

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**"NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL ESQUEMA 1 Y SU
RELACION CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE
LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE
SALUD PERU COREA, CALLAO, 2013"**

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

AUTORA

KATHERINE ELIZABETH, URIBE ANTÚNEZ

**Callao, Diciembre, 2013
PERÚ**

REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACION

JURADOS DE SUSTENTACION:

- | | |
|--|------------|
| • Mg. Zoila Rosa DIAZ TAVERA | PRESIDENTA |
| • Mg. José Luis SALAZAR HUAROTE | SECRETARIO |
| • Blgo. Javier Jesús CARDENAS TENORIO | MIEMBRO |
| • Lic. Laura del Carmen MATAMOROS SAMPEM | SUPLENTE |

ASESORA

- Dra. Ana María YAMUNAQUE MORALES

NUMERO DE LIBRO:

- 01

NUMERO DE ACTA

- 20

FECHA DE APROBACION

- 10 de Junio del 2014

DEDICATORIA

A Dios por haberme otorgado
la oportunidad de estudiar esta
bonita profesión y por
pertenercer a una linda familia.

A mis queridos padres por
su amor y sacrificio en todos
estos años de formación
profesional y por su aliento
para seguir adelante.

A mis hermanos por su aliento
continúo y apoyo incondicional
durante los cinco años de mi
carrera profesional

A una personita muy
especial que está en el cielo
y desde ahí guía mis pasos

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Ana María Yamunaque Morales Asesora docente de la presente Investigación; por su guía y orientación constante, dedicar su tiempo y esfuerzo, así como brindar sus valiosos conocimientos y aportes para la realización de esta tesis.

A todos los licenciados de enfermería por su orientación y motivación a lo largo de toda mi carrera.

A la Lic. , Enfermera del Centro de Salud Perú Corea por su apoyo constante y por las facilidades brindadas para el desarrollo de la presente investigación

ÍNDICE

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADOY APROBACION	3
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIEMTO	5
TABLAS DE CONTENIDO	8
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION	12
1.1. Identificación del problema.	12
1.2. Formulación del problema.	15
1.3. Objetivos de la investigación.	16
1.4. Justificación.	16
1.5. Importancia.	18
II. MARCO TEORICO	19
2.1. Antecedentes del estudio.	19
2.2. Bases científicas.	29
2.3. Definiciones de términos básicos.	52
III. VARIABLES E HIPOTESIS	54
3.1. Variables de la investigación	54
3.2. Operacionalización de las variables	55
3.3. Hipótesis general e hipótesis específicas	57

IV. METODOLOGIA	58
4.1. Tipo de investigación	58
4.2. Diseño de la investigación	58
4.3. Población y muestra	58
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	59
4.5. Procedimientos de recolección de datos	60
4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos	62
V. RESULTADOS	63
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	69
6.1. Contrastación de hipótesis con los resultados	69
6.2. Contrastación de resultados con otros estudios.	71
VII. CONCLUSIONES	73
VIII. RECOMENDACIONES	74
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	75
ANEXOS	79

TABLAS DE CONTENIDO

- **Tabla 1.: Nivel de conocimientos sobre el Esquema 1 de los pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea Callao 2013 63**
- **Tabla 2.: Adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea Callao 2013 64**
- **Tabla 3.: Relación entre el nivel de conocimientos sobre el Esquema 1 y la Adherencia al Tratamiento de los pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea Callao 2013 65**

INDICE DE GRAFICOS

- **Grafico 5.1.: Nivel de conocimientos sobre el Esquema 1 de los pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea Callao 2013 63**
- **Grafico 5.2.: Adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea Callao 2013 64**
- **Grafico 5.3.: Relación entre el nivel de conocimientos sobre el Esquema 1 y la Adherencia al Tratamiento de los pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea Callao 2013 65**

RESUMEN

La presente investigación titulada: *Nivel de Conocimientos sobre el Esquema 1 y su relación con la Adherencia al Tratamiento de los Pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea Callao - 2013*. Tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos sobre el esquema 1 con la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis. El tipo de la investigación fue cuantitativo correlacional descriptivo, método no experimental de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 21 pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar, registrados en la ESNPCT del Centro de Salud Perú Corea ubicado en el distrito del Bellavista del Callao. Los instrumentos que se utilizaron fueron la Encuesta y Ficha de Registro. Las conclusiones a las que se llegaron fueron: 1. La mayoría de los pacientes con Tuberculosis tienen un nivel medio de conocimientos sobre el tratamiento de esta enfermedad. 2. La mayoría de los pacientes si mostraron adherencia al tratamiento de la tuberculosis en general, condición similar aconteció respecto a las indicaciones de seguimiento y al tratamiento farmacológico propiamente dicho. 3. Existe relación directa entre adherencia y nivel de conocimientos de los pacientes con tuberculosis es decir que la no adherencia está presente en los pacientes que tienen nivel de conocimiento medio a bajo y quienes son adherentes al tratamiento tienen un nivel alto de conocimientos resultado obtenido mediante la prueba estadística del Ji cuadrado con un nivel de significancia del 95% de confianza y un grado de libertad de 2.

Palabras claves: Tuberculosis Pulmonar, Tratamiento, Paciente, Adherencia, Conocimiento.

ABSTRACT

This research entitled. Knowledge Level Scheme 1 and its relation to Treatment Adherence for Patients with Tuberculosis Health Center Korea Callao Peru - 2013 It aimed to determine the relationship between the level of knowledge about the Scheme 1 with adherence to treatment of patients with tuberculosis. The type of research was quantitative descriptive correlational, not experimental method of cross section. The sample consisted of 21 patients diagnosed with pulmonary tuberculosis, registered with the Health Center ESNPCT Korea Peru located in the district of Bellavista Callao. The instruments used were the Survey and Registration Form. The conclusions reached were that: 1. Most patients with TB have a medium level of knowledge about treatment of this disease. 2. Most of the patients did show adherence to tuberculosis treatment in general, similar condition came from the directions of supervision and drug treatment itself. 3. There is a direct relationship between adherence and knowledge level of tuberculosis patients ie nonadherence is present in patients with medium level of knowledge to low and who are adherent to treatment have a high level of knowledge the result obtained by Statistical Chi-square test with a significance level of 95% confidence and a degree of freedom 2.

Keywords: Pulmonary Tuberculosis, Treatment, Patient Adherence, Knowledge.

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

1.1. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

La Tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa de gran impacto en la salud de las personas, considerada hasta la actualidad como un problema de Salud Pública.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), señalan que cada año 8,7 millones de personas se enferman de Tuberculosis en todo el mundo incluyendo a 1,1 millones de casos de personas con VIH. (1) A nivel mundial, es la segunda causa principal de muerte en adultos, con dos millones de muertes cada año, así mismo cada día se presentan 28 mil casos nuevos. (2)

En América Latina, más de 400 000 personas se enferman de Tuberculosis cada año, siendo Haití el país que tiene la mayor población afectada de Tuberculosis con 217,0 x 100 000 habitantes lo sigue Bolivia en el segundo lugar con 129,0 x 100 000 habitantes, en el tercer lugar Guyana con 110,0 x 100 000 habitantes y el Perú ocupa el cuarto lugar, con 102,0 x 100 000 habitantes. (3)

En el Perú, el Ministerio de Salud señala que en el año 2011, la Tuberculosis afectó a 32 405 personas y de ellas cobró la vida de aproximadamente mil personas. El 77,4% de las infecciones y muertes por Tuberculosis ocurren entre los 15 y los 59 años de edad. (4)

En el interior del país los departamentos registrados con mayor tasa de incidencia en Tuberculosis son: Madre de Dios, Ucayali, Tacna, Loreto, Ica, Moquegua. (5) Aproximadamente el 58% de todos los casos de Tuberculosis y el 82% de Tuberculosis multidrogoresistente se concentran en Lima y Callao. (6)

En la ciudad de Lima, los distritos que concentran mayor incidencia de casos de Tuberculosis son: El Agustino, La Victoria, San Juan de Lurigancho, Comas, Villa el Salvador, Ate, Villa María del Triunfo. (7)

En la región Callao al terminar el 2010 se presentó las siguientes tasas: Tasa de Morbilidad 144 x 100 000 hbtes; Tasa de incidencia 121 x 100 000 hbtes; y de incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo en 66 x 100 000 htes. (8)

La región Callao está dividido en tres redes: Red Bonilla, Red Ventanilla y Red BEPECA siendo la Red Bonilla y la Red BEPECA las que tienen más casos de tuberculosis. La Red BEPECA tiene una población total de 310,000 habitantes, de los cuales los Centros de Salud que tienen mayor morbilidad de tuberculosis son el Centro de Salud Perú Corea con 52 casos, el Centro de Salud Bocanegra con 45 casos. (9)

El Centro de Salud Perú Corea en el año 2012 de los 52 casos de pacientes con tuberculosis al finalizar el año se reportó que 35 pacientes se curaron, 4 fallecieron (las causas de las muertes en 2 pacientes fueron la coinfección con VIH, 1 fue por farmacodependencia y uno por ser un

paciente adulto mayor con otras complicaciones), 6 abandonaron el tratamiento y 7 eran pacientes con tuberculosis MDR. (10)

En el año 2006, 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 multidrogoresistente, 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. (11) Según el Ministerio de Salud en un estudio de Cohorte a nivel nacional realizado en el año 2006, el porcentaje de abandono es de 3.2% siendo la desinformación sobre la enfermedad la mayor causa de abandono (12)

Frente a esta problemática de tendencia creciente, el Sector Salud enfrenta la Tuberculosis con un enfoque multisectorial e interinstitucional, que permite un abordaje integral y multifactorial, en un contexto de alianzas estratégicas. (7)

Es en este contexto que se visualiza que la carencia de conocimientos y de información puede determinar el comportamiento equivocado y erróneas valorizaciones con respecto a la salud. El profesional de Enfermería es parte del equipo multidisciplinario de salud, 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 pacientes con Tuberculosis el desconocimiento sobre su enfermedad y el tratamiento farmacológico, conllevaría a muchos riesgos entre ellos el abandono del tratamiento.

Ante todo lo referido y considerando que la adherencia es un factor clave del éxito del tratamiento contra la tuberculosis y que el conocimiento del paciente sobre su tratamiento es determinante para ello he planteado el siguiente problema.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre el esquema 1 y su relación con la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea– Callao 2013?

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre el esquema 1 con la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea -Callao, 2013?

1.2.2. Problemas específicos

A. *¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre el tratamiento esquema 1 de los pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea -Callao, 2013?*

B. ¿Cómo es la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis esquema 1 del Centro de Salud Perú Corea Callao 2013?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. Objetivo General

- Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos sobre el esquema 1 con la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea -Callao, 2013.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimientos sobre el tratamiento esquema 1 de los pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea -Callao, 2013
- Identificar la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis esquema 1 del Centro de Salud Perú Corea - Callao, 2013.
- Relacionar el nivel de conocimientos sobre el tratamiento esquema 1 y la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea -Callao, 2013.

1.4. JUSTIFICACION

El fin de realizar la presente Investigación radica en la repercusión que tiene la Tuberculosis Pulmonar en la población, el Perú presenta una incidencia y morbilidad de tuberculosis alta.

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.

La investigación tiene como base proporcionar información válida y significativa sobre la relación entre el nivel de conocimientos sobre el esquema 1 y la adherencia al tratamiento de la Tuberculosis. Los resultados permitirán desarrollar estrategias para fortalecer condiciones de educación continua o inducción a todo paciente que se encuentre en tratamiento desde los servicios, para conseguir mayor adherencia al tratamiento y disminuir la tasa de abandono y recaídas.

