

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**E. A. P. DE ENFERMERÍA**

**Relación entre adherencia y nivel de conocimientos  
sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis  
en el Centro de Salud Primavera El Agustino, 2009**

**TESIS**

para optar el título profesional en Licenciada en Enfermería

**AUTORA**

**Martha Emelia Tacuri Taipe**

**Lima-Perú**

**2009**

**RELACION ENTRE ADHERENCIA Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS  
SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES  
CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO  
DE SALUD PRIMAVERA  
EL AGUSTINO  
2009**

## DEDICATORIA

*A mis padres con mucho cariño y respeto por su constante esfuerzo, apoyo incondicional y comprensión durante mi vida personal y profesional.*

*A mi hermano Eloy, por su ejemplo, su confianza, sus palabras de aliento y apoyo incondicional en todo momento.*

*A mi hermana Liliana, por su comprensión, sus ocurrencias, su alegría y por ser la cómplice.*

*A mi asesora Lic. Luzmila Figueroa  
Ames, por su constante apoyo,  
orientación y dedicación brindada  
en el desarrollo y culminación  
del presente estudio*

*A todas aquellas docentes que a  
través de sus enseñanzas me  
inculcaron el amor a la profesión y  
el espíritu de servicio.*

## **AGRADECIMIENTO**

Lic. Luzmila Figueroa Ames, Asesora Docente de la presente Investigación; por su guía y orientación constante, dedicar su tiempo y esfuerzo, así como brindar sus valiosos conocimientos y portes para la realización de esta tesis.

Lic. Saturnina Córdova Valdez, Enfermera del Centro de Salud Primavera por su apoyo constante y por las facilidades brindadas para el desarrollo de la presente investigación.

A cada una de las personas que de manera directa o indirecta contribuyeron con sus aportes al enriquecimiento y culminación de la presente investigación.

## ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	iv
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	vi
INDICE DE CUADRO.....	vii
RESUMEN .....	viii
ABSTRACT .....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION	
A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
C. OBJETIVOS.....	12
D. JUSTIFICACIÓN.....	13
E. PROPÓSITO.....	14
F. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	14
1. Antecedentes.....	14
2. Base Teórica.....	18
2.1 La adherencia en el tratamiento de la tuberculosis.....	18
2.2 El conocimiento sobre el tratamiento de la tuberculosis.....	33
G. HIPÓTESIS.....	37
H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	38
I. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	38
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS	
A. NIVEL, TIPO Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	39
B. SEDE DE ESTUDIO.....	40
C. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	41
D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41
E. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....	43

F. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	44
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	45
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
A. CONCLUSIONES .....	61
B. RECOMENDACIONES .....	62
C. LIMITACIONES.....	62
BIBLIOGRAFÍA .....	63
ANEXOS	

## INDICE DE GRAFICOS

<b>Nº</b>		<b>Pág.</b>
1.	NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD PRIMAVERA. EL AGUSTINO. 2009.	47
2.	NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD PRIMAVERA. EL AGUSTINO. 2009.	49
3.	NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS INDICACIONES DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD PRIMAVERA. EL AGUSTINO. 2009.	51
4.	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD PRIMAVERA. EL AGUSTINO. 2009.	53
5.	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD PRIMAVERA. EL AGUSTINO. 2009.	55
6.	ADHERENCIA A LAS INDICACIONES DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD PRIMAVERA. EL AGUSTINO. 2009.	57



## INDICE DE CUADRO

<b>Nº</b>	<b>Pág.</b>
1. RELACION ENTRE ADHERENCIA Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD PRIMAVERA. EL AGUSTINO. 2009.	59

## RESUMEN

La presente investigación titulada: *Relación Entre Adherencia Y Nivel De Conocimientos Sobre El Tratamiento De Los Pacientes Con Tuberculosis En El Centro De Salud Primavera. El Agustino - 2009.* Tuvo como objetivo Determinar la relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis. Se utilizó el método Descriptivo Correlacional, de corte Transversal. La muestra estuvo constituida por 38 pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar, registrados en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Primavera Establecimiento de Salud del Primer nivel de Atención, ubicado en el distrito del Agustino de Lima Metropolitana. Las técnicas que se utilizaron fueron la Entrevista y el Análisis Documental, y los instrumentos fueron la Encuesta y Ficha de Registro respectivamente. 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, coincidentemente el nivel de conocimientos sobre el tratamiento farmacológico así como el conocimiento de las indicaciones de seguimiento se ubica en la mayoría de los pacientes en el nivel medio. 2. La mayoría de los pacientes no 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 esta 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: Relationship Between Adherence and level of knowledge about the treatment of tuberculosis patients at the health center spring. The Agustino - 2009. Aimed to determine the relationship between adherence and level of knowledge about the treatment of patients with tuberculosis. We used correlational descriptive cross. The sample consisted of 38 patients diagnosed with pulmonary tuberculosis in the Health Strategy for Prevention and Control of Tuberculosis Health Center Spring Establishment Tier Health Care, located in the district of the Lima Metropolitan Agustino. The techniques used were the interview and documentary analysis, and tools were the Survey and Record Sheet respectively. The conclusions reached were: 1. Most patients with TB have a medium level of knowledge about treatment of this disease, coincidentally the level of knowledge about drug treatment as well as knowledge of monitoring indicators is in most patients in the middle. 2. Most patients showed no adherence to tuberculosis treatment in general, similar happened to respect and follow the directions of the pharmacological treatment itself. 3. There is direct relationship between adherence and knowledge of TB patients is not to say that the bond is present in patients who have average level of knowledge and under who are adherent to treatment have a high level of knowledge through the test result chi-square statistics with a significance level of 95% confidence and a degree of freedom, 2.

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

## INTRODUCCIÓN

En el Perú la Tuberculosis Pulmonar es considerada una de las principales enfermedades de Salud Pública, es una enfermedad infectocontagiosa de gran impacto en la salud de las personas, la misma que trae consigo devastadoras consecuencias no solo en el aspecto físico, sino también a nivel social y económico.

El Ministerio de Salud señala que en el año 2007, la tuberculosis afectó a 34 811 personas, con una tasa de morbilidad de 122.8 x 100 000 habitantes y de ellas cobró la vida de aproximadamente mil personas. El 75% de las infecciones y muertes por tuberculosis ocurren entre los 15 y los 54 años de edad, siendo este grupo etáreo económicamente más productivo.

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.

La Tuberculosis enfrenta un obstáculo muy importante para su control: el abandono del tratamiento, así como la no adherencia, condiciones que tienen implicaciones graves tanto para el enfermo, como para la familia y comunidad, debido a que el paciente no se cura y continúa la cadena de transmisión de enfermedad. Adicionalmente, la bacteria puede desarrollar resistencia a los medicamentos, lo cual predispone al fracaso del tratamiento, aumentando costos del mismo y la morbimortalidad de los pacientes.

El presente estudio de investigación titulado “*Relación Entre Adherencia Y Nivel De Conocimientos Sobre El Tratamiento De Los Pacientes Con Tuberculosis En El Centro De Salud Primavera - El Agustino. 2009*”, tuvo como objetivo determinar la relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis.

La investigación tiene como propósito proporcionar información válida y significativa sobre la relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de la Tuberculosis. Los resultados permitirán desarrollar estrategias para fortalecer condiciones desde los servicios, para conseguir mayor adherencia al tratamiento.

Este trabajo esta estructurado en capítulos; el Capitulo I, denominado El Problema de Investigación, expone el planteamiento del problema, la formulación del problema, los objetivos, la justificación del mismo, es decir la importancia que tiene la presente investigación y el propósito del estudio, además se presenta la revisión de la literatura que son los antecedentes, siguiente se detalla la base teórica - conceptual la que constituye el soporte teórico analítico del estudio, se incluye además el planteamiento de la hipótesis, la definición operacional de términos, y la operacionalización de las variables. En el Capitulo II, se describe el Material y métodos; el tipo y nivel de investigación, la población y la muestra del estudio; además se presenta la técnica e instrumentos, así como el proceso seguido para recolectar los datos y el procesamiento respectivo. En el Capitulo III; Resultados y Discusión, se describe inicialmente la caracterización de la muestra y se expone los hallazgos del estudio y por ultimo en el Capitulo IV se describe las conclusiones, recomendaciones y limitaciones. Finalmente se dan a conocer la bibliografía y los anexos.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

#### **A. PLANTEAMIENTO 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 misma que trae consigo devastadoras consecuencias no solo en la salud, sino también a nivel social y económico, sobre todo en los países en vías de desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, señalan que cada año 8,8 millones de personas se enferman de tuberculosis en todo el mundo. 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.<sup>1</sup>

En América Latina, mas de 400 000 personas se enferman de tuberculosis cada año, siendo Haití el país que tiene la mayor población

---

<sup>1</sup> MINSA. Oficina General de Comunicaciones. Plan Comunicacional. Día Mundial de de Lucha contra la Tuberculosis. Lima. Febrero. 2008

afectada de tuberculosis y el Perú ocupa el segundo lugar, presentando cada año aproximadamente 30 mil nuevos casos.<sup>2</sup>

En el Perú, el Ministerio de Salud señala que en el año 2007, la Tuberculosis afectó a 34 811 personas, con una tasa de morbilidad de 122.8 x 100 000 habitantes y de ellas cobró la vida de aproximadamente mil personas. El 75% de las infecciones y muertes por tuberculosis ocurren entre los 15 y los 54 años de edad, el grupo de población económicamente más productivo.<sup>2,3</sup>

En el interior del país los departamentos registrados con mayor tasa de incidencia en Tuberculosis son: Loreto, La Libertad, Madre de Dios, Tacna, Ica, Arequipa y Junín.<sup>2</sup> Aproximadamente el 58% de todos los casos de Tuberculosis y el 82% de Tuberculosis multidrogoresistente se concentran en Lima y Callao.<sup>4</sup>

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 Vitarte, Villa María del Triunfo. De los distritos en mención presentan mayor incidencia el Agustino y La Victoria.

