

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



**FACTORES CONDICIONANTES Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE  
TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD  
CALLAO - 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD  
PUBLICA Y COMUNITARIA**

**AUTORES:**

**FRANCISCA JUAREZ RAMOS  
SARA CONCEPCIÓN BORDA TOMASTO  
ELIANA KATHERINE RUJEL VILLAVICENCIO**

**Callao, 2021  
PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

### MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. CHRISTIAN JESÚS SUÁREZ RODRIGUEZ    PRESIDENTE
- MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ    SECRETARIA
- DR. ARADIEL HILARIO CASTAÑEDA    VOCAL

ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TALAVERA

Nº de Libro:03

Nº de Acta: 108-2019

Fecha de Aprobación de la tesis:

11 DE OCTUBRE DEL 2019

Resolución de Sustentación: Nº 245-2018-CU

## **DEDICATORIA**

Este trabajo es dedicado a cada una de nuestras familias  
por el apoyo medular y continuo hacia nosotras.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por la guía en nuestras carreras;

A nuestra familia por el aliento invaluable;

A nuestros docentes por la asesoría constante;

A la Universidad Nacional del Callao por anidar nuestros sueños.

# ÍNDICE

<b>CUADROS DE CONTENIDO</b> .....	3
<b>TABLA DE GRÁFICOS</b> .....	4
<b>RESUMEN</b> .....	5
<b>ABSTRACT</b> .....	6
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	7
<b>I.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	8
1.1. Descripción de la realidad problemática .....	8
1.2. Formulación del problema .....	10
1.3. Objetivos .....	11
1.4. Limitantes .....	12
<b>II.MARCO TEÓRICO</b> .....	13
2.1. Antecedentes .....	13
2.2. Bases teóricas .....	18
2.3. Conceptual.....	19
2.4. Definición de términos .....	30
<b>III.HIPÓTESIS Y VARIABLES</b> .....	32
3.1. Hipótesis .....	32
3.2. Definición conceptual de variables .....	32
3.3. Operacionalización de variable .....	33
<b>IV.DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	34
4.1. Tipo y diseño de investigación .....	34
4.2. Método de investigación .....	35
4.3. Población y muestra .....	35
4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado .....	36

4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información .....	36
4.6 Análisis y procesamiento de datos.....	38
<b>V.RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
5.1. Resultados descriptivos.....	39
5.2. Resultados inferenciales .....	41
<b>VI.DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b> .....	<b>45</b>
6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis .....	45
6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares .....	49
6.3. Responsabilidad ética .....	51
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>52</b>
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>53</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>54</b>

## CUADROS DE CONTENIDO

CUADRO 5.1.....	40
Factores condicionantes al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.	
CUADRO 5.2.....	41
Adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.	
CUADRO 5.3.....	42
Relación entre los factores condicionantes y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.	
CUADRO 5.4.....	43
Factor personal y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.	
CUADRO 5.5.....	44
Factor cultural y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.	
CUADRO 5.6.....	45
Factor familiar y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.	

## TABLA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 5.1.....	40
Factores condicionantes al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.	
GRÁFICO 5.2.....	41
Adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.	
GRÁFICO 5.3.....	42
Relación entre los factores condicionantes y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.	
GRÁFICO 5.4.....	43
Factor personal y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.	
GRÁFICO 5.5.....	44
Factor cultural y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.	
GRÁFICO 5.6.....	45
Factor familiar y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.	

## RESUMEN

La posterior investigación titulada “Factores condicionantes y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019” tuvo como **objetivo** determinar la relación entre los factores condicionantes y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao,-2019, trabajó con una **muestra** de 30 pacientes con dicho diagnóstico tras usar la estadística no probabilística, para medir ambas variables de investigación se utilizó como técnica la encuesta y la observación para los factores y la adherencia al tratamiento respectivamente, los instrumentos que se utilizaron fueron un cuestionario constituido por dieciséis ítems y una guía de observación compuesta por diez ítems. Tras la aplicación de ellos se obtuvo como **resultados** que existe relación significativa entre los factores condicionantes y la adherencia al tratamiento de tuberculosis tras aplicar la prueba estadística de Pearson con un valor de 0.820 ,en cuanto a los factores encontrados en la muestra se observa que el que más prima es el factor cultural presente en el 67% de la muestra ,seguida del factor familiar presente en un 61% y finalmente el factor personal presente en el 60% de la población de estudio, encontrando una relación significativa de cada uno de ellos con la variable adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar.

**Palabras claves: Factor,adherencia,tuberculosis.**

## **ABSTRACT**

The objective of this research work entitled "Conditioning factors and adherence to the treatment of pulmonary tuberculosis in patients of the Callao-2019 Health Center" was to determine the relationship between the conditioning factors and the adherence to pulmonary tuberculosis treatment in patients of the Centro de Salud Callao-2019. Salud Callao, -2019, worked with a sample of 30 patients with this diagnosis after using non-probabilistic statistics. To measure both research variables, the survey and observation for factors and adherence to treatment, respectively, were used as a technique. which were used were a questionnaire consisting of sixteen items and an observation guide composed of ten items. After applying them, we obtained as a result that there is a significant relationship between the conditioning factors and the adherence to tuberculosis treatment after applying the Pearson statistical test with a value of 0.820, in terms of the factors found in the sample, it is observed that the that the cultural factor present in 67% of the sample is the highest, followed by the family factor present in 61% and finally the personal factor present in 60% of the study population, finding a significant relationship of each one of them with the variable adherence to the treatment of pulmonary tuberculosis.

**Keywords: Factor, adherence, tuberculosis**

## INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es considerada como un problema de gran impacto a nivel de la salud pública en el país ubicándose dentro de las diez primeras causas de muertes dentro de las enfermedades infectocontagiosas, teniendo una incidencia de más de 30000 casos por año. El presente estudio de investigación que lleva por título “Factores condicionantes y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019” tuvo como finalidad establecer la relación entre ambas variables de estudio y está delimitada por las siguientes partes:

Como primera parte se presenta al Planteamiento del problema en dónde se evidencia el alcance de la repercusión de la tuberculosis desde un nivel internacional, nacional y local, como segundo apartado se tiene al marco teórico en dónde se manifiesta las principales teorías y conceptos referentes al tema, como parte tercera se presenta la hipótesis de la investigación, siendo esta el eje central del estudio, seguido a ello se tiene al diseño metodológico en dónde se explica el tipo de investigación, población muestra y la manera de cómo se midió las variables de estudio. Posteriormente se presenta en gráficos y cuadros los resultados de la investigación para una mejor comprensión. Finalmente se presenta las conclusiones y recomendaciones del estudio.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción de la realidad problemática**

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad de tipo infectocontagiosa promovida por la bacteria *Mycobacterium Tuberculosis* la cual es transmitida mediante la inhalación de gotitas de flugge derivado del estornudo o la tos de alguien infectado que por lo general ataca a los pulmones, sin embargo, también puede comprometer cualquier otra parte del organismo. Se sigue considerando hoy por hoy un problema en el marco de la salud pública con repercusión económico y social con consecuencias nefastas en países subdesarrollados <sup>(1)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud señala que la tuberculosis es una de las diez causas de mortalidad mundial. Para el 2016 diez millones de personas formaron parte de la incidencia de esta patología y casi dos millones murieron a consecuencia de ello, siendo estas en un 95% dadas en países con medianos y bajos ingresos tales como Filipinas, Pakistán, Nigeria, Indonesia, China y Sudáfrica <sup>(2)</sup>.

El número de casos nuevos ha ido decreciendo en un 2% a nivel mundial por año, aunque se busca disminuirla de un 4 al 5% para lograr la meta del bicentenario para la Tuberculosis, puesto que está incluida como parte de los Objetivos de desarrollo sostenible para el 2030 <sup>(2)</sup>.

En América Latina para el 2015, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó que un total de 268,500 personas fueron afectados por tuberculosis, de ese número el 24,400 fallecieron, sin embargo, 50000 personas con tuberculosis no son diagnosticadas. Siendo Brasil, México, Perú y Haití países que representan el 60% de los casos. <sup>(3)</sup>

En el Perú, según el Ministerio de Salud (2016) la morbilidad de casos de tuberculosis fue de 30,954, se registraron 27,094 casos nuevos de tuberculosis, 16,676 casos nuevos de TBP FP, 1,381 casos de TB-MDR y 121 casos TB-XDR, esto debido a que son varios los usuarios que dejan la terapéutica y modifican

su estado de TBC Sensible a Multidrogo Resistente (MDR) y TBC Extremadamente Resistente (XDR). Siendo prioritariamente el sexo masculino el mayor número de tuberculosis como casos (61%) <sup>(4)</sup>.

El Perú ha logrado revertir la expansión de la tuberculosis en el país. Sin embargo, aún la batuta en **América Latina** en la incidencia de tuberculosis **multidrogorresistente (MDR)** y **extremadamente resistente (XDR)**. Estos tipos son considerados los más peligrosos de la patología en cuanto a evolución. En el año 2016, doce regiones priorizadas: Lima, Callao, Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Tacna, Ica, Moquegua, La Libertad, Lambayeque, Junín y Ancash <sup>(5)</sup>.

A nivel de Lima y la región Callao según DIRESA se notificaron el 50% (18,403) casos de tuberculosis, el 71% (981 de TB-MDR y 74% (90) TB-XDR notificados. En la Red Ventanilla se registraron el 83.89% de morbilidad, el 74.94% de incidencia, y el 39.59% de TBP BK+. En la red Bonilla La Punta, el 139.78% de morbilidad, el 108.26% de incidencia y el 61.39% de TBP BK+ y en la Red BEPECA el 97.21% de morbilidad, el 83.24% de incidencia y el 45.18% de TBP BK+ <sup>(6)</sup>.

En cuanto a estudios previos relacionados a la adherencia inadecuada del tratamiento de tuberculosis se menciona distintos factores de carácter institucional a nivel organizativo y funcional de los servicios de salud, y otros de naturaleza personal como la cultura y nivel socioeconómico del usuario <sup>(7)</sup>.

En nuestro país, la psicología clínica y de la salud define la adherencia como la capacidad y disposición para seguir lo estipulado al tratamiento en cuanto a la duración, revisión periódica, cumplimiento de pruebas y asumiendo sus deberes y derechos como usuario del programa de tuberculosis.

