

t
610.73
D35

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



**“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO Y LA ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN LAS PERSONAS AFECTADAS DE LA ESTRATEGIA
SANITARIA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA
TUBERCULOSIS DE LA MICRORRED “SESQUICENTENARIO” CALLAO -
2013**

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

AUTORAS

SHARON PIARINNA DE LA CRUZ RAMÍREZ

MAYRA DENISSE GALLARDO ROVAN

LUZ MARINA HUALLPACUNA TORRES

Callao, Octubre, 2013

PERU

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO

Mg. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
Mg. ANGELICA DIAZ TINOCO	Secretaria
Blgo. JAVIER JESUS CARDENAS TENORIO	Vocal

ASESORA: Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO

N° de Libro : 01

N° de Sustentación de Acta : 023

Fecha de Aprobación de Tesis : Jueves 03 de Julio del 2014

DEDICATORIA

A Dios, por guiarnos durante todos
estos años y regalarnos la dicha de seguir
esta hermosa vocación: La ENFERMERÍA.

A nuestros padres con mucho cariño
por su constante esfuerzo y apoyo
incondicional durante nuestra vida personal
y profesional; y en especial a Mirtha Ramírez Pérez
por su dedicación, esmero y tiempo
quien ahora se encuentra cuidándonos y
guiándonos desde el cielo.

A todos aquellos docentes que
a través de sus enseñanzas nos inculcaron
el amor hacia la profesión y el espíritu de servicio.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por habernos guiado por el camino de la felicidad y a cada uno de los que son parte de nuestras familias, quienes a lo largo de toda nuestra vida nos han apoyado y motivado en nuestra formación académica.

A la Universidad Nacional del Callao por habernos dado la oportunidad de escalar un peldaño más en el campo del conocimiento y por habernos provisto de excelentes docentes, quienes nos brindaron su conocimiento, confianza y apoyo incondicional en la elaboración de la tesis.

A nuestros padres y demás familiares quienes nos manifestaron y demostraron su amor y confianza, en nosotras, el mejor estímulo para lograr un triunfo más en la vida.

ÍNDICE

I.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación del problema.....	01
1.2. Formulación del problema.....	07
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo General.....	07
1.3.2. Objetivo Especifico.....	08
1.4. Justificación.....	08
1.5. Importancia.....	10

II.- MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio.....	11
2.2. Bases Epistémicas.....	19
a) Teoría del Autocuidado: Dorotea Orem.....	19
b) Teoría del Modelo de Promoción de la Salud: Nola Pender.....	21
c) Teoría de Relaciones Interpersonales: Hildegarde Peplao.....	22
2.3. Bases Culturales.....	23
2.4. Bases Científicas.....	24

III.- VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1 Variables de la investigación.....	47
--	----

3.2	Operacionalización de Variables.....	48
3.3	Hipótesis general e Hipótesis específica.....	50

IV.- METODOLOGIA

4.1.	Tipo de investigación.....	51
4.2.	Diseño de la investigación.....	51
4.3.	Población y muestra.....	52
4.4.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	54
4.5.	Procedimientos de recolección de datos.....	56
4.6	Procesamiento estadístico y análisis de datos.....	57

V.- RESULTADOS.....	59
----------------------------	-----------

VI.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1	Contrastación de Hipótesis con los resultados.....	63
6.2	Contrastación de resultados con otros estudios similares.....	65

VII.- CONCLUSIONES.....	67
--------------------------------	-----------

VIII.- RECOMENDACIONES.....	68
------------------------------------	-----------

IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
---	-----------

ANEXOS

- Matriz de consistencia
- Otros anexos

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1 NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO.....59

TABLA N° 2 ADHERENCIA TERAPEUTICA.....60

TABLA N° 3 TABLA DE CONTINGENCIA DEL NIVEL CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO Y ADHERENCIA TERAPEUTICA.....61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N° 5.1 NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO.....	59
GRAFICO N° 5.2 ADHERENCIA TERAPEUTICA.....	60

RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad de gran impacto considerada en la actualidad como un problema de Salud Pública; que trae consigo devastadoras consecuencias no solo en la salud, sino también a nivel social y económico. Esta enfermedad enfrenta un obstáculo muy importante para su control ya que el abandono del tratamiento, así como la no adherencia, son condiciones que tienen implicaciones graves tanto para el enfermo, como para la familia y comunidad, debido a que el paciente no se cura y continúa la cadena de transmisión de enfermedad.

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre el tratamiento antituberculoso y la Adherencia terapéutica que tienen las personas afectadas de la estrategia Sanitaria Nacional de control y prevención de la tuberculosis

En la Metodología se utilizó un estudio de tipo Descriptivo de corte Transversal y correlacional, a personas afectadas de tuberculosis se seleccionó una muestra de 62 personas afectadas de tuberculosis. Se llegó a las siguientes resultados 100% (62) el 85.7% (18) tienen un conocimiento alto y se adhieren al tratamiento, mientras que el 88.9% (16) tienen un conocimiento bajo y no se adhieren al tratamiento, por tanto existe relación directa entre ambas variables. Lo cual fue comprobado mediante la prueba estadística del Ji cuadrado con un valor de $P = 0.0$ y un grado de libertad 2.

ABSTRACT

Tuberculosis is a disease of great impact on the health of the people; currently regarded as a public health problem; that it has devastating consequences not only on health, but also to social and economic .This disease faces a major obstacle to its control as treatment discontinuation and no adherence are conditions that have serious implications for the patient, and the family and community, because the patient is not cured and continues the chain of disease transmission.

His objective was to determine the relationship between the level of knowledge of the TB treatment and therapeutic adherence that have affected people of the sanitary national tuberculosis prevention and control strategy

The methodology used a descriptive study of transverse cutting and correlational, 2 instruments through the survey and registration form to people affected by tuberculosis, 15 to 35 years, we selected a sample of 62 people affected by tuberculosis.

Came to the following results 100% (62) the 40.3% (25) have a high knowledge and adhere to the treatment, while 6.5% (4) have knowledge and do not adhere to the treatment, therefore there is a direct relationship between the two variables. Which was tested using the chi-square test statistic with a value of $P = 0.0$ and a degree of freedom 2.

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación del problema

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa que se transmite por vía aérea, al igual que el resfriado común, sólo transmiten la infección las personas que padecen tuberculosis pulmonar al momento de toser, estornudar, hablar o escupir, expulsan al aire los gérmenes de la enfermedad, conocidos como bacilos tuberculosos, basta tan solo inhalar una pequeña cantidad de bacilos para contraer la infección. Una persona con Tuberculosis activa no tratada infecta en promedio de diez a quince personas al año. Sin embargo, no todos los sujetos infectados por el bacilo de la tuberculosis necesariamente desarrollan la enfermedad. El sistema inmunológico “empareda” los gérmenes que, aislados por una gruesa envoltura cérica pueden permanecer en estado latente durante años. El riesgo de enfermar aumenta cuando el sistema inmunológico de la persona está debilitado.

Ésta enfermedad es de gran impacto en la salud de las personas, es considerada en la actualidad un problema de Salud Pública que trae consigo devastadoras consecuencias no solo en la salud, sino también a nivel social y económico, sobre todo en los países en vías de desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que la cifra estimada de nuevos casos en 2012 fue de 8,6 millones, y 1,3 millones murieron por

esta causa. El número de muertes por Tuberculosis es inaceptablemente elevado, dado que la mayoría de ellas son evitables ⁽¹⁾. Del total de casos de Tuberculosis (TBC) ocurridos a nivel mundial, un 59% son de Asia, 26% de África y 7.7% en la Región de Mediterráneo Oriental, 4.3% de Europa y 3% América Latina ⁽²⁾.

La tuberculosis es la segunda causa mundial de mortalidad después del Sida, causada por un agente infeccioso. Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y ésta enfermedad es una de las tres causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años. La tuberculosis multidrogorresistente (TBC MDR) se ha encontrado en casi todos los países estudiados ⁽³⁾; ésta se desarrolla como consecuencia de un tratamiento parcial o anómalo, cuando el paciente incumple el tratamiento al mejorar su sintomatología, las pautas terapéuticas dictadas por el personal sanitario son erróneas o el suministro del fármaco no está garantizado. El tratamiento para las personas afectadas con TBC MDR es prolongada, hasta dos años con fármacos antituberculosos de segunda línea, más caros que los de primera elección y con efectos secundarios más graves aunque controlables.

En el 2011, se estima que en las Américas hubo unos 268.000 casos nuevos de tuberculosis y unas 30.000 muertes incluyendo a personas con VIH/Sida, sin embargo se calcula que en el mismo período no se

diagnosticaron unos 60.000 casos nuevos de tuberculosis, la mayoría de ellos en zonas urbanas ⁽⁴⁾. Según la OMS, los países con mayor incidencia de la enfermedad en el continente son Haití, Surinam, Bolivia, Guyana y Perú, que reportaban en 2010 de 106 a 230 casos por cada 100.000 habitantes ⁽²⁾.

En el Perú, el Ministerio de la Salud señala que en el año 2007 la Tuberculosis afectó a 34 811 personas, con una tasa de morbilidad de 122.8 x 100 000 habitantes y de esas personas fallecieron aproximadamente mil personas; el 75% de las infecciones y muertes por tuberculosis ocurren entre los 15 y los 54 años de edad, el grupo de población económicamente más productivo. En el interior del país los departamentos registrados con mayor tasa de incidencia en Tuberculosis son: Loreto, La Libertad, Madre de Dios, Tacna, Ica, Arequipa y Junín ⁽⁵⁾. En el año 2009, en el Perú se produjeron un total de 33169 notificados como morbilidad, más 1856 casos de TB-MDR, haciendo un total de 35025 casos reportados al año. Lo que significa que se detectan 96 casos por día y 4 casos por hora ⁽⁶⁾. Posteriormente en el 2012, Lima y Callao presentan las tasas más altas de morbilidad por Tuberculosis en todas sus formas, presentando 134.1 x 100 000 habitantes y 127.9 x 100 000 habitantes respectivamente ⁽⁷⁾. Aproximadamente el 58% de todos los casos de Tuberculosis y el 82% de Tuberculosis MDR se concentran en Lima y Callao ⁽⁸⁾.

En Callao; la Dirección Regional de Salud (DIRESA) señala para el año 2011 que la mayor tasa de TBP-FP la tiene la Red Bonilla, seguido de la Red Bepeca, en donde la tasa de TBP-FP es mayor a 66 x100.000 habitantes, por tanto ambas redes se encuentran en zonas de alto riesgo ⁽⁹⁾. Para el año 2102 la incidencia de TBP-FP más alta la presentaron el distrito de Callao (75.54 x100.000 habitantes) y el distrito de Carmen de la Legua (64.19 x100.000 habitantes), esto según parámetros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera al Callao y a Carmen de la Legua en riesgo ⁽¹⁰⁾. Por otro lado encontramos que en la Microred Sesquicentenario existe: C.S Sesquicentenario (17 casos), C.S Previ (12 casos), C.S Bocanegra (35 casos), C.S El Álamo (22 casos), lo que hacen un total de 86 casos nuevos para la Microred Sesquicentenario ⁽¹¹⁾.

La Tuberculosis enmarca gran importancia por la magnitud de los daños que se evidencian en la morbilidad y mortalidad. Se observa que la enfermedad afecta en mayor proporción a la población joven económicamente activa significando ello que no solo afecta a la salud, sino que trae consigo además un costo social y económico ⁽¹²⁾. En el año 2004, en circunstancias donde se evidenciaba debilidad de los indicadores operacionales como; control de contactos, proporción de abandonos al esquema primario, incremento de casos de tuberculosis multidrogorresistente, se crea la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis cuyo objetivo es: Brindar atención

integral de calidad con la finalidad de disminuir la morbimortalidad y sus repercusiones sociales y económicas ⁽¹³⁾. A pesar de los importantes logros de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT) a nivel nacional, ésta enfermedad continua siendo un serio problema de salud publica en el país.

En la actualidad la tuberculosis enfrenta un gran obstáculo para su control: el abandono del tratamiento, éste es responsable de la disminución de la eficiencia en un esquema de tratamiento. La no adherencia al tratamiento antituberculoso, tiene consecuencias graves como; el deterioro de la salud del paciente, estimular los mecanismos de resistencia bacteriana predisponiendo al fracaso del tratamiento, la propagación de la infección debido a que el paciente no se cura y continua la cadena de transmisión de enfermedad, por lo tanto la perpetuación de la existencia de esta enfermedad en la humanidad.

En algunos estudios efectuados respecto a la adherencia terapéutica al tratamiento antituberculoso, como por ejemplo, el de Salazar y Col., en donde realizaron un estudio similar, siendo éste; los "Factores de riesgo para el abandono del tratamiento contra la Tuberculosis- Medellín"; encontraron que uno de los factores importantes para el abandono al tratamiento es el desconocimiento de la enfermedad, falta de información sobre el tratamiento y la importancia de suspender el mismo ⁽¹⁴⁾. Culqui

Dante y Col. en su estudio titulado “Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú”, demostraron que uno de los factores pronósticos para abandonar el tratamiento antituberculoso es la insuficiente la información proporcionada por el personal de salud sobre el tratamiento ⁽¹⁵⁾. Galván F., demostró que pacientes analfabetos tenían un mayor riesgo de abandonar el tratamiento que aquellos que tenían algún grado de escolaridad. Por otro lado en Pakistán, Liefoghe encontró que mejorando el nivel de conocimientos sobre la enfermedad se lograba disminuir el abandono de 50% a 43% ⁽¹⁶⁾. En este contexto se visualiza que la carencia de conocimientos y de información puede determinar el comportamiento equivocado y erróneas valorizaciones con respecto a la salud, a la aceptación del tratamiento, los cuidados preventivos a realizar y seguir las indicaciones terapéuticas, todo lo cual puede contribuir constructiva o negativamente en el proceso salud - enfermedad.

El profesional de enfermería, es quien dinamiza los procesos de atención que se brinda como; la Terapia Directamente Observada de Corta Duración (DOTS), las visitas domiciliarias y la entrevista de enfermería, la que constituye un eje fundamental de acción de la estrategia; tanto por su labor educativa como por el rol orientador que debe brindar, en el caso de los personas afectadas con Tuberculosis, el desconocimiento sobre su enfermedad, el tratamiento farmacológico, las reacciones adversas del

mismo y las indicaciones de seguimiento, conllevaría el riesgo de abandonar el tratamiento.

Ante todo lo expuesto, y considerando que la adherencia terapéutica es factor prioritario para un tratamiento exitoso contra la Tuberculosis y que el conocimiento que tienen las personas es determinante para ello, se plantea lo siguiente.

1.2 Formulación Del Problema

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre el tratamiento antituberculoso y la adherencia terapéutica en las personas afectadas de Tuberculosis de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis de la Microred “Sesquicentenario” Callao - 2013?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Relacionar el nivel de conocimientos sobre el tratamiento antituberculoso y la adherencia terapéutica en las personas afectadas de Tuberculosis de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis de la Microred “Sesquicentenario” Callao - 2013

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimientos que tienen las personas afectadas de Tuberculosis sobre el tratamiento antituberculoso de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis de la Microred “Sesquicentenario” Callao – 2013
- Identificar la adherencia terapéutica que tienen las personas afectadas de Tuberculosis de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis, sobre de la Microred “Sesquicentenario” Callao – 2013
- Determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre el tratamiento antituberculoso y la adherencia terapéutica en las personas afectadas de Tuberculosis de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis de la Microred “Sesquicentenario” Callao - 2013

1.4 Justificación

La realización de dicho trabajo de Investigación radica en la repercusión que tiene la Tuberculosis Pulmonar en la población, el Perú es uno de los países en América Latina con mayor incidencia y morbilidad. La tuberculosis enfrenta un obstáculo muy importante para su control: el abandono del tratamiento, ello implica graves consecuencias tanto para el

enfermo, como para la familia y comunidad, debido a que el paciente no se cura y continua la cadena de transmisión de enfermedad. Adicionalmente, la bacteria puede desarrollar resistencia a los medicamentos, lo cual predispone al fracaso del tratamiento y en consecuencia pone en riesgo la vida y salud de las personas.