La enfermera, como miembro del equipo de salud, al estar la mayor parte del tiempo en contacto directo con el paciente, tiene la responsabilidad de identificar el nivel de información que posee el mismo a fin de tomar la decisión de implementar actividades educativas orientadas a promover el aprendizaje del paciente a través de un proceso simple, interactivo, productivo y bien enfocado hacia el logro de objetivos definidos; utilizando para ello metodologías educativas innovadoras que permitan al paciente a

construir el conocimiento basado en la información previa que posee, para el empoderamiento del conocimiento y éxito del tratamiento.

1.5. IMPORTANCIA

La importancia de realizar la presente 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 de tuberculosis y así mismo se encuentra dentro de los diez países a nivel mundial con mayor número de pacientes multidrogos resistentes.

II. MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A NIVEL INTERNACIONAL.

LA ALIANZA COMUNITARIA PARA LA SOLUCIÓN DE LA TB, (2010), en su investigación realizada en México efectuó un estudio titulado ***“Actitudes, Conocimientos y Practicas de Tuberculosis en México, 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 CAP en la población. El método fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformado por pobladores de Tijuana, Monterrey, Chiapas, Taumauripas y Morelia, La conclusión a la que llegó el estudio fue: (13)

“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 esta 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”

GÓMEZ RAMOS G, GÓMEZ SOTO V (2006), en su investigación realizada en Venezuela efectuó un estudio titulado ***“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. La metodología que se utilizó: Estudio observacional, comparativo, prospectivo y transversal al total de casos de tuberculosis pulmonar, que cumplieron con los criterios de inclusión, se les aplicó el APGAR familiar y la encuesta de Moriski para valorar la adherencia al tratamiento.

Entre los resultados 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 se aplicó la prueba de X^2 no paramétrica con corrección de Yates obteniendo una $p < 0.0001$. Se concluye que el apoyo de la familia tiene vital importancia en la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar. (14)

ECC SOARES, AGF PACHECO Y COL (2006) en su investigación realizada en Río de Janeiro efectuó un estudio titulado ***“Mejoras en las tasas de tratamiento exitoso con el tratamiento directamente observado en la Ciudad de Río de Janeiro”*** 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). El método fue un estudio longitudinal de una cohorte de pacientes con tuberculosis (TB). 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.(15)

ÁLVAREZ GORDILLO GUADALUPE DEL CARMEN (2005), en su investigación realizada en Chiapas México efectuó un estudio titulado ***“Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento”***. Cuyo objetivo fue: Conocer las percepciones y prácticas que los enfermos de tuberculosis tienen sobre la enfermedad y la adherencia al tratamiento. La metodología que se utilizó fue: Estudio cualitativo de 11 entrevistas grupales a 62 pacientes con tuberculosis diagnosticados durante 1997 y 1998 en las regiones Centro, Los Altos y Fronteriza de Chiapas, México. Los resultados que se obtuvieron son:

Las causas de la enfermedad referidas por los pacientes fueron el contagio por trastes, el trabajo excesivo, la alimentación, el frío y otras sin relación con la transmisión de persona a persona. La incapacidad para el

trabajo se reflejó en crisis económica del paciente y su familia. El estigma social impactó emocionalmente en la vida personal, familiar, laboral y de comunidad. Y entre las conclusiones se mencionan: El desconocimiento sobre la enfermedad propició la elección de diferentes alternativas para su atención. Los servicios de salud y la inadecuada relación médico-paciente influyeron en el retardo en el diagnóstico y falta de adherencia al tratamiento. Se sugiere un programa de difusión sobre aspectos básicos de la enfermedad y su tratamiento. (16)

SALAZAR GONZÁLES CLARA LINA (2001) en su investigación realizada en Medellín Colombia efectuó un estudio titulado ***“Factores de Riesgo para el Abandono del Tratamiento contra la Tuberculosis en la ciudad de Medellín. Enero 2000 – Junio 2001***, teniendo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a la No-Adherencia al tratamiento antituberculoso siendo las conclusiones del mismo:

“Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol durante el tratamiento y el abandono del mismo... Hay evidencia entre la no Adherencia al tratamiento y estar desempleado, desconocimiento de la enfermedad, falta de información sobre el tratamiento y la importancia de suspender el mismo...” (17)

A NIVEL NACIONAL

HERRERA MONTOYA JONATHAN RONALD (2010), en su investigación realizada en Lima-Perú efectuó un estudio titulado *"Adherencia al tratamiento y actitud hacia su autocuidado en pacientes con tuberculosis, Microred Portada de Manchay - Pachacamac"*, cuyo objetivo fue determinar la adherencia al tratamiento y actitud hacia su autocuidado en pacientes afectados con tuberculosis. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo de corte transversal; la muestra estuvo representada por un total de 37 pacientes con tuberculosis; las técnicas de recolección de datos que se utilizaron fueron: el análisis documental de una ficha de registro del tratamiento y la encuesta; los instrumentos fueron una ficha de registro sobre el tratamiento y una escala Likert para determinar actitudes. 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. (18)

MANRIQUE HUÁNACO DINA (2010), en su investigación realizada en Lima-Perú efectuó un estudio titulado *"Nivel de conocimientos y*

actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S Conde de la Vega Baja”, cuyo objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple, de corte transversal. La muestra estuvo representada por un total de 63 adultos mayores, la técnica fue la entrevista y el instrumento una encuesta y una escala de Likert modificada. Las conclusiones entre otras fueron:

“Existe coherencia entre lo que las personas conocen y lo que hacen en cuanto a su autocuidado. Las prácticas en la mayoría de los participantes, responde a la satisfacción de sus necesidades básicas”. (19)

GARAYAR PORTA, NINA GIOVANNA, (2007), en su investigación realizada en Lima-Perú efectuó un estudio titulado ***“Relación entre Nivel de Conocimientos y Actitudes hacia el cuidado de pacientes con tuberculosis en estudiantes de la UNMSM”***, cuyo objetivo del estudio fue determinar la relación que existe entre nivel de conocimientos y actitudes hacia el cuidado de los pacientes con tuberculosis en estudiantes de Enfermería de la UNMSM. El método fue descriptivo de corte transversal, tipo cuantitativo, nivel aplicativo. La población estuvo conformada por los estudiantes de enfermería de tercer, cuarto y quinto año de estudios, matriculados en la EAP de Enfermería de la UNMSM. La

conclusión a la que llegó fue:

“Existe una relación directa entre el nivel de conocimientos y las actitudes que expresan las estudiantes” (20)

YAULLI VILLAMAR, SHEILA (2006), en su investigación realizada en Lima-Perú efectuó un estudio titulado ***“Relación entre conocimientos y práctica de medidas preventivas de recaídas en adolescentes con Tuberculosis pulmonar en Centros de Salud de Lima”***, cuyo objetivo del estudio fue determinar la relación entre conocimientos y prácticas de las medidas preventivas de recaídas en adolescentes con Tuberculosis pulmonar. El método que utilizó fue el descriptivo de corte transversal. Las conclusiones a las que llegó fue:

“Existe relación significativa entre los conocimientos y prácticas de medidas preventivas de los adolescentes, los adolescentes tienen nivel de conocimientos bajos con respecto a las medidas preventivas” (21)

BURQUEZ HERNÁNDEZ, GENOVEVA JESÚS (2006), en su investigación realizada en Lima-Perú efectuó un estudio titulado ***“Conocimientos de las Medidas Preventivas y creencias sobre la tuberculosis que tienen los usuarios de consulta externa en el Centro de Salud “El Pino”***, cuyo objetivo fue determinar los conocimientos acerca de las medidas preventivas y las creencias sobre la tuberculosis que tienen los usuarios de consulta externa en el Centro de

Salud "El Pino". El método fue descriptivo de corte transversal, tomando como población a los usuarios que asisten a la consulta externa del Centro de Salud "El Pino". La conclusión a la que llegó fue:

"Un alto porcentaje (45.6%) de usuarios de Consulta Externa tienen un conocimiento medio sobre las Medidas Preventivas de la tuberculosis, un porcentaje también significativo (29,1%) tienen conocimiento bajo lo cual indica que la población no está muy preparada ni debidamente informada para prevenir el contagio y/o protegerse de la tuberculosis; así que se ven en riesgo a contraer esta enfermedad y a presentar complicaciones si no conocen ni realizan las pruebas de detección oportuna..." Un alto porcentaje (mayor a un 50%) de usuarios que asisten a consulta externa tienen creencias muy marcadas y que se debería a los aspectos culturales diversos de nuestro país, éstas creencias están referidas a aspectos biopsicosociales como son: la inadecuada alimentación, las formas de contagio de la tuberculosis, la pobreza y el tratamiento que se le da a una persona con tuberculosis" (22)

ORIA RAMÍREZ, MIGUEL ÁNGEL (2006) en su investigación realizada en Lima-Perú efectuó un estudio titulado, "Conocimientos y prácticas que tienen los pacientes con tuberculosis sobre alimentación y su relación con el estado nutricional en el Centro de Salud José Carlos Mariátegui", cuyo objetivo fue establecer la relación que existe entre el nivel de conocimientos, las practicas sobre alimentación y el estado nutricional de

los pacientes con tuberculosis. El método fue descriptivo correlacional de corte transversal, tomando como población a 57 pacientes que reciben tratamiento ambulatorio en la ESN- PCT del Centro de Salud "José Carlos Mariátegui". La conclusión a la que llegó fue:

"El 77 % de los pacientes con tuberculosis poseen un nivel de conocimientos de medio a bajo, relacionado a que desconocen los efectos principales de los nutrientes, tipos de alimentos donde se encuentran, importancia de los líquidos, y la creencia que para mejorar la alimentación es necesario realizar un mayor gasto económico... Se halló un déficit nutricional en 23 % (13 pacientes), 19 % (11 pacientes) se encontraron en sobrepeso y 3% (2 pacientes) con obesidad" (23)

HUAYNATES CASTRO, ANALI YESENIA (2006) en su investigación realizada en Lima-Perú efectuó un estudio titulado ***"Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria del control de tuberculosis del Centro de Salud San Luis"***, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes. El método utilizado fue descriptivo correlacional de corte transversal, tomando como población a 60 pacientes con tuberculosis pulmonar pertenecientes al 1er y 2do esquema registrados en la estrategia sanitaria de control de la Tuberculosis. La

conclusión a la que llego fue:

“Existe relación directa entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes, existir una relación estadística entre las dos variables...El nivel de conocimientos es de medio o bajo (87%),... Las actitudes son predominantemente de indiferencia (74%), lo que nos indica que los pacientes están en mayor riesgo de recaer o abandonar el tratamiento farmacológico” (24)

2.2. BASES CIENTIFICAS

La estrategia Alto a la Tuberculosis de la OMS, cuya aplicación se recomienda en todos los países y a todos los asociados, está dirigida a disminuir muchísimo la frecuencia de la Tuberculosis mediante medidas de orden público y privado en los ámbitos nacional y local; por ejemplo:

- a) Impulsar la ampliación y el mejoramiento de la estrategia DOTS de gran calidad, que incluye cinco puntos, a saber:
 - Lograr el apoyo político, con una financiación suficiente y perdurable.
 - Efectuar la detección y el diagnóstico tempranos con ayuda de medios bacteriológicos con garantía de calidad.
 - Proporcionar tratamiento estandarizado con supervisión y apoyo del paciente.
 - Mantener un suministro constante de medicamentos y gestionarlos correctamente.

- Seguir de cerca y evaluar el desempeño y los efectos logrados.
- b) Ocuparse de la infección mixta por el VIH y el bacilo de la Tuberculosis, y atender las necesidades de los grupos pobres y vulnerables.
- c) Contribuir a fortalecer los sistemas de salud que se basan en la atención primaria de salud.
- d) Involucrar a todos los prestadores de servicios asistenciales.
- e) Procurar que los enfermos tuberculosos y las comunidades adquieran de decisión mediante las alianzas.
- f) Propiciar y promover las investigaciones. (25)

2.2.1. EL CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS ESQUEMA 1

❖ Aspectos conceptuales sobre el conocimiento

Existe una gran controversia en cuanto al tema de los "conocimientos" este término ha sido históricamente tratado por filósofos y psicólogos, ya que es la piedra angular en la que descansa la ciencia en cada tipo de sociedad. No obstante, las diferentes formas de definir el conocimiento, tanto los científicos como los filosóficos, coinciden en que todos de una manera o de otra conocemos, y que gracias al conocimiento el hombre orienta su existencia en el mundo y aprende a dominar su realidad.