La importancia de la adherencia radica en que esta patología es curable y de no cumplir todo lo establecido la mortalidad aumenta, siendo la larga duración o complicación los motivos más frecuentes de abandono al tratamiento <sup>(8)</sup>.

La estrategia del control de tuberculosis está conformada por un equipo multidisciplinario encargados de promover la atención holística al usuario del programa. Asimismo, estas acciones vinculas entre ellas, tales como la terapia, entrevistas, visitas domiciliarias, trabajo con la familia y el entorno del paciente con TBC hacen que el trabajo en equipo tenga un rol orientador no sólo centrado en el aspecto farmacológico sino en el aspecto emocional del paciente como el de su entorno.

Durante nuestra experiencia en el Centro de Salud Callao, ubicado en el Jr. Canchones 294, Urb. Tarapacá en el distrito del Callao, se ha podido observar en las tarjetas de control de asistencia y los libros de registro de TBC que los pacientes tienen problemas para adherirse al tratamiento de tuberculosis puesto que tienen muchas faltas en las tarjetas de control y se les cito a los 30 pacientes con TBC a una sesión educativa de TBC y pude realizar una breve encuesta del ¿por qué tienen muchas faltas en las tarjetas de control de asistencia? o ¿qué dificultad tienen para adherirse al tratamiento de TBC?. Frente a lo expuesto surge la necesidad de

realizar la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación que existe entre los factores condicionantes y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao, 2019?

## 1.2. Formulación del problema

### 1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación que existe entre los factores condicionantes y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019?

## **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuál es la relación que existe entre el factor personal y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el factor cultural y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el factor familiar y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre los factores condicionantes y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Identificar la relación que existe entre el factor personal y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.
- Identificar la relación que existe entre el factor cultural y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.
- Identificar la relación que existe entre el factor familiar y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

## 1.4. Limitantes

### **1.4.1. Limitante teórica:**

Para la presente investigación se estudiarán las teorías relacionadas a los factores condicionantes que determinan la adherencia al tratamiento de la tuberculosis en las personas.

### **1.4.2. Limitante temporal:**

La investigación será de corte transversal ya que los instrumentos se tomarán en un momento dado.

### **1.4.3. Limitante espacial:**

Este estudio se llevará a cabo en Callao, dentro de la DIRESA y en las instalaciones del Centro de Salud Callao.

## II.MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

#### 2.1.1 Antecedentes internacionales

**PLATA CASAS Laura Inés**, en Cúcuta, Colombia, en el año 2015, realizó la investigación “**Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis-**”, con el **objetivo** de describir dichos factores en los pacientes de la Municipalidad de Villavicencio. **Metodología:** Estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal. **Resultados:** Dentro de los motivos de abandono primó los efectos adversos de las medicinas en el 58% de la muestra, seguido de la mala atención del equipo de salud en el 43%, inaccesibilidad del servicio (32%).**Conclusiones:** Tanto los factores no modificables que son propios del paciente como su género y su edad o los factores modificables como los estilos de vida condicionan el cumplimiento o abandono del tratamiento de la tuberculosis, mientras que los otros factores como los sociales o psicológicos tras una evaluación pueden predecir n futuro abandono de tratamiento <sup>(9)</sup>.

**MURCIA MONTAÑO Luz Mila**, en Bogotá Colombia, en el año 2014, realizó la investigación “**Evaluación de la adherencia al tratamiento para tuberculosis en el Departamento del Amazonas 2009-2014**”, tuvo como **objetivo:** Evaluar el el índice y el cumplimiento de la adherencia al egreso de los usuarios diagnosticados con TB pulmonar, en el Amazonas. **Metodología:** Cuantitativo, descriptivo, retrospectivo. **Resultados:** De la muestra de 249 casos el 83.5% cumplieron con el tratamiento; siendo el índice de adherencia presentado entre el 100% y el 69.4%. Los pacientes que tuvieron índices de adherencia inferiores al 80% se denominaron como cumplimiento bajo; concluyendo que el seguimiento del tratamiento y evaluación de ello son de suma importancia dentro de un programa de control para minimizar la incidencia de TB-MDR<sup>(10)</sup>.

**MONTUFAR SANDOVALIN María Delfina, NOBOA VITERI Erika Juana**, en Guayaquil, Ecuador, 2014, realizó la investigación “**Factores asociados al**

**abandono de tratamiento en pacientes nuevos con tuberculosis pulmonar BK+ en la ciudad de Guayaquil durante el año 2014”**, tuvo como **objetivo**: Determinar los factores presentes en la no adherencia de los pacientes en Guayaquil. **Método**: Estudio exploratorio, de tipo descriptivo y nivel explicativo, correlacional, se trabajó con una muestra de 115 personas que abandonaron el tratamiento. **Resultados**: Se halló que, dentro de los factores presentes en el abandono de la terapéutica de la TBC, estaban los propiamente unidos a los RAM en el 38% de los casos de abandono, los factores los sociales como el consumo de drogas (57%), consumo de alcohol (18%) y la delincuencia en el 4%. Entre los factores propios de los servicios de salud que favorecen la no adherencia se presenta la mala atención en el 66% de casos, la carencia de visitas domiciliarias en el 67%. **Conclusión**: El factor principal de servicios de salud predomina en el abandono del tratamiento <sup>(11)</sup>.

**GUTIÉRREZ OLIVA Norman Adolfo, HERNÁNDEZ AGUIRRE Juan Diego, OSORIO ALVARADO Mark Henry**, en Guatemala, en el año 2014, realizó la investigación **“Factores sociales, económicos y culturales asociados al fracaso terapéutico de la tuberculosis”**, con el **objetivo**: Determinar la distribución de los factores incorporados al fracaso terapéutico mencionado en Escuintla. **Metodología**: Descriptivo, transversal, cuantitativo, se trabajó con 32 asistentes al programa de tuberculosis. **Resultados**: Se obtuvo que el 53% presentaron abandono del tratamiento, seguido de la discontinuidad en el consumo del tratamiento con 28%, falta de cumplimiento a este en el 9% de usuarios y errores en la administración terapéutica con 9%. **Conclusión**: Las tres primeras patologías asociadas a las complicaciones de la enfermedad son pacientes inmunocomprometidos (SIDA), personas asmáticos o consumidores de tabaco como antecedentes <sup>(12)</sup>.

**MINGA YAGUANA Sonia**, Ecuador, en el año 2014, realizó un estudio con el título **“Factores que inciden en la baja captación del Sintomático Respiratorio y su influencia en el aumento de casos de Tuberculosis en el Centro de Salud Materno Infantil Francisco Jácome del Cantón Guayaquil – Ecuador, durante el segundo semestre del 2015”**, con el objetivo de verificar

si la falta de información a los sintomáticos respiratorios y el incumplimiento de las normas de captación por parte del personal de salud, influyen en la aparición de casos de tuberculosis. Se utilizó el método inductivo. La población fue constituida por el personal de salud que labora en el Centro de Salud Materno Infantil Francisco Jácome que corresponde a 58 y 389 usuarios mayores de 15 años atendidos durante el segundo semestre del 2011. La técnica fue la encuesta a una muestra representativa de profesionales, auxiliares y usuarios externos que acuden al programa. Concluyendo entre otros: Los usuarios no identifican los síntomas de la tuberculosis, sin embargo, ante la presencia de tos y flema por más de 15 días acuden a la unidad de salud, pero no son captados como sintomáticos respiratorios; los usuarios desconocen que en el centro de salud se atienden a personas con tuberculosis. El personal de salud desconoce las normas en relación a la captación de sintomáticos respiratorios y no participa en la captación de los mismos. La mayoría del personal de salud encuestado no trabaja en equipo <sup>(13)</sup>.

**MARISCAL RAMIREZ Araceli, RAMIREZ PALACIOS Claudia, FUENTES DOMINGUEZ Javier, ZENTENO CUEVAS Roberto**, en Veracruz México en el año 2017 realizaron un estudio de investigación titulado “**Conocimientos de tuberculosis pulmonar en pacientes y sus contactos**” con el **objetivo** de evaluar el conocimiento acerca de la TBC de los usuarios del programa y sus contactos, la población inicial de 69 individuos y el análisis de las entrevistas de 18 pacientes y 35 contactos el método utilizado fue descriptivo transversal observacional. **Conclusión:** La información por el usuario tiene un trasfondo curativo más que preventivo, es muy pobre en cantidad y calidad <sup>(14)</sup>.

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

**BONILLA ASALDE César Antonio**, en Lima, Perú, en el año 2016, realizó la investigación “**Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente en la región Callao años 2014-2016**”, con el **objetivo** de lograr la identificación de dichos factores, con

una **metodología** por medio de un estudio analítico de casos y controles. **Resultados:** Dentro de los factores hallados se evidenció la ausencia de conocimiento sobre la patología, no tener apoyo social, no creer en su curación, no tener un contacto seguido con el personal de salud, horarios inaccesibles del establecimiento para la toma de medicación, lo que se materializa en el abandono del tratamiento <sup>(15)</sup>.

**ARAUJO Verónica**, y otros (2015), en su investigación que llevó por nombre “**Factores biosociales asociados a la adherencia al tratamiento por tuberculosis pulmonar en dos establecimientos de salud**”, cuyo **Objetivo** fue determinar la asociación de dichos factores con la adherencia al tratamiento. **Metodología:** Estudio cuantitativo, transversal, la muestra la conformó ochenta y un pacientes con tuberculosis. **Resultados:** Se halló relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio, mientras que no se encontró relación estadísticamente significativa entre la edad, estado civil, ingresos económicos y la adherencia al tratamiento <sup>(17)</sup>.

**SUAREZ PONCE Catherine Yesela**, en Lima, Perú, en el año 2015, realizó la investigación “**Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un Centro de Salud**”, con el **objetivo** establecer la relación estadística entre ambas variables de estudio adherencia y participación. **Método:** Enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de nivel correlacional y de corte transversal. **Muestra:** Setenta usuarios. **Resultados:** El 23(46%) tiene un nivel medio de adherencia y el 27(74%) tiene presente a la familia de forma medianamente favorable. **Conclusiones:** Se halló una relación significativa entre ambas variables, lo cual remarca la participación familiar como papel medular en la adherencia al tratamiento de personas con tuberculosis <sup>(18)</sup>.

