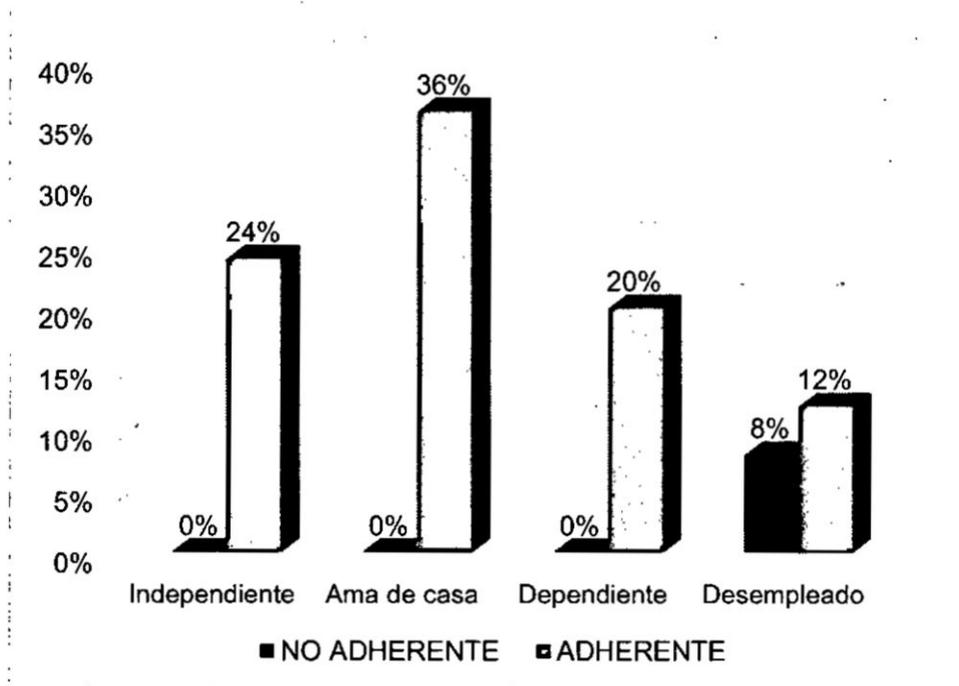


Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las investigadoras

En el grafico 5.1.3: Se puede observar que del 100% (25) de pacientes encuestados, 64 % (16) su grado de instrucción es secundaria y tiene una adecuada adherencia al tratamiento antituberculosos, mientras que el 28% (7) su grado de instrucción es superior

GRAFICO N° 5.1.4

OCUPACION DEL PACIENTE RELACIONADO CON LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ- COREA) 2017

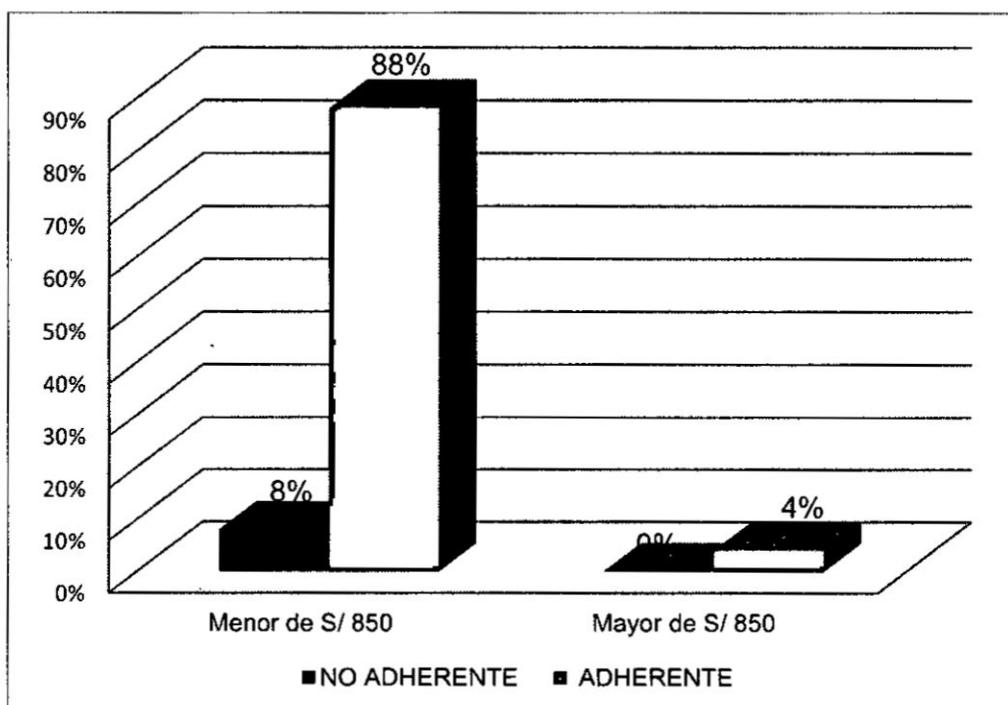


Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las investigadoras

En el grafico 5.1.4: Se puede observar que del 100% (25) de pacientes encuestados, 36 % (9) su ocupación es ama de casa y tiene una adecuada adherencia al tratamiento antituberculosos, mientras que el 12% (3) su ocupación es desempleado

GRAFICO N° 5.1.5

INGRESO ECONOMICO DEL PACIENTE RELACIONADO CON LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ-COREA) 2017

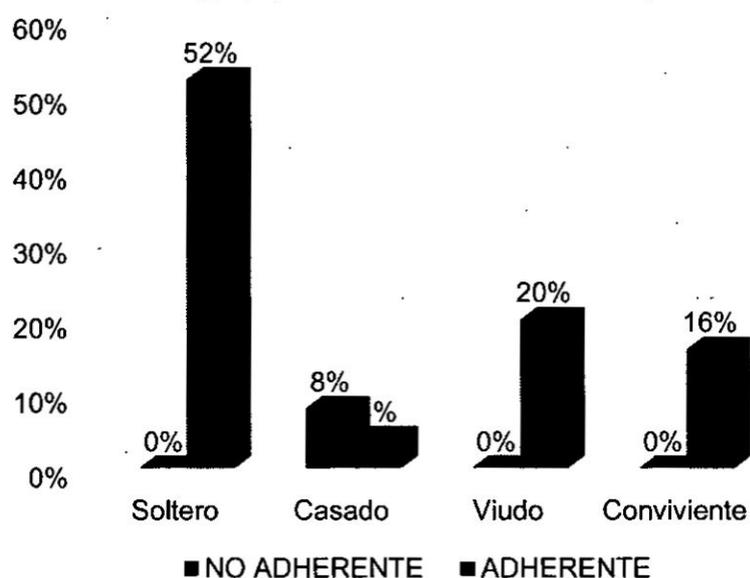


Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las investigadoras

En el grafico 5.1.5: Se puede observar que del 100% (25) de pacientes encuestados, 88 % (22) su ingreso económico es menor de 850 soles y tiene una adecuada adherencia al tratamiento antituberculosos, mientras que el 4% (1) su ingreso económico es mayor de 850 soles.

GRAFICO N° 5.1.6

ESTADO CIVIL DEL PACIENTE RELACIONADO CON LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ- COREA) 2017

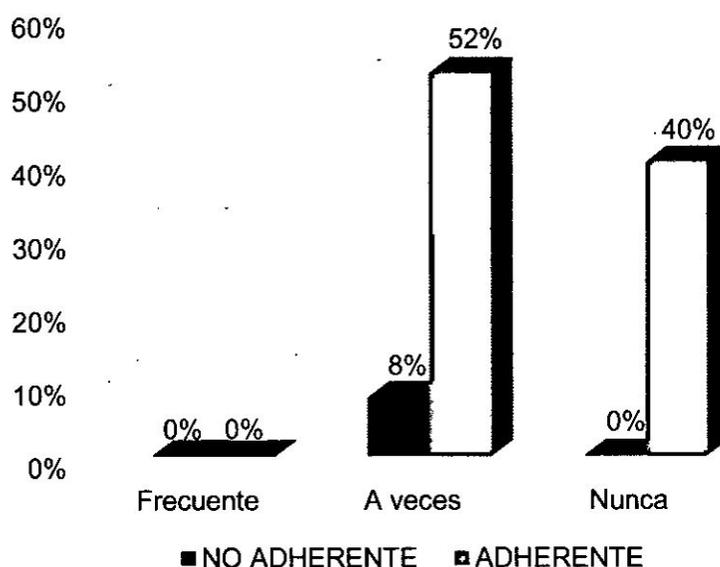


Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las investigadoras

En el grafico 5.1.6: Se puede observar que del 100% (25) de pacientes encuestados, 52 % (13) su estado civil es soltero y tiene una adecuada adherencia al tratamiento antituberculosos, mientras que el 4 % (1) su estado civil es casado.