Dorotea Orem (Teoría del autocuidado) menciona que ésta es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, para lo cual la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado como son: conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de la enfermedad. También supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud, la herramienta principal de trabajo.

Nola Pender define en su teoría (Modelo de promoción de la Salud), que hay que promover la vida saludable, antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gasta menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”.

Bajo ese contexto, la enfermera es quien debe dinamizar los procesos de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la tuberculosis (ESN-PCT), donde se debe brindar atención integral e individualizada al paciente, familia y comunidad; así mismo la educación y orientación al paciente, ya que estos procesos son primordiales para favorecer la adherencia terapéutica al tratamiento, estilos de vida saludable y su posterior recuperación; para ello el presente estudio de Investigación permitirá conocer la situación real de la población, saber si realmente se brinda toda la información adecuada en el tiempo adecuado y oportuno, asegurando así, el empoderamiento del conocimiento, una adecuada adherencia terapéutica, el éxito del tratamiento y finalmente la curación de la persona afectada con Tuberculosis.

1.5 Importancia

La importancia de esta investigación es de proporcionar información actualizada, válida y significativa sobre la relación entre el nivel de conocimientos y la adherencia terapéutica de las personas afectadas con Tuberculosis. Estos resultados van a permitir fortalecer las acciones preventivas para conseguir mayor adherencia terapéutica al tratamiento, disminuyendo de esta manera la aparición de recaídas y fracasos al tratamiento, garantizando la recuperación de la persona afectada con Tuberculosis, su reinserción a la familia y comunidad sin ningún riesgo.

II.- MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes del estudio

Con la finalidad de tener mayores elementos de juicio se revisó trabajos de investigación referente al tema de estudio encontrándose los siguientes:

ALIANZA COMUNITARIA PARA LA SOLUCIÓN DE LA TB, (2010 – México) realizó un estudio titulado “Actitudes, Conocimientos y Practicas de Tuberculosis, en proveedores de servicios de salud”, los objetivos del estudio fueron, explorar el conocimiento, percepción y actitudes de las personas afectadas por tuberculosis (PATB) respecto a la tuberculosis en las cinco localidades, investigar cómo afecta la TB a las personas, validar los cuestionarios de la encuesta en la población. El método fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformado por pobladores de Tijuana, Monterrey, Chiapas, Tamaulipas y Morelia. Las conclusiones fueron:

“Casi 8 de cada 10 considera que es la falta de conocimiento, información o entendimiento lo que causa la falta de adherencia al tratamiento. Mientras que solo entre la mitad y dos terceras partes en promedio mencionaron como mensajes básicos de TB el hecho de que ésta existe, su tratamiento es gratuito y que se cura. Solo una tercera parte citó los

signos y síntomas como mensajes básicos para la población en general. Lo cual significa que la información acerca de la enfermedad de TB no está 100% integrada en la conciencia de la población ⁽¹⁷⁾.

LANCHEROS PÁEZ y col. (2010- Colombia), realizaron una investigación sobre “Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas en la Asociación Colombiana de Diabetes” cuyo objetivo fue identificar la adherencia al tratamiento nutricional en un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo 2, aplicando el modelo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas. Las conclusiones fueron:

“La correlación entre conocimientos ($p=0,057$) y prácticas ($p=0,053$) fueron las de mayor valor. Debido a que la adherencia es un fenómeno múltiple y complejo que implica diversidad de conductas, es importante seguir explorando metodologías para identificar las variables que la condicionan” ⁽¹⁸⁾.

GÓMEZ RAMOS y col. (2006- México), realizaron una investigación sobre: “Apoyo familiar y la adherencia al tratamiento por el paciente con Tuberculosis pulmonar”. Cuyo objetivo fue determinar si el apoyo de la familia al paciente con Tuberculosis pulmonar influye su adherencia al tratamiento. Siendo la conclusión del mismo:

“Se obtuvieron 32 pacientes con adherencia al tratamiento de los cuales 31 calificaron con apoyo familiar, 12 pacientes sin adherencia al tratamiento de los cuales 2 calificaron con apoyo familiar. De este presente estudio se puede considerar que la familia tiene vital importancia en la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar” ⁽¹⁹⁾.

SOARES, PACHECO y col. (2006- Río de Janeiro), realizaron un estudio sobre “Mejoras en las tasas de tratamiento exitoso con el tratamiento directamente observado” El objetivo fue evaluar la repercusión sobre el desenlace terapéutico de tratamiento directamente observado (DOT), comparando las tasas de tratamiento exitoso en pacientes con DOT y pacientes que recibieron tratamiento autoadministrado (TAA). Se incluyeron 9.929 casos nuevos de TB pulmonar, de los cuales 11.190 (12%) adoptaron DOT y 8.739 (88%) el TAA. Todos los pacientes recibieron una pauta con tres medicamentos: Rifampicina, Isoniacida y Pirazinamida durante 2 meses y luego 4 meses

con Rifampicina e Isoniacida (8) Conclusión: Esta introducción preliminar de DOT demostró alta eficacia y factibilidad en una extensa aglomeración urbana de un país en vías de desarrollo ⁽²⁰⁾.

JIMÉNEZ CABEZAS Giuliana (2012, La Victoria - Perú), realizó un estudio sobre “Relación entre la adherencia terapéutica y los conocimientos que tienen los pacientes sobre el tratamiento antituberculoso en el Centro de Salud Max Arias Schreiber.” Cuyo objetivo fue determinar la relación entre la adherencia terapéutica y los conocimientos que tienen los pacientes sobre el tratamiento antituberculoso. Los resultados fueron:

Respecto a la relación entre la adherencia y los conocimientos destaca que de los pacientes que conocen, hay 28% (7) no adherentes; y los que no conocen, el 40% (10) no son adherentes. Llegando a la conclusión que no existe relación tal entre el nivel de conocimientos y la adherencia terapéutica ⁽²¹⁾.

CAPACUTE CHAMBILLA Katherine el 2012, realizó un estudio titulado: “Relación entre el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Microred Cono sur Tacna”, el cual tuvo como objetivo determinar la

relación entre el nivel de conocimiento de Tuberculosis Pulmonar y la actitud hacia el tratamiento del paciente. Llegando a la conclusión:

El 56,92% presentó un nivel medio de conocimiento y el 50,77% mostró actitud de indiferencia al tratamiento; existiendo una relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento de Tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Microred Cono Sur. ⁽²²⁾

PÉREZ VILLACORTA Rolando, MIRANDA LOZANO Adrián, el 2011, en su estudio titulado “Relación entre Nivel de Conocimientos sobre Tuberculosis Pulmonar y Actitud hacia el Tratamiento – Usuario Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011” Tuvo como objetivo: Determinar la relación entre nivel de conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y la Actitud hacia el Tratamiento. Siendo la conclusión:

El nivel de conocimientos que tienen los usuarios sobre tuberculosis pulmonar de manera global es de alto (76.7%), lo que favorece a que ellos tomen decisiones acertadas en relación a la enfermedad y las actitudes que tienen hacia el tratamiento son de aceptación (88.3%), lo que nos indica que los pacientes toman conciencia de la enfermedad y no abandonan el tratamiento farmacológico el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento de la TBC (alto y

medio) tiene una relación significativa ($p < 0.05$) con la actitud (de aceptación e indiferencia) hacia el tratamiento por el usuario de la Estrategia Sanitaria de TBC.⁽²³⁾

HERRERA MONTOYA Jonathan, el 2010, realizó un estudio titulado: “Adherencia al tratamiento y actitud hacia su autocuidado en pacientes con Tuberculosis, Microred Portada de Manchay-Pachacamac”; el cual tuvo como objetivo determinar la adherencia al tratamiento y actitud hacia su autocuidado en pacientes afectados con Tuberculosis. Las conclusiones entre otras fueron:

La mayoría de los pacientes 59% (22) no presentan adherencia al tratamiento antituberculoso, mientras que la minoría restante si presentan”. La actitud hacia su autocuidado en los pacientes afectados con Tuberculosis, la mayoría presenta una actitud de indiferencia 49% (18) con tendencia a la aceptación 27% (10), el menor porcentaje restante manifiesta rechazo⁽²⁴⁾.

TACURI TAIPE Martha, el 2009, en su estudio titulado: “Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera El Agustino” tuvo como objetivo: Determinar la relación entre adherencia y

nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud "Primavera". Llegando a la conclusión:

Existe relación directa entre adherencia y nivel de conocimientos de los pacientes con tuberculosis es decir que la no adherencia concuerda con los conocimientos que poseen: conocimiento medio (65%) y conocimiento bajo (5%) y quienes poseen adherencia al tratamiento concuerdan con el nivel de conocimiento alto. El estudio permitió conocer que el 74% de pacientes no mostraron adherencia lo cual incrementa el riesgo de reaparición de la tuberculosis ⁽²⁵⁾.

HUAYNATES CASTRO Analí, el 2006, realizó una investigación sobre: "Relación entre el nivel de conocimientos sobre Tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria control de la Tuberculosis", realizada en el Centro de Salud, "San Luis".

Tiene por objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre Tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes. Siendo la conclusión:

Existe relación directa entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes, al existir la relación estadística entre las dos variables ya que el nivel de

conocimientos que tienen los pacientes sobre tuberculosis pulmonar de manera global es de medio o bajo (87%), lo que estaría limitando a que ellos tomen decisiones acertadas en relación a la enfermedad, poniendo en riesgo su salud y en cuanto a las actitudes que tienen los pacientes hacia el tratamiento predominantemente son de indiferencia (74%), lo que nos indica que los pacientes están en mayor riesgo de recaer o abandonar el tratamiento farmacológico ⁽²⁶⁾.

VILLAMAR ARCE Sheila, el 2005, estudió “Relación entre conocimientos y prácticas de medidas preventivas y recaídas en adolescentes con Tuberculosis pulmonar en el C.S de Lima Octubre-Diciembre”, el objetivo fue determinar la relación entre conocimientos y prácticas de medidas preventivas y recaídas en adolescentes con Tuberculosis pulmonar. Llegando a la conclusión:

“El nivel de conocimientos acerca de las medidas preventivas de recaídas es bajo considerando que el 98 % de ellos no conocen la importancia del cumplimiento del tratamiento y el 56 % no cumple con las medidas preventivas por lo cual tienen un alto riesgo de sufrir recaídas de la enfermedad por tanto existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y el tipo de prácticas de medidas preventivas de recaídas en adolescentes con Tuberculosis pulmonar, lo que permite decir que a menor nivel de conocimientos las prácticas serán inadecuadas ⁽²⁷⁾.

2.2 Bases Epistémicas

a. Teoría del Autocuidado: Dorotea Orem

Define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

- **Teoría del Autocuidado:** En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".
- **La teoría del déficit de autocuidado:**
En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

- **La teoría de sistemas de enfermería:**

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- **Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** La enfermera sufre al individuo.

Acción de la enfermera: Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente, compensa la incapacidad del paciente, da apoyo al paciente y le protege.

- **Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:**

El personal de enfermería proporciona autocuidados:

Acción de la enfermera: Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente, ayuda al paciente.

Acción del paciente: Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.

- **Sistemas de enfermería de apoyo-educación:**

La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda:

Acción de la enfermera: Regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado.

Acción del paciente: Cumple con el autocuidado ⁽²⁸⁾.

b. Teoría Modelo de promoción de la salud: Nola Pender

Se basa en la educación de las personas, sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivo-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud, cuando existe una pauta para la acción.

Nola Pender considera a la salud como un estado positivo de alto nivel, y lo toma como objetivo, hacia lo cual la persona debe esforzarse para poder llevar una vida saludable. El objetivo es integrar tanto a la enfermera como a la persona respecto a las conductas que promueven

el bienestar humano tanto físico, mental y social; ya que el profesional en enfermería debe ser el principal motivador para los pacientes en cuanto a mantener su salud profesional ⁽²⁹⁾.

c. Teoría de Relaciones Interpersonales: Hildegarde Peplao

En su obra, "Relaciones interpersonales en enfermería", ofrece una definición en la que destaca la importancia del enfermero durante el "proceso interpersonal" en la que resalta la influencia de su personalidad en el aprendizaje. Peplau descubre cuatro fases de la relación enfermera-paciente:

- **Orientación:** El individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y entender su problema.
- **Identificación:** La enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad.
- **Aprovechamiento:** El paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación.
- **Resolución:** Las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan otras nuevas ⁽³⁰⁾

Estas teóricas señalan que, quien cumple el rol educador, motivacional, de fomentar el autocuidado y ayudarlo a alcanzar un desarrollo maduro de su personalidad es el profesional de Enfermería, y como tal, es quien

dinamiza los procesos de atención que se brindan en los establecimientos de salud, como por ejemplo: la entrevista, que constituye un eje fundamental de acción de la estrategia. La labor educativa y el rol orientador constituyen un factor clave en personas afectadas con TBC que desconocen su enfermedad, el tratamiento farmacológico, efectos adversos de los medicamentos a tomar y las indicaciones de seguimiento, brindándole la información pertinente y dándole todas las herramientas para su posterior recuperación; por su parte, la persona que acude a la Estrategia de Tuberculosis, disipa todas sus dudas al sentirse en total confianza, sabiendo que la Enfermera está allí para ayudarlo en este proceso difícil pero no imposible de superar. Además es quien guía y motiva a la persona afectada de Tuberculosis a asistir oportunamente para recibir su tratamiento, a cumplir con las indicaciones prescritas, etc.

2.3. Bases Culturales

La población continúa poniendo en práctica creencias y costumbres que forman parte de su cultura, hacen frente a las enfermedades de acuerdo a la opinión y creencias que tienen sobre la salud, enfermedad, medicina natural, etc. Las personas afectadas con Tuberculosis, en ocasiones abandonan el tratamiento debido a que sufren los estragos de los efectos adversos de los medicamentos y es entonces que optan por remedios y/o hierbas naturales para aliviar las molestias y curarse de la enfermedad.

2.4. Bases Científicas

Generalidades sobre el Conocimiento

Empíricamente el conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte originando cambios en el proceso de pensamiento, acciones o actividades de quien aprende. Estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y actitudes frente a las situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a medida que aumentan los conocimientos aunada con la importancia que se le dé a lo aprendido y se lleve a cabo básicamente a través de dos formas: La informal, mediante las actividades ordinarias de la vida, es decir, es el resultado de la experiencia, costumbres, etc; es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad y suele completarse con otros medios de información; la formal, viene a ser aquella que se imparte en las escuelas que se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular ⁽³¹⁾.

Algunas definiciones conceptuales del conocimiento han sido formuladas por algunos estudiosos como los siguientes:

Bertrand plantea que el conocimiento es un conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia, de lo que ha sido capaz de interferir a partir de estos ⁽³²⁾.

Para **Mario Bunge (2005)**, el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados e inexacto; el cual puede ser clasificado como: Conocimiento vulgar llamándose así a todas las representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo a través de los sentidos, la información inmediata de los objetos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural; el conocimiento científico que es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia ⁽³³⁾. También **Kant (2004)**, en su teoría del conocimiento refiere que éste está determinado por la intuición sensible y los conceptos, distinguiéndose dos tipos de conocimiento el *a priori* que se desarrolla antes de la experiencia y el empírico el cual es elaborado después de la experiencia ⁽³⁴⁾. Mientras que para **Henry Wallon (1985)**, los conocimientos son: "Datos e información empírica sobre la realidad y el propio individuo, es decir, conocimientos inmediatos situacionalmente útiles de tipo hábitos y costumbres que hace factible la regulación conductual y el ajuste del individuo en un momento dado" ⁽³⁵⁾.

La mayoría de autores concuerdan en definir el conocimiento como la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto.

Conocimiento sobre la Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa causado por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, también llamado bacilo de Koch. Generalmente la Tuberculosis afecta los pulmones denominándose TBC pulmonar siendo ésta el tipo más común de Tuberculosis ⁽³⁶⁾. Se propaga de persona a persona a través del aire. Una persona infectada libera núcleos de gotitas de saliva o moco (por lo general partículas de 1 a 5 micras de diámetro) cuando habla, tose o estornuda, ríe o canta. Las gotas más grandes se asientan; las más pequeñas permanecen suspendidas en el aire y son inhaladas por alguna persona susceptible.