**DALENS REMIGIO Evelyn Isabel**, en Lima, Perú, en el año 2014, realizaron la investigación “**Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis Red de Salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos**”, tuvo como objetivo la identificación de factores intervinientes en

la desidia de la terapéutica del tratamiento . **Metodología:** Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo. La muestra fue de setenta pacientes con tuberculosis. Los resultados mostraron. **Conclusiones:** Los factores predominantes al abandono del tratamiento fue el ser de sexo masculino, inferior ingreso económico, uso de sustancias como cigarrillos, alcohol y drogas, el difícil acceso al establecimiento de salud y sufrir de efectos colaterales de las medicinas <sup>(19)</sup>.

**TACURI TAIPE Martha Emilia**, Lima – Perú (2014), realizó un estudio sobre la **“Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera El Agustino, 2014”**. **Objetivo:** Establecer la relación entre las dos variables, con una **metodología** de enfoque descriptivo, de nivel correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo formada por 38 pacientes, a los que se les administró tanto a encuesta y la ficha de registro respectivamente. Concluyendo entre otros: “La mayoría de los pacientes con Tuberculosis tienen un nivel medio de conocimientos sobre el tratamiento de esta enfermedad, coincidentemente el nivel de conocimientos sobre el tratamiento farmacológico, así como el conocimiento de las indicaciones de seguimiento se ubica en la mayoría de los pacientes en el nivel medio”. Asimismo, se obtuvo que “Existe relación directa entre adherencia y nivel de conocimientos de los pacientes con tuberculosis es decir que la no adherencia está presente en los pacientes que tienen nivel de conocimiento medio a bajo y quienes son adherentes al tratamiento tienen un nivel alto de conocimientos resultado obtenido mediante la prueba estadística del Ji cuadrado con un nivel de significancia del 95% de confianza y un grado de libertad” <sup>(20)</sup>.

**PINEDO CHUQUIZUTA, Cynthia**, en Lima, Perú (2015), realizó el estudio **“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”**, cuyo **objetivo** de determinar dichos factores. Metodología: Estudio aplicativo, cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La muestra estudiada

fue de 42 pacientes. Los **resultados** arrojaron que los factores propios de cada usuario está presente en todos los usuarios que dejaron el tratamiento, mientras que esos mismos factores están ausentes en los que sí han seguido la terapéutica <sup>(21)</sup>.

## 2.2. Bases teóricas

### 2.2.1 Teoría de “Dorothea Orem”

Esta teorista centró su desarrollo general basada en otras tres, tales como:

**a) Teoría del Autocuidado:** Explica cómo el autocuidado contribuye a la propia existencia del individuo.

Define además tres requisitos de autocuidado como:

**-Requisitos de autocuidado universal:** Son universales en todas las personas tan fundamentales como el aire, el descanso, el agua, interacción social o interacción humana.

**-Requisitos de autocuidado del desarrollo:** Permite promover todas las condiciones favorables para la maduración y para la vida con el fin de mitigar daños o situaciones adversas.

**-Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** Surgen de los estados de salud.

**b) Teoría del déficit de autocuidado:** Por medio de esta teoría se explica las causas de déficit puesto que el individuo con algún tipo de limitación no puede asumir el rol de velar por sí mismo, por lo que determinará su grado de dependencia.

El concepto de autocuidado fortifica y realza el rol de cada persona en el cuidado de su propia salud brindando protagonismo al sujeto <sup>(23)</sup>. A su vez esto demanda

trabajar con la motivación y generadores de cambios en las conductas de las personas, utilizando la educación como principal herramienta.

**c) Modelo de Promoción de la Salud” de Nola Pender:** Esta teoría vincula y busca en las personas factores cognitivos perceptuales que le permitan modificar sus acciones en pos de mejorar su salud. Esta teoría sigue siendo mejorada y extendida en la búsqueda de más factores que permitan la modificación de conductas sanitarias. <sup>(25)</sup>

## 2.3. Conceptual

### 2.3.1 Factores condicionantes

#### a) Definición

Son todos aquellos fenómenos que limitan o favorecen la adherencia al tratamiento de tuberculosis <sup>(26)</sup>.

#### b) Dimensiones de los factores condicionantes

A continuación, se presentan los factores condicionantes considerados en el presente estudio:

#### **Actitud del paciente**

Es la representación de las tendencias, miedos, inclinaciones, sentimientos u opiniones sobre un tema determinado <sup>(27)</sup>. Son los credos, sentimientos y tendencias enfocadas a la acción de una persona respecto a una idea, persona u objeto <sup>(28)</sup>.

Otra definición sería que la actitud viene a ser la respuesta evaluativa en relación a un objeto, que tiene consecuencias comportamentales, cognoscitivas y afectivas” (29).

“Son predisposiciones a responder en una forma más o menos emocional a ciertos objetos o ideas” (30).

Algunos factores personales que influyen en no seguir la terapéutica es que sienten mejoría y deja de tomar sus remedios, la falta de conocimiento sobre su enfermedad, las molestias por la medicación, producto de los efectos farmacológicos de los medicamentos, el temor al tratamiento, la falta de conocimiento del tratamiento y sus riesgos (31).

### **Apoyo Familiar**

Predisposición de la familia con un grado de intensidad de aceptación, indiferencia, rechazo, apoyo y preocupación, hacia el paciente con tuberculosis (32).

El apoyo familiar se expresa a través de la preocupación sobre el tratamiento del paciente, que no deje de tomar sus medicamentos, el interés de conocer el esquema de tratamiento.

### **Cultura del paciente**

La cultura del paciente, parte de un conjunto de, valores, creencias, normas, conductas e ideas con respecto al tratamiento de la tuberculosis.

El comportamiento individual del paciente elegido, libremente constituye uno de los pilares determinantes de la salud y de las diferencias entre los miembros de la comunidad (33).

## **Atención en el servicio de salud**

Comprende características inherentes a los servicios de salud como: el horario de atención, el tiempo de espera, el trato de personal de salud, los medicamentos completos, ambientes adecuados y la educación brindada al paciente. <sup>(34)</sup>.

**Ambiente inadecuado:** Todo ambiente poco ventilado, desordenado, sucio es hostil frente a la recuperación de un paciente con tuberculosis por ende se debe mantener lo más pulcro posible el entorno del usuario.

## **Mala relación con el personal de salud**

Una mala interacción usuario-personal de salud puede suscitar la mala adherencia del paciente al tratamiento, ya que la comunicación es la base de toda acción <sup>(35)</sup>.

### **2.3.2. Adherencia al tratamiento**

#### **a) Definición**

Se puede conceptualizar la adherencia como “cumplir estrictamente con las dosis específicas de los medicamentos”. En la ejecución, quiere decir que la medicación debe tomarse en el momento preciso y todo el tiempo de tratamiento <sup>(36)</sup>.

Otro autor al conceptualizar la adherencia terapéutica se refiere a “un conjunto de conductas en las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continua las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables” <sup>(37)</sup>.

Definiremos la adhesión al tratamiento como el seguimiento del usuario en cuanto al apego a las instrucciones terapéuticas que demanda, a nivel farmacológico u otras medidas generales <sup>(38)</sup>.

Por otro lado, Cáceres M. refiere que; “la adherencia a un tratamiento se define como la coincidencia entre la conducta del paciente y la orden del médico” (39).

La Organización Mundial de la Salud, define la adherencia terapéutica como: “el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo de tratamiento indicado” (40).

En contraste Haynes y Sackett la definen como “la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida, coinciden con las indicaciones dadas por los profesionales sanitarios”, por tanto, la no adherencia es el nivel en que no se lleva acabo dichas indicaciones (41).

## **b) Dimensiones de la adherencia**

- **La adherencia** índice que el usuario sigue con regularidad el tratamiento de tuberculosis, cumple con la medicación, se examinan paulatinamente y ejercen sus derechos y deberes como parte del programa de TB (42).
- **La no adherencia** es la incapacidad del usuario a continuar con el tratamiento de TB, es constante que el paciente se desanime a seguirlo y se presente complicaciones.

**A. Barreras a la adherencia:** El problema de la adherencia al tratamiento afecta a todos los agentes del sistema sanitario:

<b>Al paciente</b>	<b>Al profesional sanitario</b>	<b>Al sistema sanitario</b>	<b>Al tratamiento</b>
Desconocimiento de la enfermedad.  Dificultad para entender las pautas del médico.  Miedo a los posibles efectos adversos.  No sentir ni percibir el riesgo que representa para su salud.  Bajas expectativas de mejora.  Escasa implicación en la toma de decisiones sobre su salud.	La dificultad para adaptar el tratamiento a la realidad y necesidades del paciente.  Escaso tiempo para la persona que acude a la consulta.	La dificultad del sistema para favorecer la mayor formación.  Escasas medidas de intervención efectivas para mejorar la adherencia.	Complejidad del tratamiento: administración de varios medicamentos.  Terapias prolongadas.  Fracaso de tratamientos previos.  Cambios en la terapia prescrita <sup>(42)</sup> .

**B. Consecuencias de la falta de adherencia**

La no adherencia tiende a disminuir la actividad del medicamento, provocando mayores efectos secundarios.

- Disminuye la calidad de vida del usuario.
- No controla la patología
- Aumenta las posibilidades de recaídas.
- Puede inducir la presencia de intoxicaciones o efectos secundarios.
- Aumenta la probabilidad de mortalidad.
- Incrementa recursos sociales y sanitarios <sup>(43)</sup>.

**C. Intervenciones:** Con el fin de mejorar la efectividad en el restablecimiento de los pacientes se plantean estrategias siguientes:

ESTRATEGIAS PARA EL PACIENTE	ESTRATEGIAS PARA EL MÉDICO	ESTRATEGIAS INSTITUCIONAL
El paciente debe adoptar un sentido de cumplimiento y responsabilidad en la administración del medicamento, teniendo siempre en mente que lo que le ha recetado el médico es la base para mejorar su salud.	Ajustar el tratamiento a las necesidades del paciente y simplificarlo al máximo.	Crear las herramientas para la formación de médicos y pacientes.
El paciente debe cumplir cada una de las instrucciones escritas en su receta.	Informar al paciente correctamente y darle instrucciones claras.	Facilitar herramientas que puedan detectar la magnitud del problema y generen cambios de comportamiento en el paciente.
El paciente debe involucrar a su familia y amigos en la adherencia.	Confirmar en cada consulta que el tratamiento se sigue adecuadamente.	Fomentar una mayor participación del personal sanitario.
	Utilizar materiales didácticos.	Poner en marcha programas de ayuda/asesoramiento telefónico.
	Identificar las metas y compartirlas con el paciente.	