GRAFICO N° 5.1.7

CONSUMO DE ALCOHOL DEL PACIENTE RELACIONADO CON LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ-COREA) 2017

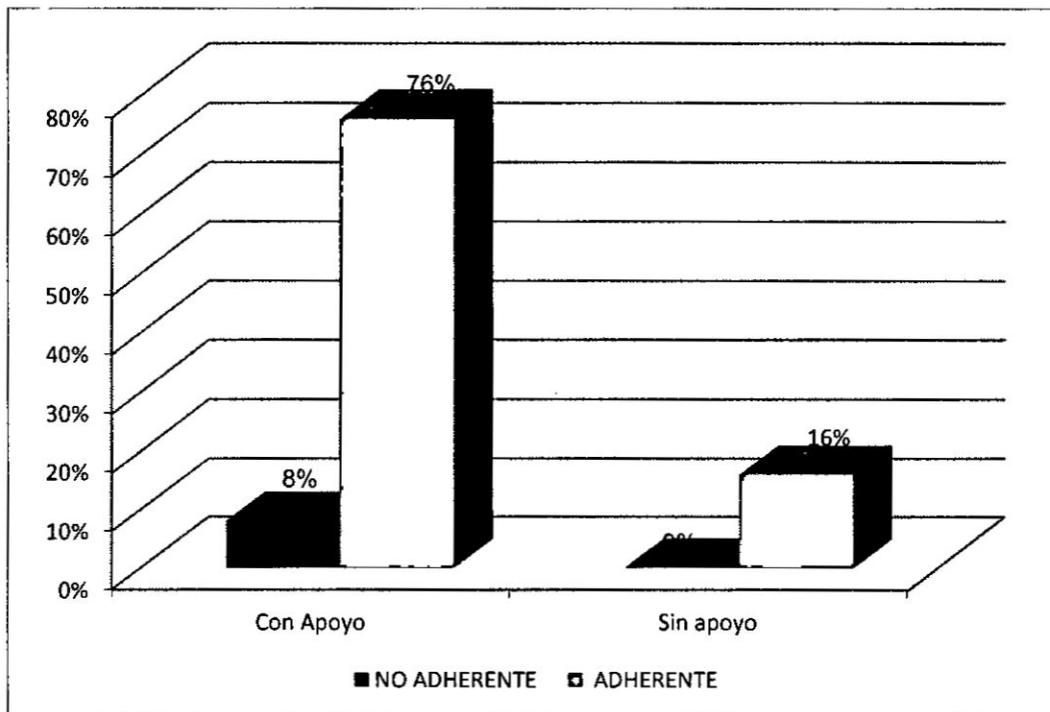


Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las investigadoras

En el grafico 5.1.7: Se puede observar que del 100% (25) de pacientes encuestados, 52 % (13) consume alcohol a veces y tiene una adecuada adherencia al tratamiento antituberculosos, mientras que el 40 % (10) nunca consume alcohol

GRAFICO N° 5.1.8

APOYO FAMILIAR DEL PACIENTE RELACIONADO A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ- COREA) 2017



Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las investigadoras

En el grafico 5.1.8: Se puede observar que del 100% (25) de pacientes encuestados, 76 % (19) cuenta con apoyo familiar y tiene una adecuada adherencia al tratamiento antituberculosos, mientras que el 16 % (4) no cuenta con apoyo familiar.

TABLA 5.2

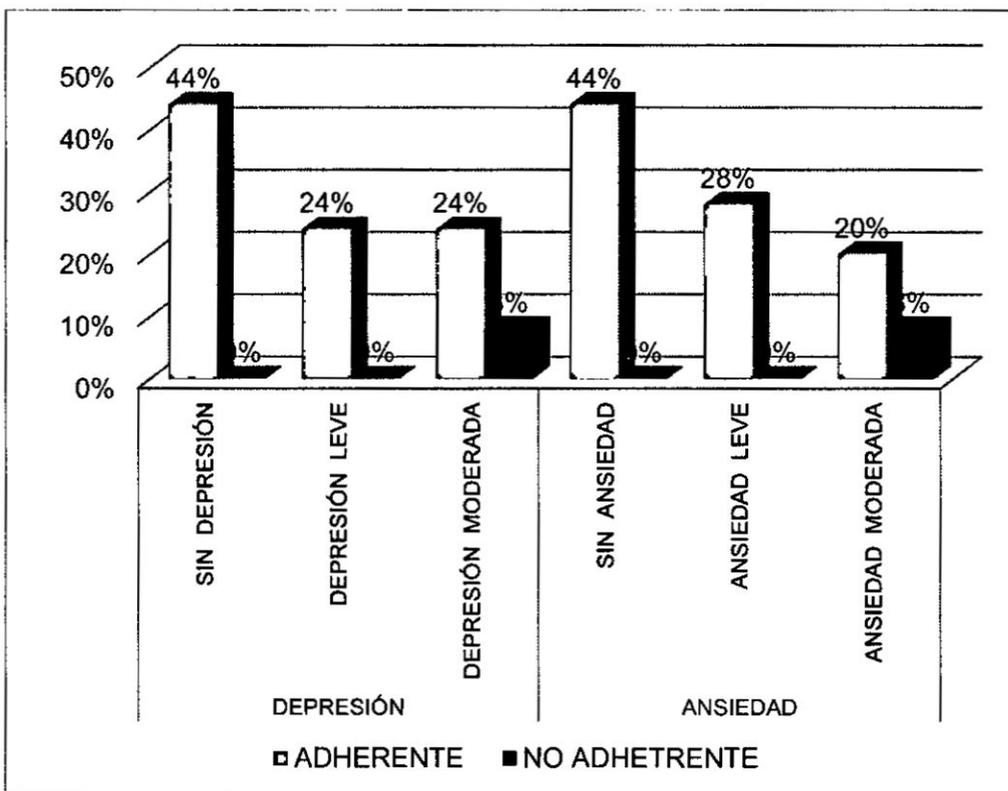
FACTORES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ- COREA) 2017

FACTOR PSICOLOGICO		No adherente		Adherente		Total	
		N	%	N	%	N	%
DEPRESIÓN	Sin depresión	0	0%	11	44%	11	44%
	Leve	0	0%	6	24%	6	24%
	Moderada	2	8%	6	24%	8	32%
	Total	2	8%	23	92%	25	100%
ANSIEDAD	Sin ansiedad	0	0%	11	44%	11	44%
	Leve	0	0%	7	28%	7	28%
	Moderada	2	8%	5	20%	7	28%
	Total	2	8%	23	92%	25	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las investigadoras

GRAFICA 5.2

FACTORES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ- COREA) 2017



Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las investigadoras

En el grafico 5.2: Con respecto a los factores psicológicos, un 44% (11) de los pacientes encuestados no presentan depresión sin embargo un 24% (6) presentan depresión moderada y son adherentes. Un 44 % (11) de los pacientes encuestados no presentan ansiedad y son adherentes por otra parte un 28 % (7) tienen ansiedad leve y son adherentes.

TABLA 5.3

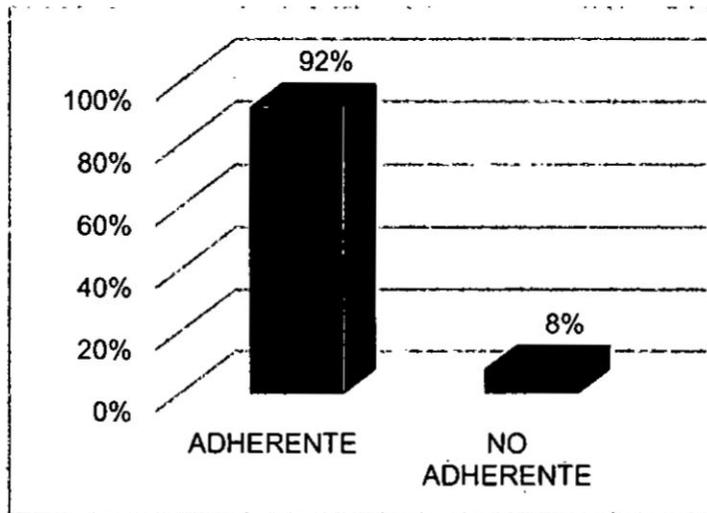
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ- COREA) 2017

	N	%
NO ADHERENTE	2	8%
ADHERENTE	23	92%
TOTAL	25	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las investigadoras

GRAFICO 5.3

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ- COREA) 2017



Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las investigadoras

En el grafico 5.3: De los pacientes encuestados un 92% (23) son adherentes al tratamiento antituberculoso y un 8% (2) de los pacientes encuestados no adherentes al tratamiento antituberculoso

TABLA 5.4

**CORRELACIÓN DE LAS VARIABLES DE FACTORES PSICOLÓGICOS,
SOCIALES Y ADHERENCIA CON LA PRUEBA ESTADÍSTICA RHO DE
PEARSON CORRELACIONAL**

Correlaciones

		factor	Nivel de Adherencia
Factor	Correlación de Pearson	1	-,273
	Sig. (bilateral)		,186
	N	25	25
Nivel de Adherencia	Correlación de Pearson	-,273	1
	Sig. (bilateral)	,186	
	N	25	25

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las investigadoras

Interpretación: En esta tabla se puede observar la correlación entre factores psicológicos, sociales y adherencia al tratamiento y se muestra que el nivel de significancia es 0.186 mucho mayor a 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. Además, la correlación es de -0.273 por ende no existe relación entre ambas variables. ($r_s = -0.273$ $p > 0.05$)

TABLA 5.5

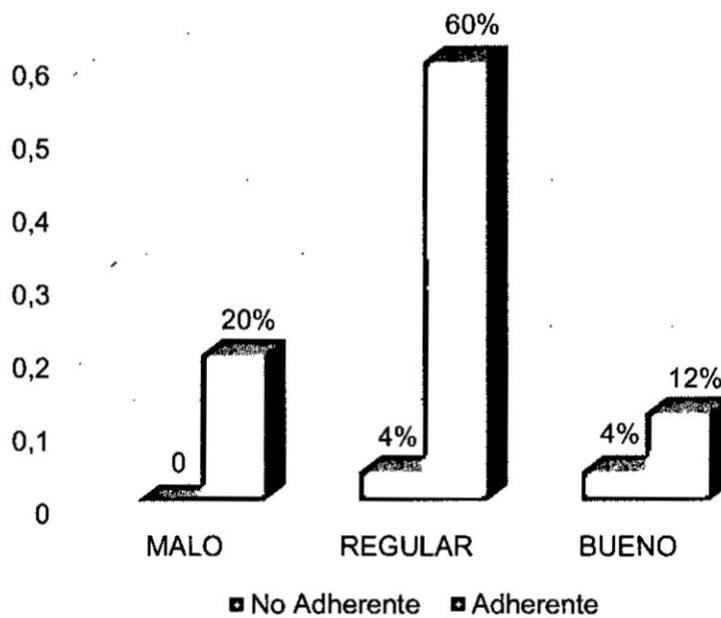
**FACTORES PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE
ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE
SALUD BELLAVISTA
(PERÚ- COREA) 2017**

FACTORES PSICO-SOCIALES	NIVEL DE ADHERENCIA					
	NO ADHERENTE		ADHERENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
MALO	0	0	5	20%	5	20%
REGULAR	1	4%	15	60%	16	64%
BUENO	1	4%	3	12%	4	16%
TOTAL	2	8%	23	92%	25	100%

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las investigadoras

TABLA 5.5

FACTORES PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ- COREA) 2017



Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas por las investigadoras

En el gráfico 5.4: Se observa en el presente gráfico, un 20 % (5) de los pacientes encuestados los factores psicológicos y sociales son malos sin embargo son adherentes, un 60% (15) tienen una influencia regular a la adherencia al tratamiento antituberculoso y un 12 % (3) los factores psicológicos y sociales son buenos y son adherentes

CAPITULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación de hipótesis con los resultados

Al contrastar la Hipótesis alternativa con los resultados obtenidos de la investigación, no existe una relación directa entre las variables que son los factores psicológicos y sociales con la adherencia al tratamiento antituberculoso. Comprobado con la prueba estadística de correlación de Pearson.