Los signos y síntomas de la tuberculosis pulmonar son insidiosos. La mayoría de los pacientes presenta febrículas, tos, sudoración nocturna, fatiga y pérdida de peso. Es posible que la tos no sea productiva o que se expectore esputo mucopurulento, también puede ocurrir hemoptisis. Los síntomas sistémicos y pulmonares son crónicos y persistentes semanas o

meses. También en el caso de los ancianos suelen experimentar síntomas menos pronunciados que los jóvenes ⁽³⁷⁾.

Conocimiento sobre el tratamiento de la Tuberculosis

En nuestra investigación, se plantea que el conocimiento que la persona afectada de Tuberculosis obtenga sobre la enfermedad de la tuberculosis y su tratamiento puede haberlo obtenido de diferentes fuentes como son: los medios de comunicación audiovisual (televisión, radio), medios de comunicación escrita, así como de la publicidad que el sector salud dispone; y éste conocimiento actúa como un factor motivacional del comportamiento de las personas, y éstos cambios se pueden observar en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida.

Cabe mencionar la importancia que recae en el equipo multidisciplinario la información y educación sobre esta enfermedad. Así también en los representantes de organizaciones sociales de base (promotores de salud, organizaciones de personas con tuberculosis, club de madres, vaso de leche, comedores y otros), instituciones públicas y privadas. Todas las partes involucradas en la atención son parte de la socialización del conocimiento acerca de la enfermedad de la tuberculosis y su tratamiento farmacológico.

El tratamiento exitoso de la Tuberculosis requiere una estricta adherencia al esquema farmacológico prescrito. Así como el cumplimiento de las indicaciones de seguimiento. La eficacia terapéutica depende en gran medida de la voluntad y la capacidad del paciente para tomar los medicamentos de una forma regular, según lo prescrito.

Generalidades sobre la adherencia terapéutica

En la actualidad el tema de la adherencia terapéutica tiene gran trascendencia, debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren necesariamente que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas que se han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente. La no adherencia al tratamiento y a las indicaciones de seguimiento, deteriora el estado físico de la salud de la persona afectada por la enfermedad, la posibilidad de estimular los mecanismos de resistencia bacteriana, la continuación de la propagación de la infección y la perpetuación de su existencia en la humanidad.

En la literatura encontramos diferentes términos para referirnos a este concepto como son: adherencia, cumplimiento, alianza terapéutica, seguimiento, entre otros ⁽³⁸⁾. En mención al término “cumplimiento”, se define como: “acción y efecto de cumplir”, “ejecutar o llevar a cabo”. En la

práctica, este concepto, suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos por parte de la persona afectada.

Algunos autores se han pronunciado sobre la definición del término Adherencia, es así que se recoge de la literatura las siguientes definiciones:

Para **Adao G. (2006)**, la adherencia consiste en “cumplir estrictamente con las dosis específicas de los medicamentos”. En la práctica, significa que debe tomarse la medicación cuando toca y durante todo el periodo de tratamiento ⁽³⁹⁾.

Zaldívar (2003), al conceptualizar la adherencia terapéutica hace referencia, 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” ⁽⁴⁰⁾.

Mion Junios (2005), define la adherencia al tratamiento como la medida del grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y la prescripción del profesional de salud, que incluye medidas farmacológicas o no. Este mismo autor hace referencia a la importancia del conocimiento del tratamiento por parte de quien padece la enfermedad ⁽⁴¹⁾.

Pero además de ello, por adherencia terapéutica entendemos, desde la definición clásica enunciada por **Sackett y Haynes (2006)**, que es el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden ⁽⁴²⁾.

Sin embargo, consideramos que hay una diferencia significativa entre adherencia y cumplimiento. El segundo término implica conseguir que el paciente siga las instrucciones del médico. El informe de la OMS (2003) aclara que la diferencia principal es que la adherencia requiere del consentimiento de la persona afectada de Tuberculosis en cuanto a las recomendaciones. Por lo que es necesario que las personas afectadas de Tuberculosis colaboren activamente con los profesionales de la salud en sus propios cuidados ⁽⁴³⁾.

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, entendiéndose como un comportamiento humano que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza, entre los cuales se menciona: los relacionados con la interacción de la persona afectada de Tuberculosis y profesional de salud, el régimen terapéutico en sí mismo, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente.

Por todo lo manifestado anteriormente, se comprenderá que existen diversas maneras de percibir el término adherencia, aunque todos ellos refieren la participación del paciente en su tratamiento.

Adherencia terapéutica en el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar

El tratamiento de la tuberculosis pulmonar se basa en diversas indicaciones como son: el tratamiento farmacológico propiamente dicho, las indicaciones de seguimiento en el control de la enfermedad, así como el tratamiento complementario que requiere la persona afectada de Tuberculosis.

Según la Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis (2006), existe un Esquema de Tratamiento Farmacológico, y otro tratamiento indicado para la Tuberculosis Multidrogorresistente. También están descritas las indicaciones de seguimiento prescritas por el equipo de salud que debe cumplir la persona afectada con Tuberculosis, las indicaciones del tratamiento complementario como son; la nutrición, se debe procurar asegurar una nutrición adecuada con la finalidad de lograr el incremento del peso corporal, mantener el reposo físico por lo menos durante la primera fase del tratamiento, así mismo mantener una terapia psicológica considerando que esta enfermedad puede generar depresión en la persona afectada de Tuberculosis.

La tuberculosis es una enfermedad considerada un problema de salud pública a nivel mundial por lo que requiere un alto nivel de adherencia para lograr el éxito del tratamiento. Al respecto la Organización Mundial de la Salud consideró a la estrategia DOTS como una de las más exitosas del mundo. La Organización Mundial de la Salud recomienda el Tratamiento de Observación directa a corto plazo (DOTS, por sus siglas en inglés), esto significa que las personas afectadas de Tuberculosis tienen que tomar su medicación diaria bajo la supervisión de un profesional de la salud o una persona capacitada.

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

- Tratamiento 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.
- Reacciones adversas mínimas

- 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 ⁽⁴⁴⁾.

Una baja adherencia produciría resultados inadecuados como inefectividad prolongada, reactivación subsiguiente o desarrollo de multirresistencia, y en su contraparte, una adecuada adherencia es teórica y particularmente difícil de alcanzar y los profesionales de la salud deben apoyar a las personas afectadas de Tuberculosis para completar el esquema completo de tratamiento.

Éste en sí es el factor más importante para la curación de todas las personas enfermas, lo cual es la base de la estrategia. Debido a las connotaciones sociales de la Tuberculosis y el alto costo de los medicamentos, el estado garantiza el acceso al tratamiento a todos los enfermos con tuberculosis y la gratuidad del mismo.

Dada la naturaleza de la Investigación se desarrollará los siguientes aspectos: El tratamiento farmacológico y las indicaciones de seguimiento.

Tratamiento Farmacológico de la Tuberculosis

Se recomienda la combinación de los agentes antiinfecciosos: dos fármacos principales o un fármaco primario más uno secundario. Las

dosis iniciales son más altas, seguidas de una terapia prolongada con dosis reducida. La combinación de fármacos utilizada, la dosificación y la duración de la administración depende del estadio de la infección, la presencia de la enfermedad y la sensibilidad de la persona afectada a algunos agentes quimioterapicos. ⁽⁴⁵⁾.

Se basa en regímenes de terapia combinada (varios medicamentos) de corta duración, formulados en los decenios 1970, 1980, y que han ido mejorando en el transcurso de los años, teniendo en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosos: capacidad bactericida, capacidad esterilizante, y capacidad para prevenir la resistencia. La Isoniazida 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 el bacilo de la tuberculosis en cualquier localización, a nivel intracelular y extracelular.

Los medicamentos según su uso tienen una clasificación así podemos encontrar los de primera línea que se utilizan en pacientes nuevos, recaídas y abandonos, son altamente eficaces y de buena tolerancia para el paciente, entre ellos encontramos; Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida, Etambutol, Estreptomina. En el caso de los medicamentos de primera línea deberán administrarse todos juntos en una sola toma,

solo en el caso de presencia de reacciones diversas se podrá fraccionar las dosis por periodos muy cortos. Ver cuadro:

Cuadro N° 1
Medicamentos Antituberculosos de Primera Línea – Características clínico farmacológicas

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

FUENTE: ACTUALIZACIÓN DEL SUB NUMERAL 7. TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS DE LA NTS N° 041-MINSA/DGSP-V.01 "NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS" APROBADA POR R.M. N° 383-2006/MINSA

El otro gran grupo de medicamentos son los de segunda línea que se utilizan generalmente en pacientes con tuberculosis resistentes a antibióticos. Son menos eficaces y de menor tolerancia para la persona afectada de Tuberculosis, entre los cuales encontramos; Kanamicina, Ethionamida, Ciprofloxacino, entre otros. Estos fármacos suelen tener efectos más tóxicos, y su acción terapéutica requiere de uso prolongado para alcanzar la curación. En el caso de multidrogorresistencia se recomienda de al menos 18 meses de tratamiento. Ver cuadro:

Cuadro N° 2
Medicamentos Antituberculosos de Segunda Línea para el manejo
Tuberculosis Resistente a Drogas
Características clínico farmacológicas.

MEDICAMENTO	ACTIVIDAD CONTRA TB	ABSORCIÓN	METABOLISMO	EXCRECIÓN
Kanamicina (Km)	Bactericida	Parenteral	Distribución amplia en tejidos y líquidos corporales	Renal
Amikacina (Am)	Bactericida	Parenteral		
Capreomicina (Cm)	Bactericida	Parenteral		
Estreptomicina (S)	Bactericida	parenteral		
Levofloxacino (Lfx)	Bactericida	Administrar 2 horas después en caso de haber ingerido lácteos, antiácidos, u otra medicación conteniendo Fe, Mg, Ca, Zn.	Renal	renal
Moxifloxacino (Mfx)	Altamente bactericida	Su absorción es casi total tras la administración oral.	Hepático	Bilis y renal
Ciprofloxacino (Cx)	Bactericida	Efecto de alimentos en biodisponibilidad es mínimo.	Hepático	80% renal

Etionamida (Eto)	Débilmente bactericida	Absorción enteral	Hepático	renal
Acido paramino salicílico (PAS)	Bacteriostático	60-65% absorción oral	Hepático	renal
Cicloserina (Cs)	Bacteriostático	Oral	Muy buena penetración en el sistema nervioso central	Renal
Clofazimine (Cf)	Bacteriostático	45-62% de la dosis oral	Hepático	renal
Amoxicilina / acido clavulánico (Amx/Clv)	Bactericida in vitro	Gástrica y enteral	Hepático	renal
Claritromicina (Clr)	Probable bacteriostático efecto de sinergia con E	Gástrica, leve alteración con los alimentos	Hepático	hepático
Etambutol (E)*	Bacteriostático probable bactericida a dosis altas	Gástrica no afectado por alimentos	Hepático	renal
Imipenen / Cilastina (Lmp/Cln)	Bactericida in vitro	Parenteral	Hepático	renal
Isoniacida (a dosis altas) (H)	Bactericida potente en cepas sensibles	Gástrico y enteral	Hepático	hepático
Linezolid (LZD)	Bactericida en cepas MDR /XDR	Enteral y parenteral casi completa	Hepático	Hepático y renal
Meropenem (Mp)	Bactericida in vitro	Parenteral completa	Hepático	Hepático y renal
Pirazinamida (Z)*	Bactericida intracelular	Enteral y gástrica	Hepático	Hepático y renal

FUENTE: ACTUALIZACIÓN DEL SUB NUMERAL 7. TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS DE LA NTS N° 041-MINSA/DGSP-V.01 "NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS" APROBADA POR R.M. N° 383-2006/MINSA

El tratamiento exitoso de la Tuberculosis requiere una estricta adherencia al esquema farmacológico prescrito. Esto significa que se debe garantizar el suministro de medicamentos estable y confiable.

En todas las personas afectadas con Tuberculosis, es obligatoria la observación directa de la toma de medicamentos por el personal de salud, con lo que se obtiene la mayor posibilidad de curación y menos riesgo de resistencia y fracaso al tratamiento. La observación directa de la toma de los medicamentos mejora sensiblemente la posibilidad de lograr la curación de los pacientes. De no poder cumplir con esta indicación deberá ser derivado o transferido según sea el caso a un establecimiento de salud del Ministerio de Salud para su supervisión.

El Esquema de tratamiento Uno; es una terapia combinada diseñado con medicamentos de primera línea, indicado para aquellos personas diagnosticadas por primera vez con tuberculosis pulmonar, el cual tiene una duración de 6 meses en donde se debe completar 82 dosis , incluye los siguientes fármacos: Etambutol, Isoniacida, Rifampicina y Pirazinamida. Está dividido en 2 fases, la Primera fase de inducción o bactericida: de administración diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida y para prevenir la resistencia y con ello el fracaso. El tiempo de duración es de dos meses, y se toman pastillas a diario excepto domingos y feriados, haciendo en su totalidad 50 dosis. Al finalizar el primer mes es muy probable que la baciloscopía sea negativa. La Segunda Fase de mantenimiento o esterilizante: de administración intermitente. Incluye menor número de medicamentos, suficientes para conseguir la eliminación de bacilos

persistentes y evitar así las recaídas. Cumpliendo todo el tratamiento se termina definitivamente con la enfermedad, dura cuatro meses y se necesita tomar las pastillas dos veces por semana, haciendo un total de 32 dosis.⁽⁴³⁾ Ver cuadro:

CUADRO N°3 TRATAMIENTO CON ESQUEMA UNO: 2RHZ2E/4R2H2

FASE	DURACION	FRECUENCIA	MEDICAMENTO Y DOSIS	TOTAL POR PACIENTE
1ra	02 meses (50 dosis)	Diario excepto domingos y feriados	Rifampicina x 300mg 2 capsulas Isoniacida x 100 mg 3 tabletas Pirazinamida x 500 mg: 3 tabletas Etambutol x400 mg 3 tabletas	R x 300 mg 164 cap H x 100 mg 438 tab Z x 500 mg 150 tab E x 400 mg 150 tab
2da	04 meses (32 dosis)	Dos veces por semanas	Rifampicina x 300 mg Capsulas Isoniacida x 100 mg Tabletas	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ De preferencia brindar en ayunas. ➤ La persona con Tuberculosis con menos de 50 kg de peso tanto adultos como niños, la dosis de la medicación se administra en relación con el peso del paciente según la posología adjunta. ➤ En menores de 7 años, valorar riesgo beneficio del uso de Etambutol por el riesgo de producir Neuritis óptica. Utilizar Estreptomicina como medicamento alternativo al Etambutol. 				

FUENTE: ACTUALIZACIÓN DEL SUB NUMERAL 7. TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS DE LA NTS N° 041-MINSA/DGSP-V.01 "NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS" APROBADA POR R.M. N° 383-2006/MINSA

Reacciones adversas a fármacos Antituberculosos (RAFAS)

El tratamiento farmacológico contra la Tuberculosis presenta una asociación de medicamentos (terapia combinada), lo cual favorece reacciones al medicamento. Las reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFAS) más frecuentes son: náuseas, dolores gástricos, insomnio, euforia, síndrome gripal y anorexia, pero se presentan otras reacciones que se presenta según cada fármaco del tratamiento, así por ejemplo según los medicamentos se puede presentar.

- Estreptomicina: Daño auditivo y vestibular, dolor en el lugar de inyección, parestesias.
- Isoniacida: Neuropatía periférica, hepatitis.
- Rifampicina: Anorexia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, hepatitis, secreciones corporales de color anaranjado.
- Etambutol: Neuritis óptica.
- Pirazinamida: Dolor articular, hepatitis.

En el caso de presentarse una RAFA, la persona afectada de Tuberculosis o la familia debe comunicarle al médico inmediatamente.