### 2.3.3. Tuberculosis

**A) Definición:** Según Verdejo, Laborde y Gonzales “la tuberculosis es una enfermedad infecciosa bacteriana crónica” <sup>(44)</sup>. La tuberculosis “es una enfermedad infecciosa que se transmite por vía aérea en las pequeñas gotitas producidas por un paciente con tuberculosis pulmonar al toser, estornudar o hablar que es causada por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis* que puede afectar cualquier órgano del cuerpo siendo el más comúnmente afectado el pulmón” <sup>(45)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud, define la tuberculosis como “una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a

través de gotículas generadas en el aparato respiratorio pacientes con enfermedad pulmonar activa” (46).

Según las Norma Técnica del Ministerio de Salud (Minsa), “la tuberculosis constituye una enfermedad de notificación obligatoria para todos los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos del país” (47).

## **B. Síntomas**

Calvo y Bernal (48) proponen que la sintomatología la podemos resumir como sigue:

**-Síntomas tóxicos:** Fiebre, variable de intensidad, de presentación y de evolución, anorexia, astenia, pérdida de peso y alteraciones digestivas (epigastralgias, pirosis, sensación de plenitud, etc.).

**-Síntomas funcionales:** Tos, que puede ser seca o productiva, expectoración, que puede ser escasa o abundante, de color blanquecino y aspecto purulento. En algunos pacientes la expectoración puede ser interna, no visible y pasar desapercibida debido a que los pacientes degluten el esputo: se ha dicho que el estómago es la escupidera del tuberculoso.

## **C. Diagnóstico de la tuberculosis pulmonar**

El diagnóstico de la tuberculosis pulmonar se hace a través del historial clínico, mediante las siguientes pruebas (49)

**-Radiología:** Es la prueba más utilizada por su sencillez y por su rentabilidad diagnóstica.

**-Pruebas bacteriológicas:** Se utilizan tanto el cultivo como la baciloscopia en medio de Löwestein a partir de muestras de cualquier lugar citafo en el apartado etiología.

-Pruebas de laboratorio: Son inespecíficas. Se puede encontrar leucocitosis y, a veces, leucopenia con linfopenia, VSG elevada y aumento de las globulinas alfa.

-Otras pruebas: La exploración del fondo de ojo que puede mostrar los granulomas caseificantes a nivel coroideo. La biopsia hepática y la punción-aspirado medular donde también pueden poner de manifiesto estos granulomas <sup>(27)</sup>.

#### D. Tuberculosis pulmonar

La tuberculosis pulmonar es la manera más común de la presentación de esta patología, siendo el pulmón el órgano blando por elección. Puede presentarse de forma aguda o crónica y puede ser localizado o diseminado <sup>(50)</sup>.

#### E. Mecanismos de transmisión

La bacteria de *Mycobacterium tuberculosis* se contagia de manera aérea mediante la inhalación de las gotas infecciosas encontradas en el medio ambiente, este contagio puede ser de forma directa o indirectamente puesto que es una bacteria resistente a la desecación y por ende puede estar en el polvo u objetos <sup>(51)</sup>.

Las principales puertas de entrada de por el sistema respiratorio, el tejido linfoide el intestino y la piel. <sup>(52)</sup> La vía de contagio más frecuente es la vía respiratoria, seguida de la digestiva y el cutáneo. Existen otros mecanismos de transmisión como los aerosoles altamente infecciosos <sup>(53)</sup>.

#### F. Tratamiento

El Ministerio de Salud, plantea que el tratamiento farmacológico tenga los siguientes fundamentos básicos:

- a) Terapia combinada para prevenir los bacilos resistentes.
- b) Número de tomas adecuadas y dirigidas a la prevención de recaídas.
- c) Reacciones adversas mínimas.
- d) Administración in situ de medicamentos <sup>(54)</sup>.

### **Indicación y el tiempo de inicio de tratamiento de los esquemas antituberculosis**

<b>Esquema para:</b>	<b>Indicación</b>	<b>Tiempo de inicio del tratamiento</b>
TB sensible	Médicotratante del EESS	Dentro de las 24 horas del diagnóstico de TB
TB resistente * -Estandarizado -Empírico -Individualizado	Médico consultor de Micorred/Red u hospital	Menor a 14 días desde el diagnóstico de TB resistente
TB XDR	Médico tratante de la UNET hospitalario	Menor a 14 días desde el diagnóstico de TBXDR.
Esquemas modificados	Médico consultor	Menor a 14 días desde la ocurrencia de la condición especial.

\* En casos complejos el médico consultor puede derivar al CRER/CER-DISA la decisión terapéutica y el tiempo de inicio máximo será 14 días.

**Esquema para TBC sensible**  
**Medicamentos de Primera Línea**  
**Primera Fase: 2 meses – 50 dosis**

<b>Medicamento</b>	<b>Efectos secundarios</b>
Rifampicina x 300 mg 2 cáp.	Diarrea, retorcijones del estómago, llagas en la boca o lengua, escalofríos, fiebre, mareos, dolor de cabeza, músculos, huesos y garganta, comezón, estremecimiento, salpullido o enrojecimiento de piel, orina turbia o con sangre, náuseas o vómitos, cansancio o debilidad inusual y ojos o piel amarillos
Isoniacida x 100 mg 3 tab.	Escalofríos, dolor e hinchazón de las articulaciones, náuseas, visión borrosa, dolor de ojo, fiebre, dolor de las articulaciones, adormecimiento, quemazón.
Etambutol x 400 mg 3 tab.	Torpeza o inestabilidad, orina oscura, pérdida del apetito, náuseas o vómitos, adormecimiento, quemazón o dolor en las manos o pies, cansancio o debilidad inusual, ojos o piel amarillas, disneas, dolor de estómago.
Pirazinamida x 500 mg 3 tab.	Dolor en las articulaciones grandes y pequeñas, pérdida del apetito, dolor e hinchazón de las articulaciones, piel tensa y caliente sobre las articulaciones, cansancio o debilidad inusual, piel amarillenta, salpullido, cosquilleo.

## Segunda Fase: 4 meses – 54 dosis

Rifampicina x 300 mg. 2 cáp.

Fármaco	Actividad contraste	Absorción	Metabolismo	Excreción
Rifampicina (R)*	Bactericida	Absorción retardada por alimentos	Hepático	Mayor parte en heces 20-30% por riñón.
Isoniazida (H)*	Altamente bactericida	Mejor absorción en ayunas	Hepático	Renal
Hiniznamida (Z)*	Bactericida	Efecto de alimentos en disponibilidad en mínimo	Hepático	70% por riñón
Etambutol (E)*	Bacteriostático (bactericida a altas dosis)	Efecto de alimentos en biodisponibilidad en mínimo	Renal y hepático	80% por riñón.

Isoniacida x 100 mg. 6 tab.

## Esquema para TBC resistente

Medicamento	Efectos secundarios
Ácido para-amino salicílico PAS gránulos 4 gr. Sachet	Es un agente bacteriostático. Es mejor tolerado con jugos cítricos. Síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos, dolor abdominal), hipotiroidismo, síndrome de mala absorción.
Aminoglucosidos amikacina, kanamicida y capreomicina inyectable	Es un amino glucósido bactericida, dolor en el sitio de inyección, hipokalemia, hipomagnesemia, nefrotoxicidad, ototoxicidad vestibular y coclear, parestesias.
Cicloserina tab x 250 mg.	Antibiótico en contra la bacteria mycobacterium tuberculosis, pulmonar y extra pulmonar. Reacciones adversas: cefalea, insomnio, cambio de conducta, irritabilidad, ansiedad, depresión, psicosis, convulsiones, vértigo.
Amoxicilina 300 mg más ac. Clavulanico tabletas recubiertas	Indicado para el tratamiento de infecciones agudas y crónicas de las vías respiratorias superiores e inferiores.

**-Tratamiento complementario** : Asimismo, el Ministerio de Salud propone un tratamiento complementario para el paciente con tuberculosis consiste en:

**a) Nutrición:** Esta debe procurar el mayor aporte de proteínas en los pacientes para tener un peso adecuado y significativo por lo que la evaluación de masa corporal es medida de forma continua <sup>(55)</sup>.

**b) Cirugía:** Este aspecto se da como alternativa a pacientes con lesiones localizadas y que tienen riesgo de fracaso terapéutico.

**c) Corticoides:** Indicado para usuarios TB pleural, intestinal, peritoneal, pericárdica o meníngea.

**d) Reposo físico:** Este aspecto es recomendado al menos durante la primera fase del tratamiento de forma parcial o total de acuerdo al criterio médico.

**e) Terapia psicológica y social:** Ello es fundamental debido a que hay una gran presencia de casos de depresión a la hora de manejar el tratamiento con el paciente, asimismo la salud mental puede verse afectada a lo largo de la salud mental del paciente.

**f) Prevención:** La Organización Mundial de la Salud <sup>(56)</sup> plantea estrategias y normas para no incrementar los casos de esa enfermedad tanto en los profesionales de la salud como en los pacientes internados en los nosocomios con otras patologías. Dichas normas deben ser aplicadas en tres niveles:

-Medidas de control administrativo

-Medidas de control ambiental

-Medidas de prevención personal.

#### 2.4. Definición de términos

- **Adherencia:** Grado de cumplimiento al tratamiento de tuberculosis.

- **Factores condicionantes:** Son fenómenos o aspectos que se encuentran presentes favoreciendo o limitando la adherencia o cumplimiento del tratamiento de tuberculosis.
- **Tuberculosis pulmonar:** Patología pulmonar de tipo infectocontagiosa causada por la bacteria llamada bacilo de Koch.