R de Pearson correlacional

Correlaciones			
		factor	Nivel de Adherencia
Factor	Correlación de Pearson	1	-,273
	Sig. (bilateral)		,186
	N	25	25
Nivel de Adherencia	Correlación de Pearson	-,273	1
	Sig. (bilateral)	,186	
	N	25	25

Valores

$r = 0$	Ninguna correlación
$r = 1$	Correlación positiva perfecta
$0 < r < 1$	Correlación positiva
$r = -1$	Correlación negativa perfecta
$-1 < r < 0$	Correlación negativa

Se obtiene como resultado de la correlación de Pearson $r = -0.273$, ya que existe una correlación negativa. Como el resultado es negativo las dos variables no guardan relación significativa.

Por tanto, No existe relación entre los factores psicológicos y sociales para la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al Programa de Control de Tuberculosis del Centro de salud Bellavista (Perú- Corea), Callao, 2017.

Hipótesis estadística:

Planteamiento de las hipótesis

Ho: No existe relación entre los factores psicológicos y sociales para la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al Programa de Control de Tuberculosis del Centro de salud Bellavista (Perú- Corea), Callao, 2017

Hi: Existe relación entre los factores psicológicos y sociales para la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al Programa de Control de Tuberculosis del Centro de salud Bellavista (Perú- Corea), Callao, 2017

6.2. Contratación de resultados con otros estudios similares.

En los resultados de la presente investigación realizada a los pacientes con tuberculosis pulmonar registrados en el Programa de Control de la Tuberculosis del Centro de Salud "Perú- Corea".

- En relación a los factores Psicológicas un 44% (11) de los pacientes encuestados no presentan síntomas de depresión el cual les permite tener una buena adherencia al tratamiento y un 24% (6) presentan depresión leve aun así son adherentes, estos resultados son diferentes a lo obtenido por MORALES Helen (2015) en donde se encontró que el 34.57 % (28) no presentan síntoma de depresión y un 37.04% (30) presentan depresión leve.

En cuanto a la ansiedad un 44 % (11) de los pacientes encuestados no presentan ansiedad y son adherentes, estos resultados son diferentes a lo obtenido por VALENCIA Arnaldo (1995) en donde se encontró que el 82% (82) de pacientes con TBC pulmonar, un 56% (56) presenta ansiedad y un 41% (41) presenta ansiedad y depresión.

- En relación a los factores sociales, un 44% (11) de los pacientes encuestados tiene entre 30- 39 años, en el nivel de instrucción se observó que el 64% (16) de los encuestados tienen secundaria, estos resultados difieren a lo obtenido por QUEVEDO Luz (2015) en donde se encontró un 53% (27) tienen entre 25 a 44 años de los pacientes encuestados tienen secundaria y un 81.8% (42) tienen un nivel alto de soporte familiar y social,

Un 64% (16) de los pacientes encuestados pertenecen al sexo femenino y un 88% (24) de los encuestados su ingreso económico es menor de 850 soles, estos resultados son similares a lo obtenido por HEREDIA, Mario (2012) en donde se encontró que el 56.25% (17) fueron mujeres y

el 43.75% (14) fueron hombres y un 83.8% (26) de los entrevistados pertenece a un nivel socioeconómico bajo

Un 76% (21) cuanto con el apoyo familiar, un 52%(15) de los encuestados manifiesta que consume alcohol a veces estos resultados son diferentes a lo obtenido por CASTILLO Analía (2014) en donde se encontró un 63% (19) no sienten el apoyo de su familia y un 53% (16) consumen alcohol.

- En relación a la adherencia terapéutica un 92% (23) son adherentes al tratamiento antituberculoso y un 8% (2) de los pacientes encuestados no adherentes al tratamiento antituberculoso, estos resultados son similares a lo obtenido por MURCIA Luz (2012) en donde se encontró que el 83.5% (208) de los pacientes encuestados son adherentes, sin embargo estos resultados son diferentes a lo obtenido por CASTILLO Analía (2014) en donde se encontró un 53% (16) no es adherente y 47% (14) adherente.
- Según nuestro resultado referente a la edad, las personas encuestadas de 30-39 años son más adherentes porque tienen menos riesgo de presentar reacciones adversas a diferencia de las personas mayores de 40 años en quienes influye el proceso de envejecimiento y la menopausia en el caso de las mujeres.
- El sexo femenino tiene mayor adherencia porque se ve influenciado por el grado de responsabilidad, debido a que muchas de las mujeres encuestadas son madres de familia y existe el riesgo de contagio hacia sus contactos más directos y susceptibles como son los niños.

- A pesar de contar con grado de instrucción secundaria son adherentes y esto se debe a la influencia de los medios de comunicación que brindan información referente a la enfermedad, y están al alcance de la población.
- Referente al ingreso económico son más adherentes las personas que reciben menos de 850 soles y esto sucede porque el tratamiento para la tuberculosis es gratuito que incluye las consultas, radiografías y análisis. Asimismo les proporcionan la canasta básica el cual contiene alimentos de primera necesidad. Por otra parte existen organizaciones no gubernamentales que otorgan incentivos económicos para el paciente que culmine su tratamiento.
- La frecuencia del consumo de alcohol que predomina es a veces y está relacionado a las fechas festivas o celebraciones que tiene cada familia.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

- ❖ No existe relación significativa entre los factores psicológicos y sociales sobre la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al programa de control de tuberculosis del centro de salud bellavista (Perú- corea) 2017 (Correlación de R Pearson= -0.273 y nivel de significancia 0.186)
- ❖ Los factores psicológicos identificados son la depresión y ansiedad, un alto porcentaje de pacientes no presento depresión y constituyen el grupo que es adherente, sobre la depresión moderada el cual constituye un porcentaje mínimo, hay dos grupos, los que padecen este tipo de depresión y son adherentes, y otros que presentan este tipo de enfermedad y no son adherentes al tratamiento antituberculoso. Con respecto a la ansiedad, un número significativo de pacientes no presento ansiedad y fueron adherentes, un grupo menor presento ansiedad moderada y fue adherente y el otro no fue adherente al tratamiento antituberculoso.
- ❖ Respecto a los factores sociales (edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, ingreso familiar) no influyen sobre la adherencia sin embargo hay un porcentaje mínimo que consumen alcohol, no cuentan con apoyo familiar y no son adherentes
- ❖ La adherencia al tratamiento antituberculoso se da en la mayoría de los pacientes, ya que ellos asisten a recibir su tratamiento al centro de salud.

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES

- El profesional de enfermería y todo el equipo multidisciplinario deben realizar un seguimiento exhaustivo al grupo que presentan depresión y ansiedad y no son adherentes porque constituyen un problema para su salud y el de su familia.
- Respecto a los factores sociales el profesional de enfermería al tener una relación más directa con el paciente y su familia debe buscar fortalecer el vínculo afectivo entre sus miembros y esto ayudara a que el paciente logre superar su enfermedad sin ninguna complicación.
- Se sugiere continuar con el fortalecimiento de todas las actividades que contribuyen a lograr la adherencia como: la administración de la terapia con supervisión directa (DOTS), seguimiento, visitas domiciliarias, comunicación asertiva, porque si no se cumple constituye un riesgo para la adherencia.

CAPITULO IX

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS 2016 Tuberculosis [Who.com] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/> Consultado el 12 de enero del 2017.
2. Minsa, Análisis De La Situación Epidemiológica De La Tuberculosis En El Perú, 2015 [Ministerio de Salud- Dirección General de Epidemiología.] Pagina 19-22-30-48 Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/tbc/asistbc.pdf>, Consultado el 21 de marzo del 2017
3. OMS 2016 The end strategy tbc [Who.com] Disponible en: <http://www.who.int/tb/strategy/end-tb/es/> Consultado el 12 de marzo del 2017.
4. Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe Lecciones aprendidas Disponible en: <file:///C:/Users/Eliana/Downloads/2017-cha-grandes-ciudades-tb-lac.pdf> Consultado el 13 de abril del 2017.
5. MINSA, Centro nacional de epidemiologia, prevención y control de enfermedades, Vigilancia de Tuberculosis, Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=420&Itemid=358, Consultado el 18 de enero

6. Minsa, Análisis de la Situación de Salud Región Callao 2016 Disponible en:<http://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/documentos/boletin/epidemiologia/asis/FILE0007322017.pdf>, consultado el 03 de octubre del 2017
7. MINSA Publicación de norma para la Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=18497>, consultado el 18 de enero
8. Quevedo Cruz, Luz María del Pilar y colaboradores. (2015). Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. Rev. enferm. herediana, vol. 8, no 1, pág. 11-16. disponible en:<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2536/2448> Consultado el 5 de abril del 2017
9. Quillatupa Vicente Betsy Catherine (2014) "Factores psicológicos y sociales relacionados a la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden a la Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis del centro de salud los libertadores San Martín de Porras 2014" Trabajo de Investigación (para optar el título profesional en Licenciada en Enfermería). Lima, Perú: Universidad Nacional del Callao, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Pregrado. Consultado el 13 de febrero del 2017.