Cabe resaltar que el conocimiento no es innato, es la suma de los hechos y principios que se adquieren a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y el aprendizaje del sujeto.

Son varios los autores que hacen referencia al tema de conocimientos y su conceptualización, entre los más distinguidos se encuentra:

- *Bunge Mario*, para quien el conocimiento está constituido por un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables, que pueden ser: fundadas, ordenadas, coherentes, claras y precisas; o vagas y difusas. En tal sentido contrasta dos tipos de conocimientos: el conocimiento científico y el conocimiento ordinario. (26)
- Mientras que para *Wallon Henry*, 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". (27)
- *Rossental*, refiere que el conocimiento es: "El proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce con el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. También el conocimiento implica una relación de dualidad el sujeto que conoce (sujeto cognoscente) y el objeto conocido". (28)

Hoy en día, está claro, que el conocimiento es la reproducción de la realidad en el cerebro humano, que se manifiesta bajo la forma de

pensamiento y que en última instancia es determinado por la actividad práctica.

Se puede considerar que el conocimiento es la adquisición de conceptos, conjunto de ideas que pueden ser ordenados siendo importante considerar que es adquirido por una educación formal e informal es decir todos tenemos conocimientos, el cual puede ser vago o inexacto pero que se vuelve racional o verificable a través de la experiencia.

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.

❖ ***El conocimiento sobre el tratamiento de la Tuberculosis esquema***

1

El conocimiento que tienen las personas sobre las enfermedades, lo adquieren básicamente a través de dos formas: informal o formal. El conocimiento informal, está dado como resultado de las experiencias, creencias y costumbres, mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad y suele complementarse con otros medios de información. El conocimiento formal, viene a ser aquella que se imparte en el sistema de educación. A través de la comunicación adecuada, para mejorar la interacción y el dialogo entre las personas.

Este tipo de conocimiento se imparte a las personas a través de los profesionales de la salud, como también por personas capacitadas para tal efecto.

El conocimiento que el paciente 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. 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.

En mención a las fuentes de conocimiento, acerca de la enfermedad de la Tuberculosis, y su tratamiento farmacológico, es preciso mencionar que el proceso de cambio, en el control de la Tuberculosis incorpora la comunicación estratégica, como elemento novedoso; que ha permitido mejorar paulatinamente la interacción y diálogo entre el personal de los servicios de salud y los ciudadanos en diversos escenarios y espacios (individual, familiar y comunitario); de tal manera que los mensajes

comunicacionales son elaborados, teniendo en cuenta las necesidades de la persona con Tuberculosis.

Por otra parte, la asignación de un profesional de enfermería, para el desarrollo de las actividades de consejería, a través de la línea telefónica gratuita del Ministerio de Salud (INFOSALUD), que facilita y brinda información sobre Tuberculosis y Tuberculosis Multidrogorresistente a la ciudadanía.

Por lo antes expuesto, en la actualidad el paciente encuentra muchas fuentes de conocimiento sobre la Tuberculosis y su tratamiento, este conocimiento actúa como un factor motivacional del comportamiento de las personas. Estos cambios se pueden observar en la conducta del individuo y actitudes frente a 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.

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.

❖ *Tratamiento farmacológico de la Tuberculosis*

La administración de medicamentos, según la norma planteada por el Ministerio de Salud, será supervisada en el 100 % de los casos por el

Personal de Salud, y en casos estrictamente necesarios, por los Promotores de Salud. La administración del tratamiento deberá ser ambulatorio, diario, excepto domingos e integrado a los servicios generales de salud (Puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales).

a) Esquema 1 de tratamiento

El Esquema uno de tratamiento; es una terapia combinada diseñado con medicamentos de primera línea, indicado para aquellos paciente 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, durante esta etapa se toman pastillas a diario excepto domingos y feriados, estas son: etambutol (3 tabletas), isoniacida (3 tabletas), rifampicina (2 cápsulas) y pirazinamida (3 tabletas), 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, estas son isoniacida (8 tabletas) y rifampicina (2 cápsulas)

Es importante que se garantice el cumplimiento total de las dosis programadas. Si por cualquier circunstancia se ha dejado de tomar algunas dosis, estas deben administrarse al final de la fase correspondiente hasta alcanzar la dosis de tratamiento completo (50 dosis en la primera fase y 32 dosis en la segunda fase)

b) Tratamiento farmacológico de la Tuberculosis

El tratamiento farmacológico se basa en diversos regímenes de terapia combinada (varios medicamentos) de corta duración formulados en los decenios de 1970 y 1980, y han ido mejorando en el transcurso de los años, teniendo en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosos: capacidad bacteriana, capacidad esterilizante y capacidad de 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. 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 el paciente, entre los cuales encontramos; kanamicina, ethionamida, ciprofloxacino, entre otros.

(29)

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.

Existen según la Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis Esquemas de Tratamiento, para la elección del esquema para un paciente se toman en cuenta lo siguiente: Condición bacteriológica inicial por baciloscopia o cultivo. Antecedente del tratamiento antituberculosis previo. Localización de la enfermedad: pulmonar o extrapulmonar. Gravedad y pronóstico de enfermedad. Antecedente personal y/o familiar de reacción medicamentosa, entre otros. (10)

c) Efectos adversos

El tratamiento farmacológico antituberculosis presenta una asociación de medicamentos (terapia combinada), lo cual favorece a 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. (30)

- Estreptomina: 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. (31)

d) Acciones frente a los efectos adversos

En el caso de presentarse una RAFA, el paciente o familia debe comunicarlo de inmediato al médico tratante. (10)

e) **Consecuencias en la suspensión del tratamiento**

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. La toma esporádica de la medicación se asocia con fracaso terapéutico y desarrollo de cepas de *M. Tuberculosis* resistentes a los fármacos. (10)

2.2.2. ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

ESQUEMA 1.

A. Conceptualización de la adherencia terapéutica

En la actualidad el tema de adherencia a los tratamientos médicos 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.

El incumplimiento de las indicaciones médicas, no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito contra la Tuberculosis, sino que produce un aumento de la morbilidad y mortalidad, así como aumenta los costos de la asistencia sanitaria. Es así que genera grandes pérdidas en el aspecto personal, familiar y social.

En la literatura encontramos diferentes términos para referirnos a este concepto como son: adherencia, cumplimiento, alianza terapéutica, seguimiento, entre otros. (32)

En mención al término "cumplimiento", se define como: "acción y efecto de cumplir", "ejecutar o llevar acabo". En la práctica médica este concepto, suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos por parte del paciente.

Asimismo aparece, la discusión acerca del vocablo adherencia, en cuanto a sus implicancias semánticas para la Lengua Española se define como "convenir en un dictamen o partido utilizando un recurso entablado por la parte contraria. En este caso se suma de responsabilidad al profesional, como la "parte contraria", lo cual haría depender la conducta del paciente no solo de su propia responsabilidad, sino también de las acciones efectuadas por el profesional de salud, en cuanto a la claridad de las indicaciones, uso adecuado de los recursos de comunicación, entre otros aspectos.

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

Para Adao G. 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. (33)

Otro autor 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”. (34)

Por otro lado, Cáceres M. refiere que; “la adherencia a un tratamiento se define como la coincidencia entre la conducta del paciente y la orden del médico”. (35)

En efecto la Organización Mundial de la Salud, máximo organismo de salud, define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones, en contraparte Haynes y Sackett la definen como “la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida, coinciden con las indicaciones dadas por los profesionales sanitarios”, siendo por tanto, la no adherencia el grado en que no se realizan estas indicaciones.

La adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo.

Al constituir una conducta de salud para su explicación se ha partido de los modelos de comportamientos de salud. Especialmente el modelo de creencias de salud ha sido el más utilizado y considerado adecuado para predecir el cumplimiento con la medicación, porque tienen en cuenta la

motivación por la salud, la vulnerabilidad y gravedad percibida, la valoraron diferencial costos-beneficios y las claves para la acción. (36)

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 del paciente y profesional de salud, el régimen terapéutico en si mismo, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente.

En la literatura se han descrito diversas estrategias para mejorar la adherencia terapéutica como son: las intervenciones simplificadoras de tratamiento, informativas educativas, de apoyo familiar y social, con dinámica de grupos: técnicas grupales, de refuerzo conductual, así como la combinación de estas intervenciones.

Algunas de estas intervenciones están destinadas a modificar las creencias, actitudes y atribuciones tanto en el profesional de la salud como en el paciente en relación con la adherencia, sus dificultades y consecuencias. Otras están orientadas a la modificación de creencia del paciente en materia de salud, y otras se proponen modificar el apoyo social fomentado en el entorno social inmediato del paciente su adherencia a las prescripciones, o integrándolos a grupos de autoayuda. Las intervenciones están encaminadas a simplificar el tratamiento, buscar la colaboración familiar y los refuerzos conductuales de la personas.

Algunos autores refieren que para incrementar la adherencia terapéutica se debe partir de la instrucción y preparación del profesional de la salud para desarrollar comunicaciones persuasivas, afectivas y eficaces; así como programar la frecuencia de las visitas del paciente, la aplicación de refuerzos selectivos de las conductas de salud. (37)

Para la atención adecuada a los pacientes se requiere de un equipo de profesionales sensibilizados, motivados y entrenados en el manejo de las enfermedades; lo cual incluye la prevención, detección, tratamiento, seguimiento y educación, cuando lo antes mencionado no ocurre el paciente siente desconfianza y puede influir en la adherencia al tratamiento.

Para la evaluación de la adherencia terapéutica se han propuesto diversos métodos: autoinformes y autorregistros de los pacientes, informes de personas próximas a éstos, las evaluaciones del médico, mediciones bioquímicas y del consumo de medicamentos.

Con relación a la utilización del método ideal, se plantea que lo idóneo es combinarla entrevista directa al paciente, la valoración de los logros con el tratamiento y la asistencia a las citas programadas. (38)

B. Adherencia 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 el paciente.

Según la Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis, existen el Esquema I de Tratamiento Farmacológico; y otros tratamientos indicados para la tuberculosis Multidrogoresistente. También están descritas las indicaciones de seguimiento prescritas por el equipo de salud que debe cumplir el paciente, las indicaciones del tratamiento complementario como son; la nutrición y mantener una terapia psicológica considerando que esta enfermedad puede generar depresión en el paciente.

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. A principios de la década de los 90, se aplicó con éxito la estrategia DOTS. Al respecto la Organización Mundial de la Salud considero su aplicación 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 los pacientes 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.
- Este 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 ha desarrollará solo aspectos de tratamiento farmacológico y las indicaciones de seguimiento.

C. Factores asociados a la adherencia del tratamiento de la Tuberculosis.

Existen factores que están asociados a la adherencia del tratamiento antituberculoso entre los cuales se menciona: los relacionados a la interacción del personal de salud con el paciente, al régimen terapéutico,

las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente.

En la interacción profesional de la salud - paciente cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Se ha observado que proporcionar la información necesaria sobre la enfermedad, de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del paciente contribuye a mejorar la adherencia. En algunos casos los pacientes con Tuberculosis, no entienden sobre el proceso de enfermedad, el tratamiento, los exámenes de control, el por qué el tratamiento de la Tuberculosis tiene una larga duración, entre otros aspectos. Por lo cual es necesario no solo proporcionar la información, sino llevarlo a acabo a medida del entendimiento del paciente. En cuanto a la relación personal de salud -paciente, debe estar basada en la confianza y respeto, considerando que el tratamiento contra la Tuberculosis es de meses, si el paciente confía es más probable que siga las indicaciones y consejos, así como manifieste sus dudas y temores.