### III.HIPÓTESIS Y VARIABLES

#### 3.1. Hipótesis

##### 3.1.1. Hipótesis general

Hi=Existe relación significativa entre los factores condicionantes y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

##### 3.1.2. Hipótesis específicas

H1=Existe relación significativa entre el factor personal y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

H2=Existe relación significativa entre el factor cultural y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

H3=Existe relación significativa entre el factor familiar y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

#### 3.2. Definición conceptual de variables

##### **Variable 1:** Factores

Son fenómenos o aspectos que se encuentran presentes favoreciendo o limitando la adherencia o cumplimiento del tratamiento de tuberculosis.

##### **Variable 2:** Adherencia al tratamiento

Es el nivel de cumplimiento del usuario del programa de tuberculosis para la toma de medicamentos antituberculosos según esquema de tratamiento.

### 3.3. Operacionalización de variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	VALOR
<b>Variable 1</b>  Factores condicionantes al tratamiento de tuberculosis pulmonar	Son hechos o fenómenos presentes que favorecen o limitan el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso del paciente.	Factor personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud</li> <li>• Reacciones adversas.</li> <li>• Temor</li> </ul>	Nominal Nominal Nominal	Presente Ausente
		Factor cultural	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento</li> <li>• Costumbre</li> </ul>	Nominal Nominal	
		Factor familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento familiar</li> <li>• Apoyo familiar.</li> <li>• Rechazo Familiar.</li> </ul>	Nominal Nominal Nominal	
<b>Variable 2</b>  Adherencia al tratamiento	Es el grado de cumplimiento del paciente en la toma de medicamentos antituberculosos según esquema de tratamiento.	Adherencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento de tratamiento</li> <li>• Cumplimiento de indicaciones médicas</li> <li>• Continuidad de tratamiento</li> </ul>	Nominal Nominal Nominal	Adecuada Inadecuada
		No adherencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No cumple con el tratamiento.</li> <li>• No cumple las indicaciones médicas</li> <li>• No tiene continuidad en el tratamiento.</li> </ul>	Nominal Nominal Nominal	

## IV.DISEÑO METODOLÓGICO

### 4.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación fue de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, correlacional.

Fue de enfoque cuantitativo, ya que permitió la medición y cuantificación de las variables en estudio.

Fue de tipo descriptivo, puesto que estuvo orientado a describir la realidad tal y como es, porque describió una situación real, en este caso la presencia de los factores condicionantes al tratamiento de la tuberculosis pulmonar y la adherencia al tratamiento. <sup>(66)</sup>

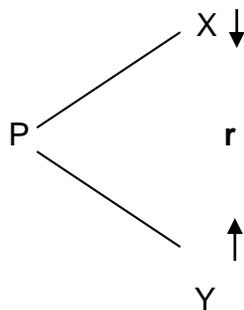
Fue de nivel correlacional porque se analizaron la relación de las dos variables.

El estudio tuvo un diseño no experimental, de corte transversal, con dos variables de estudio.

### Diseño de la investigación

Delimitó un diseño no experimental, ya que no hubo manipulación deliberadamente de variables. <sup>(67)</sup>. Finalmente fue de corte transversal, porque se recolectaron los datos en un tiempo único y momento dado. <sup>(67)</sup>.

El esquema del diseño fue el siguiente:



Dónde:

**P:** Población

**X: V<sub>1</sub>:** Factores condicionantes al tratamiento de la tuberculosis pulmonar

**r:** Posible relación entre V<sub>1</sub> y V<sub>2</sub>

**Y: V<sub>2</sub>:** Nivel de adherencia al tratamiento

#### 4.2. Método de investigación

No experimental

#### 4.3. Población y muestra

##### **Población**

La población en el presente trabajo estuvo constituida por treinta usuarios con patología de tuberculosis pulmonar que asisten al Centro de salud Callao.

##### **Criterios de inclusión**

- Pacientes con diagnóstico de TBC que deseen participar libremente en la investigación.
- Pacientes con diagnóstico de TBC pulmonar mayores de 18 años.

##### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con diagnóstico de TBC que no deseen participar libremente en la investigación.
- Pacientes con diagnóstico de TBC pulmonar menores de 18 años.

**Muestra:** Para fines de obtener la muestra se utilizó la estadística no probabilística, teniendo en cuenta el criterio por conveniencia, por lo que se optó trabajar con toda la población de pacientes conformado por treinta personas.

#### 4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado

Centro de salud Callao, perteneciente a la Microred Santa fe –DIRESA CALLAO.

#### 4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

Para medir las variables de estudio las autoras de la investigación presente se desarrollaron dos instrumentos y dos técnicas las cuales pasamos a describir.

##### **VARIABLE: Factores condicionantes**

Para esta variable la técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento fue un cuestionario conformado por dieciséis ítems, de los cuales los primeros cinco permitieron medir cada uno de los factores personales, del ítem seis al ítem once midió el factor cultural y finalmente del ítem doce al dieciséis midió el factor familiar.

Para poder evaluarlo se tuvo en cuenta lo dicho por Fernández (2015), en dónde clasifica a los factores como ausentes o presentes en la ocurrencia de un acontecimiento. Para fines de este trabajo se catalogó los puntajes de la forma siguiente:

##### **Factores condicionantes**

Ausentes:0-8 puntos

Presentes:9 -16 puntos

##### **Factor personal**

Ausente:0-2puntos

Presente:3-5 puntos

##### **Factor cultural**

Ausente:0-3 puntos

Presente:4-5 puntos

### **Factor familiar**

Ausente:0-2 puntos

Presente:3-5 puntos

### **Validez y confiabilidad**

Para medir la validez del instrumento correspondiente a la variable factores condicionantes se llevó a cabo un juicio de expertos compuesto por ocho especialistas entre médicos, enfermeros, nutricionista, psicólogo y estadísticos, quienes conocedores del tema corroboraron el instrumento. Tras las pruebas binomiales se obtuvo una significancia de 0.023. Asimismo, tras ejecutar una prueba piloto en 10 pacientes con las mismas características en el C.S Acapulco se obtuvo tras la prueba KR20 un valor de 0.85 haciendo confiable y consistente este instrumento.

### **VARIABLE: Adherencia al tratamiento de la tuberculosis pulmonar**

Para poder medir esta variable la técnica fue la observación y el instrumento una guía de observación documental, centrada en la tarjeta de tratamiento de cada paciente.

La guía de observación para medir la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar estuvo constituida por 10 preguntas de tipo dicotómicas (Si, no).

### **Valoración:**

Adherencia = 0-5 puntos

No Adherencia =6-10 puntos

### **Validez y confiabilidad**

Para medir la validez del instrumento encargado de medir la variable adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar también se llevó a cabo el juicio de expertos de conocedores del tema y tras la prueba binomial se obtuvo un valor de 0.016, haciendo que la guía sea significativa. Posteriormente la confiabilidad del

instrumento fue obtenida tras la prueba piloto en 10 pacientes con las mismas características en el C.S Acapulco de la cual mediante la prueba KR20 con valor 0.82 se demostró que fue confiable .

#### 4.6 Análisis y procesamiento de datos.

Para la recolección de datos, se solicitó de forma oficial al jefe del Centro de Salud Callao, el acceso al establecimiento de salud, revisión de historias clínicas y trabajo con los pacientes a través de instrumentos aplicados en el centro mencionado, explicándole el objetivo de la investigación.

Se coordinó con la Jefa de Enfermeras del Programa de tuberculosis del centro de salud para encuestar a los pacientes que llevan tratamiento y que cumplan con los criterios de inclusión. Manifestando el principio de confidencialidad.

Para la ejecución del procesamiento de datos se realizó las siguientes fases:

- Codificación de los datos para las respuestas de opción múltiple
- Llenado de la matriz de datos en el programa Excel 2016 y etiquetas en el paquete estadístico SPSS Versión 25 para Windows.
- Para una mejor interpretación de datos, estos fueron presentados en tablas y gráficos.
- Para comprobar la hipótesis se utilizó el estadístico coeficiente de Pearson.

## V.RESULTADOS

### 5.1. Resultados descriptivos

CUADRO 5.1

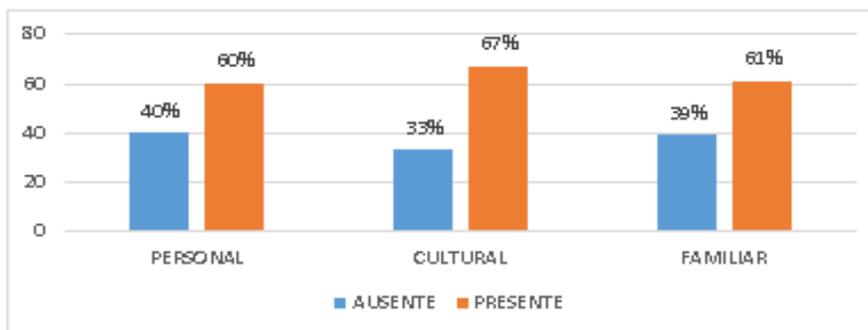
Factores condicionantes al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

FACTORES CONDICIONANTES	AUSENTE		PRESENTE	
	N	%	N	%
PERSONAL	12	40	18	60
CULTURAL	10	33	20	67
FAMILIAR	12	39	18	61

*Fuente: Encuesta tomada a pacientes del C.S Callao*

GRÁFICO 5.1

Factores condicionantes al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.



*Fuente: Encuesta tomada a pacientes del C.S Callao*

**Análisis e interpretación de datos:** En ambas figuras se puede observar que el factor condicionante que más se encuentra presente en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar es el cultural en un 67% de la muestra, seguido del familiar con un 61% y por último el personal presente en el 60% de los pacientes con tuberculosis, enfatizando así que la cultura es prioridad dentro del tratamiento.

CUADRO 5.2.