El distrito de El Agustino, circunscrito en el ámbito jurisdiccional de la Dirección de Salud IV Lima Este presenta la tasa de incidencia

---

<sup>2</sup> MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Control de la Tuberculosis en el Perú. ESN-PCT. 2007

<sup>3</sup> MINSA. Construyendo las alianzas estratégicas para el control de la tuberculosis: Experiencia peruana. ESM-PCT. 2008

<sup>4</sup> MINSA. Oficina General de Comunicaciones. Plan Comunicacional. Día Mundial de Lucha contra la Tuberculosis. Lima. Febrero. 2008



mas alta (152 x 10 000 habitantes), lo cual esta relacionado a la alta tasa de densidad poblacional (13 546 hab/Km<sup>2</sup>), según el índice de desarrollo humano se encuentra en un nivel medio, según los indicadores de carencia, presenta pobreza regular, tiene un menor logro educativo. Esta situación socioeconómica, de pobreza y educativa; contribuye a la propagación de la tuberculosis. En este distrito la tuberculosis se encuentra dentro de las enfermedades transmisibles que causan mayor muerte en la población, significando en la etapa adulta la causa de muerte más importante y una de las dos causas de muerte en mujeres en edad fértil. <sup>5</sup>

Asimismo, se sabe que la Tuberculosis sigue siendo considerada como una enfermedad que causa estigma social, sin embargo se debe tener en claro que ataca a las personas independientemente de su raza, sexo, edad o situación económica.

En el año 2007, en la jurisdicción de la Dirección de Salud IV Lima Este, la tasa de incidencia total de tuberculosis (pulmonar y extrapulmonar) fue 199 x 10 000 habitantes y la tasa incidencia específica por tuberculosis pulmonar fue 120 x 10 000 habitantes, cifras que superan casi dos veces mas al promedio nacional (67.12 casos por cada 10 000 habitantes) registrados en el año 2006. <sup>6</sup>

La tuberculosis enmarca gran importancia por la magnitud de los daños que se evidencian en la morbilidad y mortalidad. Se observa que

---

<sup>5</sup> MINSA. Situación de Salud. Dirección de Salud IV Lima Este. Junio. 2008.

<sup>6</sup> [http://www.limaeste.gob.pe/limaeste/situación/asis\\_/ASIS:2008/asis2008.pdf](http://www.limaeste.gob.pe/limaeste/situación/asis_/ASIS:2008/asis2008.pdf)

la enfermedad afecta en mayor proporción a la población joven económicamente activa significando ello que no solo afecta a la salud, sino que trae consigo además un costo social y económico.

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.<sup>7</sup> En el año 2004, en circunstancias donde se evidenciaba debilidad de los indicadores operacionales como; control de contactos, proporción de abandonos al esquema primario, incremento de casos de tuberculosis 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 morbilidad y sus repercusiones sociales y económicas,<sup>8</sup> garantizando el acceso gratuito en todo el territorio nacional a la detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno estrictamente supervisado, en todas las personas con esta enfermedad; asegurando las buenas prácticas de atención con un enfoque de derechos humanos, sin ningún tipo de discriminación, ya sea de género, edad, nivel socioeconómico, raza o etnia y otros.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis se aleja de la concepción tradicional biomédica, diseñando e incorporando nuevas perspectivas de abordaje social, económico, cultural, geopolítico ético y de respeto a los derechos humanos de las personas afectadas. Cabe mencionar que dentro de

---

<sup>7</sup> MINSA. Construyendo las alianzas estratégicas para el control de la tuberculosis: Experiencia peruana. ESM-PCT. 2008

<sup>8</sup> MINSA. Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis. ESN-PCT. DGSP. 2006

los logros alcanzados en la prevención y control de la Tuberculosis en el país, se están identificando al 90% de los casos Frotis Positivo que existen en la comunidad y se curan alrededor del 92% de los que ingresan al tratamiento (metas de la OMS para la detección es 70% y para la curación 85%).<sup>9</sup> Sin embargo esta enfermedad continua siendo un serio problema de salud publica en el país, agravada por la presencia de la comorbilidad Tuberculosis-VIH-SIDA y la Tuberculosis multidrogoresistente. .

En la actualidad la tuberculosis enfrenta un gran obstáculo para su control: el abandono del tratamiento, que esta presente en todo el mundo y se distribuye en todos los grupos sociales, étnicos y raciales. Las proporciones de abandono son muy variadas, dependerá del desarrollo de los países, la epidemiología, la dinámica de los programas de vigilancia y control, así como del interés de los gobiernos en la tuberculosis como problema de salud pública.

Según el Ministerio de Salud en un estudio de Cohorte a nivel nacional realizado en el año 2006, presenta que el porcentaje de abandono es de 3.2%.<sup>10</sup> En el año 2007, los Centros de Salud de la jurisdicción de Lima Este presentan en total 112 abandonos al tratamiento de Tuberculosis, lo cual muestra una cifra alarmante.<sup>11</sup>

El abandono del tratamiento antituberculoso, tiene consecuencias graves como son: el deterioro de la salud del paciente, estimular los mecanismos de resistencia bacteriana predisponiendo al

---

<sup>9</sup> <http://www.minsa.gob.pe/portal/osEstrategias-nacionales/04ESN-tuberculosis/tbc-acp>

<sup>10</sup> MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Control de la Tuberculosis en el Perú. ESN-PCT. 2007

<sup>11</sup> [http://www.limaeste.gob.pe/limaeste/situación/asis\\_/ASIS:2008/asis2008.pdf](http://www.limaeste.gob.pe/limaeste/situación/asis_/ASIS:2008/asis2008.pdf)

fracaso del tratamiento, la propagación de la infección debido a que el paciente no se cura y continua la cadena de transmisión de enfermedad, por lo tanto la perpetuación de la existencia de esta enfermedad en la humanidad. La OMS considera que la resistencia del bacilo a los fármacos aumenta, tanto el costo como la toxicidad de los medicamentos y la mortalidad de las personas que la desarrollan.

Algunos estudios efectuados respecto a la no adherencia al tratamiento antituberculoso, destacan la existencia de múltiples factores; entre los cuales se encuentran los relacionados al tratamiento que recibe el paciente, algunos vinculados a la organización y funcionamiento de los servicios de salud y otros de orden socio económico cultural del paciente.

En cuanto a los factores relacionados al tratamiento antituberculoso al que se acoge el paciente. Gelband (2000), demostró que la duración del tratamiento esta asociada a la pobre adherencia y fue relacionada como el obstáculo más difícil a vencer para lograr la adherencia,<sup>12</sup> así mismo Homedes (1994) comprueba que la cantidad de medicamentos que el paciente tiene que tomar es inversamente proporcional a la adherencia al tratamiento,<sup>13</sup> en cuanto a los efectos adversos de los medicamentos, el estudio realizado por Gómez y col. (1994) reportan que 32 pacientes de 587 (5.5%) presentaron una reacción adversa que los obligó a abandonar el tratamiento.<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Gelband H. Factores de la no adherencia al tratamiento antituberculoso. Bucaramanga. Colombia. 2001

<sup>13</sup> Homedes N. Ugalde A. ¿Qué sabemos del cumplimiento de los tratamientos médicos en el tercer mundo? España. 1998. Pág.116

<sup>14</sup> Gómez F. Gavira R. Seguimiento al tratamiento antituberculoso. Rev. Clínica Española. 1996. Pág. 81.

También se ha demostrado que los servicios de salud tendrían influencia en el abandono del tratamiento, tal como lo señala el estudio realizado por Homedes (1994) donde encontró que la falta e organización es señalada como un factor generador de incumplimiento por las esperas prolongadas, costos de las consultas y demora en la atención,<sup>15</sup> también describe que el abandono es consecuencia de la negligencia o incompetencia de las personas a cargo del programa, y que la adecuada comunicación entre el personal de salud y el paciente esta descrita como un factor que determina la adherencia.