El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Los aspectos que ejercen una mayor influencia en el tratamiento contra la Tuberculosis son: la dosificación, y los efectos secundarios de los medicamentos. En el caso del tratamiento de esquema uno, se sigue regímenes de multidosis,

según las fases del esquema, son entre diez y once pastillas que el paciente debe ingerir en una sola toma.

En cuanto a la duración del tratamiento según el esquema en referencia son seis meses de tratamiento, por lo que en relación a la conducta de cumplimiento, las tasas de adherencia disminuiría a medida que la terapia se alargaba. Los pacientes con Tuberculosis, se encuentran más vulnerables a las reacciones adversas, por la dosificación de medicamentos así como por el tiempo prolongado del tratamiento.

Con relación a las características de la enfermedad es necesario señalar la importancia de los síntomas como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia. El paciente con Tuberculosis que por lo general experimenta un conjunto particular de síntomas al inicio de la enfermedad; al inicial el esquema de tratamiento, durante la primera fase puede disminuir drásticamente los síntomas, se siente aliviado, asintomático y pone en riesgo la adherencia al tratamiento.

En la adherencia terapéutica existen varios factores psicosociales que influyen considerablemente, entre ellos podemos mencionar: las creencias, las actitudes, las atribuciones, la representación mental de la enfermedad y el apoyo social. Igualmente los factores culturales (étnicos, religiosos) determinan el comportamiento de la familia y del grupo del paciente, e influyen directa o indirectamente en sus comportamientos, actitudes, creencias y atribuciones en materia de salud.

Muchas personas que padecen de Tuberculosis, tienen fuertes creencias culturales respecto a la enfermedad y la forma de ser tratada, cuando el tratamiento prescrito entra en conflicto con estas creencias, se pone en riesgo la adherencia al tratamiento.

En lo personal, el paciente con Tuberculosis puede agravar su estado de salud, como la resistencia a los fármacos, así como mantener su estado emocional alterado por el estigma social de esta enfermedad, entre otros.

Desde el punto de vista social significa un enorme costo para las instituciones de salud, proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse.

En el caso de la Tuberculosis la adherencia terapéutica es muy importante, ya que esta enfermedad es curable, cuando se cumple el tratamiento. El éxito alcanzado, obedece a que la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis en su búsqueda de sinergias y alianzas estratégicas, consiguió canalizar el esfuerzo individual de las diferentes dependencias del Ministerio de Salud en los niveles regional, local y otros sectores del estado, instituciones de la sociedad civil, organizaciones de personas con Tuberculosis, empresa privada, de modo que el esfuerzo se convirtiera en mucho más que la suma de sus partes, a favor de la lucha contra la Tuberculosis (11)

D. 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 experiencia 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 la atención.

En 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. (11)

a) Asistencia a la consulta medica

En la atención médica a la persona con Tuberculosis que sigue el esquema de tratamiento Esquema Uno, se realizara 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 existe irregularidad en el tratamiento, riesgo de abandono presentación de RAFAS. (11)

b) **Entrevista de Enfermería y Visita Domiciliaria**

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 al paciente, 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:

- *Entrevista de enfermería:* es una de las actividades de la atención integral e individualizada, debe realizarse con calidad y calidez a la persona enferma de Tuberculosis y su familia, con fines de educación, control, y seguimiento. Tiene como objetivos educar al paciente y su familia sobre la enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado y la baciloscopía de control mensual, contribuir a la adhesión del paciente 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 el paciente 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 del paciente, los exámenes y análisis de la tarjeta de tratamiento y la tercera se realiza al término del tratamiento con la finalidad de recomendar al paciente que si en caso presenta sintomatología respiratoria acuda al establecimiento de salud. Se realizan otras entrevistas si el paciente 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 el paciente va a cambiar de domicilio.

- *Visita domiciliaria:* esta actividad consiste en acudir al domicilio del enfermo de tuberculosis con la finalidad de educar al paciente y su familia. Deberá ser dentro de las primeras 48 horas de realizado el diagnóstico. Tiene como objetivos educar al paciente y su familia, identificar problemas de salud y brindar alternativas de solución, contribuir al éxito del tratamiento antituberculoso recuperando al paciente inasistente, completar el seguimiento de los casos en tratamiento y optimizar el control de contactos. (11)

c) Control y entrega de pruebas diagnosticas

En la atención médica el diagnóstico de la Tuberculosis descansa en diferentes pilares de diferente importancia clínica, como son: la baciloscopía, a través de la muestra de esputo ha sido adoptada por la

mayoría de los países en desarrollo, es el procedimiento diagnóstico de elección en enfermos sintomáticos, además de ser simple, rápido, específico y barato. Es el diagnóstico seguro de Tuberculosis, identificándose bacilos alcohol ácido resistentes (BAAR) a través del examen microscópico directo de la expectoración mediante la baciloscopía se confirma con una especificidad del 100%. Así como la radiología, la radiografía de tórax es el método más sensible para el diagnóstico de la Tuberculosis Pulmonar ya que certifica, con la baciloscopía, la enfermedad. El problema es el costo, la accesibilidad y es menos específico que la bacteriología, las imágenes radiológicas que produce la Tuberculosis Pulmonar entran en el diagnóstico diferencial de toda la patología respiratoria. (11)

d) Control de la curva ponderal de peso

Se debe procurar asegurar una nutrición adecuada en el paciente con la finalidad de lograr el incremento del peso corporal, mantener el reposo físico por lo menos durante la primera fase del tratamiento.

Se controla el peso al finalizar cada mes de tratamiento evaluando si aumenta, se mantiene o disminuye a lo largo del mes de tratamiento. (11)

2.3 DEFINICIONES DE TERMINOS BASICOS U OTROS CONTENIDOS

- **Nivel de Conocimiento:** Es el conjunto de información que tienen los pacientes sobre el tratamiento de la tuberculosis, que comprende el farmacológico y las indicaciones de seguimiento.
- **Adherencia:** Es el cumplimiento estricto del tratamiento, que comprende el tratamiento farmacológico y las indicaciones de seguimiento.
- **Paciente:** Es la persona con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, mayor de 18 años registrado en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.
- **Contacto:** Son las personas que han estado expuestas al contagio con un enfermo de Tuberculosis Pulmonar con bacteriología positiva (baciloscopía positiva o cultivo positivo) y que por lo tanto, tienen más posibilidades de haberse infectado recientemente y desarrollar la enfermedad.
- **Caso de Tuberculosis:** Es toda persona a la que se le diagnostica Tuberculosis con o sin confirmación bacteriológica, y a quien se decide indicar y administrar un tratamiento antituberculoso.
- **Caso Nuevo:** Paciente que nunca recibió tratamiento antituberculoso o recibió menos de 30 días.
- **Abandono:** Pacientes que no concurren a recibir su tratamiento por más de treinta días consecutivos.

- Abandonos recuperados: Paciente que no asiste al tratamiento durante 30 días consecutivos (1 mes), reingresando al servicio de salud con baciloscopia o frotis +. A veces la baciloscopia es negativa, pero existe una Tuberculosis activa según criterios clínicos y radiológicos.
- Tratamiento farmacológico: Se basa en diversos regímenes de terapia combinada (varios medicamentos) de corta duración, cuenta con tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosis: capacidad bactericida, capacidad esterilizante, y capacidad de prevenir resistencia.

III. VARIABLES E HIPOTESIS

3.1. VARIABLES DE LA INVESTIGACION

- V1: Nivel sobre el conocimientos del paciente con Tuberculosis sobre el tratamiento antituberculoso esquema 1
- V2: Adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis al esquema 1

3.2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
<p>Nivel de conocimientos del paciente con tuberculosis sobre el tratamiento antituberculoso esquema 1</p>	<p>Es el conjunto de hechos y principios que se adquieren y retiene 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 los pacientes con tuberculosis acerca del tratamiento antituberculoso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento Farmacológico 	<ul style="list-style-type: none"> • Esquema de tratamiento • Tratamiento farmacológico • Efectos adversos • Acciones frente a los efectos adversos • Consecuencias en la suspensión del tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • ALTO (12-14) • MEDIO (9-11) • BAJO (3-8)

Adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis al esquema 1	La adherencia al tratamiento antituberculosos es el cumplimiento del tratamiento farmacológico y cumplimiento de los indicadores de seguimiento que favorecen al paciente a mejorar su estado de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento farmacológico, 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia regular • Ingesta de dosis indicada 	<ul style="list-style-type: none"> • ADHERENTE (6-7) • NO ADHERENTE (0-5)
		<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de los indicadores de seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia a la consulta medica • Asistencia a la entrevista de enfermería • Control y entrega de pruebas de diagnóstico (muestra de esputo y examen radiológico) • Control de la curva ponderal del peso 	

3.3 HIPOTESIS

- Hi: Hipótesis de Investigación:

Existe una relación positiva entre el nivel de conocimientos sobre el esquema 1 con la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea – Callao 2013.

- Ho: Hipótesis nula

No existe una relación positiva entre el nivel de conocimientos sobre el esquema 1 con la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea – Callao 2013.

IV. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE INVESTIGACION

El presente estudio es de tipo cuantitativo por la relación entre el investigador con las unidades de análisis, ya que permite medir y cuantificar numéricamente las variable de estudio, así mismo el análisis de la información se realizó mediante pruebas estadísticas. Por la complejidad es de nivel correlacional descriptivo, porque pretende hallar vínculos entre las variables y determinar sus características o niveles.

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

La presente investigación es de diseño no experimental de corte transversal, ya que solo se pretende medir la correlación de las variables sin manipularlas, como son el nivel de conocimientos mediante la encuesta y la adherencia percibida objetivamente mediante la ficha de registro, tal como se encontró en la realidad en un determinado tiempo y espacio.

4.3. POBLACION MUESTRAL

La población de estudio estuvo conformada por 52 pacientes con diagnóstico de Tuberculosis del esquema 1, registrados en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. En tal sentido la población muestral estuvo constituida por los pacientes que se

encuentren en el Esquema 1, el proceso de selección de la población a estudiar fue bajo los siguientes criterios:

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes sin modificación de tratamiento del Esquema I.
- Pacientes con un peso corporal mayor de 50 Kg.

CRITERIO DE EXCLUSION

- Pacientes Farmacodependientes
- Pacientes con antecedentes de abandono del tratamiento
- Pacientes con problemas psicológicos o psiquiátricos

Quedando como población muestral de estudio 21 pacientes

4.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Las técnicas utilizadas en la investigación fueron: encuesta y análisis documental y se elaboró como instrumentos cuestionario y ficha de registro respectivamente.

El cuestionario (Anexo 4) fue de tipo estructurada, en su configuración presenta dos aspectos:

- a) Datos generales del encuestado
- b) Cuerpo del cuestionario, contiene preguntas con respuesta

múltiple y cerrada, donde se le da el valor de 1 para la respuesta correcta y 0 para la respuesta incorrecta. .

La ficha de registro (Anexo 5), fue diseñada para un registro ágil de los datos contenidos en la "Tarjeta de control de asistencia y administración de medicamentos" así como de la Historia Clínica del paciente, donde se le da el valor de 1 a cada ítem cumplido y 0 a cada ítem incumplido.

Ambos instrumentos fueron validados mediante el Juicio de Expertos de las áreas de enfermería de salud comunitaria, enfermería de salud del adulto y adulto mayor, 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 $p < 0.05$ (Anexo 7), por lo que el instrumento es válido.