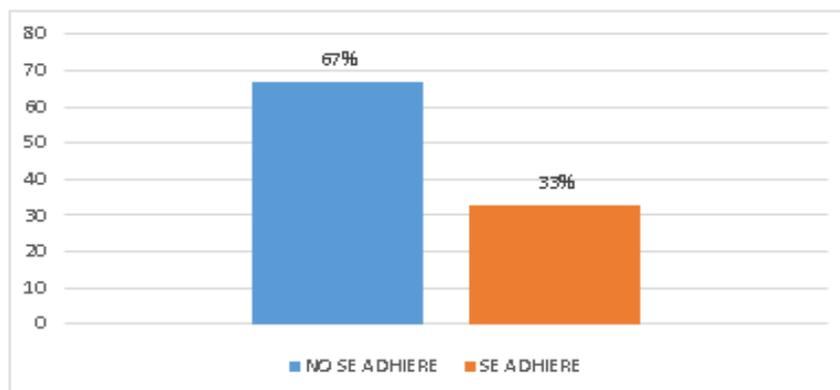
Adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA TBC PULMONAR	N	%
NO SE ADHIERE	20	67
SE ADHIERE	10	33
TOTAL	30	100

*Fuente: Encuesta tomada a pacientes del C.S Callao*

GRÁFICO 5.2

Adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.



*Fuente: Encuesta tomada a pacientes del C.S Callao*

**Análisis e interpretación de datos:** En ambas figuras se puede observar que del total de pacientes con tuberculosis pulmonar del centro de salud callao, el 67% no se adhiere al tratamiento, es decir no acude a tiempo a tomar sus medicamentos, no cumplen las indicaciones del profesional de salud y no sigue con sus exámenes, mientras que sólo el 33% si lo hace.

## 5.2. Resultados inferenciales

CUADRO 5.3

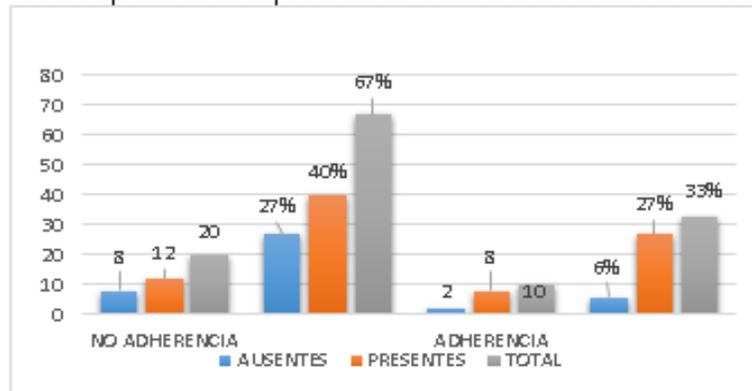
Relación entre los factores condicionantes y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

FACTORES CONDICIONANTES	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO				TOTAL	
	NO ADHERENCIA		ADHERENCIA			
	N	%	N	%	N	%
AUSENTES	8	27	2	6	10	33
PRESENTES	12	40	8	27	20	67
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>67</b>	<b>10</b>	<b>33</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta tomada a pacientes del C.S Callao

GRÁFICO 5.3.

Relación entre los factores condicionantes y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.



Fuente: Encuesta tomada a pacientes del C.S Callao

**Análisis e interpretación de datos:** En las figuras se puede observar que del total de muestra en los que los factores condicionantes se encuentra presente el 40% de pacientes no se adhieren al tratamiento, es decir pese a tener factores como el personal, familiar y cultural no determina seguir el tratamiento de forma adecuada. Por otro lado, de los pacientes en el que estos factores están ausentes solo el 6% se adhiere al tratamiento de la tuberculosis pulmonar mientras que el 27% no lo hace.

CUADRO 5.4

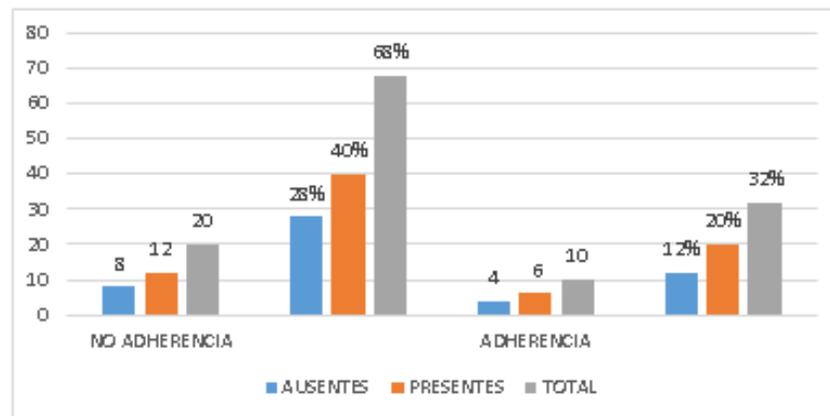
Factor personal y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

FACTOR PERSONAL	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO				TOTAL	
	NO ADHERENCIA		ADHERENCIA			
	N	%	N	%	N	%
AUSENTES	8	28	4	12	12	40
PRESENTES	12	40	6	20	18	60
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>68</b>	<b>10</b>	<b>32</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta tomada a pacientes del C.S Callao

GRÁFICO 5.4

Factor personal y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.



Fuente: Encuesta tomada a pacientes del C.S Callao

**Análisis e interpretación de datos:** Se puede observar que el factor personal se encuentra presente en el 60% de la muestra de estudio y de ese grupo sólo el 6% se adhiere al tratamiento mientras que el 40% de pacientes no se adhiere. Por otro lado, del 40% de pacientes que tienen ausente el factor personal sólo el 12% se adhiere al tratamiento y el 28% no lo hace.

CUADRO 5.5

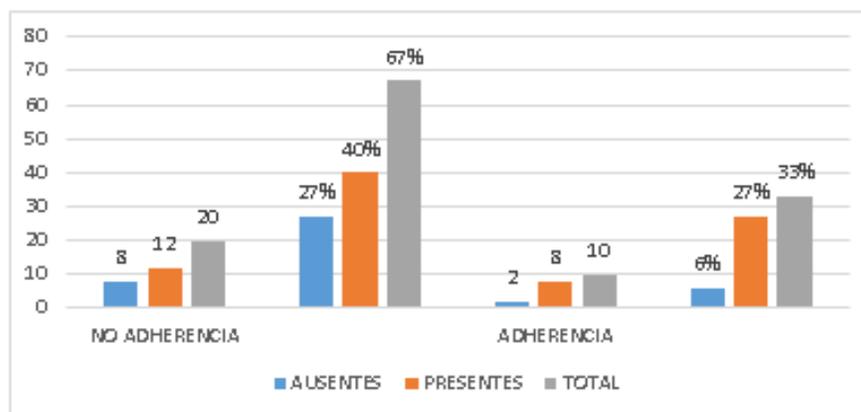
Factor cultural y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

FACTOR CULTURAL	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO				TOTAL	
	NO ADHERENCIA		ADHERENCIA			
	N	%	N	%	N	%
AUSENTES	8	27	2	6	10	33
PRESENTES	12	40	8	27	20	67
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>67</b>	<b>10</b>	<b>33</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta tomada a pacientes del C.S Callao

GRÁFICO 5.5.

Factor cultural y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.



Fuente: Encuesta tomada a pacientes del C.S Callao

**Análisis e interpretación de datos:** De las figuras se evidencia que el factor cultural prevalece en el 67% de los pacientes del centro de salud Callao, y de ese grupo sólo el 27% se adhiere al tratamiento mientras que el 40% no lo hace. En cuanto al porcentaje de quienes presentaron el factor cultural ausente (33%), sólo el 6% sigue con el tratamiento y el 27% de ellos no lo hace.

CUADRO 5.6.

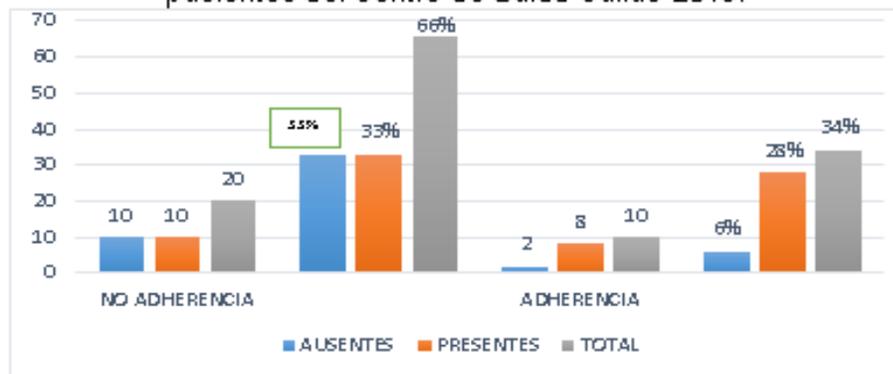
Factor familiar y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

FACTOR FAMILIAR	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO				TOTAL	
	NO ADHERENCIA		ADHERENCIA			
	N	%	N	%	N	%
AUSENTES	10	33	2	6	12	39
PRESENTES	10	33	8	28	18	61
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>66</b>	<b>10</b>	<b>34</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta tomada a pacientes del C.S Callao

GRÁFICO 5.6

Factor familiar y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.



Fuente: Encuesta tomada a pacientes del C.S Callao

**Análisis e interpretación de datos:** En cuanto al factor familiar este se encuentra presente en el 61% de la muestra y pese a ello se evidencia que el 33% de pacientes no se adhiere al tratamiento, mientras que el 28% si lo hace. Asimismo, del 39% de la muestra quienes no presentan el factor familiar se tiene a un 33% que no cumple con el tratamiento y un 6% que si lo hace.

## VI.DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### 6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con resultados

#### PRUEBA DE HIPÓTESIS GENERAL

##### 1)PASO 1: Formulación de hipótesis general

Hi=Existe relación significativa entre los factores condicionantes y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

H0=No existe relación significativa entre los factores condicionantes y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

##### 2)PASO 2: Estadística de prueba

Se utilizará la prueba estadística de Pearson de acuerdo a la naturaleza de las variables.

Correlaciones

		FACTORES	ADHERENCIA
FACTORES	Correlación de Pearson	1	,820
	Sig. (bilateral)		,289
	N	30	30
ADHERENCIA	Correlación de Pearson	,820	1
	Sig. (bilateral)	,289	
	N	30	30

##### 3)PASO3: Regla de decisión

La correlación de Pearson varía entre -1 y +1, en este caso el valor es de 0.820.

##### 4)PASO 4: Decisión

Debido a que el valor obtenido se encuentra entre el rango de la correlación de Pearson se rechaza la hipótesis nula, por lo que se acepta la hipótesis de investigación.