Respecto a los factores de orden socio económico y cultural, diversos estudios como el de Sumartojo (1993) explican que contar con una red de apoyo social se asocia como factor protector para adherencia al tratamiento,<sup>16</sup> así como la conformación de clubes como mecanismo de apoyo social ha demostrado mejorar la adherencia al tratamiento. En Colombia, Orozco y Col. en un estudio reportó que el no haber informado a la familia sobre la enfermedad aumentaba el riesgo de abandono diez veces,<sup>17</sup> mientras que en este mismo país Quiroga (2002) encontró que la falta de apoyo emocional percibida por el paciente presentaba un aumento de abandono. En Perú, el estudio realizado por Rojas Tello, Gladys (2006), da evidencia que de 16 familiares de pacientes con tuberculosis, 6 familiares (37.5%) mostraron una actitud de Indiferencia hacia el diagnóstico y tratamiento

---

<sup>15</sup> Homedes N. Ugalde A. ¿Qué sabemos del cumplimiento de los tratamientos médicos en el tercer mundo? España. 1998. Pág.107

<sup>16</sup> Sumartojo E. El comportamiento social de los pacientes con tuberculosis y la adhesión. Rev. Respir Dis. 1993. Pág.147.

<sup>17</sup> Orozco y col. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso. Rev. Medicas. Colombia 1999.

de la Tuberculosis Pulmonar. Por otro lado Mamani Campos (2005) reporta que de 40 pacientes, la mayoría está inmerso en un clima social familiar en los rangos de medianamente favorable a desfavorable, de otro lado Wardman y Col. (1998), encontraron que el 79% de los pacientes que abandonaron el tratamiento procedían de los estratos bajos.<sup>18</sup> En Colombia, Muyinck. (2001), destaca que quienes vivían en área rural suburbana abandonaron el tratamiento dos veces mas que quienes vivían en área urbana.<sup>19</sup> En este mismo país Quiroga y col. (2002) concluyeron que el alcoholismo esta asociado en 4 veces mayor riesgo de abandono frente a quienes no consumen alcohol.<sup>20</sup> Se presenta también que el consumo de drogas es el factor de riesgo más alto de abandono. En un estudio de Galván F. (1998), se demostró que pacientes analfabetos tenían un mayor riesgo de abandonar el tratamiento que aquellos que tenían algún grado de escolaridad.<sup>21</sup> Por otro lado en Pakistán, Liefoghe encontró que mejorando el nivel de conocimientos sobre la enfermedad se lograba disminuir el abandono de 50% a 43%. En Perú, Huaynates Castro, Anali (2006), en un estudio realizado en pacientes con tuberculosis encontró que el 54% tenía bajo nivel de conocimientos sobre el tratamiento farmacológico, y que el 74% mantenía una actitud de indiferencia hacia el tratamiento y de rechazo el 13%.

---

<sup>18</sup> Wardman A. Muers M. Perfiles de incumplimiento de terapia antituberculoso. Rev. Clínica Médica, España. 1998. Pag. 82

<sup>19</sup> Muyinck D. La dinámica de la Tuberculosis y su adherencia. Rev. Med. Colombia. 2001. Pág. 51.

<sup>20</sup> Quiroga M. Abandono de tratamiento antituberculoso. Cali. Colombia. Rev. Med. Colombia. 2000. Pág. 51.

<sup>21</sup> Galván F. Santiuse C. Factores relacionados con el cumplimiento de la quimioprofilaxis contra la tuberculosis. Med. Clin. Barcelona. 1998. Pág. 89.

El conocimiento, es un factor determinante en la conducta de cada persona, frente a la aceptación del tratamiento y los cuidados preventivos a realizar, el asistir a las consultas médicas más oportunamente y seguir las indicaciones terapéuticas, todo lo cual pueden contribuir constructiva o negativamente en el proceso salud-enfermedad. Sin embargo, muchas personas en el país carecen del respaldo educativo necesario para tener un auto cuidado óptimo en el hogar. Es en este contexto se visualiza que la carencia de conocimientos y de información puede determinar el comportamiento equivocado y erróneas valorizaciones con respecto a la salud.

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, se plantea el siguiente problema.

## **B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

***¿Cuál es la relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud “Primavera” El Agustino 2009?***

## **C. OBJETIVOS**

### **a. Objetivo General**

- Determinar la relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud “Primavera” El Agustino 2009.

### **b. Objetivos Específicos**

- Identificar la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud “Primavera” El Agustino 2009.
- Identificar el nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud “Primavera” El Agustino 2009.

## **D. JUSTIFICACIÓN**



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.

La Tuberculosis es una enfermedad que no solo afecta la parte física de las personas sino trae consigo problemas morales, sociales y económicos. Por lo antes mencionado las personas que padecen de esta enfermedad, en muchos casos son rehuidos, aislados de los ambientes familiares y de trabajo.

La tuberculosis enfrenta un obstáculo muy importante para su control: el abandono del tratamiento, ello implica graves consecuencias tanto para el enfermo, como para la familia y comunidad, debido a que el paciente no se cura y continua la cadena de transmisión de enfermedad. Adicionalmente, la bacteria puede desarrollar resistencia a los medicamentos, lo cual predispone al fracaso del tratamiento y en consecuencia pone en riesgo la vida y salud de las personas.

El profesional de Enfermería es quien dinamiza los procesos de atención de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis, donde se brinda Atención Integral e Individualizada dirigida al paciente, familia y Comunidad; así mismo la educación y orientación al paciente son primordiales a fin de favorecer adherencia al tratamiento, estilos de vida saludable y lograr la recuperación del paciente.

## **E. PROPÓSITO**

La investigación tiene como propósito proporcionar información válida y significativa sobre la relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de la Tuberculosis. Los resultados permitirán desarrollar estrategias para fortalecer condiciones desde los servicios, para conseguir mayor adherencia al tratamiento.

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.

## **F. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

### **1. ANTECEDENTES**

Huaynates Castro, Analí Yesenia, en el año 2006 realizó una investigación sobre: “[Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria control de la tuberculosis](#)”, realizada en el Centro de Salud, "San Luís". La hipótesis de la investigación plantea la existencia de relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes. El método que se utilizó fue

descriptivo correlacional de corte transversal. La población considerada fue de 60 pacientes, quienes cumplieron con los criterios de inclusión. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario para medir los conocimientos y la escala tipo Lickert para las actitudes. Los resultados que se obtuvieron demuestran que la mayoría de los pacientes con tuberculosis pulmonar presentan un nivel de conocimientos de medio o bajo sobre el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas, así mismo se halló que la mayoría de pacientes con tuberculosis pulmonar tienen una actitud de indiferencia hacia el tratamiento. Además se pudo comprobar la relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis del Centro de Salud “San Luis”.

Muñoz Valle Llubitz, en el año 2000, realizó en Lima un estudio titulado “Nivel de Conocimientos y Actitudes sobre Tuberculosis Pulmonar y Algunos Factores Sociodemográficos de los Expendedores de Alimentos Preparados en el AA.HH. “Ermitaño Alto – Independencia” con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos y las actitudes sobre tuberculosis pulmonar e identificar algunos factores sociodemográficos. Utilizó el método de estudio descriptivo de corte transversal, consideró una población de 25 personas y el instrumento utilizado fue el cuestionario, llegando a las siguientes conclusiones: “Existe relación porcentual entre el nivel de conocimientos con la edad, sexo, grado de instrucción, procedencia, no encontrándose relación estadística: Existe relación porcentual entre actitudes con la edad, sexo, grado de instrucción, procedencia tiempo de trabajo, no encontrándose relación estadística. Existe relación porcentual entre el nivel de conocimientos y las actitudes, no encontrándose relación estadística”

Bojorquez Chaupís Cristina y otros, en el año 1997, realizó en Lima un estudio titulado “Conocimientos acerca de la Tuberculosis Pulmonar que tienen los Familiares de los Pacientes Registrados en el Programa de Control de Tuberculosis del Centro de Salud“ Conde la Vega Baja – Cercado de Lima” con el objetivo de determinar cual es el nivel de conocimientos que tienen los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar acerca de la tuberculosis pulmonar. Utilizó el método de estudio descriptivo de corte transversal consideró una población de 29 personas y la técnica e instrumentos utilizados fueron la entrevista y el cuestionario respectivamente llegando a la siguiente conclusión: “Los conocimientos que tienen los familiares acerca de la enfermedad, tratamiento farmacológico, profilaxis y cuidados en el hogar de manera global es de medio a bajo, lo que limita a que ellos brinden una atención óptima al enfermo ,lo que incidirá negativamente en la recuperación del paciente”.

Gómez Ramos G, Gómez Soto V y colaboradores, realizaron una investigación en el año 2006 sobre: “Apoyo familiar y la adherencia al tratamiento por el paciente con tuberculosis pulmonar”. Cuyo objetivo fue determinar si el apoyo de la familia al paciente con tuberculosis pulmonar influye su adherencia al tratamiento. 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  $\chi^2$  no paramétrica con corrección de Yates obteniendo una p

< 0.0001. Llegando a la conclusión: Se concluye que el apoyo de la familia tiene vital importancia en la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar.

Álvarez Gordillo Guadalupe del Carmen y Colaboradores, realizaron una investigación en el año 2005 sobre: “Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento” en la ciudad de Chiapas – México. 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.

## **2. BASE TEÓRICA**

### **2.1 ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS.**

## **1. Aspectos conceptuales sobre 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 medicas, no solo es grave por que 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.<sup>22</sup>

En mención al termino “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.