Indicaciones de seguimiento del tratamiento de la Tuberculosis

En los últimos años han surgido cambios importantes en el trabajo operativo para el control eficiente de la Tuberculosis, para ello fue necesario que se convoque a profesionales y técnicos con experiencias de campo tratando de mejorar los conocimientos y destrezas de los trabajadores de establecimientos de salud, estableciendo compromisos que permitan activar una nueva cultura en la calidad de atención.

Para tal efecto para el éxito del tratamiento contra la Tuberculosis, no solo es la adherencia estricta al tratamiento farmacológico, sino a su vez cumplir con las indicaciones de seguimiento, el régimen de indicación por el equipo de salud.

a. Atención médica:

En la atención médica a la persona con Tuberculosis que sigue el esquema de tratamiento Uno, se realizará como mínimo tres consultas médicas. Las consultas son gratuitas, de cumplimiento obligatorio y deberán ser realizadas por el médico tratante. La primera consulta se realiza al inicio del tratamiento, en donde se brinda las principales indicaciones sobre el tratamiento, posibles efectos adversos, control bacteriológico mensual entre otros. La segunda consulta se realiza al cambio de fase donde se continúa con el seguimiento del caso a través de la evaluación clínica,

bacteriológica y radiológica. La tercera consulta se dará en el alta del paciente. Se brinda otras consultas o evaluaciones especiales cuando existen irregularidades en el tratamiento, riesgo de abandono presentación de RAFAS.

En relación al rol del profesional de enfermería en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis, es responsabilidad del enfermero(a), la atención del profesional de enfermería a los pacientes con Tuberculosis es integral e individualizada dirigida a la persona afectada de Tuberculosis, su familia y la comunidad y pone énfasis en la educación, control y seguimiento del enfermo con Tuberculosis y sus contactos, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbimortalidad por Tuberculosis.

Entre las actividades de enfermería para el seguimiento de casos están:

b. Entrevista de enfermería:

Es una de las actividades de la atención integral e individualizada, debe realizarse con calidad y calidez a la persona afectada de Tuberculosis y su familia, con fines de educación, control y seguimiento. Tiene como objetivos educar a la persona afectada de

Tuberculosis y su familia sobre la enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado y la Baciloscopía de control mensual, contribuir a la adhesión de la persona afectada al tratamiento mediante una buena comunicación, indagar sobre antecedentes de tratamiento.

Contribuir a un adecuado seguimiento de casos y estudio de contactos e identificar en la persona afectada, conductas de riesgo a fin de realizar un trabajo de consejería.

Realiza tres entrevistas: la primera al iniciar el tratamiento, la segunda se realiza al terminar la primera fase del tratamiento para controlar la evolución de la persona afectada, los exámenes y análisis de la tarjeta de tratamiento y la tercera se realiza al término del tratamiento con la finalidad de recomendar a la persona afectada, que si en caso presenta sintomatología respiratoria acuda al establecimiento de salud.

Se realizan otras entrevistas, si la persona afectada de Tuberculosis no acude al establecimiento de salud para recibir su tratamiento, en caso de reacciones adversas a los fármacos antituberculosos, completar el estudio de contactos, si la persona afectada de Tuberculosis va a cambiar de domicilio.

c. Visita domiciliaria:

Esta actividad consiste en acudir al domicilio de la persona con Tuberculosis con la finalidad de educar a la persona afectada de Tuberculosis y familia. Deberá efectuarse dentro de las primeras 48 horas de realizado el diagnóstico.

- Educar a la persona con Tuberculosis y familia incorporándolos activamente en la recuperación de la persona con Tuberculosis.
- Identificar problemas de salud y factores condicionantes, para brindar apoyo educativo en busca de solución.
- Verificar el censo y optimizar el control de contactos.
- Contribuir al éxito del tratamiento antituberculoso recuperando a la persona inasistente.

d. Organización y administración del tratamiento:

Es responsable de garantizar la correcta administración del tratamiento antituberculoso. El tratamiento es estrictamente supervisado y ambulatorio. El personal de enfermería se asegurará de que el paciente ingiera los medicamentos en una sola toma al día en todos los servicios de salud. La adhesión del enfermo al tratamiento depende en gran parte de la relación establecida entre la persona afectada de Tuberculosis, el personal de enfermería que lo administra y el establecimiento de salud.

e. Nutrición:

Se debe asegurar una nutrición adecuada de la persona afectada de Tuberculosis con la finalidad de lograr un incremento de peso significativo. Esta debe ser rica en proteínas de alto valor biológico. En pacientes crónicos con tendencia a retener CO₂, deben recibir dieta baja en carbohidratos. Se debe medir el índice de masa corporal en forma periódica.

f. Terapia Psicológica y Social

La terapia psicológica es importante durante el tratamiento pues muchas personas afectadas con esta enfermedad presentan depresión reactiva al conocer su diagnóstico o en el curso de un tratamiento prolongado o tienen comorbilidad asociada a la salud mental.

Algunos medicamentos como Isoniacida, Ciprofloxacina, Etionamida y Cicloserina tienen efectos colaterales neuropsiquiátricos. Es muy importante que el personal de salud evite palabras y actitudes discriminatorias. Debe dar información adecuada, ganarse la confianza y entender las circunstancias de vida del enfermo. Además debe promover la formación de grupos de apoyo entre los pacientes del Establecimiento de Salud ⁽¹³⁾.

Definición de términos básicos

- ✓ **Nivel de conocimientos de la persona afectada con Tuberculosis:** Grado de conocimiento que tienen las personas afectadas sobre la Tuberculosis, el tratamiento farmacológico, las indicaciones de seguimiento y efectos adversos de éste.

- ✓ **Adherencia terapéutica:** Es el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde o cumple estrictamente el tratamiento farmacológico y las indicaciones de seguimiento.

- ✓ **Persona afectada con Tuberculosis:** Es aquella persona que vive con Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar y que está registrado en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred Sesquicentenario.

- ✓ **Tratamiento de la Tuberculosis:** Son los medicamentos entregados por el Ministerio de Salud en forma gratuita a través de todos los programas de control de la tuberculosis (PCT). La medicina debe ser tomada en presencia del personal del establecimiento de salud para asegurar su cumplimiento. Así se asegura la curación de esta enfermedad.

III.- VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1. Variables De La Investigación

El presente estudio ha considerado las siguientes variables:

V1: Nivel de conocimientos sobre el tratamiento antituberculoso

V2: Adherencia terapéutica al tratamiento antituberculoso

3.2. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Nivel de Conocimiento sobre el tratamiento antituberculoso de las personas afectadas de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de la Tuberculosis</p>	<p>Es el conjunto de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias obtenidas y el aprendizaje del sujeto, está relacionado con el conjunto de información adquirido o aprendido por las personas afectadas con tuberculosis del tratamiento antituberculoso.</p>	<p>Conocimiento sobre el tratamiento farmacológico.</p> <p>Conocimiento sobre las indicaciones de seguimiento del tratamiento antituberculoso</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Duración del tratamiento antituberculoso. ➤ Frecuencia del tratamiento antituberculoso ➤ Medicamentos antituberculosos. ➤ Dosis farmacológica de los medicamentos ➤ Efectos adversos de los medicamentos antituberculosos. ➤ Asistencia a la consulta médica. ➤ Asistencia a la entrevista de enfermería. ➤ Control de examen radiológico y entrega de resultado ➤ Entrega mensual de muestra del esputo. ➤ Control de la curva ponderal 	<ul style="list-style-type: none"> • ALTO (11- 16) • MEDIO (9 -10) • BAJO (0-8)

<p>Adherencia terapéutica de las personas afectadas de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis sobre el tratamiento antituberculoso</p>	<p>La adherencia terapéutica al tratamiento antituberculoso es el cumplimiento del tratamiento farmacológico y de las indicaciones de seguimiento que favorece a la persona afectada de Tuberculosis a mejorar su estado de salud.</p>	<p>Tratamiento farmacológico</p> <p>Indicaciones de seguimiento</p>	<p>➤ Asistencia regular</p> <p>➤ Ingesta de dosis indicada</p> <p>➤ Asistencia a la consulta médica</p> <p>➤ Asistencia a la entrevista de enfermería</p> <p>➤ Control de examen radiológico y entrega de resultado</p> <p>➤ Entrega mensual de muestra del esputo</p> <p>➤ Control de la curva ponderal</p>	<p>• ADHERENTE (4-7)</p> <p>• NO ADHERENTE (0-3)</p>
--	--	---	--	--

3.3. Hipótesis de la investigación

Hi: El nivel de conocimientos sobre el tratamiento antituberculoso tiene relación con la adherencia terapéutica en las personas afectadas de Tuberculosis de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis de la Microred Sesquicentenario - Callao 2013.

Ho: El nivel de conocimientos sobre el tratamiento antituberculoso no tiene relación con la adherencia terapéutica en las personas afectadas de Tuberculosis de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis de la Microred Sesquicentenario - Callao 2013.

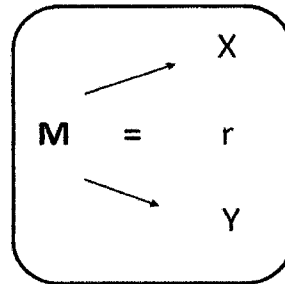
IV.- METODOLOGÍA

4.1 Tipo de Investigación

El estudio de investigación es Descriptivo Correlacional de corte Transversal, ya que permitió presentar la información tal y como se presenta en un tiempo y espacio, además, se aplicó comprobar empíricamente si existe algún nexo o relación entre las variables del estudio. De tipo cuantitativo ya que los datos que se obtuvieron fueron cuantificados para de esta manera ser capaz de procesarlos estadísticamente.

4.2 Diseño de La Investigación

El diseño gráfico puede representarse de la siguiente manera:



Dónde:

M= Muestra

x= Nivel de conocimientos sobre tratamiento antituberculoso (variable independiente)

y= Adherencia terapéutica al tratamiento antituberculoso (variable dependiente)

R= Relación entre ambas variables

4.3. Población y muestra

- **Características:**

La población de estudio estuvo conformada por todos las personas afectadas con TBC pulmonar y extrapulmonar registradas en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis de la Microred Sesquicentenario durante los meses de Octubre a Diciembre, haciendo un total de 74 personas afectadas con Tuberculosis, y que acuden a los respectivos centros de salud de la Microred “Sesquicentenario” – Callao.

Ubicación y espacio temporal de la población:

Las ubicaciones de los centros de salud son las siguientes:

C.S. Sesquicentenario (Base de Microred): Altura de la calle 7 y 14 – Urb SESQUICENTENARIO.

C.S. Previ: Calle Central S/N

C.S. Bocanegra: A.A.H.H. bocanegra – Plaza cívica

C.S. Álamo: Mz S/N Urb El Alamo

Tamaño de la muestra:

La muestra se obtuvo por muestreo no probabilístico, en tal sentido, la toma de decisiones de un grupo de personas afectadas con Tuberculosis obedecen a ciertos criterios de investigación: Criterio de Inclusión y Exclusión ⁽⁴⁶⁾.

Por tanto, estuvo constituido por las personas afectadas con Tuberculosis entre 15 y 35 años de edad y que se encuentran en la fase uno y dos del esquema I, que ha saber fueron en total 62 personas afectadas.

- **Criterios de inclusión**

- Personas afectadas con Tuberculosis de 15 a 35 años de edad que reciben tratamiento en el Esquema I de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Microred “Sesquicentenario” – Callao.
- Personas afectadas de Tuberculosis con un mes de tratamiento cumplido como mínimo.
- Personas afectadas con Tuberculosis que tienen una o más inasistencias al recibir el tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Microred “Sesquicentenario” – Callao.
- Personas afectadas con Tuberculosis que acepten voluntariamente ser parte del estudio.

- **Criterios de exclusión**

- Personas afectadas con Tuberculosis que reciben el tratamiento Multidrogo-resistentes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Microred “Sesquicentenario” – Callao.
- Personas afectadas con Tuberculosis menores de 15 años.

- Personas afectadas con Tuberculosis con alteraciones mentales.
- Aquellos que no deseen participar en el estudio.

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para medir la variable Nivel de conocimientos se utilizó la técnica de la entrevista y el instrumento es la encuesta, ya que permite obtener los datos a través de preguntas a los miembros de la población en estudio. El instrumento incluye:

La encuesta (Ver anexo C) es de tipo estructurada que en su configuración presenta tres aspectos:

- a) Presentación**
- b) Consentimiento Informado (Ver Anexo B)**
- c) Datos generales del encuestado**
- d) Cuerpo de la encuesta, que contiene preguntas cerradas y de opciones múltiples, y consta de dos partes: La primera consta de datos generales con 7 preguntas y la segunda de datos específicos consta de 16 preguntas; donde se le dio el valor de 1 para la respuesta correcta y 0 para la respuesta incorrecta.**

Para medir la variable Adherencia terapéutica se utilizará la técnica del análisis documental y el instrumento es la ficha de registro. La ficha de registro (Ver Anexo D), está diseñada para un registro ágil de los datos contenidos en la "Tarjeta de control de asistencia y administración de

medicamentos” así como en la Historia Clínica de la persona afectada de Tuberculosis, donde se le dio el valor de 1 a cada ítem cumplido y 0 a cada ítem incumplido.

Ambos instrumentos fueron validados mediante el Juicio de Expertos en donde participaron ocho expertos de las áreas de enfermería de Salud Pública, en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Los puntajes fueron sometidos a prueba binomial, donde se encontró que el error de significancia no supera los valores establecidos para $p < 0.05$ (Ver anexo E), por lo que el instrumento es válido.

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la Prueba Piloto en la Microred “Sesquicentenario”, con el muestreo ajustado al estudio. Así, se aplicó la fórmula estadística Kuder Richardson para la confiabilidad.

Kuder Richardson = 0.8685 (Ver anexo F)

Observándose que luego de su aplicación los resultados son confiables.

4.5 Procedimientos de recolección de datos.

Para el proceso de recolección de datos se realizó los trámites administrativos, así como las coordinaciones previas para la aplicación del instrumento. La aplicación del instrumento fue durante dos semanas (9 al 22 de Diciembre) de 8:00 am a 1:00pm, después de que la persona afectada con Tuberculosis haya recibido su tratamiento, previa información y consentimiento para realizar la encuesta. Para realizar el análisis documental en las fichas de registro se extrajo la información directamente de la historia clínica, después de haber realizado la encuesta.

El procesamiento de datos se realizó previa la elaboración de la tabla de códigos y la tabla de Matriz (Anexo G y H respectivamente), se usó el Programa Excel 2010 y el Paquete Estadístico SPSS 19.0; porque proporciona herramientas y funciones eficaces para procesar los datos obtenidos con mayor facilidad. Con los resultados obtenidos para cada una de las variables se realizó la categorización utilizando:

El valor de 1 para la respuesta correcta y 0 para la respuesta incorrecta, para evaluar los conocimientos.

Y el valor de 1 a cada ítem cumplido y 0 a cada ítem incumplido, para evaluar la adherencia.

4.6 Procesamiento Estadístico y análisis de datos.

Para el análisis e interpretación de los datos se aplicó la base teórica y se consideró los porcentajes significativos de acuerdo a los objetivos de la investigación. Luego de la aplicación del instrumento y el recojo de información a través del llenado de la ficha de registro se paloteo en una tabla de Matriz general (ANEXO H), codificando y presentándose en gráficos de Pastel por ser la variable de naturaleza cuantitativa así como los cuadros estadísticos de una y doble entrada para de esta manera, establecer una información cruzada. Así mismo se utilizó para el variable nivel de conocimientos sobre el Tratamiento antituberculoso, la categorización según Stanones (ver anexo I) lo cual permitió categorizarlo de la siguiente manera:

- Conocimiento alto: 11 - 16
- Conocimiento medio: 9 -10
- Conocimiento bajo: 0 - 8

De la misma manera se procedió a categorizar según Stanones a la variable nivel de conocimientos sobre el tratamiento según sus dimensiones así se tiene: tratamiento farmacológico (ver anexo J) y las indicaciones de seguimiento (Ver anexo K).