### 5)PASO 5: Conclusión

Existe relación significativa entre los factores condicionantes y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

### PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

#### Primera hipótesis específica

#### 1)PASO 1: Formulación de hipótesis específica

H1=Existe relación significativa entre el factor personal y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

H0=No existe relación significativa entre el factor personal y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

#### 2)PASO 2: Estadística de prueba

Se utilizará la prueba estadística de Pearson de acuerdo a la naturaleza de las variables.

	Personal	Adherencia
Personal		
Correlación de Pearson	1	,720
Sig. (bilateral)		1,000
N	30	30
Adherencia		
Correlación de Pearson	,720	1
Sig. (bilateral)	1,000	
N	30	30

#### 3)PASO3: Regla de decisión

La correlación de Pearson varía entre -1 y +1, en este caso el valor es de 0.720.

#### 4)PASO 4: Decisión

Debido a que el valor obtenido se encuentra entre el rango de la correlación de Pearson se rechaza la hipótesis nula, por lo que se acepta la hipótesis de investigación.

### 5)PASO 5: Conclusión

Existe relación significativa entre el factor personal y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

### Segunda hipótesis específica

#### 1)PASO 1: Formulación de hipótesis específica

H2=Existe relación significativa entre el factor cultural y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

H0=No existe relación significativa entre el factor cultural y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

#### 2)PASO 2: Estadística de prueba

Se utilizará la prueba estadística de Pearson de acuerdo a la naturaleza de las variables.

		CULTURAL	ADHERENCIA
CULTURAL	Correlación de Pearson	1	,830
	Sig. (bilateral)		,289
	N	30	30
ADHERENCIA	Correlación de Pearson	,830	1
	Sig. (bilateral)	,289	
	N	30	30

#### 3)PASO3: Regla de decisión

La correlación de Pearson varía entre -1 y +1, en este caso el valor es de 0.830.

#### 4)PASO 4: Decisión

Debido a que el valor obtenido se encuentra entre el rango de la correlación de Pearson se rechaza la hipótesis nula, por lo que se acepta la hipótesis de investigación.

#### 5)PASO 5: Conclusión

Existe relación significativa entre el factor cultural y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

### **Tercera hipótesis específica**

#### **1)PASO 1: Formulación de hipótesis general**

H3=Existe relación significativa entre el factor familiar y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

H0=No existe relación significativa entre el factor familiar y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

#### **2)PASO 2: Estadística de prueba**

Se utilizará la prueba estadística de Pearson de acuerdo a la naturaleza de las variables.

		Familiar	Adherencia
Familiar	Correlación de Pearson	1	,889
	Sig. (bilateral)		,122
	N	30	30
Adherencia	Correlación de Pearson	,889	1
	Sig. (bilateral)	,122	
	N	30	30

#### **3)PASO3: Regla de decisión**

La correlación de Pearson varía entre -1 y +1, en este caso el valor es de 0.889.

#### **4)PASO 4: Decisión**

Debido a que el valor obtenido se encuentra entre el rango de la correlación de Pearson se rechaza la hipótesis nula, por lo que se acepta la hipótesis de investigación.

#### **5)PASO 5: Conclusión**

Existe relación significativa entre el factor familiar y la adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes del Centro de Salud Callao-2019.

## 6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares

La tuberculosis entendida como un problema de gran impacto en la población cada vez más ha ido ganando territorio y apagando vidas, puesto que tienen un mecanismo de contagio bastante fácil sino se tiene las previsiones del caso,

Este estudio de investigación tras aplicar los instrumentos encontró en cuanto a la adherencia de los pacientes con tuberculosis pulmonar del centro de salud callao, que el 67% no se adhiere al tratamiento, mientras que sólo el 33% si lo hace, resultado que difiere por lo encontrado por MURCIA MONTAÑO ,Luzmila, en Bogotá ,Colombia en su trabajo de investigación denominado “Evaluación de la adherencia al tratamiento para tuberculosis en el Departamento del Amazonas 2009-2014”,quién halló en una muestra de 249 casos que el 83.5% fueron adherentes al tratamiento. Sin embargo, coincide con lo hallado por SUAREZ PONCE Catherine Yesela, en Lima, Perú, en el año 2015, en su estudio titulado “Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un Centro de Salud”, pues halló que el 74% de una muestra de 70 personas no se adhiere al tratamiento, siendo la familia el factor fundamental que más peso e influencia tiene en ello. Este último factor quedó de manifiesto en segundo lugar con nuestros resultados puesto que el factor condicionante que más se encontró presente en la adherencia el tratamiento de la tuberculosis pulmonar fue el cultural en un 67% de la muestra, seguido del familiar que se encuentra presente en el 61% de la muestra y pese a ello se evidencia que el 33% de pacientes no se adhiere al tratamiento, mientras que el 28% si lo hace. Asimismo, del 39% de la muestra quienes no presentan el factor familiar se tiene a un 33% que no cumple con el tratamiento y un 6% que si lo hace, lo cual indica que cuentan con una parcial participación de la familia y que de esta manera podrán hacer frente a la necesidad de cuidado y afrontar la crisis de la enfermedad, esto podría mejorar si se incorpora a la familia como el agente de autocuidado, al

momento de relacionar se obtuvo un valor de 0.889 con el estadístico  $r$  de Pearson, considerando una relación significativa.

En cuanto al factor personal, este se encontró presente en el 60% de la muestra de estudio y de ese grupo sólo el 6% se adhiere al tratamiento mientras que el 40% de pacientes no lo hace. Por otro lado, del 40% de pacientes que tuvo ausente el factor personal sólo el 12% se adhirió al tratamiento y el 28% no lo hizo. Al comprobar la hipótesis entre el factor personal y su relación con la adherencia al tratamiento de la tuberculosis, se encontró una relación significativa  $r=0.720$ , coincidiendo lo establecido por DALENS REMIGIO Evelyn Isabel, en Lima, en su investigación “Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis Red de Salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos”, quien halló que dentro de los factores personales que influyen en la continuidad del tratamiento de tuberculosis destacaron el pertenecer al sexo masculino, bajo ingreso económico, consumo de alcohol, cigarrillos y drogas, la necesidad de utilizar transporte para llegar al establecimiento de salud y presentar efectos secundarios a los medicamentos <sup>(19)</sup>.

Tras nuestro estudio se evidencia que el factor cultural prevalece en el 67% de los pacientes del centro de salud Callao, y de ese grupo sólo el 27% se adhiere al tratamiento mientras que el 40% no lo hace. En cuanto al porcentaje de quienes presentaron el factor cultural ausente (33%), sólo el 6% sigue con el tratamiento y el 27% de ellos no lo hace. Dentro de este factor prima mucho los conocimientos, costumbres y creencias que se tiene sobre la enfermedad, lo que coincide con lo hallado por TACURI TAIPE Martha Emilia, Lima – Perú, en el año 2014, en su estudio sobre la “Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera El Agustino, 2014”, en donde la mayoría de los pacientes con Tuberculosis tienen un nivel medio de conocimientos sobre el tratamiento de esta enfermedad, coincidentemente el nivel de conocimientos sobre el tratamiento farmacológico, así como el conocimiento de las indicaciones de seguimiento se ubica en la mayoría de los pacientes en el nivel medio” y pese a que estos se hallan presentes el nivel de

no adherencia es elevado. En la relación estadística se halló una significancia alta con una prueba de Pearson de 0.830 .Ante esto nos hace llegar a la reflexión de trabajar como educadoras de salud para así poder mejorar la conceptualización de esta enfermedad desde un punto de vista preventivo y enfocado a la rehabilitación de cada uno de los pacientes para una evidente mejora en la calidad de vida.

### 6.3. Responsabilidad ética

Para salvaguardar la ética en la investigación todos los participantes han sido informados de forma clara y precisa para poder trabajar de forma voluntaria y ser parte del presente estudio de investigación mediante el consentimiento informado.

## CONCLUSIONES

- 1) Existe relación significativa entre los factores condicionantes y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis pulmonar en pacientes del centro de salud Callao, con un valor de  $r\text{-Pearson} = 0.820$ , el cual indica una relación alta.
- 2) El factor personal se encuentra presente en el 60% de la muestra de estudio y de ese grupo sólo el 6% se adhiere al tratamiento mientras que el 40% de pacientes no se adhiere. Por otro lado, del 40% de pacientes que tienen ausente el factor personal sólo el 12% se adhiere al tratamiento y el 28% no lo hace, teniendo una relación significativa de con  $r\text{-Pearson} = 0.720$  entre este factor y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis pulmonar.
- 3) El factor cultural prevalece presente en el 67% de los pacientes del centro de salud Callao y ausente en el 33% de ellos, del primer grupo sólo el 27% se adhiere al tratamiento mientras que el 40% no lo hace. Y de quienes tienen ausente este factor sólo el 6% sigue con el tratamiento y el 27% de ellos no lo hace, teniendo una relación significativa con un valor de  $r = 0.830$ , entre este factor y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis pulmonar.
- 4) El factor familiar se encuentra presente en el 61% de la muestra y ausente en el 39%, teniendo una relación de tipo significativa con un valor de  $r = 0.889$  entre dicho factor y la adherencia al tratamiento