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la fórmula estadística Kuder Richardson

Kuder Richardson = 0.79 (Anexo 8)

4.5. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Para el proceso de recolección de datos se realizó los trámites administrativos en las instancias correspondientes, así como las coordinaciones previas para la aplicación del instrumento.

La aplicación del instrumento se realizó durante un mes (del 30 de

setiembre al 25 de octubre del 2013), durante los horarios de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 6:00 p.m., donde después que el paciente cumplió con recibir su tratamiento, se le informo y encuesto en un ambiente previamente acondicionado en un tiempo aproximado de 15 minutos.

Para realizar el análisis documental en las fichas de registro, se levantó la información directa de la tarjeta de control e Historia Clínica posterior a la entrevista de cada paciente.

4.6. PROCESAMIENTO ESTADISTICO Y ANALISIS DE DATOS

El procesamiento de datos se realizó mediante la elaboración de una Tabla Matriz (Anexo 9), se utilizó para tal fin el Programa Excel 2010.

Para la presentación gráfica de los resultados se empleó: gráficos de barra por ser la variable de naturaleza cuantitativa así como los cuadros estadísticos.

Con los resultados obtenidos para cada una de las variables se realizó Para la variable del nivel de conocimientos del esquema 1 de tratamiento de la tuberculosis se categorizo según Stanone (Anexo 10) de la siguiente manera:

- Conocimiento alto: 12 - 14
- Conocimiento medio: 9 -11
- Conocimiento bajo: 3 - 8

Para la variable adherencia al tratamiento de la Tuberculosis la categorización se realizó de manera estricta al cumplimiento lo que permitió encontrar:

- Adherencia: cumple con todos los ítems o incumple en un ítem.
- No adherencia: incumple en más de 2 ítems.

Para la presentación gráfica de los resultados obtenidos, se empleó: gráficos de barras por ser la variable de naturaleza cuantitativa así como los cuadros estadísticos. Los aspectos de análisis se realizaron a través del Ji cuadrado en el programa SPSS a fin de hallar la relación existente entre ambas variables de estudio. (Anexo 11)

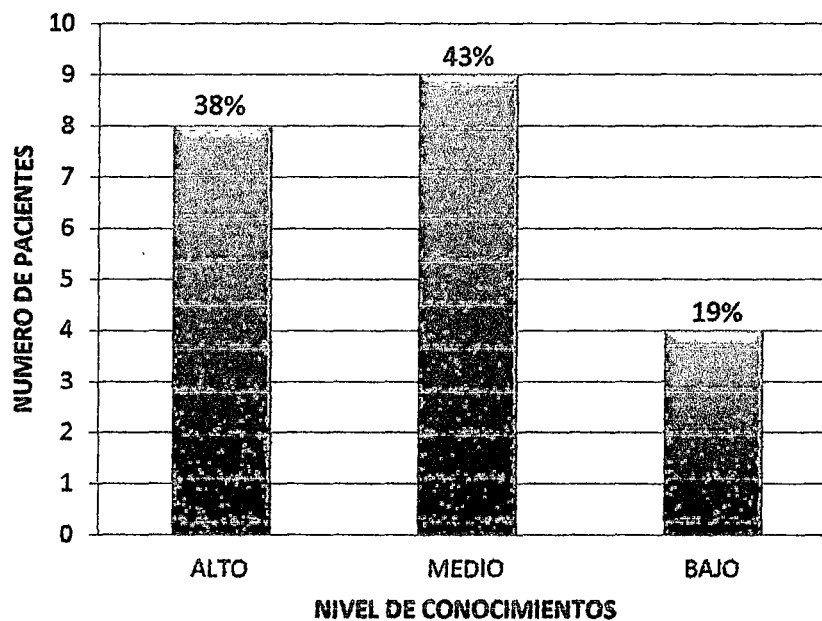
V. RESULTADOS

TABLA N° 1
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL ESQUEMA 1 DE
LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	N°	%
ALTO	8	38%
MEDIO	9	43%
BAJO	4	19%
TOTAL	21	100%

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis del C. S. Perú Corea 2013

GRAFICO N° 5.1
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL ESQUEMA 1 DE
LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis del C. S. Perú Corea 2013

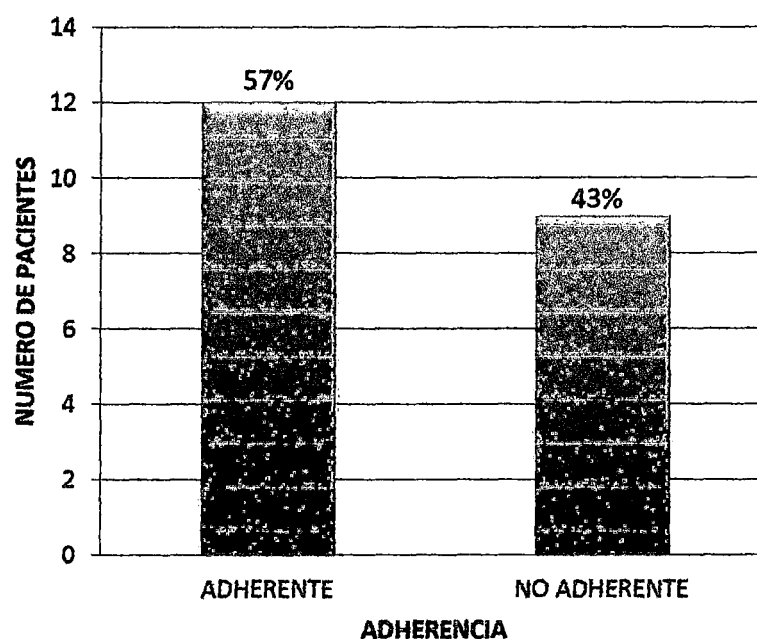
Como observamos el 43% de pacientes tenía conocimientos medio, el 38% conocimientos altos y el 19% conocimientos bajos.

TABLA N° 2
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON
TUBERCULOSIS

ADHERENCIA	N°	%
ADHERENTE	12	57%
NO ADHERENTE	9	43%
TOTAL	21	100%

Fuente: Instrumento aplicado en los registros de los pacientes con tuberculosis del C.S. Perú Corea 2013

GRAFICO N° 5.2
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON
TUBERCULOSIS



Fuente: Instrumento aplicado en los registros de los pacientes con tuberculosis del C.S. Perú Corea 2013

Como observamos el 57% de pacientes mostraron adherencia, frente a un 43% que no mostraron adherencia.

TABLA N° 3

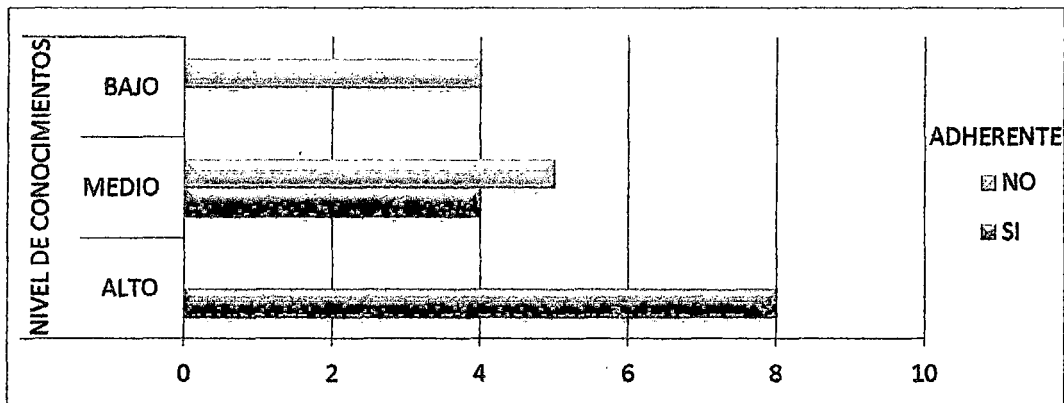
**RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL
ESQUEMA 1 Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE
LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS**

ADHERENCIA	NIVEL DE CONOCIMIENTOS						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
SI	8	38%	4	19%	0	0%	12	57%
NO	0	0%	5	24%	4	19%	9	43%
TOTAL	8	38%	9	43%	4	19%	21	100%

Fuente: Instrumentos aplicados en los registros y los cuestionarios de los pacientes con tuberculosis del C.S. Perú Corea 2013

GRAFICO N° 5.3

**RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL
ESQUEMA 1 Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE
LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS**



Fuente: Instrumentos aplicados en los registros y los cuestionarios de los pacientes con tuberculosis del C.S. Perú Corea 2013

Se obtuvo como resultado global que el 57% de los pacientes fueron adherentes al tratamiento y el 38% de este mismo grupo presenta un nivel de conocimiento alto.

Tenemos que un 43% de pacientes no son adherentes con un nivel de conocimientos de medio y bajo (24% y 19% respectivamente).

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.926 ^a	2	.003
Razón de verosimilitudes	16.317	2	.000
Asociación lineal por lineal	11.299	1	.001
N de casos válidos	21		

A 5 casillas (88.3%) han esperado un recuento menor a 5. El recuento mínimo esperado es 1.71.

Al establecer la relación entre las variables mediante la prueba estadística de Ji cuadrado, se encontró que el valor calculado es 0,003, lo cual es significativo para validar la hipótesis de investigación. Por lo que se demuestra que la adherencia y los conocimientos sobre el tratamiento del esquema 1 de los pacientes con tuberculosis tienen una relación directa.

VI. DISCUSION DE RESULTADOS

6.1. Contratación de hipótesis con los resultados

El nivel de conocimiento constituye un factor determinante en la conducta de cada paciente, frente a la aceptación del tratamiento y el mejor seguimiento de las indicaciones terapéuticas, e identificar oportunamente las reacciones adversas y actuar de manera apropiada.

Los aspectos que fueron materia de estudio para determinar el nivel de conocimientos comprendió los conocimientos del tratamiento farmacológico el tiempo de duración del tratamiento, fases, la frecuencia, dosis de medicamentos, reacciones adversas y según los resultados la mayoría de los pacientes (43%) tienen un nivel medio de conocimientos del tratamiento que se le indicó, cuáles eran los medicamentos prescritos y las consecuencias de la irregularidad del tratamiento, un 19% tenían conocimientos bajos, el cual puede deberse a la falta de educación o la falta de una charla inductiva a cargo de la enfermera del centro de salud.

La eficacia del tratamiento depende en gran medida de los conocimientos, como factor determinante para el cumplimiento del tratamiento farmacológico, según lo prescrito. La toma esporádica de la medicación se asocia con fracaso terapéutico y desarrollo de cepas drogo resistentes,

lo cual implica según estudios realizados mayor porcentaje de abandonos al tratamiento.

La adherencia significa que el paciente sigue el curso recomendado de tratamiento, es decir cumple el régimen farmacológico y asiste a los exámenes y pruebas de control. La adherencia al tratamiento de la tuberculosis pulmonar comprendieron dos aspectos: tratamiento farmacológico e indicaciones de seguimiento.

La adherencia para muchos autores es el cumplimiento estricto del tratamiento farmacológico, sin embargo la adherencia va más allá, abarca las indicaciones terapéuticas, que favorecerán la recuperación del paciente, por ello se hace necesario acudir a las citas médicas, entrevista de enfermería y cumplir con el control de exámenes, entre otros.

Se obtuvo como resultado global que el 57% de los pacientes fueron adherentes al tratamiento, en este grupo se encontró que el mayor porcentaje tenía un nivel de conocimiento alto (38%).

Los pacientes no adherentes constituyeron el 43% y su nivel de conocimientos fue medio y bajo siendo (24% y 19% respectivamente).

Resalta en la tabla que todos los pacientes que tiene un alto nivel de conocimiento han sido adherentes

Este resultado da evidencia de la relación directa entre la adherencia y los niveles de conocimiento, tal es así que a mayor nivel de conocimiento mayor es la proporción de adherentes al tratamiento y viceversa.