---

<sup>22</sup> Libertad Martin Alfonso. Acerca del concepto de adherencia Terapéutica. Escuela Nacional de Salud Pública. Rev. Cubana salud publica. 2004. 30

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.<sup>23</sup>

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”.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> Adao Gabriela. Nuevas estrategias para asegurar la adherencia al tratamiento de tuberculosis. Rev. Médicos sin Fronteras. Barcelona. España. 2006

<sup>24</sup> Zaldívar D. Adherencia Terapéutica y modelos explicativos. Rev. Salud para la Vida. Madrid. 2003.

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”.<sup>25</sup>

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 mas utilizado y considerado adecuado para predecir el cumplimiento con la medicación, por que tienen en cuenta la motivación por la salud, la vulnerabilidad y gravedad percibida, la valoraron diferencial costos-beneficios y las claves para la acción.<sup>26</sup>

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, entendiéndose como un comportamiento humano que esta condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza, entre los

---

<sup>25</sup> Cáceres. Manrique Flor de María. Factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso. Bucaramanga Colombia. 2004.

<sup>26</sup> Rodríguez Martín L. Psicología Social de la Salud. Madrid. Ediciones Doyma. 1995.



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/ 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.<sup>27</sup>

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.<sup>28</sup>

## **2. 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,

---

<sup>27</sup> Orueta Sánchez R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Barcelona 2005

<sup>28</sup> Ferrer V. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y de salud: conceptos y factores psicosociales. Universidad de las Islas Baleares. 1966

existen dos Esquemas de Tratamiento Farmacológico; el Esquema I y el Esquema II 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, 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, así mismo 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.

#### **a. 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).

El tratamiento farmacológico se basa en diversos regimenes 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.

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 baciloscopía 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.

El Esquema de tratamiento Uno; 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)

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.

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.

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

**b. 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.

En la atención médica a la persona con tuberculosis que sigue el esquema de tratamiento Uno, se realizara como mínimo tres consultas medicas. Las consultas son gratuitas, de cumplimiento obligatorio y deberán ser realizadas por el medico 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.



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.

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.

***Organización y administración del tratamiento:*** es responsable de garantizar la correcta administración del tratamiento antituberculoso. El tratamiento es estrictamente supervisado y ambulatorio. El personal de enfermería se asegurará de que el paciente ingiera los medicamentos

en una sola toma al día en todos los servicios de salud. La adhesión del enfermo al tratamiento depende en gran parte de la relación establecida entre el paciente, el personal de enfermería que lo administra y el establecimiento de salud.

**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 que 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 cabo 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 iniciar 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 mas que la suma de sus partes, a favor de la lucha contra la tuberculosis

## **2.2 EL CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS Y LA ADHERENCIA**

### **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:

**Mario Bunge**, para quien el conocimiento esta 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.<sup>29</sup>

Mientras que para **Henry Wallon**, 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”.<sup>30</sup>

**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”.<sup>31</sup>

Hoy en día, esta 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 practica.

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

---

<sup>29</sup> Bunge Mario. La ciencia, su método y filosofía. 31ª ed. Editorial Flama. Buenos Aires Argentina. 1995.

<sup>30</sup> Wallon Henry. Psicología, ciencia y sociedad. España 1985.

<sup>31</sup> Rossental Indin. Diccionario Filosófico. Ediciones Universo, Lima Perú. 1987.

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.

## **2. El conocimiento sobre el tratamiento de la tuberculosis y la adherencia**

El conocimiento que tienen las personas sobre las enfermedades, lo adquieren básicamente a través de dos formas: informal o formal. El conocimiento informal, esta 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 que desarrolle actividades de consejería, a través de la línea telefónica gratuita del Ministerio de Salud (INFOSALUD), que facilita brindar 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.

Como ya se mencionó, 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.

## **G. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN**

- Hipótesis de Investigación:

“El paciente es adherente al tratamiento cuanto mas alto es su nivel de conocimientos sobre el tratamiento de la Tuberculosis”

- Hipótesis estadística:

**Hp:** *Existe relación entre la adherencia y el nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud “Primavera”.*

**Ho:** *No existe relación entre la adherencia y el nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud “Primavera”.*

## H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

**Adherencia:** es el cumplimiento estricto del tratamiento, que comprende el tratamiento farmacológico y las indicaciones de seguimiento y que se obtendrá a través de una ficha de registro y se valoró como adherencia o no adherencia.

**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, obtenido a través de una encuesta y se valoró en alto, medio y bajo.

**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 del Centro de Salud Primavera.

## I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Ver anexo A)

## **CAPÍTULO II**

### **MATERIAL Y METODOS**

#### **A. NIVEL, TIPO Y MÉTODO DE ESTUDIO**

- ❖ **Nivel:** El presente estudio de investigación es de Nivel Aplicativo, ya que se centra en estudiar y contribuir en la solución de un problema, así también se utilizó las diferentes ciencias para llegar a la comprobación de la hipótesis planteada.
  
- ❖ **Tipo:** El presente estudio es de Tipo Cuantitativo, ya que permitió medir y cuantificar numéricamente las variables de estudio, así mismo el análisis de la información se realizó mediante pruebas estadísticas.
  
- ❖ **Método:** El estudio de Investigación es Descriptivo de Corte Transversal y Correlacional, ya que permitió obtener información precisa sobre las variables a investigar, como son adherencia percibida objetivamente mediante la ficha de registro y el nivel de conocimientos mediante la encuesta, así como se describió sistemáticamente la

relación que existe entre las variables de estudio, tal como se encontró en la realidad en un determinado tiempo y espacio.

## **B. SEDE DE ESTUDIO**

El estudio de Investigación se realizó en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Primavera, establecimiento de primer nivel de atención correspondiente a la Micro Red de Salud Santa Teresa de Calcuta, Red 01 El Agustino, Dirección de Salud IV Lima Este. La Estrategia esta bajo la responsabilidad del equipo de salud conformado por un Médico General, una Licenciada de enfermería y dos Técnicas de enfermería, también cuenta con el apoyo de tres Promotoras en Salud, el horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

El número total de pacientes con diagnóstico de tuberculosis que se registró en el Centro de Salud hasta el término del año 2008, son en total 118, de los cuales 10 tienen diagnóstico de tuberculosis multidrogorresistente, 108 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y reciben tratamiento con el Esquema I, de ellos 40 se encuentran en la segunda fase de dicho esquema, cabe mencionar que se registró 6 pacientes que abandonaron el tratamiento.

El régimen de tratamiento de estos pacientes se ajusta a todos los componentes de la Norma Técnica emanada por el Ministerio de Salud.

Por otro lado los pacientes se benefician con acciones desplegadas por los Organizaciones no Gubernamentales (ONG), que

comprende opciones laborales, actividades sociales y de entretenimiento.

### **C. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población de estudio estuvo conformada por los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, registrados en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. El muestreo es de tipo no probabilístico, en tal sentido estará constituida por los pacientes que se encuentren en la fase dos, del Esquema I de tratamiento, que ha saber son en total 38 pacientes, siempre en cuando reúnan los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

#### **❖ 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.
- Pacientes que acepten voluntariamente ser parte del estudio.

#### **❖ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Pacientes con alteraciones mentales.

### **D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Las técnicas que se utilizaron en la investigación son; la entrevista y el análisis documental. Para el efecto se elaboró una encuesta y una ficha de registro respectivamente.

La encuesta (Ver anexo B) es de tipo estructurada que en su

configuración presenta tres aspectos:

- a) Presentación
- b) Datos generales del entrevistado
- c) Cuerpo de la encuesta, que contiene preguntas dicotómicas y cerradas, donde se le dió el valor de 1 para la respuesta correcta y 0 para la respuesta incorrecta. .

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

Ambos instrumentos fueron validados mediante el Juicio de Expertos en donde participaron 7 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  $p < 0.05$  (Ver anexo D), por lo que el instrumento es válido.

La confiabilidad de los dos instrumentos se determinó a y través de la Prueba Piloto en el Centro de Salud “Fortaleza”, con el muestreo ajustado al estudio. Así se aplicó la fórmula estadística Kuder Richardson para la confiabilidad.

Kuder Richardson = 0.645 (Ver anexo E)  
Observándose que luego de su aplicación los resultados son confiables

## **E. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO 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 una semana (del 23 al 27 de febrero), durante los horarios de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. y luego de 2:00 a.m. a 6:00 p.m., donde después que el paciente cumplió con recibir su tratamiento, se le informa y entrevistado 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.

El procesamiento de datos se realizó mediante la elaboración una Tabla Matriz (Ver Anexo F), en base al Instrumento diseñado; utilizando para tal fin el Programa Excel 2007 por que proporciona herramientas y funciones eficaces para procesar los datos obtenidos con mayor facilidad. Con los resultados obtenidos para cada una de las variables se realizó la categorización utilizando:

Para la variable nivel de conocimientos sobre el Tratamiento se realizó la categorización según Stanone (ver anexo G) lo cual permitió categorizarlo de la siguiente manera:

- Conocimiento alto: 16 - 20
- Conocimiento medio: 9 -15
- Conocimiento bajo: 0 - 8



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

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 todas las indicaciones.
- No adherencia: incumple alguna de las indicaciones.