En cuanto a la variable adherencia al tratamiento de la Tuberculosis se realizó la categorización según Stanones (Ver anexo L), obteniendo como resultados:

Adherente: 4 - 7

No adherente: 0 - 3

Los aspectos de análisis se realizaron a través del Ji cuadrado (Ver TABLA N° 5.3) con un nivel de significancia de 5% y un grado de libertad de 2; se encontró que el valor de probabilidad $P = 0.000$, es menor que 0.05; por lo tanto se concluye en rechazar la H_0 ; lo cual indica que **Es decir, existe relación altamente significativa entre el nivel de conocimiento y la adherencia terapéutica.**

V.- RESULTADOS

TABLA N° 5.1

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO

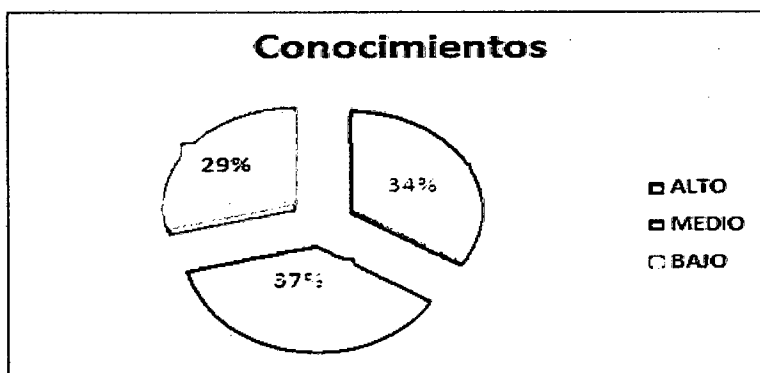
Nivel de conocimientos	N°	%
Bajo	18	29%
Medio	23	37%
Alto	21	34%
Total	62	100,0

FUENTE: Encuesta realizada a las personas Afectadas con Tuberculosis en la Microred Sesquicentenario

Del 100% (62) de los encuestados respecto al nivel de conocimientos sobre el tratamiento antituberculoso, el 34% (21) tiene un nivel de conocimiento alto, el 29% (18) conocimiento bajo y el 37% (23) un nivel de conocimiento medio.

GRAFICO No. 5.1

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO



FUENTE: Encuesta realizada a las personas Afectadas con Tuberculosis en la Microred Sesquicentenario

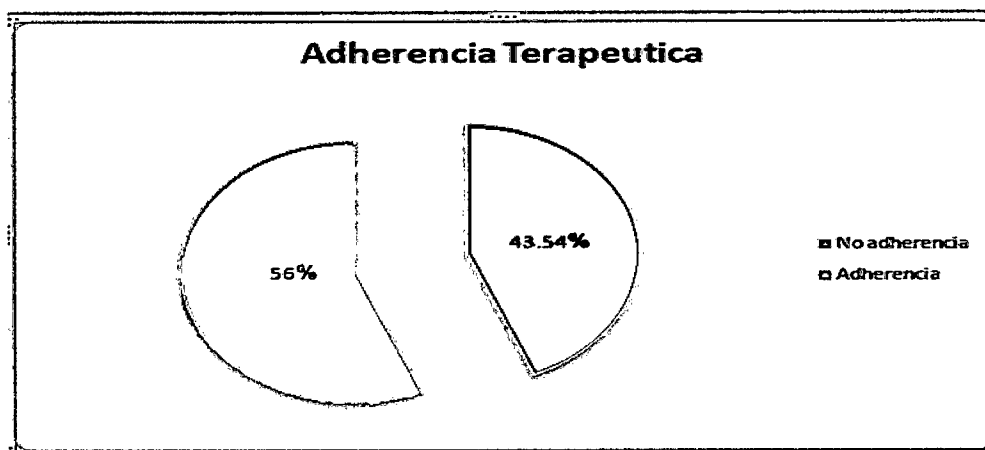
TABLA No. 5.2
ADHERENCIA TERAPEUTICA

Adherencia	Nº	%
No Adherencia	17	43.54
Adherencia	35	56
Total	62	100,0

FUENTE: Encuesta realizada a las personas Afectadas con Tuberculosis en la Microred Sesquicentenario

Del 100% (62) de los encuestados respecto a la adherencia terapéutica, el 56% (35) tiene una adherencia terapéutica y el 43.54% (17) presenta una no adherencia terapéutica.

GRAFICO No. 5.2
ADHERENCIA TERAPEUTICA



FUENTE: Encuesta realizada a las personas Afectadas con Tuberculosis en la Microred Sesquicentenario

TABLA No. 5.3

TABLA DE CONTINGENCIA CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO Y ADHERENCIA TERAPEUTICA

Conocimiento		Adherencia Terapéutica		Total
		No Adherencia	Adherencia	
Bajo	n	16	2	18
	%	88.9%	11.1%	100%
Medio	n	7	16	23
	%	30.4%	69.6%	100%
Alto	n	3	18	21
	%	14.3%	85.7%	100%
Total	n	26	36	62
	%	41.9%	58.1%	100.0%

Chi cuadrado= 24.140, gl=2, p= 0.00 SIGNIFICATIVO

FUENTE: Encuesta realizada a las personas Afectadas con Tuberculosis en la Microred Sesquicentenario

El nivel de conocimientos en relación a la adherencia terapéutica que tienen las personas afectadas con Tuberculosis de la Microred Sesquicentenario es alto con el 85.7% (18 personas).

VI.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Respecto a la edad, la mayoría de los pacientes (54,8%) oscila entre 30 a 35 años, seguido de una proporción significativa (41.9%) entre los 18 a 29 años. (Ver anexo O) Rango en el que se ubica la población económicamente activa, donde la tuberculosis sigue afectando la vida social y productiva de las personas. En el estudio realizado por Mendoza Ticona, titulado "Tuberculosis como enfermedad ocupacional" refiere que en el Perú se estima que entre el 30 y 40% de la población está infectada por el bacilo de la TB, siendo mayor la proporción entre trabajadores de salud (por su contacto estrecho con personas con enfermedad activa) y en trabajadores del transporte público (por su contacto directo y cotidiano con diversas personas durante su jornada laboral) ⁽⁴⁷⁾. En la realidad nacional, identificamos que la mayoría de las personas trabajan compartiendo el mismo espacio laboral ocho horas al día; es muy factible que, en estas circunstancias, la TB se pueda adquirir en el ambiente laboral debido a las relaciones interpersonales inherentes.

En cuanto al grado de instrucción, se evidencia que casi el 64.5% de las personas afectadas no tienen grado de instrucción o no alcanzaron a culminar el nivel primario o secundario, y que solo el 35.5% alcanzó estudios superiores sea técnico o universitario. Los resultados ratifican que la tuberculosis hace presa de las personas de bajo perfil educativo.

En un estudio realizado por Laurente y col. (2010), titulado “Conocimiento y actitudes acerca de la trasmisión y prevención de la Tuberculosis en pacientes multidrogorresistente - Perú” se consideró que la educación de las personas afectadas con Tuberculosis ya es considerado como uno de los determinantes sociales de la tuberculosis. La mayoría de personas en el país tiene un grado de instrucción bajo, ya sea porque carecen de medios económicos para seguir sus estudios o porque su cultura o creencias les impide estudiar. Las personas con un grado de instrucción alto suelen interesarse más sobre sus problemas de salud, asistiendo oportunamente al centro de salud y aplicando las medidas preventivas necesarias, lo que los lleva disminuir su riesgo de morbilidad y mortalidad, y de su entorno inmediato ⁽⁴⁸⁾.

6.1 Contrastación de Hipótesis con los resultados:

Al establecer la relación entre las variables mediante la prueba estadística de Ji cuadrado, se encontró que el valor de probabilidad $P = 0.000$, lo cual es significativa para validar la hipótesis. Por lo que se demuestra que el nivel de conocimientos y la adherencia terapéutica tienen una relación altamente significativa; por tanto, se acepta la hipótesis general de estudio.

Asimismo, se obtuvo como resultado global que el 58.1% de las personas afectadas de Tuberculosis fueron adherentes al tratamiento, en este grupo se encontró que el mayor porcentaje tenía un nivel de conocimiento alto (85.7%). En contraparte los no adherentes constituyeron el 41.9% de las personas afectadas de Tuberculosis, en ellos el nivel de conocimientos fue medio y bajo, siendo estos (30.4 % y 88.9% respectivamente).

Resalta en la tabla que existe un porcentaje (14.3%) que no muestra adherencia, sin embargo tiene un alto nivel de conocimiento, asimismo se muestra también en la tabla que existe un porcentaje (11.1%) que si muestra adherencia, sin embargo tiene un bajo nivel de conocimiento. Esto se debe principalmente en las diferencias de calidad de atención que existen entre los cuatro centros de Salud, dónde las personas de bajo nivel de conocimientos entienden que deben continuar con el tratamiento para poder restablecerse pero que son abordadas por un profesional de Enfermería que no satisface sus necesidades o no brinda la información necesaria; mientras que las personas que tienen un nivel de conocimientos alto y no tienen adherencia al tratamiento, básicamente son las personas que no asisten para recibir su tratamiento farmacológico debido a diversos factores, por ejemplo: propios de la persona afectada con Tuberculosis, etc.

6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares:

El nivel de conocimiento constituye un factor determinante en la conducta de las personas afectadas con Tuberculosis, frente a la aceptación del tratamiento y el mejor seguimiento de las indicaciones terapéuticas, también permite identificar oportunamente las reacciones adversas y actuar de manera apropiada. En cuanto al nivel de conocimientos de las personas afectadas con tuberculosis sobre el tratamiento farmacológico, se encontró que el mayor porcentaje de personas afectadas (85.7%) tenía conocimientos de nivel alto sobre el tratamiento antituberculoso. Y con respecto a la adherencia terapéutica, en el presente estudio se encontró que la mayoría de personas afectadas encuestadas son adherentes al tratamiento antituberculoso en un 58.1%.

Los hallazgos de este estudio, son similares al estudio reportado en el año 2009 por Tacuri Taipe, donde también muestra que existe relación directa entre adherencia y nivel de conocimientos de las personas afectadas con tuberculosis, es decir que la no adherencia concuerda con los conocimientos que poseen: conocimiento medio (36.8%) y conocimiento bajo (34.2%) y quienes poseen adherencia al tratamiento concuerdan con el nivel de conocimiento alto. El estudio permitió conocer que el 34.2% de pacientes no mostraron adherencia lo cual incrementa el riesgo de reaparición de la tuberculosis.

En contraparte el estudio reportado en el 2013 por Jimenez Cabezas, demuestra que no existe relación entre la adherencia terapéutica y los conocimientos. Respecto a los conocimientos que tienen las personas afectadas de Tuberculosis sobre el tratamiento antituberculoso, del 100%, el 48% (12) conoce y el 52% (13) no conoce. Respecto a la adherencia terapéutica, del 100%, el 32%(8) es adherente y el 68% (17) no es adherente. Respecto a la relación entre adherencia terapéutica y los conocimientos destaca que de las personas afectadas con Tuberculosis que conocen, hay 28% que no son adherentes; y los que no conocen, el 40% no son adherentes.

VII. CONCLUSIONES

- El nivel de conocimientos que tienen las personas afectadas de Tuberculosis sobre el tratamiento antituberculoso es alto.
- La mayoría de personas afectadas tienen adherencia al tratamiento antituberculoso.
- El 14.3% de las personas afectadas con Tuberculosis no muestra adherencia al tratamiento, sin embargo tiene un alto nivel de conocimiento; asimismo se muestra también que el 11.1% de las personas afectadas con Tuberculosis si muestra adherencia al tratamiento, sin embargo tiene un bajo nivel de conocimiento.
- Existe relación altamente significativa entre nivel de conocimientos de las personas afectadas con tuberculosis y la adherencia terapéutica. Lo cual fue comprobado mediante la prueba estadística del Ji cuadrado con un nivel de significancia del 95%, un valor de probabilidad $p < 0.05$ y un grado de libertad 2.

VIII.- RECOMENDACIONES

- Mejorar los procesos de información y educación respecto al tratamiento de la tuberculosis a cargo de los profesionales de salud, en especial de Enfermería como medio para alcanzar mayor nivel de adherencia.

- Capacitar al personal de Salud para incentivar y lograr la adherencia terapéutica, en las personas afectadas que asisten a la estrategia sanitaria Nacional de control y prevención de la tuberculosis sobre todo desde los primeros meses.

- Elaborar estudios sobre adherencia terapéutica y factores relacionados con los servicios de salud, calidad de atención, o los factores sociales de las personas afectadas.

IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global tuberculosis report 2013. Francia. NLM classification WF 300; 2013. Pág: Executive summary, before Chapter one**
- 2. MINISTERIO DE SALUD. Boletín epidemiológico 2013 Volumen 06 N° 3 [Base de datos en línea]. Perú: Unidad de Epidemiología de la Red de Salud Lima ciudad; 2013 [30 de Marzo 2013]. URL disponible en: <http://www.rslc.gob.pe/Descargas/Epidemiologia/Boletin/2013/Boletin-N-03-2013.pdf>**
- 3. WHO MEDIA CENTRE [En línea]. Centro de prensa de la OMS. Nota descriptiva N° 104; Marzo del 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>**
- 4. DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE PASCO. Situación de las Enfermedades bajo vigilancia epidemiológica del Distrito de Vicco. Boletín epidemiológico. 2013; Boletín mensual N° 3. Pág: 1**

5. MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de Salud de las Personas. Control de la Tuberculosis en el Perú. ESN-PCT. [Pt en: JIMENEZ CABEZAS Giuliana. Relación entre la adherencia terapéutica y los conocimientos que tienen los pacientes sobre el tratamiento antituberculoso en el Centro de Salud Max Arias Schreiber. [Tesis para optar título].Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012].

6. COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ. Lineamientos generales de un Programa para la Prevención y el control de la Tuberculosis en Lima Metropolitana, Plan TB cero. Comité para el Control de la Tuberculosis; Lima - 2011.Pág: 7

7. RED NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Indicadores Básicos de Salud, Situación de salud del Perú; 2012.

8. COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ. La tuberculosis en el Perú: un gravísimo problema de salud pública [Base de datos en línea]. Perú; 2013. [21 de Marzo del 2013]. URL disponible en:

<http://www.cmp.org.pe/component/content/article/56-ultimas/1762-la-tuberculosis-en-el-peru-un-gravisimo-problema-de-salud-publica.html>

9. DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO. Análisis de Situación de Salud Regional del Callao. Editorial de la Oficina de Epidemiología de Diresa. Doceava edición. Callao; 2011. Pág: 174-176
10. DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO. Análisis de Situación de Salud Regional del Callao. Editorial de la Oficina de Epidemiología de Diresa. Treceava edición. Callao; 2012. Pág: 168
11. DIRESA CALLAO Microred Sesquicentenario. Casos de TB pulmonar. Callao: Diresa Callao; 2012. Lic. En Enfermería Milena Calderón [12 de noviembre del 2013].
12. MINISTERIO DE SALUD. Construyendo las alianzas estratégicas para el control de la tuberculosis: Experiencia peruana. ESM-PCT. 2008 [Pt en: TACURI TAIPE Martha. Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de

Salud Primavera El Agustino [Tesis para título profesional].
Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009].

13. MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis ESN-PCT. Cartolan EIRL, Perú; 2006. Pag. 15, 23.

14. SALAZAR GONZALES Clara, URIBE ROCHA María, ZULUAGA RAMIREZ Walter, RIOS CADAVID Juan, MONTES Fernando, Realizaron un estudio titulado: “Factores de riesgo para el abandono del Tratamiento contra la Tuberculosis en la ciudad de Medellín, Enero 2000- Junio 2001. [Pt en: en: PINEDO CHUQUIZUTA Cinthya. Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de la E.S.N de prevención y control de la Tuberculosis en el C.S Fortaleza [Tesis para título profesional]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008].