Al establecer la relación entre las variables mediante la prueba estadística de Ji cuadrado con un nivel de significancia del 95% de confianza y un grado de libertad de 2, se encontró que el valor calculado es mayor que el tabulado, lo cual es significativa para validar la hipótesis. Por lo que se demuestra que la adherencia y los conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis tienen una relación directa, por tanto se acepta la hipótesis de investigación. (Anexo 11).

6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares

Los hallazgos de este estudio en referencia al nivel de conocimientos son similares con MANRIQUE (2010) donde llego a la conclusión que "Existe coherencia entre lo que las personas conocen y lo que hacen en cuanto a su cuidado" siendo esta una de las hipótesis de la investigación realizada

Mientras que con el estudio realizado por BURQUEZ (2006) existe una concordancia en cuanto al nivel de conocimientos medio ya que en su estudio concluyo que el 45,6% presentaba nivel de conocimientos medio y en este estudio obtuve un 43% en nivel de conocimientos medios mientras que hay una discordancia ya que también se concluyó en el s

estudio que el nivel de conocimientos bajo tenía un significativo porcentaje con 22% mientras en este estudio se obtuvo solo un 19%.

Los resultados del estudio que elaboró HUAYNATES (2006), sobre los conocimientos sobre la tuberculosis tienen similares resultados en cuanto a que el nivel de conocimientos medios y bajos es el más predominante con 87% tal y como se obtuvo en el estudio realizado con 62%.

En referencia a la adherencia se contraponen a los resultados obtenidos por HERRERA (2010) concluye que "El 59% de pacientes no presentan adherencia al tratamiento antituberculoso, pero la minoría restante si presentan" y en mi investigación obtuve que la mayoría de pacientes es adherente con un 57% frente a un 43% no adherentes.

VII. CONCLUSIONES

- El nivel de conocimientos sobre el tratamiento de la tuberculosis que tienen los pacientes con tuberculosis en la mayoría es de nivel medio 43%, seguido por un nivel de conocimientos alto 38% y en menor cantidad tienen un nivel de conocimientos bajo 19%.
- La mayoría de los pacientes mostraron adherencia al tratamiento de la tuberculosis 57% frente a un 43% de pacientes que no son adherentes.
- Existe relación directa entre el nivel de conocimientos y la adherencia de los pacientes con tuberculosis es decir que la no adherencia concuerda con los conocimientos que poseen (medio y bajo) y quienes poseen adherencia al tratamiento concuerdan con el nivel de conocimiento alto y medio. Lo cual fue comprobado mediante la prueba estadística del Ji cuadrado con un nivel de significancia del 95% de confianza y un grado de libertad de 2 y la sig. Asintótica de 0,003.

VIII. RECOMENDACIONES

- Elaborar estudios de Investigación sobre adherencia y factores vinculados con los servicios de salud o factores sociales del paciente.
- Elaborar estudios sobre adherencia en grupos humanos de alto riesgo como son los que viven en condiciones de extrema pobreza, la población excluida en penales.
- Mejorar los procesos de información y educación respecto al tratamiento de la tuberculosis como medio para alcanzar mayor nivel de adherencia.

IX. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción sanitaria y acción comunal en pro de la salud en países en vías de desarrollo. Ginebra 2008.
2. MINISTERIO DE SALUD. Oficina General de Comunicaciones. Plan Comunicacional. Día Mundial de Lucha contra la Tuberculosis. Lima. Febrero. 2008
3. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Condiciones de salud en las Américas". Washington D.E. 2009.
4. MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de Salud de las Personas. Control de la Tuberculosis en el Perú. ESN-PCT. 2007
5. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Perú: proyecciones de población por años calendario según departamentos, provincias y distritos (periodo 2004-2008). Boletín Especial N° 16. Lima INEI; 2011.
6. MINISTERIO DE SALUD. Oficina General de Comunicaciones. Plan Comunicacional. Día Mundial de Lucha contra la Tuberculosis. Lima. Febrero. 2008
7. MINISTERIO DE SALUD. Construyendo las alianzas estratégicas para el control de la tuberculosis: Experiencia peruana. ESM-PCT. 2008

8. DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO Boletín Epidemiológico Callao Semana Epidemiológica (SE) N° 12 del 20/03/2011 al 26/03/2011
<http://www.diresacallao.gob.pe/documentos/boletines/epidemiologia/2011/boletin12.pdf>
9. DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO Datos estadísticos anuales de la situación de la ESNPCT de la región Callao 2012
10. CENTRO DE SALUD BELLAVISTA PERU COREA Datos anuales de la ESNPCT Callao 2012
11. MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis. ESN-PCT. DGSP. 2006
12. MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de Salud de las Personas. Control de la Tuberculosis en el Perú. ESN-PCT. 2007
13. LA ALIANZA COMUNITARIA PARA LA SOLUCIÓN DE LA TB, *“Actitudes, Conocimientos y Practicas de Tuberculosis en México, en proveedores de servicios de salud”* México 2010
14. GÓMEZ RAMOS, GÓMEZ SOTO *“Apoyo familiar y la adherencia al tratamiento por el paciente con tuberculosis pulmonar”*. Venezuela 2006
15. ECC SOARES, AGF PACHECO Y COL *“Mejoras en las tasas de tratamiento exitoso con el tratamiento directamente observado en la Ciudad de Río de Janeiro”* Brasil 2006

16. ÁLVAREZ GORDILLO GUADALUPE DEL CARMEN *"Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento"*. México 2005
17. SALAZAR GONZÁLES CLARA LINA *"Factores de Riesgo para el Abandono del Tratamiento contra la Tuberculosis en la ciudad de Medellín. Enero 2000 – Junio 2001"*. Colombia 2001
18. HERRERA MONTOYA JONATHAN RONALD. *"Adherencia al tratamiento y actitud hacia su autocuidado en pacientes con tuberculosis"*, en la Microred Portada de Manchay Pachacamac Lima- Perú 2010.
19. MANRIQUE HUÁNACO, DINA. *"Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S Conde de la Vega Baja"*. UNMSM, Perú 2010.
20. GARAYAR PORTA NINA GIOVANNA, *"Relación entre Nivel de Conocimientos y Actitudes hacia el cuidado de pacientes con tuberculosis en estudiantes de la UNMSM"* Lima – Perú 2007
21. YAULLI VILLAMAR, SHEILA *"Relación entre conocimientos y practica de medidas preventivas de recaídas en adolescentes con Tuberculosis pulmonar en Centros de Salud de Lima"* Lima – Perú UNMSM, 2006
22. BURQUEZ HERMANDEZ, GENOVEVA JESÚS *"Conocimientos de las Medidas Preventivas y creencias sobre la tuberculosis que"*

31. RODRÍGUEZ CARRANZA, RODOLFO. "Vademécum Académico de Medicamentos". Ed. Interamericano Mc Graw Hill. México 1999.
32. LIBERTAD MARTÍN ALFONSO. Acerca del concepto de adherencia Terapéutica. Escuela Nacional de Salud Pública. Rev. Cubana salud pública. 2004.
33. ADAO GABRIELA. Nuevas estrategias para asegurar la adherencia al tratamiento de tuberculosis. Rev. Médicos sin Fronteras. Barcelona. España. 2006
34. ZALDÍVAR D. Adherencia Terapéutica y modelos explicativos. Rev. Salud para la Vida. Madrid. 2003.
35. CÁCERES. MANRIQUE FLOR DE MARIA. Factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso. Bucaramanga Colombia. 2004
36. RODRÍGUEZ MARTÍN L. Psicología Social de la Salud. Madrid. Ediciones Doyma. 1995
37. ORUETA SÁNCHEZ R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Barcelona 2005
38. FERRER V. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y de salud: conceptos y factores psicosociales. Universidad de las Islas Baleares. 1966

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia	95
Anexo 2: Esquema tentativo de la tesis	96
Anexo 3: Consentimiento informado	97
Anexo 4: Cuestionario	98
Anexo 5: Ficha de registro	103
Anexo 6: Matriz de priorización de problemas	106
Anexo 7: Juicio de expertos	107
Anexo 8: Confiabilidad del instrumento Kuder Richarson	108
Anexo 9: Tabla matriz general	109
Anexo 10: Categorización según Stanone	110
Anexo 11: Correlación de la variable Ji – cuadrado	111
Anexo 12: Adherencia al tratamiento farmacológico	113
Anexo 13: Adherencia a las indicaciones de seguimiento	114
Anexo 14: Cuadro de edad de los pacientes	113
Anexo 15: Cuadro de sexo de los pacientes	114
Anexo 16: Cuadro de ocupación de los pacientes	115
Anexo 17: Cuadro de grado de instrucción de los pacientes	116
Anexo 18: Cuadro de estado civil de los pacientes	117