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

Los aspectos de análisis se realizaron a través del Ji cuadrado a fin de hallar la relación existente entre ambas variables de estudio (Ver anexo J)

## **F. CONSIDERACIONES ETICAS**

Las consideraciones éticas tomadas en cuenta para el desarrollo de la investigación fue el Consentimiento Informado de cada uno de los pacientes con Tuberculosis pulmonar. Se utiliza el consentimiento informado basado en el principio de Autonomía, mediante el cual todas las personas deben decidir teniendo toda la información necesaria. Dicho Consentimiento Informado, se incluye en la parte introductoria del instrumento para que los resultados obtenidos sean exclusivamente utilizados en la investigación.

### **CAPITULO III**

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Los datos generales de la muestra constituido por 38 pacientes, tuvo las siguientes características: en cuanto a edad la mayoría de los pacientes (60,5%) oscila entre 18 a 25 años, seguido de una proporción significativa (34.2%) entre los 26 a 40 años. (Ver anexo K) Grupos de edad donde la tuberculosis sigue afectando con implicancias en la vida social y productiva.

Respecto al sexo, el 68.4% de pacientes fueron de sexo masculino, mientras que el 31.6% de sexo femenino. (Ver anexo L) encontrándose la relación de dos a uno, lo que significa que por cada dos pacientes de sexo masculino se encontró una paciente de sexo femenino, este hallazgo confirma que la enfermedad de la tuberculosis afecta en mayor medida a personas del sexo masculino.

En relación a la ocupación, se aprecia que más del 80% o sea la mayoría de los pacientes tienen un trabajo ya sea de manera independiente (negocios propios o comercio informal) o dependiente (obreros y empleados), mientras que el 18.4% son estudiantes del nivel superior ya sea técnico o universitario. (Ver anexo M)

En cuanto al grado de instrucción, se evidencia que casi el 50% de los pacientes no alcanzaron a culminar el nivel primario o secundario, y que solo el 21.1% alcanzo estudios superiores sea técnico o universitario. (Ver anexo N) los resultados ratifican que la tuberculosis hace presa de las personas de bajo perfil educativo.

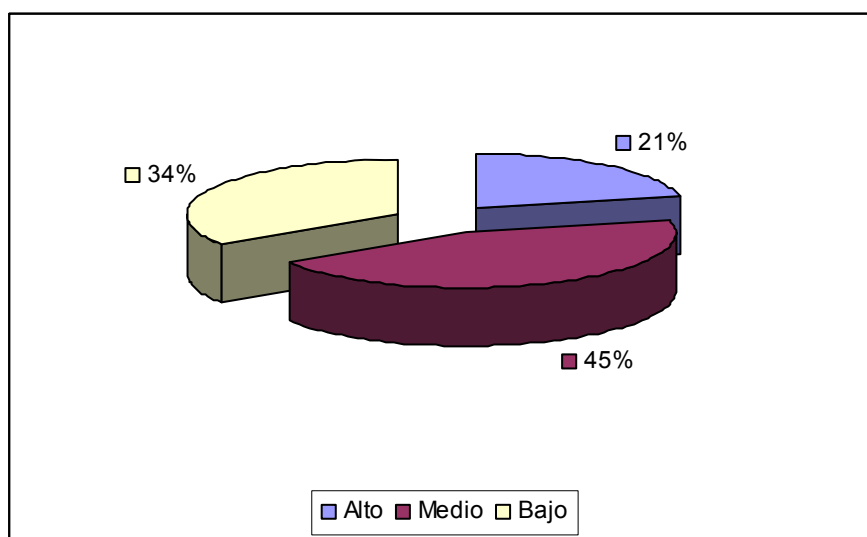
Acerca del estado civil de los pacientes, encontramos que mas del 50% de los pacientes son solteros seguido de los pacientes con estado civil conviviente. (Ver anexo O)

Los hallazgos obtenidos ponen en evidencia datos epidemiológicos similares a los de nivel nacional sobre la tuberculosis donde da cuenta que el grupo afectado se encuentra entre la población adulta joven, de bajo nivel educativo, representado la clase trabajadora,

A continuación se presenta los resultados del estudio.

## GRAFICO Nº 1

### NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD PRIMAVERA EL AGUSTINO 2009



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis del C. S. Primavera 2009

En el estudio del nivel de conocimientos de los pacientes sobre el tratamiento de la tuberculosis, se encontró que el mayor porcentaje de pacientes (45%) tenía conocimientos de nivel medio, siendo minoritario la proporción de pacientes (21%) con nivel de conocimiento alto.

Los hallazgos de este estudio, son similares al estudio reportado en el año 2006 por Anali Huaynates, donde también muestra que el nivel de conocimientos de los pacientes sobre el tratamiento de la tuberculosis era de nivel medio y bajo.

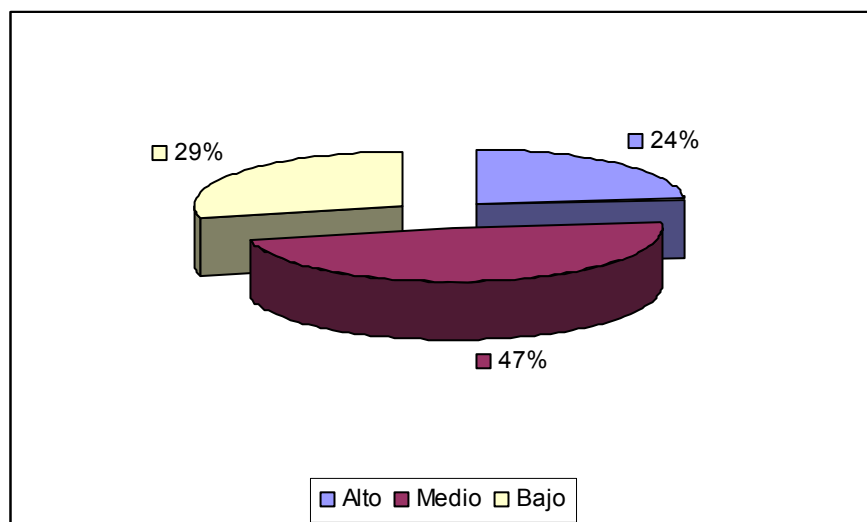
El nivel de conocimiento constituye un factor determinante en la conducta de cada paciente, frente a la aceptación del tratamiento y el mejor seguimiento de las indicaciones terapéuticas, también permite identificar oportunamente las reacciones adversas y actuar de manera apropiada. La carencia de los conocimientos genera comportamientos errados y valoraciones equivocadas con respecto al tratamiento.

Un estudio realizado por Orozco Michel, en el año 2004, confirman que las intervenciones educativas realizadas periódicamente pueden modificar los conocimientos, comportamientos y aptitudes de los pacientes hacia su tratamiento. Lo cual implica que las intervenciones educativas por parte de los proveedores de salud, orientadas a brindar información acerca del tratamiento de la Tuberculosis deben cobrar mayor importancia en nuestro medio, ya que el nivel de conocimientos es susceptible a ser modificado.

Los aspectos que fueron materia de estudio para determinar el nivel de conocimientos comprendió: tratamiento farmacológico e indicaciones de seguimiento al tratamiento que a continuación se detallan.

## GRAFICO Nº 2

### NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD PRIMAVERA EL AGUSTINO 2009



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis del C.S. Primavera 2009

En cuanto al nivel de conocimientos sobre el tratamiento farmacológico, los resultados muestran que cerca del 50% de los pacientes tenían conocimiento medio, mientras que aquellos que tenían conocimiento alto y bajo proporcionalmente fueron muy similares.

Los conocimientos del tratamiento farmacológico comprendieron el tiempo de duración del tratamiento, la frecuencia, dosis de medicamentos, reacciones adversas, entre otras y según los resultados la mayoría de los pacientes no conocen que tipo de tratamiento se le

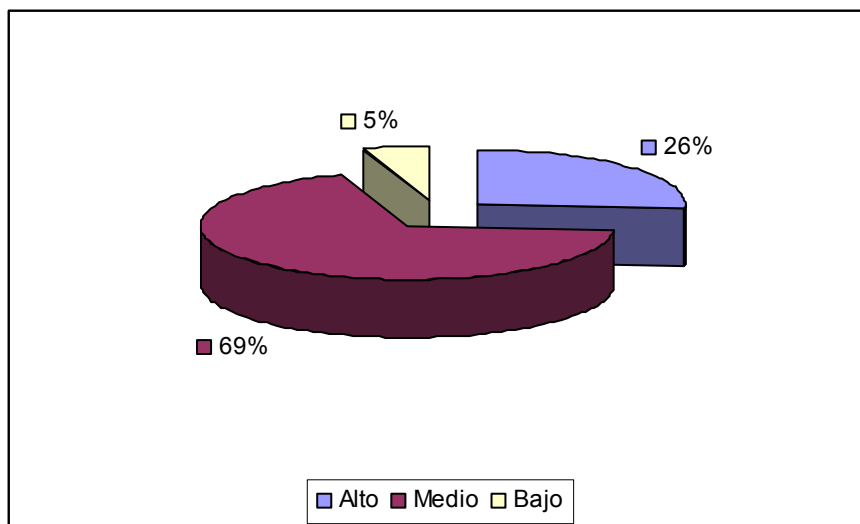
indicó, ni cuales eran los medicamentos prescritos y las consecuencias de la irregularidad del tratamiento.