10. Castillo Firma, Analía. (2014) Adherencia al tratamiento en los pacientes multidrogo resistentes afectados con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud San Cosme distrito de La Victoria 2014. Trabajo de Investigación (Especialista en Enfermería en Salud Pública). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Escuela de Post-Grado, 2015. Disponible en:http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/5123/1/Castillo_Firma_Analia_2015.pdf Consultado el 28 de abril del 2017
11. Morales Miranda, Helen Elizabeth (2015) "Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TB-MDR de la Red Almenara de Essalud - Lima (2015)" Trabajo de Investigación (para optar el título profesional médico cirujano). Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Pregrado. Consultado el 14 de febrero del 2017.
12. Pinedo Chuquizuta Cynthia Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de la E.S.N. de prevención" Trabajo de Investigación (para optar el título profesional en Licenciada en Enfermería). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Escuela de Pregrado 2007 Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/515/1/Pinedo_cc.pdf
13. Valencia Torres Arnaldo (1995) "Valoración de la ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con diagnóstico de TBC pulmonar en el Hospital

Regional Honorio Delgado, Arequipa 2000".
Disponibile:https://books.google.com.pe/books/about/Valoracion_de_la_an_siedad_y_depresion_en.html?id=KQ1FGwAACAAJ&redir_esc=y

Consultado el 20 de octubre del 2017

14. Murcia Montaña Luz Milla (2014) "Evaluación de la adherencia al tratamiento para Tuberculosis en el Departamento del Amazonas" Trabajo de Investigación (Magister en Salud Pública) Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina Humana, Instituto de Salud Pública 2014
Disponibile en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/12605/1/599640.2014.pdf>
Consultado el 21 de abril del 2017

15. Heredia Navarrete, Mario Ramón y colaboradores (2012). Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán, México. *RevBiomed*, vol. 23, N° 3, pag.113-120. Disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2012/bio123e.pdf>
Consultado el 19 de abril del 2017

16. Velázquez de Castro, María Teresa Gea y colaboradores (2014). Factores asociados a la adherencia en el Tratamiento de la Infección tuberculosa. *Atención Primaria*, vol. 46, N°1, pág. 6-14. Disponible en:
<https://www.clinicalkey.es#!/content/playContent/1-s2.0-S0212656713001893?returnurl=http:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0212656713001893%3Fshowall%3Dtrue&referrer=http:%2F%2Fbases.bireme.br%2Fcgi->

in%2Fwxislind.exe%2Fiah%2Fonline%2F Consultado el 15 de marzo del 2017

17. Rodríguez Alvis, Eduardo y colaboradores. Adherencia a la Terapia Farmacológica y sus Factores Determinantes en Pacientes con Tuberculosis de un Centro de Salud de Santiago de Cali. Rev. Colomb. ciencias quim. farm; 43(1):104-119, ene.-jun. 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/rcciquifa.v43n1.45467> Consultado el 19 de abril del 2017
18. Arrossi Silvina y colaboradores. Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. Salud Colectiva vol.8 suppl.1: pag 65-76 Lanús Nov. 2012. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000300012 Consultado el 21 de marzo del 2017
19. Mesén Arce, Minerva y colaboradores. Los determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis: estudio de un caso urbano, en el cantón de Desamparados, Costa Rica. San José ene. 2005. Rev. cienc. adm. financ. segur. soc vol.13 no.1 pag.71-82. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592005000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es Consultado el 19 de marzo del 2017

20. Parra, Juan Carlos Carter. (2013). Breve historia de la Tuberculosis. Revista medica de Costa Rica y Centroamérica, 70(605), 145-150.
21. Báguena Cervellera, M. J. (2011). La tuberculosis en la Historia.
22. Pérez Cruz, Hayvin, et al. "Historia de la lucha antituberculosa." Revista Habanera de Ciencias Médicas 8.2 (2009): 0-0.
23. Raile Alligood Martha, Marriner Tomey Ann, Modelos y teorías en enfermería séptima edición Elsevier España 2011 pág.: 434
24. Hernández Bustamante Milton, La salud mental como predictor de adherencia al tratamiento antituberculoso.(2008) Pagina 2-3 Disponible en [:ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/sm/PERFIL_PROYECTO.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/sm/PERFIL_PROYECTO.pdf) Consultado el 19 de marzo del 2017
25. Gallar Pérez M. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente 2001 Segunda Edición. Disponible en ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/sm/Anexo3_Lecturas.pdf Consultado el 27 de setiembre del 2017
26. MINSA La Salud Mental como predictor de adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Equipo Técnico de la ESN PCT Julio 2008 Lectura N° 1 Manejo De La Tuberculosis Disponible en <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN->

tuberculosis/sm/Anexo3_Lecturas.pdf Consultado el 27 de setiembre del 2017

27. Rodríguez C. Y.; Bejar C.R. Modelo De Atención De Salud Mental A Personas Afectadas Por Tb Mdr Y Tb Xdr Perú 2012 Proyecto "Haciendo la diferencia: consolidando una respuesta amplia e integral contra la Tuberculosis en el Perú. Disponible en: http://www.parsalud.gob.pe/phocadownload/Productos/fondo-mundial/Modelo_Salud_Mental_versi%C3%B3n_final_01_agosto%20Web.pdf Consultado el 14 de setiembre del 2017
28. Sweetland A., Acha J., Guerra D. Mejorando La Adherencia El Rol De La Psicoterapia De Grupo En El Tratamiento De La TB-MDR En El Perú Urbano 2004 Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/sm/Anexo3_Lecturas.pdf Consultado el 19 de setiembre del 2017
29. Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión Dirección General de Promoción de la Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca". Unidad de Salud Mental. Lima: Ministerio de Salud, 2005. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/sm/Anexo3_Lecturas.pdf Consultado el 20 de setiembre del 2017

30. Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos. Primera edición 2007. Región de Murcia Consejería de sanidad. Pág. 21 Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf> . Consultado en 12 de octubre del 2017
31. Clínica Universidad de Navarra, Negativismo, Disponible en: <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/negativismo> Consultado en 14 de octubre del 2017
32. MINSA, Guía de práctica clínica en salud mental y psiquiatría 2008, Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/04_Guias_Practica_Clinica_Salud_Mental_Psiquiatria.pdf, consultado el 10 de noviembre de 2017
33. Rodríguez Elena, Curso de Psicopatología 2014 Psicosis II: Síndrome Negativo, Síndrome Desorganizado, Síndrome catatónico Disponible en: <http://www.academia.cat/files/425-7135-DOCUMENT/Tallerpsicopatologiaversionlarga.pdf>, consultado el 10 de noviembre de 2017
34. Molina Juan de Dios, Trastornos de la ansiedad. Disponible en: <http://www.juandediosmolina.es/enfermedades-mentales/trastornos-de-la-ansiedad/index.html>, Consultado el 15 de octubre del 2017
35. Libertad Martín Alfonso. Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. Rev. Cubana de salud pública v.29 n.3 Ciudad de la

- Habana, sep-2003. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662003000300012 Consultado el 18 de abril del 2017
36. Lucero Zambrano Diana Milena, Alba Idaly Muñoz Sánchez. La tuberculosis como problemática presente en el ámbito laboral. Rev. Investigaciones Andina 2016 No.32 Vol.18 pág. 8. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239047318008> Consultado el 22 de abril del 2017
37. Guía de buena práctica clínica de depresión y ansiedad. Segunda edición. España. Editorial Internacional Marketing and communication S.A. 2008 pág. 66-67. Disponible en:
https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_depresion_ansiedad_2_edicion.pdf. (consultado el 12 de noviembre del 2017)
38. Definición psicológica de miedo. Disponible en:
<http://psicologosenmadrid.eu/tag/miedo-definicion-psicologia/> Consultado el 15 de octubre de 2017
39. Definición de la preocupación. La Guía psicológica. Disponible en:
<https://psicologia.laguia2000.com/la-ansiedad/la-preocupacion>. Consultado el 15 de octubre del 2017
40. Definición de irritabilidad. Disponible en:
<http://conceptodefinicion.de/irritabilidad/> Consultado el 17 de octubre del 2017

41. Definición de inquietud. Disponible en: <https://definiciones/inquietud/>
Consultado el 17 de octubre del 2017
42. Psicoactiva Diccionario de términos psicológicos. Disponible en: <https://www.psicoactiva.com/diccio/diccionario-de-psicologia-i.htm>.
Consultado el 17 de octubre del 2017
43. La ansiedad. Disponible en: <http://amadag.com/mareos-y-ansiedad/>.
Consultado el 18 de octubre del 2017
44. Temblores provocados por la ansiedad. Disponible en: https://muyfitness.com/temblores-provocados-por-la-ansiedad_13173874/. Consultado el 17 de octubre del 2017
45. Vive sin ansiedad. Disponible en: <https://www.vivesinansiedad.es/parestesia-de-brazos-manos-y-piernas/> Consultado el 17 de octubre del 2017
46. Bermeo Lojano Martha Dalila, Calle Bermejo Mónica Alexandra, Tamia Sisa Camas Guaraca "Factores sociales que influyen en la comunidad de "Quilloac" Cañar, 2014" Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20575/1/TESIS.pdf>
(Consultado el 13 de marzo del 2017)
47. Organización Mundial de la Salud, 2005 "Acción Sobre Los Factores Sociales Determinantes De La Salud: Aprender De Las Experiencias Anteriores" Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf

48. Tacuri Taipe Martha Emelia "Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera El Agustino, 2009" Trabajo de Investigación (para optar el título profesional en Licenciada en Enfermería). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Escuela de Pregrado 2009 Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/519/1/Tacuri_tm.pdf Consultado el 11 de marzo del 2017
49. Sociología y Comunicación. Encuesta sobre adherencia terapéutica en España. ; 2016. Disponible en: [file:///C:/Users/Eliana/Downloads/Informe-Estudio-de-adherencia-anx%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Eliana/Downloads/Informe-Estudio-de-adherencia-anx%20(1).pdf) Consultado el 15 de setiembre del 2017
50. Mesen Mirian, Chamizo H, Los determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la Tuberculosis. Estudio de un caso urbano, el cantón de desamparados 2010. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592005000100007 consultado el 26 de setiembre
51. Torres Uría, Margarita Ruth Estudio comparativo en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos nunca tratados, antes tratados y crónicos en sus niveles de depresión y soporte

social[http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/Tesis/Salud/Torres_U_M/cap2](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/Tesis/Salud/Torres_U_M/cap2.htm)
.htm Consultado el 17 de setiembre del 2017

52. Lilia Escorcía Hernández Edad biológica y edad cronológica en el
contexto legal Disponible en:
http://forost.org/seminar/Tercer_seminario/Forost_Lilia2013.pdf consultado
el 15 de setiembre del 2017

53. Plan de Adherencia al Tratamiento (Uso responsable del medicamento)
Documento de consenso Disponible en:
[http://www.sepsiq.org/file/Noticias/PlandeAdherenciaalTratamiento-](http://www.sepsiq.org/file/Noticias/PlandeAdherenciaalTratamiento-Farmaindustria.pdf)
Farmaindustria.pdf Consultado el 15 de setiembre del 2017

54. Euskal Estatistika Erakundea
Instituto Vasco de Estadística Nivel de instrucción Disponible en:
[http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.](http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html)
html Consultado el 18 de setiembre del 2017

55. Minerva María Mesén Arce "Los determinantes del ambiente familiar y la
adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Estudio de un caso urbano, el
cantón de Desamparados, Costa Rica" [scielo] Rev. cienc. adm. financ.
segur. soc vol.13 n.1 San José Jan. 2005. Disponible en:
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592005000100007)
12592005000100007

56. INEI Clasificador Nacional De Ocupaciones 2015 Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/Clasificador_Nacional_de_Ocupaciones_9_de_febrero.pdf Consultado el 23 de setiembre del 2017
57. Lozano Salazar JL, Plasencia Asorey C, Ramos Arias D, García Díaz R, Mahíquez Machado LO. Factores de riesgo socioeconómicos de la tuberculosis pulmonar en el municipio de Santiago de Cuba [artículo en línea] MEDISAN 2009;13(1).
<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san07109.htm> Consultado el 10 de octubre del 2017
58. Gutiérrez Delgado Francisco Alberto, MD Kairo Alberto Gutiérrez MD Francisco Javier Toledo Cisneros, Factores asociados a la incidencia de la tuberculosis en pacientes de 15 a 49 años de edad residentes en los distritos V, VI y municipio de Tipitapa del 01 de enero del 2003 al 31 de junio del 2004, Pagina 11 Disponible en http://campus.easp.es/abierto/file.php?file=%2F78%2FInvestigacion%2Finforme_final_160605-TUBERCULOSIS-editado.pdf. Consultado el 20 de marzo del 2017 .
59. Real Academia Española. [Página en Internet]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=adherencia>, consultado 1. de octubre del 2017].

60. Cruz, Elizabeth Salinas; Galán, Ma Guadalupe Nava. Adherencia terapéutica. 2010. Ensayo. *EnfNeurol (Mex)* Vol. 11, No. 2, pag. 102-104. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>. Consultado el 04 de abril del 2017
61. García AM, Leiva F, Martos F, García AJ, Prados D, Sánchez et al. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? *Medicina de Familia (And)*. 2000; 1(1):13-19.
62. Martín Alfonso, Libertad de los Ángeles; GRAU ÁBALO, Jorge Amado; Espinosa Brito, Alfredo Darío. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2014, vol. 40, no 2, p. 222-235.
63. Betancurt, Lucy Nieto; Pedraza, Raul Pelayo. Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a esta, como objeto de la Psicología de la Salud. *Revista Páginas*, 2009, N° 85, pag. 61-76. Disponible en: <http://biblioteca.ucp.edu.co/ojs/index.php/paginas/article/view/1510/1420>
64. Frieden, Thomas. Tuberculosis: detección de casos, tratamiento y vigilancia: preguntas y respuestas: Kurt Toman. 2ª ed. Washington, D.C.: OPS, 2006. pag 12. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166286/1/9275316171.pdf>. Consultado el 04 de abril del 2017

65. Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis 2006 [Minsa], Disponible en <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESNtuberculosis/normaspublicaciones/NTSTBC.pdf> Consultado el 22 de febrero Pag.55- 62-70-95. Consultado el 25 de febrero del 2017
66. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis (2013) / Ministerio de Salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis—Lima: Ministerio de Salud; 2013. Pag52-53-55-56-57-59-60-78-79-83-84-85-86. Disponible en: http://190.223.45.115/newtb/Archivos/norma_tecnica.pdf. Consultado el 25 de febrero del 2017
67. Manual para el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis: Normas y Guía Técnica. Parte I Baciloscopía. Organización panamericana de salud 2008. Pag.23. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166101/1/9789275330135.pdf>. Consultado el 26 de febrero del 2017
68. Tuberculosis [Minsa] 2013, Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/luchacontratbc/index.html> Consultado el 2 de mayo del 2017
69. Restovic Camus, Gabriela. Plan de Adherencia al Tratamiento (Uso responsable del medicamento). Santander, septiembre 2016. Adherencia: concepto y aspectos clave. Pág.6. Disponible en:

file:///C:/Users/User/Downloads/Plan-de-Adherencia.pdf. Consultado el 26 de abril del 2017

70. Guerrero Barona Eloisa Salud, Estrés y Factores Psicológicos Disponible en: <http://blog.pucp.edu.pe/blog/estres/2014/07/29/salud-estres-y-factores-psicologicos/> Consultado el 4 de setiembre del 2017

71. Depresión OMS 2017 Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/> Consultado el 04 de setiembre del 2017

72. Bermeo Lojano Martha Dalila, Calle Bermejo Mónica Alexandra, Tamia Sisa Camas Guaraca "Factores sociales que influyen en la comunidad de "Quilloac" Cañar, 2014" Disponible en :<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20575/1/TESIS.>

73. Guías de práctica clínica en el SNS, Disponible en: [https://www.ics.gencat.cat/3clics/guies/73/img/Doc4-Anexo2_Instrumentosdemedidadelaaansiedad\(HADyGoldberg\).pdf,](https://www.ics.gencat.cat/3clics/guies/73/img/Doc4-Anexo2_Instrumentosdemedidadelaaansiedad(HADyGoldberg).pdf) consultado el 09 de octubre del 2017

74. García Leguizamon, Mónica, "Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes con post infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel, Bogotá 2008" Disponible en: <http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis01.pdf>

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: "FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES RELACIONADOS A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ- COREA), CALLAO, 2017"

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuáles son los factores psicológicos y sociales relacionados a la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al programa de control de tuberculosis del Centro de Salud Bellavista "Perú-Corea" Callao, 2017?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar los factores psicológicos y sociales relacionados a la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al programa de control de tuberculosis del Centro de Salud Bellavista "Perú-Corea", Callao.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Hi: Existe relación entre los factores psicológicos y sociales para la adherencia al tratamiento antituberculosis o en pacientes adultos que acuden al Programa de Control de Tuberculosis del Centro de salud Bellavista (Perú- Corea), Callao, 2017</p>	<p>V1 Factores Psicológicos</p>	<p>Depresión</p> <hr/> <p>Ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desinterés por actividades favoritas • Negativismo • Tristeza • Abulia • Desinterés por la imagen personal • Insomnio • Desconcentración <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Tensión • Temor • Preocupación • Irritabilidad • Signos vegetativos (temblores, hormigueos, mareos) • Inquietud • Angustia 	<p>1. Tipo de estudio: Cuantitativo Correlacional.</p> <p>2. Diseño El diagrama representativo de este diseño es el siguiente</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD M --> Ox1 M --> Ox2 Ox1 -- r --> Ox2 </pre> </div> <p>M = Muestra r = Relación de variables Ox1 = Factores Psicológicos y sociales Ox2 = Adherencia al</p>

<p>Objetivo específico:</p> <p>Identificar los factores psicológicos relacionados a la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al programa de control de tuberculosis del Centro de Salud Bellavista (Perú-Corea)</p> <p>Identificar los factores sociales relacionados a la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al programa de control de tuberculosis del Centro de Salud Bellavista (Perú-Corea)</p>	<p>Ho: No existe relación entre los factores psicológicos y sociales para la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al Programa de Control de Tuberculosis del Centro de salud Bellavista (Perú- Corea), Callao, 2017</p>	<p>V1</p> <p>Factores Sociales</p>	<p>Ambiente familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Grado de instrucción • Ocupación • Ingreso económico • Estado civil • Apoyo familiar • Consumo de alcohol 	<p>tratamiento Antituberculoso</p> <p>3. Población Y Muestra</p> <p>3.1 Población</p> <p>La población en estudio estará conformada por los pacientes que pertenecen al Programa de Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Bellavista (Perú-Corea), Callao que se encuentran en tratamiento, siendo un total de 25 pacientes que tienen tuberculosis.</p>
		<p>V2</p> <p>Adherencia del tratamiento antituberculoso</p>	<p>Tratamiento farmacológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de dosis indicada • Asistencia regular • Reacción adversa a medicamentos antituberculoso 	<p>Pautas de seguimiento</p>

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO - ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO

Señor(a) buenos días, somos estudiante de la escuela profesional de enfermería de la Universidad Nacional del Callao, estamos realizando un estudio en coordinación con el Centro de Salud Bellavista "Perú- Corea" que tiene por objetivo determinar los factores psicológicos y sociales relacionados a la adherencia del tratamiento antituberculoso

INSTRUCCIONES

Lea atentamente cada pregunta y marque con un aspa (X), solo una respuesta por cada pregunta: que considere correcta

I. Factores Sociales

1. Edad: 30 - 39 años ()
 40 - 49 años ()
 50 - 59 años ()
2. Sexo: ()Masculino ()Femenino
3. Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()
4. Ocupación:
 - Independiente ()
 - Ama de casa ()
 - Dependiente ()
 - Desempleado ()
5. Ingreso económico
 - Menor de 850 ()
 - Mayor de 850 ()

6. Estado civil

- Soltero ()
- Casado ()
- Viudo ()
- Conviviente ()
- Separado ()

7. ¿Usted consume alcohol?