Anexo 1

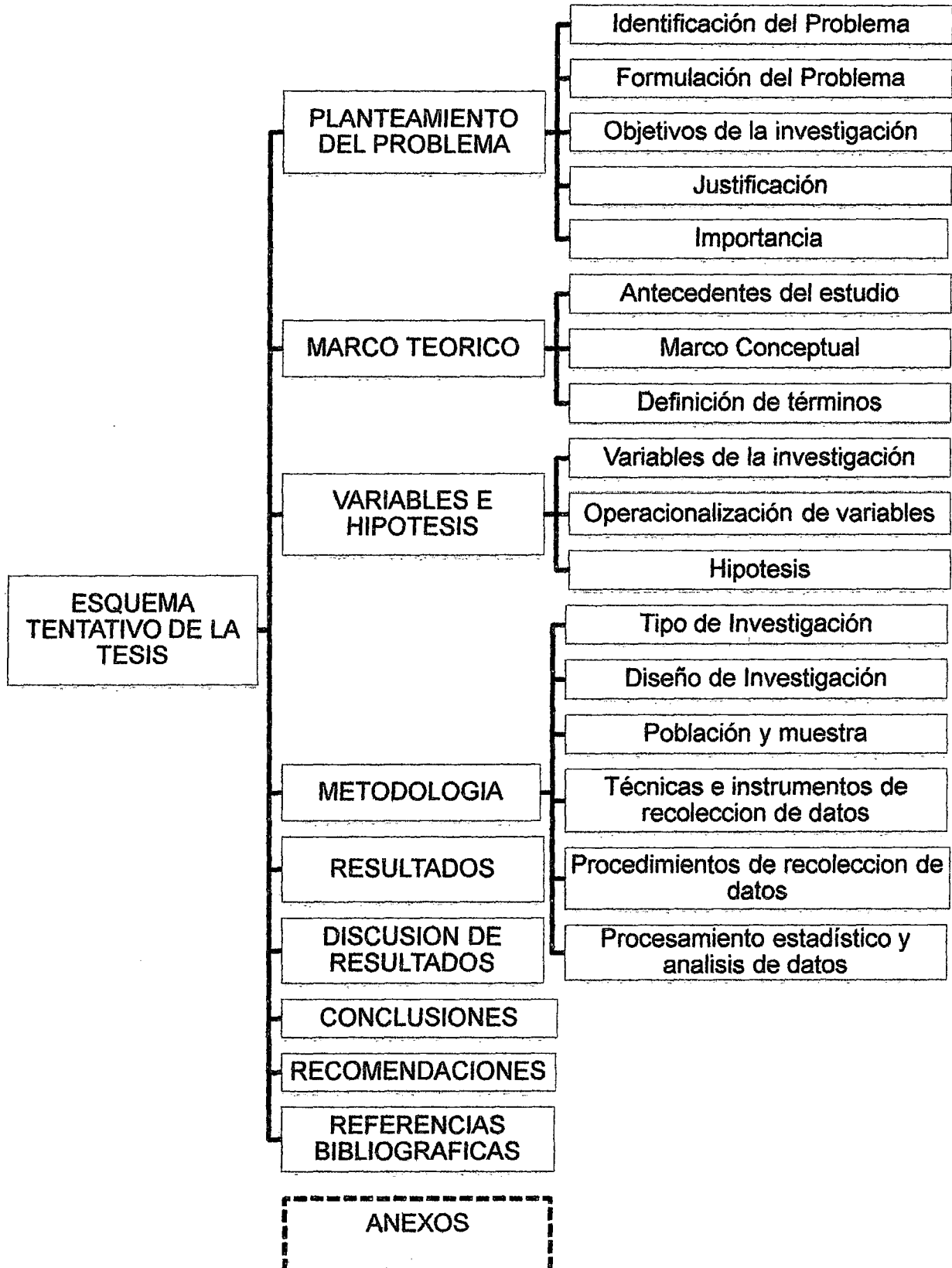
MATRIZ DE CONSISTENCIA

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL ESQUEMA 1 Y SU RELACION CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD PERU COREA, CALLAO, 2013”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	METODOLOGIA	POBLACION
<ul style="list-style-type: none"> • Problema general ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre el esquema 1 con la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea -Callao, 2013? • Problemas específicos A. ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre el tratamiento esquema 1 de los pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea -Callao, 2013? B. ¿Cómo es la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis esquema 1 del Centro de Salud Perú Corea Callao 2013? 	<p>Objetivo General</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos sobre el esquema 1 con la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea -Callao, 2013. <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de conocimientos sobre el tratamiento esquema 1 de los pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea -Callao, 2013 • Identificar la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis esquema 1 del Centro de Salud Perú Corea -Callao, 2013. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hi: Existe una relación positiva entre el nivel de conocimientos sobre el esquema 1 con la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea – Callao 2013. - Ho: No existe una relación positiva entre el nivel de conocimientos sobre el esquema 1 con la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea – Callao 2013. 	<p>TIPO DE INVESTIGACION</p> <p>El presente estudio es de tipo cuantitativo. Por la complejidad es de nivel correlacional descriptivo, porque pretende hallar vínculos entre las variables y determinar sus características o niveles.</p> <p>DISEÑO DE LA INVESTIGACION</p> <p>El estudio de investigación es no experimental de corte transversal correlacional, ya que solo se pretende medir la correlación de las variables sin manipular alguna de ellas.</p>	<p>La población de estudio está conformada por 21 pacientes con diagnóstico de Tuberculosis del esquema 1, registrados en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.</p>

Anexo 2

ESQUEMA TENTATIVO DE LA TESIS



Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente trabajo de investigación titulado "Nivel de conocimientos sobre el esquema 1 y su relación con la adherencia al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Perú Corea, Callao, 2013" es realizado por Katherine Uribe Antúnez, Bachiller de Enfermería de la UNAC, con el objetivo de determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos sobre el esquema 1 con la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis. Si acepta participar de este estudio, tendrá que responder objetivamente un cuestionario ANONIMO de 14 preguntas. Habiendo sido informada de los fines de este estudio:

Yo _____

Acepto voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesta a responder todas las preguntas del cuestionario, teniendo la confianza plena de que la información que se vierta será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que la investigadora utilizara adecuadamente dicha información asegurándose de la misma confiabilidad. Al firmar este documento, doy mi consentimiento de participar en este estudio como voluntario.

FIRMA

Anexo 4

CUESTIONARIO

I. DATOS GENERALES

1. Edad (años cumplidos):

2. Sexo: Masculino () Femenino ()

3. Ocupación (especificar):

4. Nivel de educación alcanzado:

Sin educación () Secundaria incompleta ()

Primaria incompleta () Secundaria completa ()

Primaria completa () Superior ()

5. Estado civil

Soltero(a) () Divorciado(a) ()

Casado(a) () Viudo(a) ()

Conviviente ()

II. CUERPO DEL CUESTIONARIO

A continuación Ud. encontrará una relación de 20 preguntas cada una con 4 alternativas (a, b, c, d) de los cuales una es correcta. Ud. deberá marcar con una x su respuesta correcta.

1.- ¿Cuál es el Esquema de Tratamiento contra la Tuberculosis que recibe?

a) Esquema MDR

b) Esquema II

c) Esquema I

d) No sabe.

2.- ¿Cuánto tiempo dura el tratamiento del Esquema I?

a) Seis meses

b) Cuatro meses

c) Ocho meses

d) No sabe.

3.- ¿Cuántas fases comprende el Tratamiento del Esquema I?

a) Una fase

b) Dos fases

c) Tres fases

d) No sabe.

4.- ¿Cuántos tiempo dura la Primera Fase de tratamiento del Esquema I?

a) Dos meses

b) Tres meses

c) Un mes

d) No sabe.

5.- ¿Cuántos tiempo dura la Segunda Fase del Tratamiento del Esquema I?

a) Cuatro meses

b) Tres meses

c) Cinco meses

d) No sabe.

6.- ¿Con qué frecuencia se acude a recibir el tratamiento en la Primera Fase?

- a) Interdiario
- b) Diario
- c) Tres veces por semana
- d) No sabe.

7.- ¿Con qué frecuencia se acude a recibir el tratamiento en la Segunda Fase?

- a) Una vez por semana
- b) Dos veces por semana
- c) Tres veces por semana
- d) No sabe.

8.- ¿Qué medicamentos se toman durante la Primera Fase?

- a) Ácido clavulánico, Isoniacida, Pirazinamida, y Amoxicilina
- b) Rifampicina, PAAS, Etambutol y Kanamicina
- c) Rifampicina, Isoniazida, Etambutol y Pirazinamida
- d) No sabe

9.- ¿Qué medicamentos se toman durante la Segunda Fase?

- a) Etambutol e Isoniacida
- b) Rifampicina y Etambutol
- c) Rifampicina, Isoniazida
- d) No sabe

10.- ¿Cuántas pastillas se toman en la Primera Fase del Tratamiento?

- a) No sabe
- b) 9
- c) 10
- d) 11

11.- ¿Cuántas pastillas se toman en la Segunda Fase del Tratamiento?

- a) 10
- b) 8
- c) 6
- d) No sabe.

12.- ¿Cuáles son las molestias más frecuentes que se presentan cuando se toman los medicamentos?

- a) Dolor de cabeza, fiebre, dolor de cuerpo
- b) Nauseas, dolor de estómago y vómitos
- c) Sueño, fiebre, sangrado
- d) No sabe

13.- ¿Que se debe hacer cuando se presentan molestias después de la toma de los medicamentos?

- a) Ir a la farmacia y pedir una pastilla para contrarrestar los síntomas
- b) Abandonar el tratamiento
- c) Acudir al establecimiento e informar al encargado de la Estrategia.
- d) No sabe

14- ¿Cuál es la principal consecuencia que se presenta cuando se suspende el tratamiento?

- a) La resistencia bacteriana a los medicamentos
- b) La muerte
- c) Alergias
- d) No sabe

Anexo 5

**FICHA DE REGISTRO SOBRE EL TRATAMIENTO DEL
PACIENTE CON TUBERCULOSIS**

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

CONTROL DE ASISTENCIA	1 ^{er} MES	2 ^{do} MES
Asistencia diaria		
Asistencia con una falta		
Asistencia con dos faltas		
Asistencia con 3 faltas a mas		

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

CONTROL DE ASISTENCIA	3 ^{er} MES	4 ^{to} MES	5 ^{to} MES	6 ^{to} MES
Asistencia dos veces por semana				
Asistencia con una falta				
Asistencia con dos faltas				
Asistencia con 3 faltas a mas				

3.- Asistencia a consulta medica

a) Al inicio del tratamiento y al cambio de fase

b) Solo al inicio del tratamiento

c) Al cambio de fase

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

5.- Control de examen radiológico / entrega de resultado

a) Al inicio del tratamiento y al cambio de fase

b) Solo al inicio del tratamiento

6.- Entrega mensual de muestra de esputo

	1 ^{er}	2 ^{do}	3 ^{er}	4 ^{to}	5 ^{to}	6 ^{to}
	MES	MES	MES	MES	MES	MES
Entrega oportuna						
Entrega atemporal						
No entrega						

7.- Tendencia mensual de la curva ponderal – peso inicial:

Registro del peso	1 ^{er} MES	2 ^{do} MES	3 ^{er} MES	4 ^{to} MES	5 ^{to} MES	6 ^{to} MES
Tendencia						
Incrementa ↑						
Mantiene →						
Disminuye ↓						

ANEXO 6

MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS

PROBLEMA	MAGNITUD	TRASCENDENCIA	EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES	COSTO	PUNTAJE TOTAL
1. Abandono del tratamiento	12	11	9	6	38
2. Malas medidas de bioseguridad del paciente.	12	10	9	5	36
3. Falta de apoyo familiar	11	11	8	8	38
4. Deficiente captación de sintomáticos respiratorios	13	13	8	7	41
5. Falta de sensibilización sobre la enfermedad	12	10	9	7	38
6. Mala adherencia al tratamiento	15	15	12	13	55
7. Falta de conocimiento sobre la enfermedad.	14	13	14	13	54

Anexo 7

PRUEBA DE CONCORDANCIA

PRUEBA BINOMIAL - JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	NUMERO DE JUEZ					P
	1	2	3	4	5	
1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	0	1	1	0.0035
3	0	1	1	1	1	0.0035
4	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	0	1	0.0035
7	1	1	1	1	1	0.004

Se ha considerado:

1 : si la respuesta es afirmativa

0 : si la respuesta es negativa

P : Valor binomial

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 el grado de concordancia es **SIGNIFICATIVO**.

Anexo 8

PRUEBA ESTADISTICA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO KUDER RICHARSON

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

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

$K = \text{N}^\circ$ de Ítem

$S^2 = \text{Varianza total}$

$\sum pq = \text{Sumatoria de varianza de cada Ítem}$

Dónde:

$K = 14$

$K-1 = 13$

$\sum pq = 2.39$

$S^2 = 8.95$

Remplazando la expresión:

Se obtiene Kuder – Richarson = 0.79

Por lo tanto el instrumento es confiable

Anexo 9

TABLA MATRIZ GENERAL

CODIGO DEL PACIENTE	DATOS GENERALES					CUESTIONARIO														FICHA DE REGISTRO							
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	1	2	3	4	5	6	7	
1	2	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	
2	2	1	6	4	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
3	2	1	5	4	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1		
4	2	1	6	3	3	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5	2	1	5	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	
6	2	1	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	
7	1	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	
8	3	2	4	3	5	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	
9	3	1	4	3	5	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	
10	2	1	6	6	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	
11	1	1	3	5	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	
12	2	2	2	4	3	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
13	3	1	4	2	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	
14	3	2	1	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
15	1	2	3	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1
16	1	1	3	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
17	1	2	2	5	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	
18	2	1	6	5	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	
19	3	1	4	3	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	
20	2	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	
21	2	1	2	5	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	

Anexo 10

CATEGORIZACION DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO

SEGÚN STANONE

1. Se calcula promedio (X): $X = 10.04$

2. Se calculó la desviación estándar: $DS = 2.99$

3. Se establecieron valores para a y b

$X \pm (0.75) S$

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

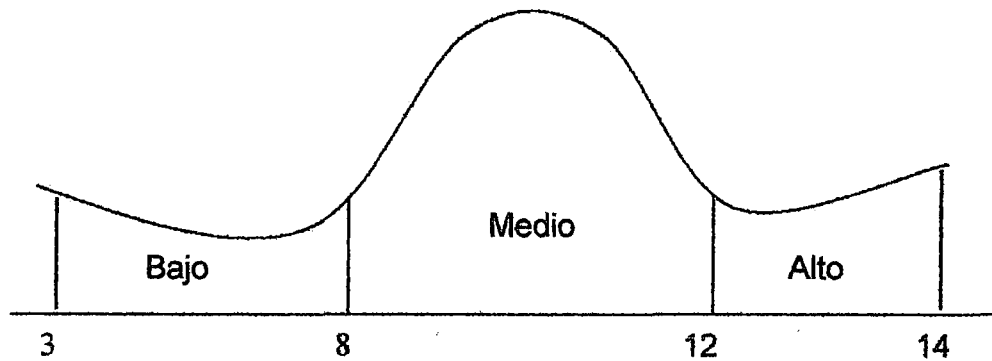
$$a = 10.04 - (0.75) 2.99$$

$$a = 7.8 = 8$$

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

$$b = 10.04 + (0.75) 2.99$$

$$b = 12.28 = 12$$



CATEGORIAS	INTERVALOS
Conocimiento Bajo	3 - 8
Conocimiento Medio	9 - 11
Conocimiento Alto	12 - 14