Los resultados de un estudio que elaboró Eugenia Maullar, en el año 2005, sobre los conocimientos del tratamiento farmacológico, muestran porcentajes similares a los hallados en el presente estudio, donde el nivel de conocimientos medio es más significativo.

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.

### GRAFICO Nº 3

#### NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LAS INDICACIONES DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD PRIMAVERA EL AGUSTINO 2009



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes con tuberculosis del C.S. Primavera 2009

Al respecto, se halló que la mayoría de pacientes (69%) tenía conocimiento medio, en contraparte un menor porcentaje (5%) tenía conocimiento bajo.

Llama la atención este hallazgo por cuanto el protocolo de atención, menciona que en la primera Entrevista de Enfermería el paciente debe recibir toda la información acerca de lo concerniente al tratamiento de la enfermedad, claro está que ello no garantiza que el

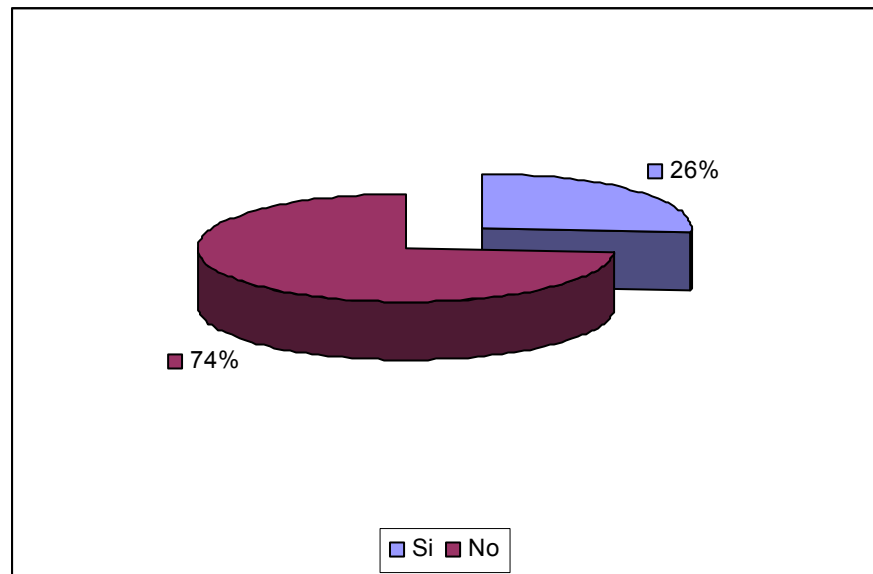


conocimiento de los pacientes sea alto, ya que pueden influir otros factores sea estos personales o del servicio de salud.

Se conoce que 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, por el equipo de salud. Cuando el paciente desconoce de cuales son las indicaciones durante el tratamiento, los exámenes de control, entrega de resultados entre otros, existe un riesgo que por la falta de conocimientos, no le permita cumplir con todo lo indicado.

#### GRAFICO Nº 4

### ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD PRIMAVERA EL AGUSTINO 2009



Fuente: Instrumento aplicado en los registros de los pacientes con tuberculosis del C.S. Primavera 2009

El estudio permitió conocer que el 74% de pacientes no mostraron adherencia, lo cual representa casi las tres cuartas partes de la muestra. 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.

Este hallazgo, no sólo incrementa el riesgo de reaparición de la tuberculosis y de la mortalidad asociada, sino que también aumenta la circulación de la población de bacilos de tuberculosis resistentes a los

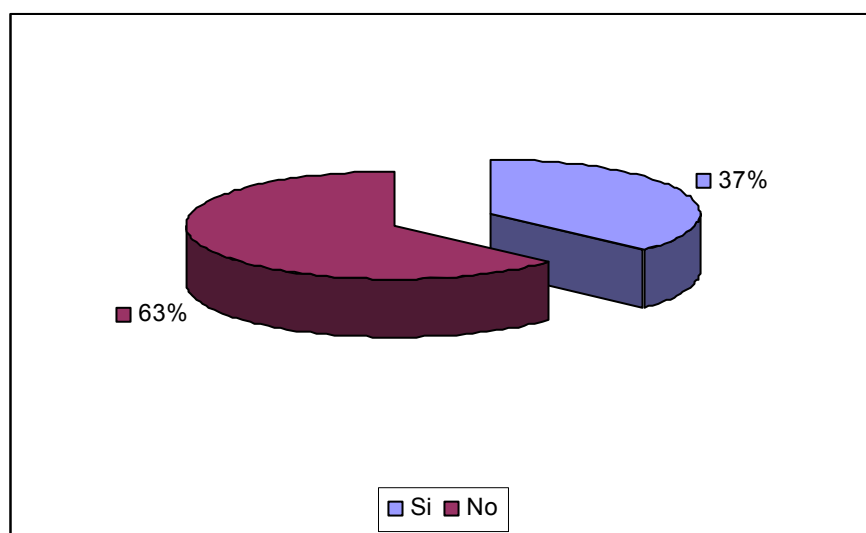
tratamientos con los fármacos existentes, lo que tiene graves implicaciones para la salud pública en términos de control de dicha enfermedad. La adherencia es importante por que la tuberculosis es casi siempre curable si los pacientes cumplen con su tratamiento.

Por lo que cabe mencionar que éstos resultados se pueden revertir, realizando trabajos en conjunto, donde se involucren no solo al personal de salud y al paciente, sino a la familia y sociedad en conjunto, para lo cual el profesional de enfermería se debe orientar a intensificar el trabajo educativo.

Los conocimientos del tratamiento de la tuberculosis pulmonar comprendieron aspectos: tratamiento farmacológico e indicaciones de seguimiento, que más adelante se detallan.

## GRAFICO Nº 5

### ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD PRIMAVERA EL AGUSTINO 2009



Fuente: Instrumento aplicado en los registros de los pacientes con tuberculosis del C.S. Primavera 2009

La adherencia al tratamiento farmacológico denota que la mayor proporción de pacientes (63%) no mostró adherencia. Al respecto se encontró que la irregularidad en la asistencia, en algunos casos es bastante marcada, este hallazgo puede atribuirse a múltiples factores.

El tratamiento exitoso de la Tuberculosis requiere una estricta adherencia al esquema farmacológico prescrito. Un estudio realizado por Marco Cayla, en el año 2004 señala que la duración del tratamiento de la tuberculosis se encontró asociada a pobre adherencia

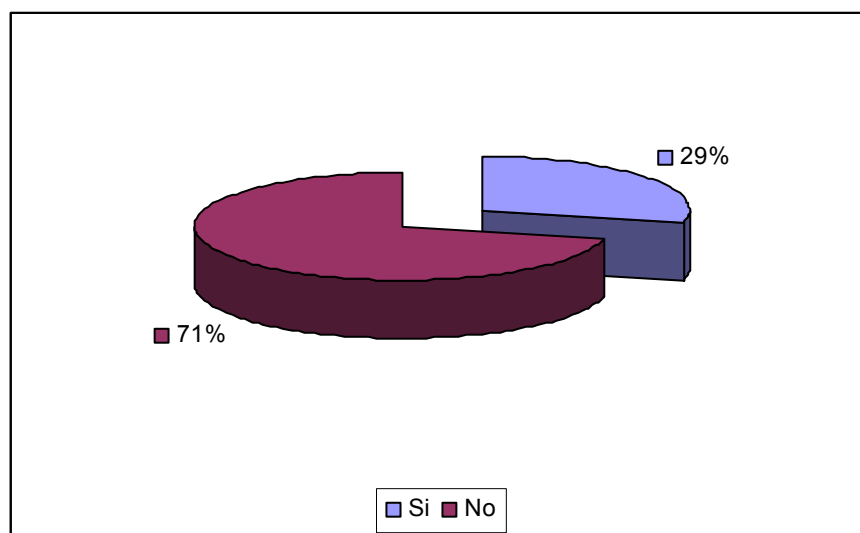
y fue relacionada como el obstáculo más difícil a vencer para lograr la adherencia. En comparación con los resultados del presente estudio, se encontró que la irregularidad en la asistencia es mas marcado a partir del tercer y cuarto mes.

Así mismo otro factor importante que pone en riesgo el tratamiento farmacológico es el número de fármacos que esta indicado en el tratamiento. Al respecto Orozco Paula concluye en un estudio, que está comprobado que la cantidad de medicamentos que el paciente tiene que tomar es inversamente proporcional a la adherencia al tratamiento.

La eficacia terapéutica depende en gran medida del paciente, la toma esporádica de la medicación se asocia con fracaso terapéutico y desarrollo de cepas de *Mycobacterium Tuberculosis* resistentes a los fármacos.

## GRAFICO Nº 6

### ADHERENCIA A LAS INDICACIONES DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD PRIMAVERA EL AGUSTINO 2009



Fuente: Instrumento aplicado en los registros de los pacientes con tuberculosis del C.S. Primavera 2009

En relación a la adherencia a las indicaciones de seguimiento se halló que la mayor proporción de los pacientes (71%) no mostró adherencia, habiendo sido evidente las inasistencias a las citas, la entrega inoportuna de los exámenes o el incumplimiento de las indicaciones.