15. CULQUI Dante, GRIJALVA Carlos Gabriel, REATEGUI Simy del Rocío, CAJO Jesús Manuel y SUÁREZ Luis Antonio. Realizaron una investigación titulada [En línea]: “Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú”. [2005]. URL disponible en:

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n1/27083.pdf>

16. GARCIA LEGUIZAMÓN Mónica. Realizó una investigación titulada [En línea]: “Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo de miocardio en una institución de cuarto nivel, Bogotá durante el mes de agosto”. [2008]. URL disponible en:

<http://es.scribd.com/doc/221657845/Tesis-Factores>

[Relacionados-a-La-Adherencia](#)

17. LA ALIANZA COMUNITARIA PARA LA SOLUCIÓN DE LA TB.

Actitudes, conocimientos y prácticas de Tuberculosis, en proveedores de servicios de salud [En línea]. México; 2010.

URL disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1048/1/collazos_fc.pdf

18. LANCHEROS PÁEZ, PAVA CÁRDENAS, BOHÓRQUEZ

POVEDA. Scientific Electronic Library Online Scielo [En línea]:

Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas en

la Asociación Colombiana de Diabetes. [Diciembre 2010]. URL

disponible en:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18527337201000040003

- 19. GÓMEZ RAMOS, LARA ORTEGA, HERNÁNDEZ, GÓMEZ SOTO.** Revista de Salud Pública [En línea]: "Apoyo familiar y la adherencia al tratamiento por el paciente con Tuberculosis pulmonar en Guadalupe- Nuevo León". [octubre 2002]. URL disponible en:
- <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/fororegional/152.htm>

- 20. SOARES, PACHECO y CABANHA RANCHOCOLORADO,** "Mejoras en las tasas de tratamiento exitoso con el tratamiento directamente observado en la Ciudad de Río de Janeiro. Int J Tuberc Lung Dis 10 (6); 2006.

- 21. JIMENEZ CABEZAS Giuliana.** Relación entre la adherencia terapéutica y los conocimientos que tienen los pacientes sobre el tratamiento antituberculoso en el Centro de Salud Max Arias Schreiber. [Tesis para optar título]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.

- 22.**CAPACUTE CHAMBILLA Katerine. Relación entre el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Microred Cono sur Tacna. [Tesis para optar título].Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2012.
- 23.**PÉREZ VILLACORTA Rolando, MIRANDA LOZANO Adrián. Relación entre Nivel de Conocimientos sobre Tuberculosis Pulmonar y Actitud hacia el Tratamiento – Usuario Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba. [Tesis para título profesional Perú: Universidad Nacional San Martín de Tarapoto; 2011.
- 24.**HERRERA MONTOYA Jhonathan. Adherencia al tratamiento y actitud hacia su autocuidado en pacientes con tuberculosis. [Tesis para optar título].Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2010.
- 25.**TACURI TAIPE Martha. Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera El Agustino [Tesis para título profesional]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009].

- 26. HUAYNATES CASTRO** Analí. Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la Estrategia Sanitaria de tuberculosis en el centro de Salud San Luis. [Tesis para optar título].Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006
- 27. VILLAMAR ARCE** Sheyla. Relación entre conocimientos y prácticas de medidas preventivas y recaídas en adolescentes con tuberculosis pulmonar en el CS de Lima octubre-diciembre. [Tesis para optar título].Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005
- 28. PEREZ SANTANA** José. Manual para el diplomado en enfermería (ATS/DUE). Editorial MAD. Primera edición. Módulo I; 2009. Pág: 98 -99
- 29. LIPPINCOTT** Williams y Wilkins. Middle Range Theories Application to nursing research. Editorial Wolter Kluwwe Health. Second edition. Pág: 292

- 30.** PEPLAU Hildegard E. Relaciones interpersonales en Enfermería. Salvat Editores .Barcelona 1990
- 31.** CURASMA TAYPE Silvia. Nivel de conocimientos sobre Tuberculosis multidrogorresistente de pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de PCT del C.S Madre Teresa de Calcuta. [Tesis para optar título].Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008
- 32.** BERTRAND Russell. El conocimiento humano. España: Taurus S.A; 1998. [Pt en: en: HONORIO Carmen. Conocimientos y su relación con las prácticas de las madres de niños menores de cinco años sobre la prevención de las infecciones respiratorias agudas en el C.S Max Schreiber [Tesis para título profesional]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002].
- 33.** BUNGE Mario. La Ciencia su Método y su Filosofía. Ed. Sudamericana S.A.; 2005 Pág: 10
- 34.** HERNANDEZ RODRIGUEZ Antonio. Kant: Introducción a la crítica de la razón pura. Ed. Club Universitario. España; 2004. Pág:13 -16

- 35.** WALLON Henry. Psicología, ciencia y sociedad. España; 1985.
[Pt en: en: DIAZ Sonia, OLGUIN Karina. Limitaciones en el abordaje del Paciente con Tuberculosis [Proyecto de Investigación]. Córdoba Universidad Nacional de Córdoba; 2010].
- 36.** MINISTERIO DE LA SALUD. Manejo de la Tuberculosis: Una guía esencial de buenas prácticas. Editorial International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Sexta edición; 2010.
Pág: 5
- 37.** SMELTZER Suzanne, BARE Brenda, HINKLE Janice. Enfermería medicoquirúrgico. Barcelona (España). Editorial JAZ, S.L. Decimo segunda Edición 2012. Volumen I. Página 567- 568.
- 38.** MARTIN Libertad. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Revista cubana de Salud Pública. Volumen 32 N° 3; 2006.
- 39.** ADAO Gabriela. Nuevas estrategias para asegurar la adherencia al tratamiento de tuberculosis. Revista Médicos sin Fronteras. [Revista en línea]. Barcelona. España. 2006. URL

disponible en: <http://www.msf.es/entrevista/nuevas-estrategias-paraseguraradherencia-ninos-al-tratamiento-tb>

40. ZALDIVAR PÉREZ, Dionisio. Adherencia Terapéutica y modelos explicativos. Revista Salud para la Vida. [Revista en línea]. Madrid.2003. URL disponible en:

<http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=6071>

41. MION Junios .Baja adherencia al tratamiento antipsicótico: Actuación de Enfermería [Base de datos en línea]. Madrid: Cid Expósito. [Julio 2005]. URL disponible en:

http://www.ee.isics.es/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/Articulo_EE/plantilla_articulo_EE&numRevista=8&idArticulo=1119268211126

42. SACKETT Y HAYNES. Adherencia terapéutica: Estrategia prácticas de mejora [Base de datos en línea]. Madrid: Servicio Madrileño de Salud. [2006]. URL disponible en:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>

- 43. GONZÁLEZ, CUIXART, MANTECA, CARBONELL, ARMENGON, AZCOL.** La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: Actuación de enfermería. Revista semestral de Enfermería global. Volumen 4 N° 2. Barcelona; 2005. Pág: 3
- 44. ACTUALIZACIÓN DEL SUB NUMERAL 7. TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS”** aprobada por RM. N° 383-2006/MINSA. Norma técnica de salud para el control de la Tuberculosis”. http://www.slideshare.net/Nando_Slide/rm579-2010minsa-modifican-tto-tuberculosis
- 45. WILSON Susan y THOMPSON June.** Trastornos respiratorios. Barcelona Madrid. Editorial Mosby/ Doyma Libros. Quinta edición 1994. Pág. 224
- 46. HERNANDEZ SAMPIERI, FERNÁNDEZ-COLLADO, BAPTISTA Lucio.** Metodología de la investigación. Mc Graw Hill. Cuarta Edición. México; 2006. Pág: 241
- 47. MENDOZA TICONA Alberto.** Tuberculosis como enfermedad ocupacional. Revista Perú Med Exp. Salud Publica. 29(2):232-36; 2012. Pág: 232

48. Laurente Jonny, REMUZGO Fanny, GALLARDO Jorge,
Conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención
de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis
multidrogorresistente. Revista peruana de Epidemiología 2010;
14(1). Pág: 5.

ANEXOS

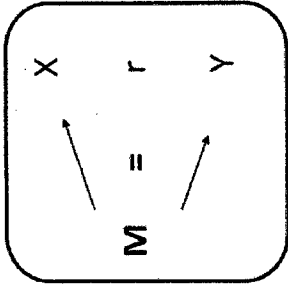
• ANEXO A Matriz de Consistencia.....	85
• ANEXO B Consentimiento informado.....	88
• ANEXO C Encuesta.....	89
• ANEXO D Ficha de registro	94
• ANEXO E Prueba binomial	96
• ANEXO F Confiabilidad del instrumento.....	97
• ANEXO G Libro de códigos.....	98
• ANEXO H Tabla de Matriz general.....	100
• ANEXO I Categorización de la variable nivel de conocimientos según Staninos.....	103
• ANEXO J Categorización de la variable nivel de conocimientos según Staninos Dimensión: Tratamiento farmacológico.....	104
• ANEXO K Categorización de la variable nivel de conocimientos según Staninos Dimensión: Indicaciones de seguimiento.....	105
• ANEXO L Categorización de la variable adherencia terapéutica según Staninos	106
• ANEXO M Conocimiento sobre el tratamiento antituberculoso a nivel de dimensiones.....	107
• ANEXO N Edad de las personas afectadas con Tuberculosis en la Microred Sesquicentenario	108
• ANEXO O Sexo de las personas afectadas con Tuberculosis en la Microred Sesquicentenario	109

- **ANEXO P** Peso de las personas afectadas con Tuberculosis en la Microred Sesquicentenario110
- **ANEXO Q** Ocupación de las personas afectadas con Tuberculosis en la Microred Sesquicentenario111
- **ANEXO R** Grado de instrucción de las personas afectadas con Tuberculosis en la Microred Sesquicentenario112
- **ANEXO S** Estado civil de las personas afectadas con Tuberculosis en la Microred Sesquicentenario113
- **ANEXO T** Matriz de prueba piloto del Proyecto de Investigación en la Microred Sesquicentenario114

ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LAS PERSONAS AFECTADAS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED "SESQUICENTENARIO" CALLAO - 2013

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	METODOLOGIA	POBLACION
<p><u>Formulación del problema:</u></p> <p>-¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre el tratamiento antituberculoso y la adherencia terapéutica en las personas afectadas de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred "Sesquicentenario" Callao - 2013?</p>	<p><u>General:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Relacionar el nivel de conocimientos sobre el tratamiento antituberculoso y la adherencia terapéutica en las personas afectadas de Tuberculosis de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred "Sesquicentenario" Callao – 2013. 	<p><u>General:</u></p> <p>(Hi): El nivel de conocimientos sobre el tratamiento antituberculoso tiene la relación con la adherencia terapéutica en las personas afectadas de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis de la Microred Sesquicentenario - Callao 2013.</p>	<p>El estudio de investigación es Descriptivo de corte Transversal y correlacional, ya que permite presentar la información tal y como se presenta en un tiempo y espacio determinado, y además, comprobar empíricamente si existe algún nexo o relación entre las variables del estudio. De tipo cuantitativo ya que los datos que se obtendrán podrán ser cuantificados para de esta manera ser capaz de procesarlos estadísticamente.</p>	<p><u>Población:</u></p> <p>Está constituida por 74 personas afectadas con TBC pulmonar y extrapulmonar que acuden a la MIDRORED "SESQUICENTENARIO"</p> <p><u>Muestra:</u></p> <p>Está constituida por 62 personas afectadas con TBC pulmonar entre las edades de 15 a 35 años del Esquema I del tratamiento Antituberculoso.</p>

	<p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar el nivel de conocimientos que tienen las personas afectadas de Tuberculosis, referente al tratamiento antituberculoso de la Estrategia Sanitaria Nacional y el Control de la Tuberculosis de la Microred "Sesquicentenario" Callao – 2013 Identificar la adherencia terapéutica que tienen las personas afectadas de Tuberculosis de la Estrategia Sanitaria Nacional y 	<p>Nula:</p> <p>(Ho): El nivel de conocimientos sobre el tratamiento antituberculoso no tiene relación con la adherencia terapéutica en las personas afectadas de la Estrategia Sanitaria Nacional y el Control de la Tuberculosis de la Microred Sesquicentenario - Callao 2013.</p>	 <p>Dónde:</p> <p>x= Nivel de conocimientos sobre tratamiento antituberculoso (variable independiente) y= Adherencia terapéutica al tratamiento antituberculoso (variable dependiente) R= Relación entre ambas variables</p>	
--	---	--	---	--

	<p>Control de la Tuberculosis, sobre de la Microred "Sesquicentenario" Callao – 2013</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre el tratamiento antituberculoso y la adherencia terapéutica en las personas afectadas de Tuberculosis de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, sobre de la Microred "Sesquicentenario" Callao – 2013. 			
--	---	--	--	--

ANEXO B

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESARROLLAR LA ENCUESTA
ACERCA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO**

Yo.....

... Identificado (a) con DNI N°.....y domiciliado

en.....

Declaro voluntariamente mi aceptación para participar en el desarrollo del formulario que la Srta. Egresada en Enfermería de la UNAC me está solicitando. Así mismo declaro haber sido informado sobre el contenido de dicho cuestionario y los objetivos del mismo.

De igual manera me comprometo a ser veraz en cuanto a mis respuestas.

En señal de conformidad firmo el presente consentimiento informado.

Firma del paciente

Lugar y Fecha.....

ANEXO C



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

INSTRUMENTO

I. PRESENTACION

Estimado señor (a), somos egresadas de la Universidad Nacional del Callao, Facultad de enfermería y en esta oportunidad estamos realizando una investigación, que tiene por objetivo saber lo que usted hace y conoce sobre el tratamiento de la tuberculosis. Por lo que se le pide que responda las preguntas con sinceridad. Agradecemos anticipadamente su colaboración.

II. INSTRUCCIONES

A continuación se le presenta una serie de preguntas por favor marque la respuesta que considere correcta con un aspa (x) según corresponda su esquema de tratamiento. Gracias.

III. DATOS GENERALES

1. **Nombre y apellidos:**

2. **Edad:**

3. **Sexo:** Masculino () Femenino ()

4. **Peso:** Menor de 50 kg () Mayor de 50 kg ()

5. **Ocupación:**

Estudiante ()

Trabajo independiente ()

No trabaja ()

Ama de casa ()

Trabajo dependiente ()

6. **Nivel de educación alcanzado:**

Sin educación ()

Superior técnico ()

Primaria ()

Superior universitario ()

Secundaria ()

7. Estado civil:

Soltero ()

Conviviente ()

Separado ()

Divorciado ()

Casado ()

Viudo ()

DATOS ESPECIFICOS

La tuberculosis es una enfermedad contagiosa, producida por una bacteria que ataca principalmente al pulmón; la cual produce síntomas como: tos y flema por más de 15 días, debilidad y cansancio constante, pérdida de peso, fiebre, sudores nocturnos, dolor en el pecho, tos con sangre y pérdida de apetito .Por lo tanto se debe tener un tratamiento para combatirla.