- a) Frecuentemente
- b) a veces
- c) Nunca

8. ¿Cuenta con apoyo de su familia y amigos en su tratamiento?

- a) si
- b) no

II. Factores Psicológicos

Depresión

9. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- a) Ciertamente, igual que antes
- b) No tanto como antes
- c) Solamente un poco
- d) Ya no disfruto con nada

10. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- a) Igual que siempre
- b) Actualmente, algo menos
- c) Actualmente, mucho menos
- d) Actualmente, en absoluto

11. Me siento alegre:

- a) Nunca
- b) Muy pocas veces

- c) En algunas ocasiones
- d) Gran parte del día

12. Me siento lento/a y torpe:

- a) Gran parte del día
- b) A menudo
- c) A veces
- d) Nunca

13. He perdido el interés por mi aspecto personal:

- a) Completamente
- b) No me cuido como debería hacerlo
- c) Es posible que no me cuide como debiera
- d) Me cuido como siempre lo he hecho

14. Espero las cosas con ilusión:

- a) Como siempre
- b) Algo menos que antes
- c) Mucho menos que antes
- d) En absoluto

15. Soy capaz de concentrarme disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

- a) A menudo
- b) Algunas veces
- c) Pocas veces
- d) Casi nunca

Ansiedad

16. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- a) Casi todo el día
- b) Gran parte del día
- c) De vez en cuando
- d) Nunca

17. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:
- a) Sí, y muy intenso
 - b) Sí, pero no muy intenso
 - c) Sí, pero no me preocupa
 - d) No siento nada de eso
18. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:
- a) Casi todo el día
 - b) Gran parte del día
 - c) De vez en cuando
 - d) Nunca
19. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:
- a) Siempre
 - b) A menudo
 - c) Raras veces
 - d) Nunca
20. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:
- a) Nunca
 - b) Sólo en algunas ocasiones
 - c) A menudo
 - d) Muy a menudo
21. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:
- a) Realmente mucho
 - b) Bastante
 - c) No mucho
 - d) Nunca
22. Experimento de repente sensaciones de gran angustia:
- a) Muy a menudo
 - b) Con cierta frecuencia

c) Raramente

d) Nunca

III. Adherencia

N°	ITEMS	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
23	¿Considera que la cantidad de medicamentos que toma es demasiado?				
24	¿Acude al centro de salud a recibir su tratamiento?				
25	¿Cuándo se siente bien deja de acudir a tomar sus medicamentos?				
26	¿Ha presentado usted alguna molestia atribuible a la medicación que está recibiendo?				
27	¿Usted entrega mensualmente su muestra de esputo?				
28	¿Le han informado que debe asistir a consulta con su médico tratante al inicio, al cambio de fase y al final de su tratamiento?				
29	¿Considera que el médico resuelve sus preguntas e inquietudes sobre la medicación y su tratamiento?				
30	¿Considera que son claras y oportunas las recomendaciones dadas por el profesional de enfermería en cuanto a su tratamiento?				

ANEXO 3
CONCORDANCIA DE JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	p valor
1	1	1	1	1	1	1	0.015625
2	1	1	1	1	1	1	0.015625
3	1	1	1	1	1	1	0.015625
4	1	1	1	1	1	1	0.015625
5	1	1	0	0	1	1	0.234375
6	1	1	1	1	1	1	0.015625
7	1	1	1	1	1	1	0.015625
8	1	1	1	1	1	1	0.015625
9	1	1	1	0	1	1	0.09375
10	1	1	1	1	1	1	0.015625
11	1	1	1	1	1	1	0.015625

Los ítems: N° 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10 y 11 tienen un p valor < 0.05, por lo tanto si existe concordancia entre los jueces para dichos ítems

Grado de concordancia entre jueces

Para la evaluación de todos los ítems del formato de los 6 jueces expertos, se emplea la siguiente fórmula:

b = Grado de concordancia entre jueces

Ta = N° total de acuerdos;

Td = N° total de desacuerdos.

$$b = \frac{Ta}{Td} \times 100$$

Ta + Td

Tenemos un total de 66 respuestas (11 ítems x 6 jueces) de las cuales 63 son '1' y 3 son "0". Reemplazamos por los valores obtenidos

$$b = \frac{63}{63 + 3} \times 100$$

$$63 + 3$$

$$b = 95.46\%$$

El resultado es que el 96% de las respuestas de los jueces concuerdan.

Juez 1: Docente de UNAC

Mg. Lulilea Ferrer Mejía

Juez 2: Docente de UNAC

Mg. José Huarote Salazar

Juez 3: Enfermera jefa del Centro de Salud Polígono IV

Lic. Myriam Elizabeth Robles santos

Juez 4: Enfermera jefa del Centro de Salud Villa Señor de los Milagros

Lic. Carina Ore Espada

Juez 5: Enfermera especialista en Salud pública

Lic. Belén Rossana Samán González

Juez 6: Psicóloga Del Centro De Salud Perú Corea

Lic. Vilma Rodríguez

ANEXO 4
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor(a):

El presente documento tiene como objetivo que usted, luego de haber recibido información, manifieste de manera libre y voluntaria, a través de su firma, la autorización o rechazo a la realización de la entrevista sobre factores psicológicos y sociales relacionados a la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al programa de control de tuberculosis.

Esta entrevista es anónima y se va a tomar los puntos más resaltantes e importantes con respecto a sus conocimientos actuales, las preguntas son objetivas, se le pide al entrevistado(a) que sea veraz y precisa en sus respuestas.

Los datos obtenidos de esta entrevista serán usadas en una investigación que posteriormente servirá para determinar factores psicológicos y sociales relacionados a la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al programa de control de tuberculosis en el centro de salud Bellavista.

FIRMA

	1	Sin Depresión
DEPRESION	2	Depresión Leve
	3	Depresión Moderada
	1	Sin Ansiedad
ANSIEDAD	2	Ansiedad Leve
	3	Ansiedad Moderada
	1	No Adherente
ADHERENCIA	2	Adherente
	1	Malo
SocioPsicologico. Agrupada	2	Regular
	3	Bueno

ANEXO 7

ESCALA DE MEDICIÓN DE VARIABLE SOCIALES

	PUNTUACIÓN	BUENO	REGULAR	MALO
		3 puntos	2 puntos	1 punto
1	Edad	30-39 años	40-49 años	50-59 años
2	Grado de instrucción	superior	Secundaria	Primaria
3	Ocupación	Independiente Dependiente	Ama de casa	Desempleado
4	Ingreso económico	>S/850		<S/850
5	Estado Civil	Soltero Casado	Conviviente	Viudo Separado
6	Consumo de Alcohol	Nunca	A veces	Frecuente
7	Apoyo familiar	Si		No
8	Nivel de depresión	Sin depresión	Depresión Leve	Depresión Moderada
9	Nivel de ansiedad	Sin ansiedad	Ansiedad leve	Ansiedad moderada

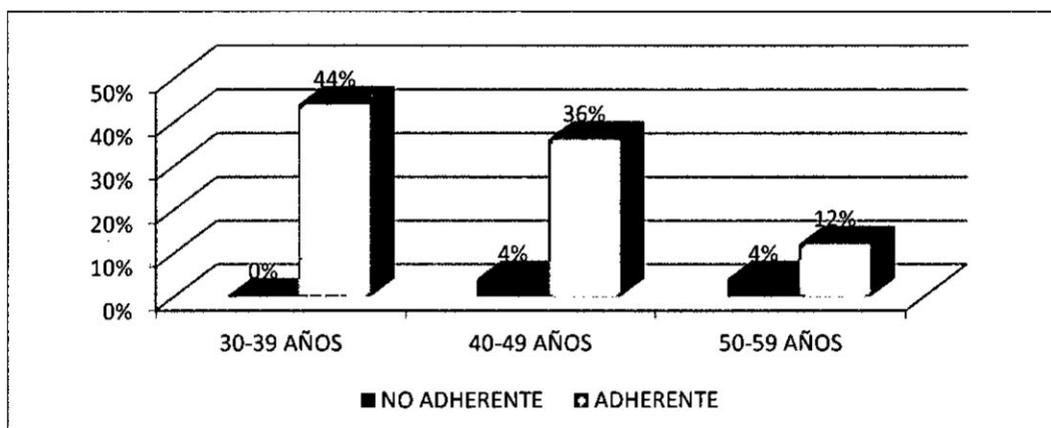
ANEXO 8

TABLA N° 01

EDAD DEL PACIENTE RELACIONADO CON LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ- COREA) 2017

EDAD	NO ADHERENTE		ADHERENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
30-39 años	0	0%	11	44%	11	44%
40-49 años	1	4%	9	36%	10	40%
50-59 años	1	4%	3	12%	4	16%
TOTAL	2	8%	23	92%	25	100%

FUENTE: Datos obtenidos de la investigación.