La adherencia para muchos autores es el cumplimiento estricto del tratamiento farmacológico, sin embargo la adherencia va mas allá, abarca las indicaciones terapéuticas, que favorecerán la recuperación

del paciente, por ello se hace necesario acudir a las citas medicas, entrevista de enfermería y cumplir con el control de exámenes, entre otros.

Cabe mencionar que, el incumplimiento de las indicaciones, sea la inasistencia a las citas o entrega inoportuna de pruebas o exámenes, son una limitante para valorar el estado de salud del paciente, así como la evolución de la enfermedad. Lo cual conlleva a apreciaciones inespecíficas que incrementan el fracaso del tratamiento.

## CUADRO Nº 1

### RELACION ENTRE ADHERENCIA Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD PRIMAVERA EL AGUSTINO 2009

ADHERENCIA	NIVEL DE CONOCIMIENTO						Total	
	Alto		Medio		Bajo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	7	18.5	3	7.9	0	0	10	26.3
No	1	2.6	14	36.8	13	34.2	28	73.7
Total	8	21.1	17	44.7	13	34.2	38	100

Fuente: Encuesta e Instrumento aplicado en los registros de los pacientes con tuberculosis del C.S. Primavera 2009.

Se obtuvo como resultado global que el 26% de los pacientes fueron adherentes al tratamiento, en este grupo se encontró que el mayor porcentaje tenía un nivel de conocimiento alto (18.5%).

En contraparte los no adherentes constituyeron el 73.7% de los pacientes, en éstos el nivel de conocimientos fue medio y bajo siendo estos proporcionalmente (36.8 y 34.2 respectivamente) muy próximos.

Resalta en la tabla que existe un mínimo porcentaje (2.6%) que no muestra adherencia, sin embargo tiene un alto nivel de conocimiento



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 a 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 estudio. (Ver anexo J).

## **CAPITULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **A.- CONCLUSIONES**

El nivel de conocimientos sobre el tratamiento de la tuberculosis que tienen los pacientes con tuberculosis en la mayoría es de nivel medio, coincidentemente el nivel de conocimientos sobre el tratamiento farmacológico así como el conocimiento de las indicaciones de seguimiento se ubica en la mayoría también en el nivel medio.

La mayoría de los pacientes no mostraron adherencia al tratamiento de la tuberculosis en general, condición similar aconteció en cuanto a la adherencia a las indicaciones de seguimiento y al tratamiento farmacológico propiamente dicho.

Existe relación directa entre adherencia y nivel de conocimientos de los pacientes con tuberculosis es decir que la no adherencia concuerda con los conocimientos que poseen (medio y bajo) y quienes poseen adherencia al tratamiento concuerdan con el nivel de conocimiento alto. 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.

## **B. 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.

## **C. LIMITACIONES**

Los resultados de este estudio solo abarca el ámbito en el cual se desarrollo en consecuencia no pueden ser generalizados.

## BIBLIOGRAFIA

1. BUNGE Mario. La ciencia, su método y filosofía. 31ª ed. Editorial Flama. Buenos Aires Argentina. 1995.
2. CAMINERO J. "Tuberculosis y otras microbacteriosis". Manual de neumología y cirugía torácica. Ed. Edimsa. México 1998
3. GALVÁN F. Santiuse C. Factores relacionados con el cumplimiento de la quimioprofilaxis contra la tuberculosis. Med. Clin. Barcelona. 1998.
4. GELBAND H. Factores de la no adherencia al tratamiento antituberculoso. Bucaramanga. Colombia. 2001
5. GÓMEZ F. Gavira R. Seguimiento al tratamiento antituberculoso. Rev. Clínica Española. 1996.
6. GUTIERREZ. Iván "Tuberculosis". Guías de prácticas clínicas basadas en la evidencia. Fundación Hipólito Unanue. Lima-Perú 2002
7. HERNANDEZ, Roberto "Metodología de la investigación" 3º ed. Ed. Interamericana Mc Graw Hill. Vol I 1994
8. HARRISON "Principios de Medicina Interna". 3ª edición. Ed. Interamericana Mc Graw Hill. Vol I. España 1997

9. HOMEDES N. Ugalde A. ¿Qué sabemos del cumplimiento de los tratamientos médicos en el tercer mundo? España. 1998.
10. INS. Instituto Nacional de Salud. El Laboratorio de Salud Pública frente a la emergencia de la tuberculosis resistente. Lima: INS; 2001. Documento Técnico N° 3.
11. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: proyecciones de población por años calendario según departamentos, provincias y distritos (período 1998-2004). Lima: INEI; 2001. Boletín Especial N° 16.
12. LITTER “Compendio de farmacología” 4ª ed. Ed. El Ateneo. Buenos Aires Argentina 1988
13. MINSA. Construyendo las alianzas estratégicas para el control de la tuberculosis: Experiencia peruana. ESM-PCT. 2008
14. MINSA. Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis. ESN-PCT. DGSP. 2006
15. MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Control de la Tuberculosis en el Perú. ESN-PCT. 2007
16. MINSA. Oficina General de Comunicaciones. Día Mundial de de Lucha contra la Tuberculosis. Lima. Febrero. 2008
17. MINSA. Situación de Salud. Dirección de Salud IV Lima Este. Junio.2008.[http://www.limaeste.gob.pe/limaeste/situación/asis\\_/ASIS:2008/asis2008.pdf](http://www.limaeste.gob.pe/limaeste/situación/asis_/ASIS:2008/asis2008.pdf)

18. MINSA “Impacto económico de la tuberculosis en el Perú” Lima-Perú. 1999. <http://www.minsa.gob.pe/portal/osEstrategiasnacionales/04ESNtuberculosis/tbc>
19. MINSA “Actualización de la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú”. 2ª edición. Lima-Perú 2001”
20. MINSA. “Normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú”. Documento normativo de referencia nacional. Lima – Perú. 1997
21. MINSA. Tuberculosis en el Perú. Nuevos paradigmas ante el nuevo milenio. Lima: Dirección de Salud de las Personas / Programa de Control de la Tuberculosis; 2004.
22. MINSA. Evaluación del Programa Nacional de Tuberculosis, 1999. Lima: Dirección de Salud IV Lima Este; 2000.
23. MINSA. Tuberculosis en el Perú. Informe 2000. Lima. Perú
24. MUYINCK D. La dinámica de la Tuberculosis y su adherencia. Rev. Med. Colombia. 2001.
25. OMS. Promoción sanitaria y acción comunal en pro de la salud en países en vías de desarrollo. Ginebra 1998.
26. OPS. Condiciones de salud en las Américas”. Washington D.E. 1999.

27. OROZCO y col. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso. Rev. Medicas. Colombia 1999.
28. PINEDA, ALVARADO "Metodología de la investigación" 2º ed. OPS. Washington 2000
29. QUIROGA M. Abandono de tratamiento antituberculoso. Cali. Colombia. Rev. Med. Colombia. 2000.
30. ROSSENTAL. Indin. "Diccionario Filosófico". Ediciones Universo Lima-Perú 1987.
31. RODRÍGUEZ Carranza, Rodolfo. "Vademécum Académico de Medicamentos". Ed. Interamericana Mc Graw Hill. México 1999.
32. SUMARTOJO E. El comportamiento social de los pacientes con tuberculosis y la adhesión. Rev. Respir Dis. 1993. Pág.147.
33. UNMSM "Curso nacional de información, educación y comunicación para el control de la tuberculosis". Informe final. Lima – Perú. 2000
34. WALON, Henry. "Psicología, ciencia y sociedad". España 1985
35. WARDMAN A. Muers M. Perfiles de incumplimiento de terapia antituberculoso. Rev. Clínica Médica, España. 1998.

# **ANEXOS**



## INDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO</b>	<b>PAG.</b>
<b>A</b> Operacionalización de la Variable .....	<b>I</b>
<b>B</b> Instrumento: Encuesta.....	<b>IV</b>
<b>C</b> Instrumento: Ficha de registro.....	<b>VIII</b>
<b>D</b> Juicio de Expertos- Prueba Binomial.....	<b>X</b>
<b>E</b> Prueba de Confiabilidad .....	<b>XI</b>
<b>F</b> Tabla matriz general.....	<b>XII</b>
<b>G</b> Categorización General de la Variable.....	<b>XIV</b>
<b>H</b> Categorización por dimensiones .....	<b>XVII</b>
<b>I</b> Categorización por dimensiones .....	<b>XVIII</b>
<b>N</b> Correlación de Variables .....	<b>IX</b>
<b>P</b> Edad de los pacientes con tuberculosis .....	<b>XX</b>
<b>R</b> Sexo de los pacientes con tuberculosis .....	<b>XXI</b>
<b>S</b> Ocupación de los pacientes con tuberculosis .....	<b>XXII</b>
<b>T</b> Grado de Instrucción de los pacientes con tuberculosis .....	<b>XXIII</b>
<b>U</b> Estado Civil de los pacientes con tuberculosis .....	<b>XXIV</b>

**ANEXO A  
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE**

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL
Adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis	La Adherencia al tratamiento antituberculoso es el cumplimiento del tratamiento farmacológico y cumplimiento de las indicaciones de seguimiento que favorece al paciente a mejorar su estado de salud.	Tratamiento farmacológico. Indicaciones de seguimiento	Asistencia regular Ingesta de dosis indicada Asistencia a la consulta medica Asistencia a la entrevista de enfermería Control de examen radiológico y entrega de resultado. Entrega mensual de muestra de esputo. Control de la curva ponderal	Percepción objetiva del cumplimiento del tratamiento el que se evidencia en los registros efectuados de la tarjeta de control e historia clínica.	Adherencia          No adherencia



	aprendido por los pacientes con tuberculosis acerca del tratamiento antituberculoso.		de enfermería Control de examen radiológico y entrega de resultado. Entrega mensual de muestra de esputo. Control de la curva ponderal		
--	--	--	---	--	--

## ANEXO B

### ENCUESTA

#### I. PRESENTACION

Buen día, mi nombre es Martha Tacuri Taípe, Egresada de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y en esta oportunidad me encuentro realizando un estudio de Investigación, que tiene por objetivo determinar la relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes. La información que brinde es anónima y los resultados serán de uso exclusivo para la investigación, por lo que se le solicita responder con veracidad a las preguntas. Agradezco anticipadamente por su colaboración y sinceridad en las respuestas.