## RECOMENDACIONES

- 1) Se sugiere a los encargados del Programa de control de tuberculosis del Centro de salud Callao, reforzar mediante talleres el factor personal contemplando mejoras en la actitud, la disminución de temor y el afrontamiento hacia la enfermedad en cada uno de los pacientes pertenecientes al programa.
- 2) Se recomienda promover la participación activa de familiares de los usuarios del programa de control de tuberculosis del C.S Callao en el tratamiento desde el inicio hasta el final, logrando índices de involucramiento favorables y así promover el apoyo constante mediante el mantenimiento del vínculo persona-servicio de salud.
- 3) En cuanto al factor cultural básicamente centrado en conocimientos y costumbres se sugiere a los responsables del programa de control de tuberculosis del centro de salud Callao, implantar sesiones educativas para mejorar los niveles de conocimiento sobre la prevención, tratamiento y cura de la tuberculosis, para así combatir con los mitos y/o falsas creencias que pueda tener la comunidad de trabajo.
- 4) Se recomienda al Programa de control de tuberculosis del Centro de salud Callao seguir investigando sobre los demás factores condicionantes en la adherencia al tratamiento de la tuberculosis pulmonar con la finalidad de mejorar las tasas de adherencia en los usuarios y lograr elevar el porcentaje de recuperación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Promoción sanitaria y acción comunal en pro de la salud en Países en vías de desarrollo. Ginebra 1998.
2. OMS. Tuberculosis. Nota de Prensa. Ginebra, 2017. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
3. OPS. Día Mundial de la Tuberculosis. 24 de marzo de 2017. Disponible en [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12932%3Adia-mundial-de-la-tuberculosis&catid=8887%3Awtbd&Itemid=42255&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12932%3Adia-mundial-de-la-tuberculosis&catid=8887%3Awtbd&Itemid=42255&lang=es)
4. Ministerio de Salud. Situación de la tuberculosis en el Perú y política nacional para su control. 2014.
5. Ministerio de Salud. Análisis de la Situación Epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú. Dirección General de Epidemiología, Lima, Perú, 2016. Disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3446.pdf>
6. DIRESA CALLAO. Tuberculosis. Boletín Epidemiológico Callao S.E. 11, 2015. Disponible en <http://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/documentos/boletin/epidemiologia/FILE0002332015.pdf>
7. CEDES. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis: revisión de la literatura, 2011. Área Salud, Economía y Sociedad. Disponible en <http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/RE/2011/9560.pdf>
8. MARISCAL Araceli, RAMÍREZ Claudia, FUENTES Javier, ZENTENO Roberto. En Veracruz México en el año 2007 realizaron un estudio de investigación titulado "conocimientos de tuberculosis pulmonar en pacientes y sus contactos"
9. PLATA CASAS Laura Inés. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis. Cúcuta, Colombia. Revista Ciencia y Cuidado, 12 (2), 2015.
10. MURCIA MONTAÑO Luz Mila. Evaluación de la adherencia al tratamiento para tuberculosis en el Departamento del Amazonas 2009-2012. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia, 2014.

11. MONTUFAR SANDOVALIN María Delfina, NOBOA VITERI Erika Juana. Factores asociados al abandono de tratamiento en pacientes nuevos con tuberculosis pulmonar BK+ en la ciudad de Guayaquil durante el año 2012. Tesis de Licenciada en Enfermería. Universidad de Guayaquil, Ecuador, 2013.
12. GUTIÉRREZ OLIVA Norman Adolfo, HERNÁNDEZ AGUIRRE Juan Diego, OSORIO ALVARADO Mark Henry. Factores sociales, económicos y culturales asociados al fracaso terapéutico de la tuberculosis. Tesis de grado. Universidad de San Carlos de Guatemala, 2013.
13. MINGA YAGUANA Sonia. Factores que inciden en la baja captación del Sintomático Respiratorio y su influencia en el aumento de casos de Tuberculosis en el Centro de Salud Materno Infantil Francisco Jácome del Cantón Guayaquil – Ecuador, durante el segundo semestre del 2011". Ecuador, 2011.
14. MARISCAL RAMIREZ Araceli, RAMIREZ PALACIOS Claudia, FUENTES DOMINGUEZ Javier, ZENTENO CUEVAS Roberto. Conocimientos de tuberculosis pulmonar en pacientes y sus contactos. Veracruz México, 2007.
15. BONILLA ASALDE César Antonio. Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente en la región Callao años 2010-2012. Tesis de maestría en Salud Pública. Universidad Peruana Unión, Lima, Perú, 2016.
16. CARRANZA MANRIQUE Elizabeth Rossana, IBÁÑEZ SÁNCHEZ Liliana. Efectividad del soporte familiar para incrementar la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis. Tesis de Especialista en Salud Familiar y Comunitaria. Universidad Norbert Wiener, Lima, Perú, 2016.
17. ARAUJO RUIZ Verónica, ARÉVALO ARÉVALO Silvia, TORRES AHUANARI Rosa Milagros. Factores biosociales asociados a la adherencia al tratamiento por tuberculosis pulmonar en dos establecimientos de salud. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos, Perú, 2015.
18. SUAREZ PONCE Catherine Yesela. Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un Centro de

- Salud. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú, 2015.
19. DALENS REMIGIO Evelyn Isabel. Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis Red de Salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos. Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú, 2012.
  20. TACURI TAIPE Martha Emilia. Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera El Agustino, 2009".
  21. PINEDO CHUQUIZUTA, Cynthia, en Lima, Perú, en el año 2008, realizó el estudio "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"
  22. WHITAKER, James. Psicología. 4ta Edic., Edit. Interamericana. México. 1990.
  23. VERDEJO G. LABORDE C., GONZALES M. Tuberculosis: Cuadernillo Técnico N°3; 2007.
  24. BAFFIGO V. Prevención y Promoción de la Salud en TB, TBMDR y conflictos VIH – TB. Lima: SMC; 2010.
  25. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Normas para la prevención de la transmisión de la tuberculosis en los establecimientos de asistencia sanitaria en condiciones de recursos limitados. Ginebra; 2012.
  26. MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. NTS N° 104-MINSA/DGSP V.01; 2013.
  27. CALVO J., BERNAL M. Tuberculosis. Diagnóstico y tratamiento. 2005. Disponible en <http://www.neumosur.net/files/EB03-43%20TBC%20dco%20tto.pdf>
  28. PINHEIRO P. Tuberculosis | Síntomas y tratamiento. 2009.
  29. MORÁN E., LAZO Y. Tuberculosis. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2001.

30. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Normas para la prevención de la transmisión de la tuberculosis en los establecimientos de asistencia sanitaria en condiciones de recursos limitados. Ginebra; 2012.
31. CCOICCA F. Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del centro de salud Conde de la Vega Baja. (Tesis de Grado). Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
32. MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. NTS N° 104-MINSA/DGSP V.01; 2013.
33. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Normas para la prevención de la transmisión de la tuberculosis en los establecimientos de asistencia sanitaria en condiciones de recursos limitados. Ginebra; 2012.
34. CCOICCA F. Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del centro de salud Conde de la Vega Baja. (Tesis de Grado). Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
35. ORUETA SÁNCHEZ R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Barcelona 2005
36. CÁCERES. MANRIQUE Flor de Maria. Factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso. Bucaramanga Colombia. 2004.
37. RODRÍGUEZ MARTÍN L. Psicología Social de la Salud. Madrid. Ediciones Doyma. 1995.
38. FERRER V. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y de salud: conceptos y factores psicosociales. Universidad de las Islas Baleares. 1966.
39. ADAO Gabriela. Nuevas estrategias para asegurar la adherencia al tratamiento de tuberculosis. Rev. Médicos sin Fronteras. Barcelona. España. 2006.
40. ZALDÍVAR D. Adherencia Terapéutica y modelos explicativos. Rev. Salud para la Vida. Madrid.

41. LIBERTAD Martín Alfonso. Acerca del concepto de adherencia Terapéutica. Escuela Nacional de Salud Pública. Rev. Cubana salud pública. 2004. 302003.
42. JAVE Castillo, Oswaldo. La Tuberculosis Multirresistente. Informe Final de Investigación. Editado Foro Salud. Perú. 2003.
43. MINSA-PROYECTO VIGÍA. Vivir la TBC en dos zonas de alto riesgo en Lima: Cerro San Cosme y El Agustino. Estudio socio antropológico. Edit. MINSA. Perú. 2001.
44. MINSA. Manejo de la tuberculosis. Capacitación para el personal del establecimiento de salud. Manual de Capacitación. Edit. MINSA. Perú. 2005.
45. MINSA. Norma Técnica de salud para el Control de la Tuberculosis. Edit. Cartolon EIRL. Lima-Perú. 2006
46. MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control de la TBC. Editorial Cartolon EIRL. Lima-Perú. 2006.
47. MINSA. ESN-PCT. Informe operacional 2005. Lima-Perú
48. MINSA. ESN-PCT. Informe operacional 2006. Lima-Perú
49. MINSA. Manual de Capacitación para el Manejo de la TBC. Centers for Disease and Control and Prevention (CDC) de los Estados Unidos de Norteamérica como parte del proyecto PARTNERS TB CONTROL (Socios de Control de TBC).
50. MINSA. Construyendo Alianzas Estratégicas para detener la TBC: La Experiencia Peruana. Editorial Solvima Graf. 2006.
51. ARMIJO ROJAS, Rolando. Epidemiología. Editorial Intermedica. Tomo I. Argentina.
52. JEAMMET, P. y Colaboradores. Psicología Médica. 2da Edic., Edit. Masson. España. 1999.
53. RAMÍREZ CARRASCAL, Henry. Representaciones sociales del paciente MDR a la TBCP en el C.S. Conde de la Vega Baja. Tesis de Post Grado de Enfermería. Perú. 2002

54. ROJAS TELLO, Gladys. Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en el C.S. Tablada de Lurin. Tesis para optar al título profesional de Enfermería. Perú. 2005.
55. TORRES URÍA, Margarita. 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. Tesis para optar al título profesional de Enfermería. Perú.
56. WHITAKER, James. Psicología. 4ta Edic., Edit. Interamericana. México. 1990.
57. BRUNNER. Tratado de enfermería médico quirúrgico. 2ª ed. Ed. Interamericana. España 1998.
58. NOLA PENDER. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta edición. Pp. 400. España; 2002.
59. CAMINERO J. Tuberculosis y otras microbacteriosis. Manual de neumología y cirugía torácica. Ed. Edimsa. México 1998.
60. DUGAS. Tratado de Enfermería Práctica. 4ta ed. Edit. Mc.Graw Hill. México. 2000.
61. KOZIER. Fundamentos de Enfermería. 5º ed. Edit. Mc. GrawHill. México. 1999.
62. BRUNNER. Tratado de enfermería médico quirúrgico. 2ª ed. Ed. Interamericana. España 1998.
63. MARRINER. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta ed. Edit. Hacourt Brace. España. 1998
64. ANN MARRINER TOMEY. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta edición. Pp. 400. España; 2000.
65. NOLA PENDER. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta edición. Pp. 400. España; 2002.
66. VILLEGAS L. Metodología de la Investigación Pedagógica. Lima: San Marcos. 2005.
67. HERNÁNDEZ, FERNÁNDEZ, BAPTISTA P. Metodología de la Investigación. 5ª ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2010.