1. LA PRIMERA FASE del tratamiento contra la tuberculosis dura:

a) 2 meses

c) 12 meses

b) 4 meses

d) Otros

2. La frecuencia para recibir las medicinas en la PRIMERA FASE del tratamiento contra la TBC es:

a) Cada semana

c) Interdiario

b) Diario

d) Otros

3. ¿Qué medicinas toma el paciente durante la PRIMERA FASE del tratamiento contra la tuberculosis?

a) Rifampicina e Isoniacida

b) Rifampicina, Etambutol e Isoniacida

c) Rifampicina, Isoniacida, Etambutol y Pirazinamida

d) Ninguna de las anteriores

4. Un paciente que pesa más de 50 kg y que se encuentra en la **PRIMERA FASE** del tratamiento contra la tuberculosis, el número de pastillas que debe tomar al día es:
- a) 3 pastillas
 - b) 5 pastillas
 - c) 11 pastillas
 - d) Otros
5. La **SEGUNDA FASE** del tratamiento contra la tuberculosis dura:
- a) 2 meses
 - b) 6 meses
 - c) No sabe
 - d) Otros
6. La frecuencia para recibir las medicinas en la **SEGUNDA FASE** del tratamiento contra la tuberculosis, es:
- a) Diario
 - b) Interdiario
 - c) Dos veces por semana
 - d) Dos veces al mes
7. ¿Qué medicinas toma el paciente durante la **SEGUNDA FASE** del tratamiento contra la tuberculosis?
- a) Rifampicina, Isoniacida, Etambutol y Pirazinamida
 - b) Rifampicina e Isoniacida
 - c) Etambutol y Pirazinamida
 - d) Ninguna de las anteriores
8. Un paciente que se encuentra en la **SEGUNDA FASE** del tratamiento contra la tuberculosis, el número de pastillas que debe tomar al día es:
- a) 10 pastillas
 - b) 15 pastillas
 - c) 20 pastillas
 - d) 50 pastillas

- 9. Después de tomar las medicinas contra la tuberculosis, ¿Causan algún tipo de malestar? Marque el malestar más frecuente:**
- a) causa malestar como nauseas, dolor de estómago y vómitos.
 - b) Le produce diarrea y apetito excesivo
 - c) Ansiedad
 - d) No causa ningún malestar
- 10. Si se presentan malestares después de la toma de las medicinas contra la tuberculosis se debe:**
- a) Dejar de tomar y no avisar a nadie sobre los malestares
 - b) Ir al centro de salud e informar al encargado del programa del control de la tuberculosis
 - c) Continuar tomando las medicinas y no avisar a nadie sobre los malestares
 - d) Acudir a la farmacia
- 11. ¿Cuándo se debe acudir a la consulta médica?**
- a) Solamente cuando se siente mal
 - b) Al inicio del tratamiento, al cambio de fase, consulta por reacciones al medicamento (malestares) y al finalizar el tratamiento
 - c) Solo al inicio del tratamiento
 - d) Semanalmente
- 12. ¿Cuándo se debe acudir a la entrevista de enfermería?**
- a) Solamente cuando se siente mal
 - b) Solo al inicio del tratamiento
 - c) Al inicio del tratamiento, al cambio de fase, consulta por reacciones al medicamento (malestares) y al finalizar el tratamiento
 - d) Semanalmente

- 13. ¿En qué momento se debe realizar el examen radiológico y entregar el resultado?**
- a) Solamente cuando se siente mal
 - b) Al inicio, al cambio de fase y al finalizar el tratamiento
 - c) Solo al inicio del tratamiento
 - d) En la quincena
- 14. ¿Cuándo se debe entregar la muestra de esputo al estar recibiendo el tratamiento?**
- a) Al finalizar cada mes de tratamiento
 - b) Cualquier día
 - c) Semanalmente
 - d) No es necesario entregar la muestra de esputo
- 15. En qué momento se debe realizar el control del peso corporal?**
- a) Cualquier día, da lo mismo
 - b) Al finalizar cada mes de tratamiento
 - c) Todos los días después de recibir los medicamentos
 - d) Al mediodía
- 16. El peso corporal en cada control deberá:**
- a) Mantenerse igual al peso inicial
 - b) Disminuir con respecto al peso inicial
 - c) Aumentar con respecto al peso inicial
 - d) Aumentar semanalmente

Gracias por su colaboración

ANEXO D



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

FICHA DE REGISTRO SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA AFECTADA CON TUBERCULOSIS

Nombres y apellidos:.....

Tiempo de tratamiento:.....

1. Asistencia a la administración del tratamiento farmacológico en la PRIMERA FASE

control de asistencia	A. 1° mes	B. 2° mes
A. Asistencia diaria		
B. Asistencia con una falta		
C. Asistencia con dos faltas		
D. Asistencia con tres a mas faltas		

2. Asistencia a la administración del tratamiento farmacológico en la SEGUNDA FASE

control de asistencia	C. 3° mes	D. 4° mes	E.5° mes
A. Asistencia diaria			
B. Asistencia con una falta			
C. Asistencia con dos faltas			
D. Asistencia con tres a mas faltas			

3. Asistencia a consulta médica:

- a) Al inicio del tratamiento y al cambio de fase
- b) Solo al inicio del tratamiento
- c) Al cambio de fase
- d) No se realiza

4. Asistencia a la entrevista de enfermería:

- a) Al inicio del tratamiento y al cambio de fase
- b) Solo al inicio del tratamiento
- c) Al cambio de fase
- d) No se realiza

5. Control del examen radiológico/entrega del resultado:

- a) Al inicio del tratamiento y al cambio de fase
- b) Solo al inicio del tratamiento
- c) Al cambio de fase
- d) No se realiza

6. Entrega mensual de muestra de esputo:

	A. 1° mes	B. 2° mes	C. 3° mes	D. 4° mes	E.5° mes
A. Entrega oportuna					
B. Entrega temporal					
C. No entrega					

7. Tendencia mensual de la curva ponderal- peso inicial

Registro peso	A. 1° mes	B. 2° mes	C. 3° mes	D. 4° mes	E.5° mes
Incrementa					
Mantiene					
Disminuye					

ANEXO E

VALIDEZ – CUESTIONARIO

Para la validez del cuestionario se utilizó la prueba binomial para cada uno de los ítems.

Prueba binomial

		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Ítem1	Grupo 1	favorable	8	1.00	.50	.008
	Total		8	1.00		
Ítem2	Grupo 1	favorable	8	1.00	.50	.008
	Total		8	1.00		
Ítem3	Grupo 1	favorable	8	1.00	.50	.008
	Total		8	1.00		
Ítem4	Grupo 1	favorable	8	1.00	.50	.008
	Total		8	1.00		
Ítem5	Grupo 1	favorable	8	1.00	.50	.008
	Total		8	1.00		
Ítem6	Grupo 1	favorable	8	1.00	.50	.008
	Total		8	1.00		
Ítem7	Grupo 1	favorable	8	1.00	.50	.008
	Total		8	1.00		
Ítem8	Grupo 1	favorable	8	1.00	.50	.008
	Total		8	1.00		
Ítem9	Grupo 1	favorable	8	1.00	.50	.008
	Total		8	1.00		
Ítem10	Grupo 1	favorable	8	1.00	.50	.008
	Total		8	1.00		
Ítem11	Grupo 1	favorable	8	1.00	.50	.008
	Total		8	1.00		

Se ha considerado:

1: si la respuesta es positiva

0: si la respuesta es negativa

Si $p < 0,05$ el grado de concordancia es significativo de acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez.

Según lo aplicado los resultados son menores de 0,05 por lo tanto es grado de concordancia es SIGNIFICATIVO

ANEXO F
PRUEBA ESTADISTICA
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

KUDER RICHARSON

Kuder – Richarson

$$= \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{S^2} \right)$$

Donde: el coeficiente Kuder-Richarson > 0.5 para que sea confiable.

K = N° de Item

S² = Varianza total

Σpq = Sumatoria de varianza de cada Item

Donde:

K = 16

K-1 = 15

Σpq = 1

S² = 5. 328662084

Reemplazando la expresión:

Se obtiene Kuder –Richarson = 0. 86649134

Por lo tanto el instrumento es confiable

ANEXO G
LIBRO DE CODIGOS

CONOCIMIENTOS:

N° PREGUNTA	VARIABLE	TIPO	PUNTUACIÓN
01	Conocimientos	Duración del tratamiento	a = 1 b = 0 c = 0 d = 0
05			a = 1 b = 0 c = 0 d = 0
02	Conocimientos	Frecuencia del tratamiento	a = 0 b = 1 c = 0 d = 0
06			a = 0 b = 1 c = 0 d = 0
03	Conocimientos	Medicamentos antituberculosos	a = 0 b = 0 c = 1 d = 0
07			a = 0 b = 1 c = 0 d = 0
04	Conocimientos	Dosis farmacológica	a = 0 b = 0 c = 1 d = 0
08			a = 1 b = 0 c = 0 d = 0
09	Conocimientos	Efectos adversos	a = 1 b = 0 c = 0 d = 0
10			a = 0 b = 1 c = 0 d = 0
11	Conocimientos	Asistencia a la consulta medica	a = 0 b = 1 c = 0 d = 0
12	Conocimientos	Asistencia a la entrevista de enfermería	a = 0 b = 1 c = 0 d = 0
13	Conocimientos	Control de examen radiológico	a = 0 b = 1 c = 0 d = 0
14	Conocimientos	Entrega mensual de muestra de esputo	a = 1 b = 0 c = 0 d = 0
15	Conocimientos	Control de peso	a = 0 b = 1 c = 0 d = 0
16			a = 0 b = 0 c = 1 d = 0

ADHERENCIA:

N° PREGUNTA	VARIABLE	OPCION	PUNTUACIÓN
1	Adherencia	Asistencia Primera fase	a = 1 b = 0 c = 0 d = 0
2	Adherencia	Asistencia Segunda fase	a = 1 b = 0 c = 0 d = 0
3	Adherencia	Asistencia consulta medica	a = 1 b = 0 c = 0 d = 0
4	Adherencia	Asistencia entrevista de enfermería	a = 1 b = 0 c = 0 d = 0
5	Adherencia	Asistencia control de exámenes y entrega de resultados	a = 1 b = 0 c = 0 d = 0
6	Adherencia	Entrega mensual de muestra de esputo	a = 1 b = 0 c = 0
7	Adherencia	Tendencia mensual de la curva de peso	a = 1 b = 0 c = 0

ANEXO H
TABLA DE MATRIZ GENERAL

PERSONA	DATOS GENERALES						CUESTIONARIO CONOCIMIENTO																FICHA DE REGISTRO-ADHERENCIA						
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	1	2	3	4	5	6	7
1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1							
2	2	1	1	1	3	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0							
3	2	2	1	4	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1							
4	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1							
5	2	1	1	5	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1							
6	2	2	1	4	3	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1							
7	2	1	1	2	3	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1							
8	2	1	1	1	4	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1							
9	2	1	1	5	1	6	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1							
10	2	1	1	2	3	6	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1							
11	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1							
12	2	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1							
13	2	1	1	5	2	6	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1							
14	2	2	1	4	3	6	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1							
15	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1							
16	2	1	1	5	2	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1							
17	2	2	2	1	4	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1							
18	2	1	1	2	3	6	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1							
19	2	1	1	2	3	2	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1							

20	2	1	1	5	2	2	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1		
21	3	1	1	5	2	3	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	
22	3	2	1	4	2	4	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	
23	3	2	1	4	3	2	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	
24	3	1	1	3	5	2	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	
25	3	1	1	5	2	2	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	
26	3	2	1	4	4	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	
27	3	2	1	3	5	2	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	
28	3	2	1	4	3	2	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
29	3	1	1	5	1	6	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	
30	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0
31	3	1	1	3	5	3	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	
32	3	1	1	3	5	4	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	
33	3	2	1	4	3	2	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1
34	3	2	1	4	3	2	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1
35	3	1	1	2	3	4	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	
36	3	1	1	2	4	4	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1
37	3	2	1	4	2	3	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1
38	3	1	1	2	1	2	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1
39	3	2	1	2	4	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
40	3	1	1	2	4	2	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
41	3	2	1	4	3	2	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
42	3	1	1	3	5	2	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
43	3	2	1	3	5	2	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1
44	3	2	1	3	5	2	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1
45	3	2	1	3	5	2	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1
46	3	1	1	2	1	2	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1

47	3	2	1	3	5	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	
48	3	2	1	4	3	2	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1
49	3	2	1	3	5	2	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1
50	3	1	1	5	3	2	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1
51	3	2	1	2	4	2	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1
52	2	2	1	4	3	6	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1
53	2	2	1	1	5	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1
54	2	1	1	2	3	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1
55	2	2	2	1	5	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0
56	3	1	1	2	3	2	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1
57	3	1	1	3	5	3	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1
58	2	2	1	2	3	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1
59	3	1	1	3	5	2	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1
60	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1
61	2	2	1	1	3	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1
62	3	1	1	3	5	3	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1

ANEXO I

CATEGORIZACION DE LA VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN STANONE