Anexo 11

CORRELACION DE VARIABLES JI CUADRADO

1. Definición de variables

X_1 : Conocimientos sobre el esquema 1 del tratamiento de tuberculosis

X_2 : Adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis

Ambas variables con de tipo cuantitativo y han sido clasificadas en diferentes categorías, como son:

X_1 { Adherente
No adherente

X_2 { Bajo
Medio
Alto

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Nivel de conocimiento * Adherencia	21	100.0%	0	0.0%	21	100.0%

Tabla de contingencia Nivel de conocimiento * Adherencia

			Adherencia		Total
			si	No	
Nivel de conocimiento	Bajo	Recuento	0	4	4
		Frecuencia esperada	2.3	1.7	4.0
	Medio	Recuento	4	5	9
		Frecuencia esperada	5.1	3.9	9.0
	Alto	Recuento	8	0	8
		Frecuencia esperada	4.6	3.4	8.0
Total		Recuento	12	9	21
		Frecuencia esperada	12.0	9.0	21.0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.926 ^a	2	.003
Razón de verosimilitudes	16.317	2	.000
Asociación lineal por lineal	11.299	1	.001
N de casos válidos	21		

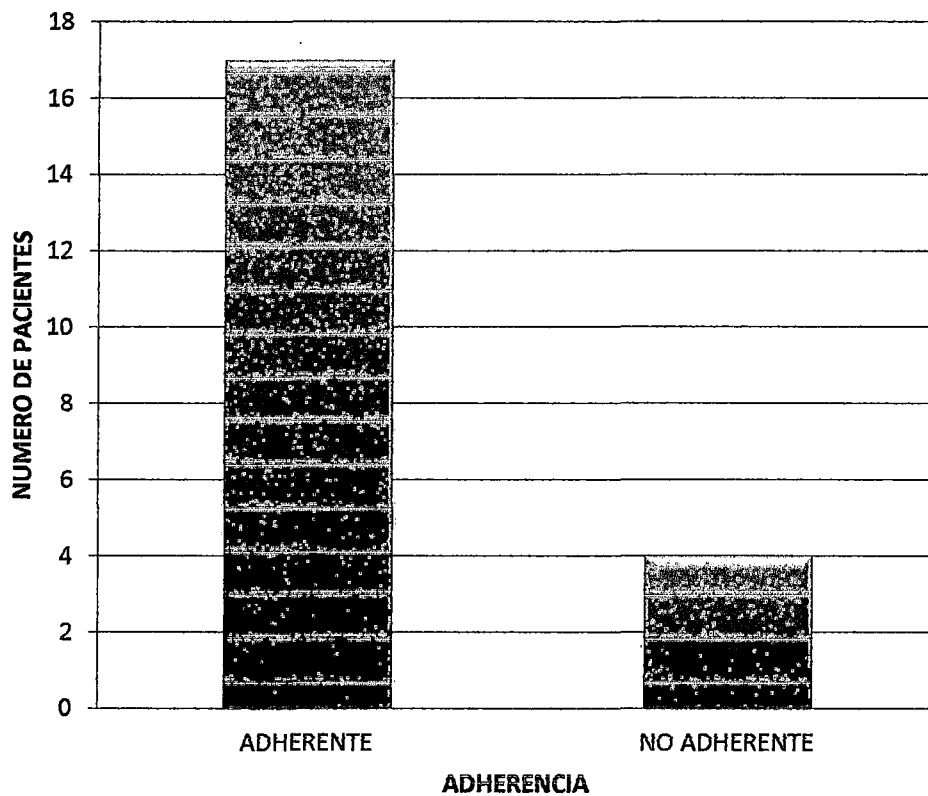
A 5 casillas (88.3%) han esperado un recuento menor a 5. El recuento mínimo esperado es 1.71.

Anexo 12

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE
LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS**

ADHERENCIA	Nº	%
ADHERENTE	17	81%
NO ADHERENTE	4	19%
TOTAL	21	100%

Fuente: Instrumento aplicado en los registros de los pacientes con tuberculosis del C.S. Perú Corea 2013

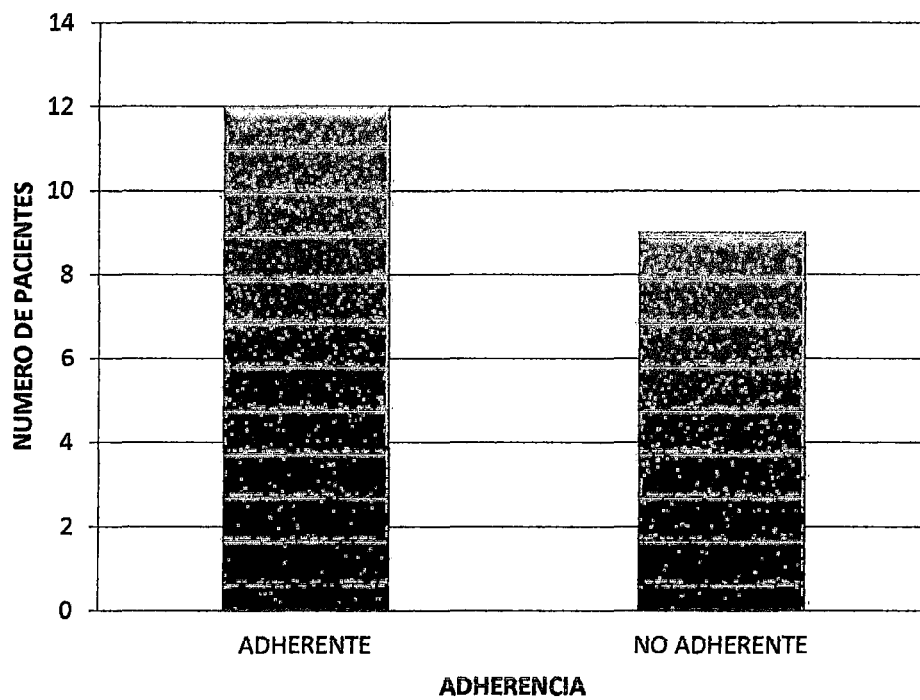


Anexo 13

ADHERENCIA A LAS INDICACIONES DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS

ADHERENCIA	Nº	%
ADHERENTE	12	57%
NO ADHERENTE	9	43%
TOTAL	21	100%

Fuente: Instrumento aplicado en los registros de los pacientes con tuberculosis del C.S. Perú Corea 2013



Anexo 14

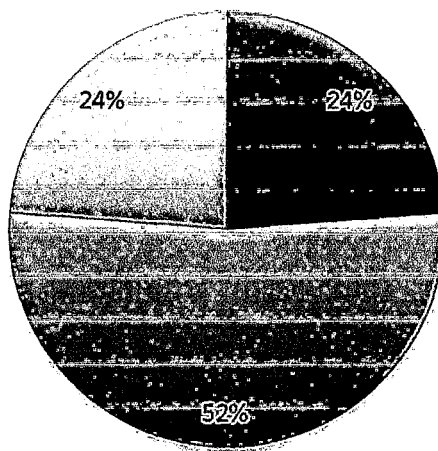
EDAD DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD PERU COREA CALLAO 2013

EDAD	PACIENTE	
	Nº	%
18 – 25	5	24%
26 – 59	11	52%
60 a mas	5	24%
TOTAL	21	100%

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis del C.S. Perú Corea 2013

EDAD DEL PACIENTE

■ Adulto joven ■ Adulto maduro ■ Adulto mayor



Anexo 15

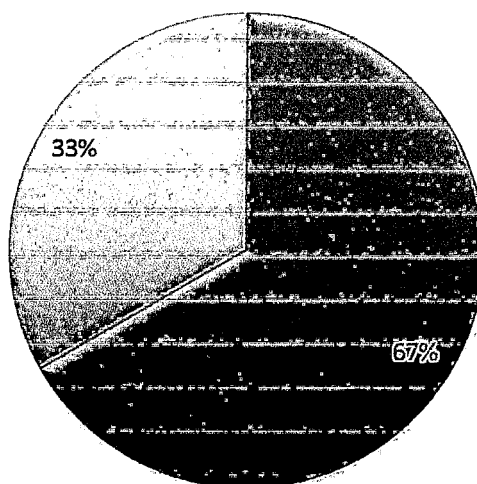
SEXO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD PERU COREA CALLAO 2013

SEXO	PACIENTE	
	Nº	%
FEMENINO	14	67%
MASCULINO	7	33%
TOTAL	21	100%

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis del C.S. Perú Corea 2013

SEXO DEL PACIENTE

■ FEMENINO ■ MASCULINO



Anexo 16

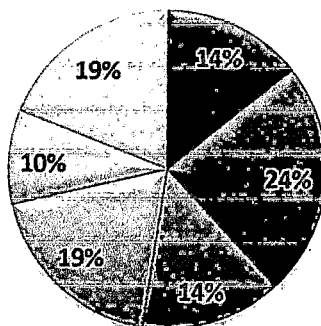
OCUPACION DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD PERU COREA CALLAO 2013

OCUPACION	PACIENTE	
	Nº	%
AMA DE CASA	3	14%
COMERCIANTE	5	24%
ESTUDIANTE	3	14%
JUBILADO	4	19%
OBRERO	2	10%
OTROS	4	19%
TOTAL	21	100%

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis del C.S. Perú Corea 2013

OCUPACION DEL PACIENTE

■ ama de casa ■ comerciante ■ estudiante ■ jubilado ■ obrero ■ otros



Anexo 17

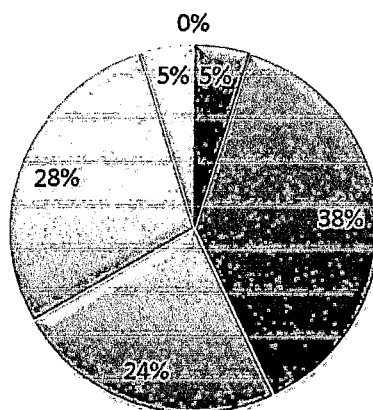
GRADO DE INSTRUCCION DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD PERU COREA CALLAO 2013

GRADO DE INSTRUCCIÓN	PACIENTE	
	Nº	%
SIN EDUCACION	0	0%
PRIMARIA INCOMPLETA	1	5%
PRIMARIA COMPLETA	8	38%
SECUNDARIA INCOMPLETA	5	24%
SECUNDARIA COMPLETA	6	28%
SUPERIOR	1	5%
TOTAL	21	100%

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis del C.S. Perú Corea 2013

GRADO DE INSTRUCCION DEL PACIENTE

■ sin educacion ■ primaria incompleta ■ primaria completa ■ secundaria incompleta ■ secundaria completa ■ superior



Anexo 18

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD PERU COREA CALLAO 2013

ESTADO CIVIL	PACIENTE	
	Nº	%
SOLTERO	7	35%
CASADO	4	19%
CONVIVIENTE	6	29%
DIVORCIADO	0	0%
VIUDO	4	19%
TOTAL	21	100%

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis del C.S. Perú Corea 2013

ESTADO CIVIL DEL PACIENTE

■ soltero ■ casado ■ conviviente ■ divorciado ■ viudo