FUENTE: Datos obtenidos de la investigación.

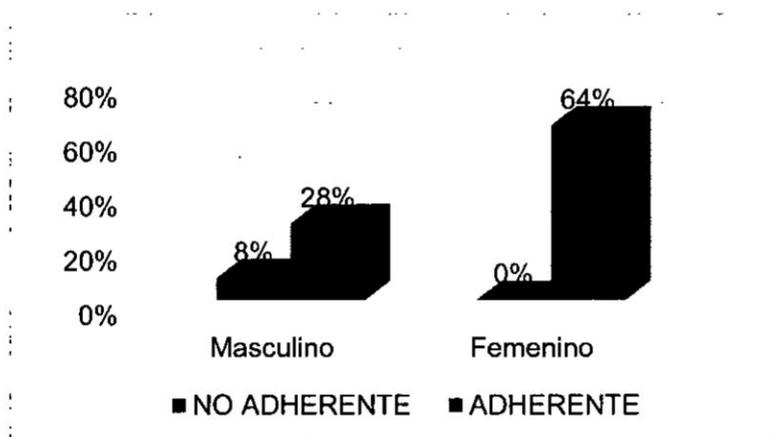
Interpretación: Se puede observar que del 100% (25) de pacientes encuestados, 44 % (11) tienen una edad entre 30 -39 años que le permite una adecuada adherencia al tratamiento, mientras que el 36% (9) su edad está entre 40-49 años y el 12%(3) está en un rango de 50 -59 años.

TABLA N°2

SEXO DEL PACIENTE RELACIONADO CON LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ- COREA) 2017

SEXO	NO ADHERENTE		ADHERENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	2	8%	7	28%	9	36%
Femenino	0	0%	16	64%	16	64%
TOTAL	2	8%	23	92%	25	100%

FUENTE: Datos obtenidos de la investigación.



FUENTE: Datos obtenidos de la investigación.

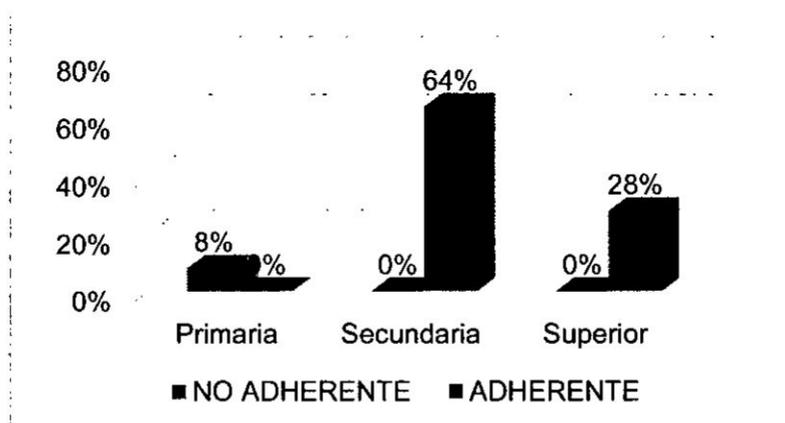
Interpretación: Se puede observar que del 100% (25) de pacientes encuestados, 28 % (7) son del sexo masculino y tiene una adecuada adherencia al tratamiento antituberculosos, mientras que el 64% (16) son del sexo femenino

TABLA N°3

GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PACIENTE RELACIONADO CON LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ- COREA) 2017

GRADO DE INSTRUCCION	NO ADHERENTE		ADHERENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Primaria	2	8%	0	0%	2	8%
Secundaria	0	0%	16	64%	16	64%
Superior	0	0%	7	28%	7	28%
TOTAL	2	8%	23	92%	25	100%

FUENTE: Datos obtenidos de la investigación.



Interpretación: Se puede observar que del 100% (25) de pacientes encuestados, 64 % (16) su grado de instrucción es secundaria y tiene una adecuada adherencia al tratamiento antituberculosos, mientras que el 28% (7) su grado de instrucción es superior.

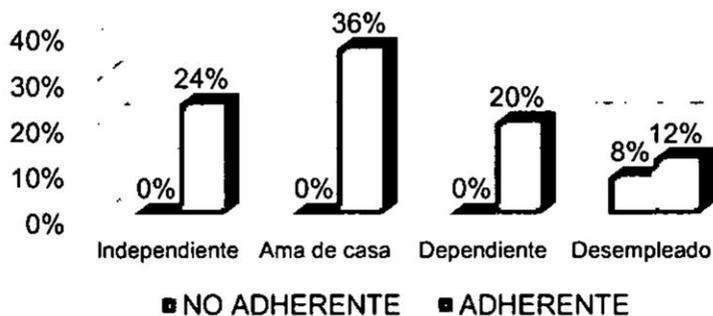
TABLA N°4

OCUPACION DEL PACIENTE RELACIONADO CON LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ- COREA) 2017

OCUPACION	NO ADHERENTE		ADHERENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Independiente	0	0%	6	24%	6	24%
Ama de casa	0	0%	9	36%	9	36%
Dependiente	0	0%	5	20%	5	20%
Desempleado	2	8%	3	12%	5	20%
TOTAL	2	8%	23	92%	25	100%

FUENTE: Datos obtenidos de la investigación.

OCUPACION



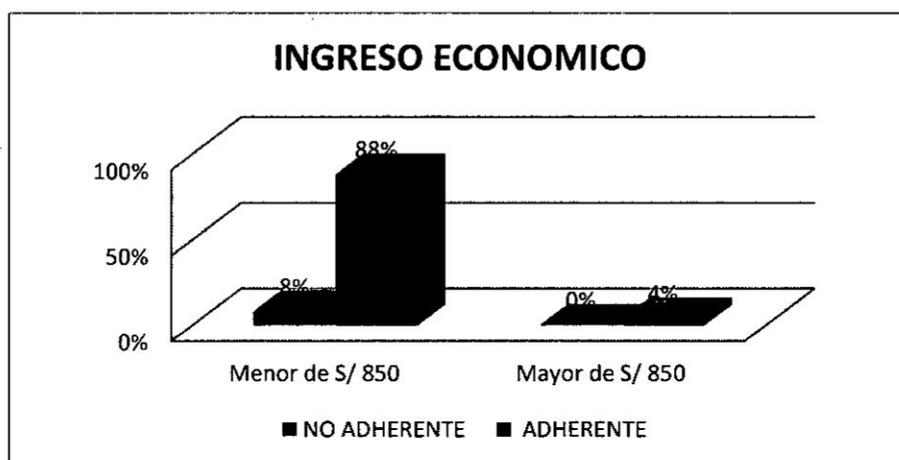
Interpretación: Se puede observar que del 100% (25) de pacientes encuestados, 36 % (9) su ocupación es ama de casa y tiene una adecuada adherencia al tratamiento antituberculosos, mientras que el 12% (3) su ocupación es desempleado.

TABLA N°5

INGRESO ECONOMICO DEL PACIENTE RELACIONADO CON LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ- COREA) 2017

INGRESO ECONOMICO	NO ADHERENTE		ADHERENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Menor de S/850	2	8%	22	88%	24	96%
Mayor de S/850	0	0%	1	4%	1	4%
TOTAL	2	8%	23	92%	25	100%

FUENTE: Datos obtenidos de la investigación.



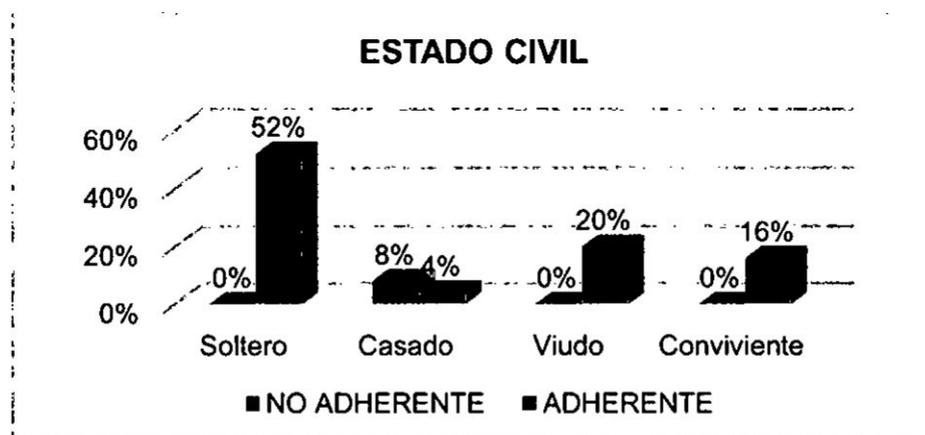
FUENTE: Datos obtenidos de la investigación.

Interpretación: Se puede observar que del 100% (25) de pacientes encuestados, 88 % (22) su ingreso económico es menor de 850 soles y tiene una adecuada adherencia al tratamiento antituberculosos, mientras que el 4 % (1) su ingreso económico es mayor de 850 soles.