1. Se calcula promedio (X):

$$X = 9.82$$

2. Se calculó la desviación estándar:

$$DS = 2.308$$

3. Se establecieron valores para a y b

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

$$a = 9.82 - (0.75) 2.308$$

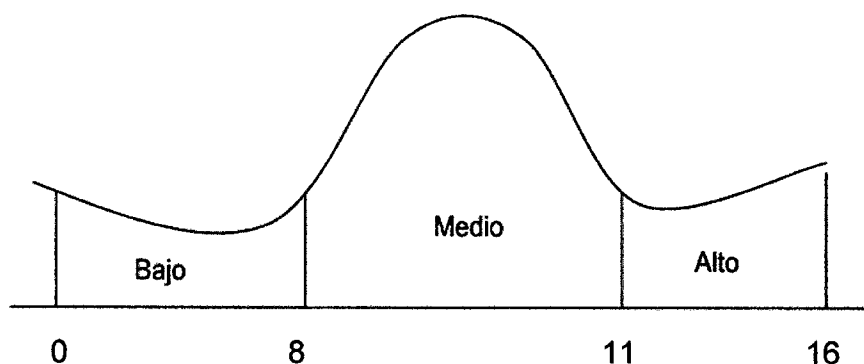
$$a = 8.09$$

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

$$b = 9.82 + (0.75) 2.308$$

$$b = 11.55$$

$X \pm (0.75)S$



CATEGORIAS INTERVALOS

Conocimiento Bajo: 0 - 8

Conocimiento Medio: 9 - 10

Conocimiento Alto: 11 - 16

ANEXO J

CATEGORIZACION DE LA VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTO

DIMENSIÓN: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

SEGÚN STANONE

1. Se calcula promedio (X):

$$X = 6.35$$

2. Se calculó la desviación estándar:

$$DS = 1.738$$

3. Se establecieron valores para a y b

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

$$a = 6.35 - (0.75) 1.738$$

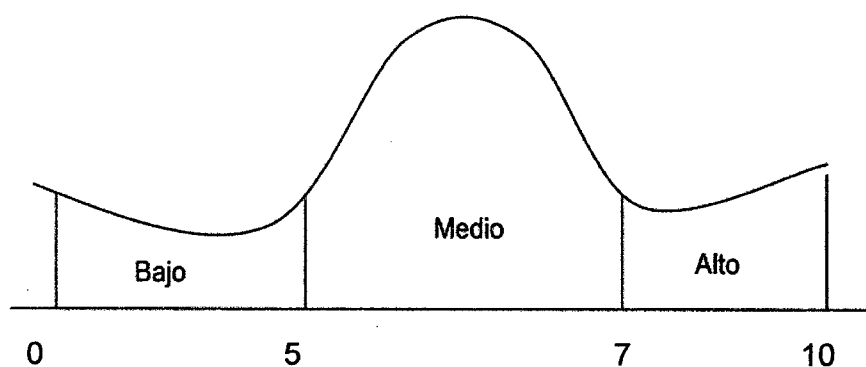
$$a = 5.05$$

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

$$b = 6.35 + (0.75) 1.738$$

$$b = 7.65$$

$X \pm (0.75)S$



CATEGORIAS INTERVALOS

Conocimiento Bajo: 0 - 5

Conocimiento Medio: 6

Conocimiento Alto: 7- 10

ANEXO K

CATEGORIZACION DE LA VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTO

DIMENSIÓN: INDICACIONES DE SEGUIMIENTO

SEGÚN STANONE

1. Se calcula promedio (X):

$$X = 3.47$$

2. Se calculó la desviación estándar:

$$DS = 1.302$$

3. Se establecieron valores para a y b

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

$$a = 3.47 - (0.75) 1.302$$

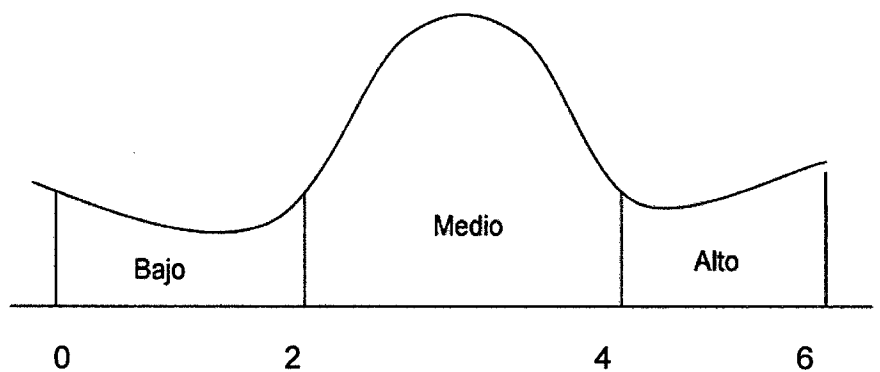
$$a = 2.49$$

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

$$b = 3.47 + (0.75) 1.302$$

$$b = 4.45$$

$$X \pm (0.75)S$$



CATEGORIAS INTERVALOS

Conocimiento Bajo: 0 - 2

Conocimiento Medio: 3

Conocimiento Alto: 4 - 6

ANEXO L

CATEGORIZACION DE LA VARIABLE ADHERENCIA

SEGÚN STANONE

1. Se calcula promedio (X):

$$X = 4.11$$

2. Se calculó la desviación estándar:

$$DS = 1.44$$

3. Se establecieron valores para a y b

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

$$a = 4.11 - (0.75) 1.44$$

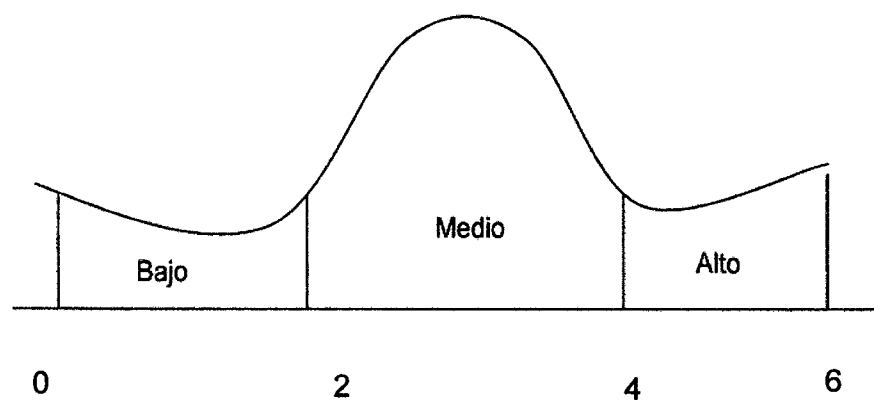
$$a = 3.03$$

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

$$b = 4.11 + (0.75) 1.44$$

$$b = 5.19$$

$X \pm (0.75)S$



CATEGORIAS INTERVALOS

Adherencia: 4 -7

No adherencia: 0- 3

ANEXO M

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO A NIVEL DE DIMENSIONES

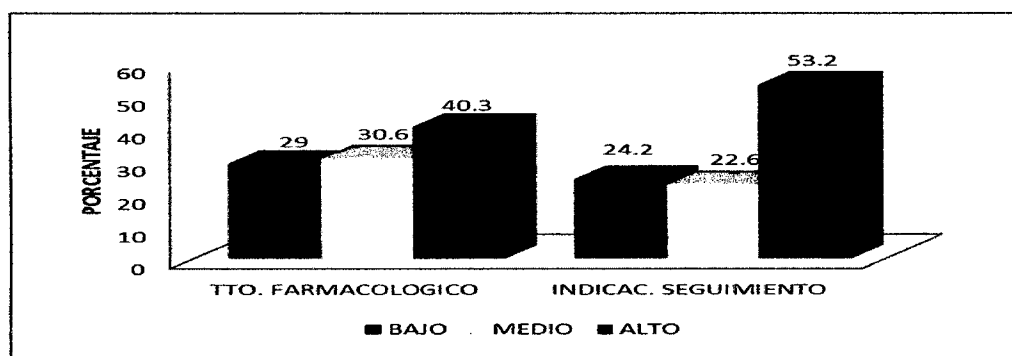
DIMENSIONES	CONOCIMIENTO						TOTAL	
	BAJO		MEDIO		ALTO			
	N	%	n	%	n	%	n	%
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	18	29.0	19	30.6	25	40.3	62	100.0
INDICACIONES DE SEGUIMIENTO	15	24.2	14	22.6	33	53.2	62	100.0

FUENTE: ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORRED "SESQUICENTENARIO" CALLAO – 2013

En el cuadro se puede observar que del 100% (62) de los encuestados respecto al conocimiento sobre el tratamiento antituberculoso a nivel de dimensiones, el 40.3% tiene un conocimiento alto en el tratamiento farmacológico y el 53.2% un conocimiento alto en la dimensión indicaciones de seguimiento.

GRAFICO No.1

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO A NIVEL DE DIMENSIONES



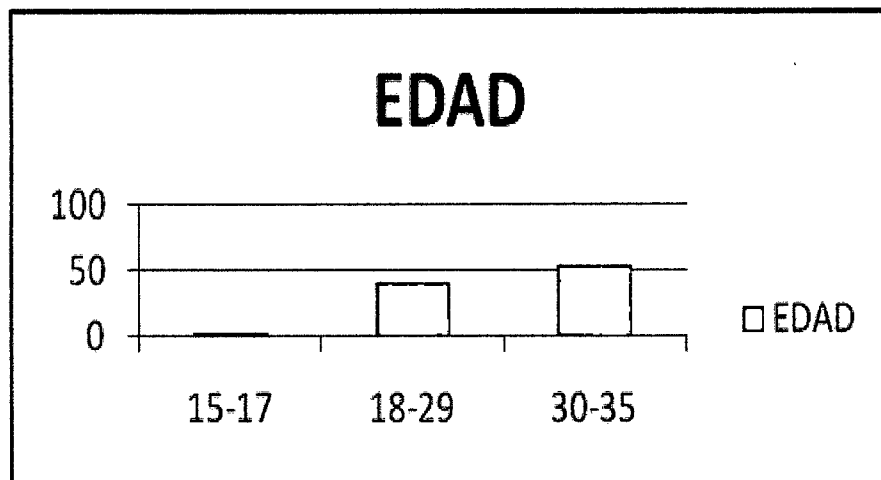
FUENTE: ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORRED "SESQUICENTENARIO" CALLAO – 2013

ANEXO N

EDAD DE LAS PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN LA MICRORED SESQUICENTENARIO 2013

EDAD	Nº	PORCENTAJE (%)
15- 17 años	2	3.2
18 – 29 años	26	41.9
30 -35 años	34	54.8
TOTAL	62	100%

FUENTE: ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCION DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED "SESQUICENTENARIO" CALLAO – 2013



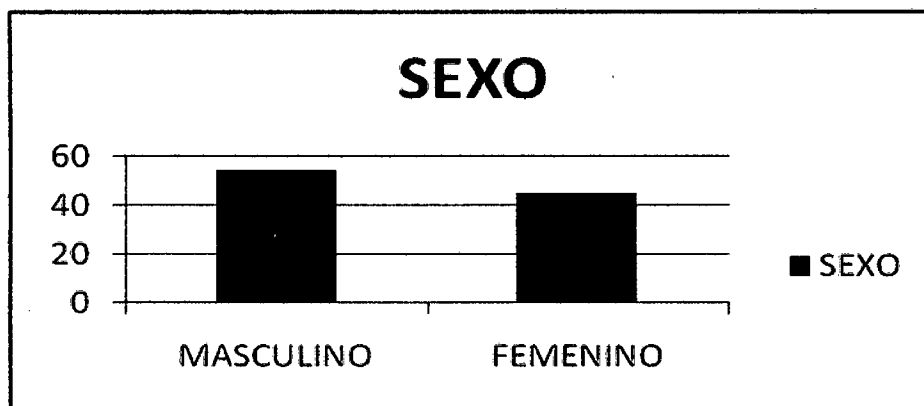
FUENTE: ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCION DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED "SESQUICENTENARIO" CALLAO – 2013

ANEXO O

SEXO DE LAS PERSONAS DE LAS PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN LA MICRORED SESQUICENTENARIO 2013

SEXO	Nº	PORCENTAJE (%)
MASCULINO	34	54.8
FEMENINO	28	45.1
TOTAL	62	100%

FUENTE: ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED "SESQUICENTENARIO" CALLAO - 2013



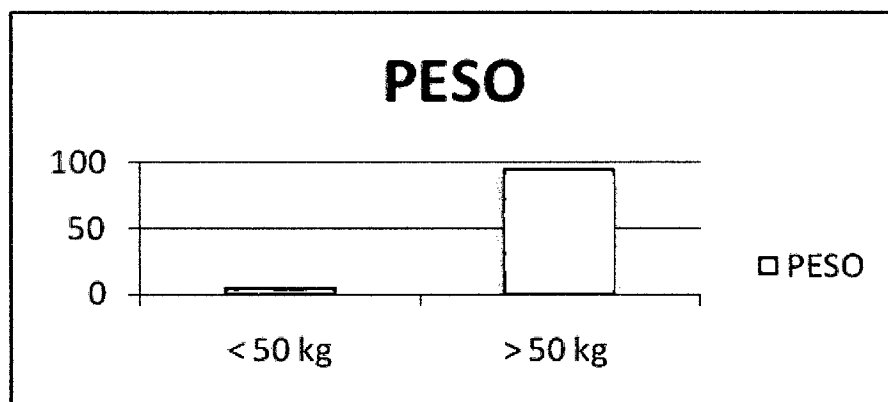
FUENTE: ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED "SESQUICENTENARIO" CALLAO - 2013

ANEXO P

PESO DE LAS PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN LA MICRORED SESQUICENTENARIO 2013

PESO	Nº	PORCENTAJE (%)
MENOR < 50KG	3	4.8
MAYOR > 50 KG	59	95.1
TOTAL	62	100%

FUENTE: ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCION DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED "SESQUICENTENARIO" CALLAO – 2013



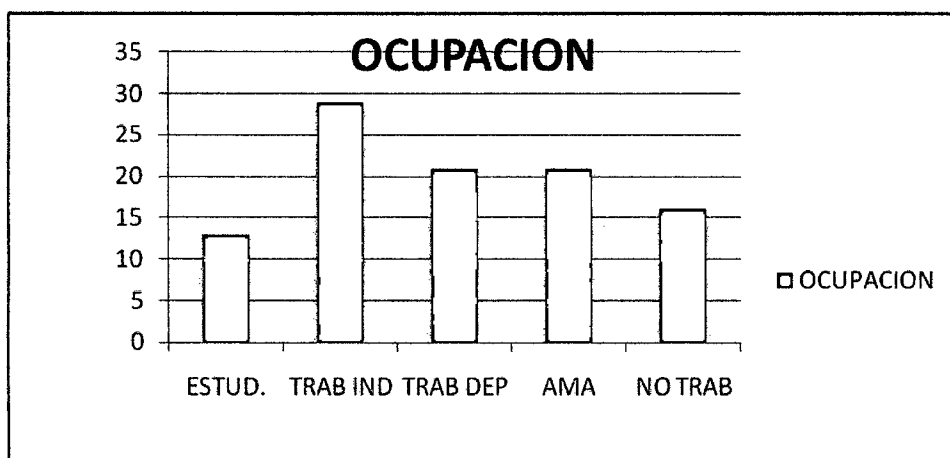
FUENTE: ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCION DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED "SESQUICENTENARIO" CALLAO – 2013

ANEXO Q

OCUPACION DE LAS PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN LA MICRORED SESQUICENTENARIO 2013

OCUPACION	Nº	PORCENTAJE (%)
ESTUDIANTE	8	12.9
TRABAJO INDEPEDIENTE	18	29.0
TRABAJO DEPENDIENTE	13	20.9
AMA DE CASA	13	20.9
NO TRABAJA	10	16.1
TOTAL	62	100%

FUENTE: ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCION DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED "SESQUICENTENARIO" CALLAO – 2013



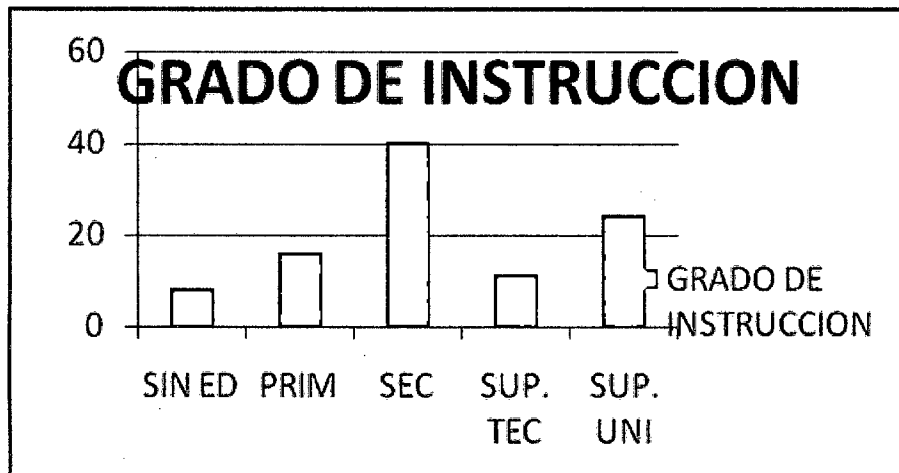
FUENTE: ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCION DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED "SESQUICENTENARIO" CALLAO – 2013

ANEXO R

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN LA MICRORED SESQUICENTENARIO 2013

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nº	PORCENTAJE (%)
SIN EDUCACION	5	8.0
PRIMARIA	10	16.1
SECUNDARIA	25	40.3
SUP. TECNICO	7	11.2
SUP. UNIVERSITARIO	15	24.1
TOTAL	62	100%

FUENTE: ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED "SESQUICENTENARIO" CALLAO - 2013



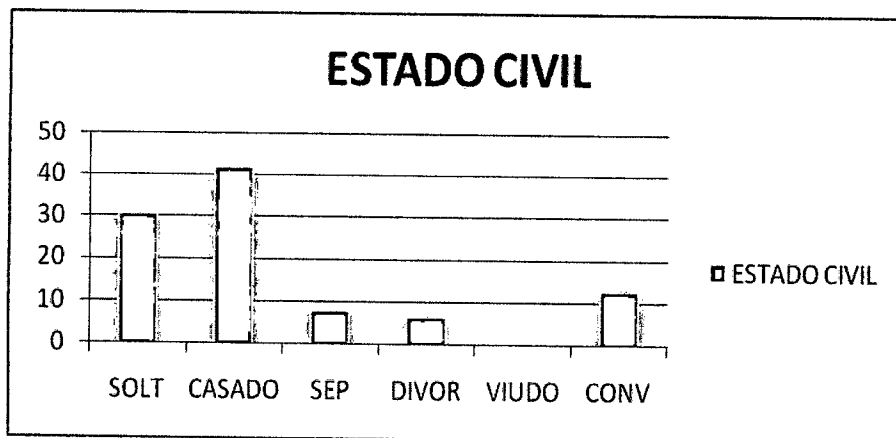
FUENTE: ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED "SESQUICENTENARIO" CALLAO - 2013

ANEXO S

ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN LA MICRORED SESQUICENTENARIO 2013

ESTADO CIVIL	Nº	PORCENTAJE (%)
SOLTERO	19	30.6
CASADO	26	41.9
SEPARADO	5	8.0
DIVORCIADO	4	6.4
VIUDO	0	0
CONVIVIENTE	8	12.9
TOTAL	62	100%

FUENTE: ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCION DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED "SESQUICENTENARIO" CALLAO - 2013



FUENTE: ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCION DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED "SESQUICENTENARIO" CALLAO 2013

ANEXO T

MATRIZ DE LA PRUEBA PILOTO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION DE LA MICRORED SESQUICENTENARIO

PERSONA	MATRIZ DE DATOS DE LA PRUEBA PILOTO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN																FICHA DE REGISTRO-ADHERENCIA												
	DATOS GENERALES						CUESTIONARIO CONOCIMIENTO																						
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	1	2	3	4	5	6	7
1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1
2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1
3	2	2	1	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1
4	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1
5	2	1	1	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1
6	2	2	1	4	3	6	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1
7	3	1	1	5	2	2	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
8	3	1	1	2	4	4	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1
9	1	2	2	1	3	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
10	3	2	1	3	5	2	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1