TABLA N°6

ESTADO CIVIL DEL PACIENTE RELACIONADO CON LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ- COREA) 2017

ESTADO CIVIL	NO ADHERENTE		ADHERENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Soltero	0	0%	13	52%	13	52%
Casado	2	8%	1	4%	3	12%
Viudo	0	0%	5	20%	5	20%
Conviviente	0	0%	4	16%	4	16%
TOTAL	2	8%	23	92%	25	100%

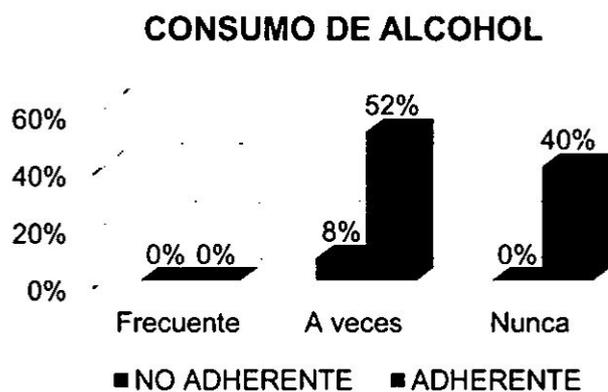


Interpretación: Se puede observar que del 100% (25) de pacientes encuestados, 52 % (13) su estado civil es soltero y tiene una adecuada adherencia al tratamiento antituberculosos, mientras que el 4 % (1) su estado civil es casado

TABLA N°7
CONSUMO DE ALCOHOL DEL PACIENTE RELACIONADO CON LA
ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES
ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS
DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ- COREA) 2017

CONSUMO DE ALCOHOL	NO ADHERENTE		ADHERENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Frecuente	0	0%	0	0%	0	0%
A veces	2	8%	13	52%	15	60%
Nunca	0	0%	10	40%	10	40%
TOTAL	2	8%	23	92%	25	100%

FUENTE: Datos obtenidos de la investigación.



FUENTE: Datos obtenidos de la investigación.

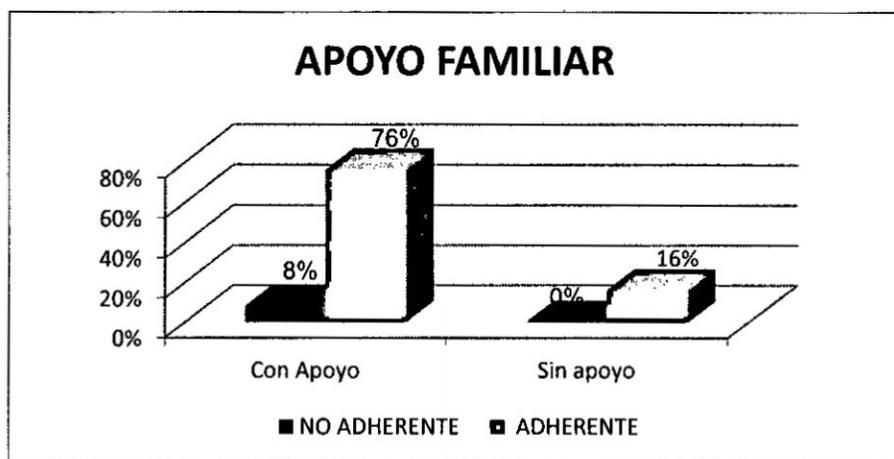
Interpretación: Se puede observar que del 100% (25) de pacientes encuestados, 52 % (13) consume alcohol a veces y tiene una adecuada adherencia al tratamiento antituberculosos, mientras que el 40 % (10) nunca consume alcohol

TABLA N°8

APOYO FAMILIAR DEL PACIENTE RELACIONADO CON LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ- COREA) 2017

APOYO FAMILIAR	NO ADHERENTE		ADHERENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Con apoyo	2	8%	19	76%	21	84%
Sin apoyo	0	0%	4	16%	4	16%
TOTAL	2	8%	23	92%	25	100%

FUENTE: Datos obtenidos de la investigación.



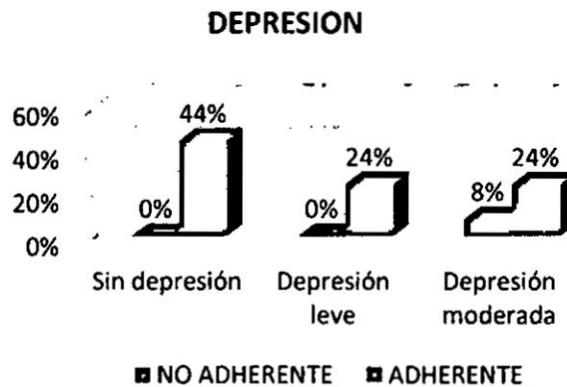
FUENTE: Datos obtenidos de la investigación.

Interpretación: Se puede observar que del 100% (25) de pacientes encuestados, 76 % (19) cuenta con apoyo familiar y tiene una adecuada adherencia al tratamiento antituberculosos, mientras que el 16 % (4) no cuenta con apoyo familiar

TABLA N°9
NIVEL DE DEPRESIÓN RELACIONADO CON LA ADHERENCIA DEL
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN
AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD
BELLAVISTA (PERÚ- COREA) 2017

DEPRESION	NO ADHERENTE		ADHERENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Sin depresión	0	0%	11	44%	11	44%
Depresión leve	0	0%	6	24%	6	24%
Depresión moderada	2	8%	6	24%	8	32%
Total	2	8%	23	92%	25	100%

FUENTE: Datos obtenidos de la investigación.



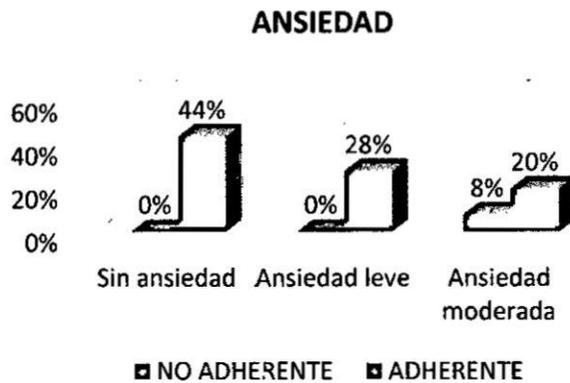
Interpretación: Se puede observar que del 100% (25) de pacientes encuestados un 44% (11) de los pacientes encuestados no presentan depresión sin embargo un 24% (6) presentan depresión moderada y son adherentes

TABLA N° 10

NIVEL DE ANSIEDAD RELACIONADO CON LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD BELLAVISTA (PERÚ- COREA) 2017

ANSIEDAD	NO ADHERENTE		ADHERENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Sin ansiedad	0	0%	11	44%	11	44%
Ansiedad leve	0	0%	7	28%	7	28%
Ansiedad moderada	2	8%	5	20%	7	28%
Total	2	8%	23	92%	25	100%

FUENTE: Datos obtenidos de la investigación.



Interpretación: Se puede observar que del 100% (25) de pacientes encuestados. Un 44 % (11) de los pacientes encuestados no presentan ansiedad y son adherentes por otra parte un 28 % (7) tienen ansiedad leve y son adherentes.

ANEXO 9

STANINOS PARA LA OBTENCIÓN DE FACTORES PSICOLÓGICOS Y

SOCIALES

Min ——— a

a+ ——— b

b+1 ——— Max

Valor mínimo = 17

Valor máximo = 27

Media = 21.68

Desviación Estándar = 2.82

$$a = x - 0.75 (S)$$

$$a = 21.68 - 0.75 * 2.82$$

$$a = 20$$

$$b = x + 0.75 (S)$$

$$b = 21.68 + 0.75 * 2.82$$

$$b = 24$$

Reemplazando valores:

17 ——— 20

21 ——— 24

25 ——— 27

ANEXO 11

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS CON CHI- CUADRADO

Problema:

¿Cuáles son los factores psicológicos y sociales relacionados a la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al programa de control de tuberculosis del Centro de Salud Bellavista (Perú- Corea) Callao, 2017?

Hipótesis de la investigación:

Las características de los factores psicológicos y sociales estarán relacionadas a la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al programa de control de tuberculosis del Centro de Salud Bellavista (Perú- Corea)

Hipótesis estadística:

Ho: No existe relación entre los factores psicológicos y sociales para la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al Programa de Control de Tuberculosis del Centro de salud Bellavista (Perú- Corea), Callao, 2017

Hi: Existe relación entre los factores psicológicos y sociales para la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al Programa de Control de Tuberculosis del Centro de salud Bellavista (Perú- Corea), Callao, 2017

Nivel de Adherencia*SocioPsico.Agrupada tabulación cruzada

Recuento

		SocioPsico.Agrupada			Total
		malo	regular	bueno	
Nivel de Adherencia	No Adherente	2	0	0	2
	Adherente	6	12	5	23
Total		8	12	5	25

- Muestra:** tipo de muestra es población muestral
- Estadística de prueba:** la estadística de prueba es:

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^l \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

- Distribución de las estadísticas de prueba:**

Si la Ho es verdadera, x^2 sigue una distribución aproximada de ji-cuadrado con $(2-1)(3-1)= 1 \times 2= 2$ (grados de libertad)

En la tabla x^2 , para $\alpha = 0.05$ y 2 grados de libertad se tiene = **5,9915**

- Regla de decisión – rechazar Ho (hipótesis nula):**

Si el valor calculado de x^2 es \geq que 5,9915

- Calculo de la estadística de prueba:** El valor x^2 se obtiene al calcular primero las frecuencias esperadas de las celdas. Al desarrollar la formula tenemos:

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^l \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Con SPSS

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,620 ^a	2	,099
Razón de verosimilitud	4,941	2	,085
Asociación lineal por lineal	3,196	1	,074
N de casos válidos	25		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,40.

Decisión estadística: Dado que $4,620 < 5,9915$, se acepta la hipótesis **H₀**.

6. Conclusión:

No existe relación entre los factores psicológicos, sociales para la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden al Programa de Control de Tuberculosis del Centro de salud Bellavista (Perú- Corea), Callao, 2017