#### II. 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:**

Conviviente        ( )	Separado (a)        ( )
Casado (a)        ( )	Viudo (a)            ( )
Divorciado (a)    ( )	Soltero (a)         ( )

### III. DATOS ESPECIFICOS

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

- a) Esquema I
- b) No sabe.

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

- a) Seis meses
- b) No sabe.

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

- a) Dos fases
- b) No sabe.

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

- a) Dos meses
- b) No sabe.

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

- a) Diario
- b) No sabe.

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

- a) Rifampicina, Isoniazida, Etambutol y Pirazinamida
- b) No sabe

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

- a) 11
- b) No sabe.

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

- a) Cuatro meses
- b) No sabe.

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

- a) Dos veces por semana
- b) No sabe.

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

- a) Rifampicina, Isoniazida
- b) No sabe

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

- a) 10
- b) No sabe.

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

- a) Nauseas, dolor de estómago y vómitos
- b) No sabe

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

- a) 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) No sabe

15.- ¿Cuándo se debe acudir a la consulta medica?

- a) Al inicio del tratamiento, al cambio de fase y consulta por reacciones al medicamento y al finalizar en tratamiento.
- b) No sabe.

16.- ¿Cuándo se debe acudir a la entrevista de enfermería?

a) Al inicio del tratamiento, al cambio de fase y al finalizar en tratamiento.

b) No sabe.

17.- ¿Cuándo se debe realizar el examen radiológico y entregar el resultado?

a) Al inicio, al cambio de fase y al finalizar el tratamiento.

b) No sabe.

18.- ¿Cuándo se debe entregar la muestra de esputo?

a) Al finalizar cada mes de tratamiento

b) No sabe.

19.- ¿Cuándo se realiza el control del peso corporal?

a) Al finalizar cada mes de tratamiento

b) No sabe.

20.- ¿Cual debe ser la tendencia del peso corporal en cada control?

a) Incrementar o mantener el peso inicial. .

b) No sabe.



## ANEXO C

### 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 <sup>er</sup> Mes	2 <sup>do</sup> Mes
a) Asistencia diaria		
b) Asistencia con una falta		
c) Asistencia con dos faltas		
d) Asistencia con tres a mas faltas		

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

Control de asistencia	3 <sup>er</sup> Mes	4 <sup>to</sup> Mes	5 <sup>to</sup> Mes	6 <sup>to</sup> Mes
a) Asistencia dos veces por semana				
b) Asistencia con una falta				
c) Asistencia con dos faltas				
d) Asistencia con tres a mas faltas				

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 <sup>er</sup> Mes	2 <sup>do</sup> Mes	3 <sup>er</sup> Mes	4 <sup>to</sup> Mes	5 <sup>to</sup> Mes	6 <sup>to</sup> Mes
a) Entrega oportuna						
b) Entrega atemporal						
c) No entrega						

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

Registro del peso	1 <sup>er</sup> Mes	2 <sup>do</sup> Mes	3 <sup>er</sup> Mes	4 <sup>to</sup> Mes	5 <sup>to</sup> Mes	6 <sup>to</sup> Mes
Tendencia						
a) Incrementa ↑						
b) Mantiene →						
c) Disminuye ↓						

## ANEXO D

### PRUEBA DE CONCORDANCIA PRUEBA BINOMIAL - JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	Número de Juez								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	0	1	0.035
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
7	1	1	1	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 E

### PRUEBA ESTADISTICA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

#### KUDER RICHARSON

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

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

K = N° de Item

S<sup>2</sup> = Varianza total

Σpq = Sumatoria de varianza de cada Item

Donde:

K = 20

K-1 = 19

Σpq = 3.499

S<sup>2</sup> = 9.030

Reemplazando la expresión:

Se obtiene Kuder –Richarson = 0.645

Por lo tanto el instrumento es confiable.



N° 21	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	
N° 22	1	1	1	5	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
N° 23	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	
N° 24	2	1	4	1	3	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	
N° 25	1	1	1	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
N° 26	2	2	4	5	3	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
N° 27	1	2	2	3	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	
N° 28	2	1	3	4	3	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1
N° 29	2	2	3	3	2	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	
N° 30	1	1	3	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1
N° 31	2	1	3	4	2	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1
N° 32	1	1	1	5	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
N° 33	1	2	1	5	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1
N° 34	1	1	3	4	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1
N° 35	2	2	4	1	3	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1
N° 36	1	1	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1
N° 37	1	1	3	1	3	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1
N° 38	2	1	4	2	3	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1

## ANEXO G

### CATEGORIZACION DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO SEGÚN STANONE

1. Se calcula promedio (X):

$$X = 11.82$$

2. Se calculó la desviación estándar:

$$DS = 4.32$$

3. Se establecieron valores para a y b

$$X \pm (0.75) S$$

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

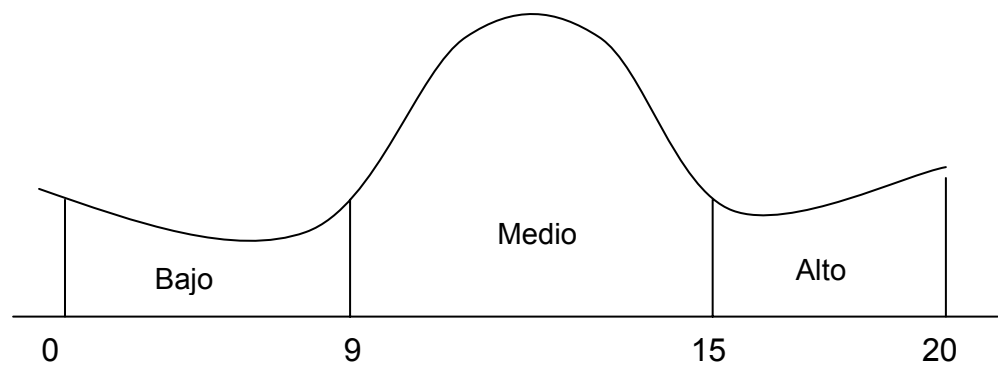
$$a = 11.82 - (0.75) 4.34$$

$$a = 8.56 = 9$$

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

$$b = 11.82 + (0.75) 4.34$$

$$b = 15.08 = 15$$



#### CATEGORIAS

Conocimiento Bajo

Conocimiento Medio

Conocimiento Alto

#### INTERVALOS

0 - 8

9 - 15

16 - 20

## ANEXO H

### CATEGORIZACION DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO DIMENSION: TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SEGÚN STANONE

1. Se calcula promedio (X):

$$X = 8.37$$

2. Se calculó la desviación estándar:

$$DS = 3.26$$

3. Se establecieron valores para a y b

$$X \pm (0.75) S$$

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

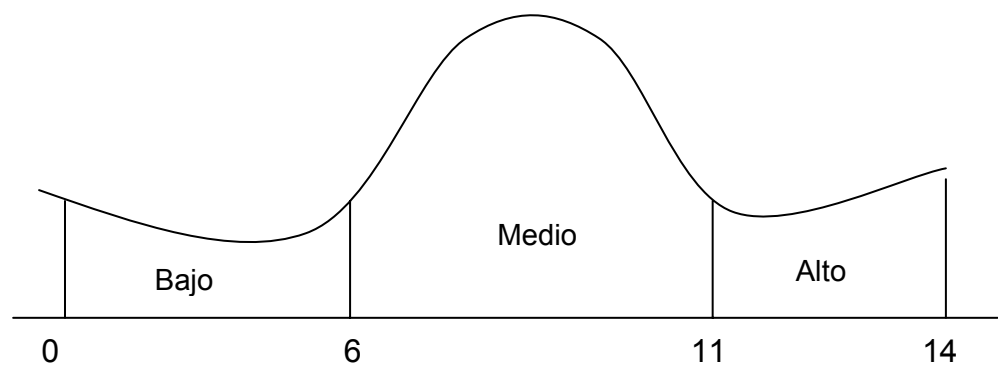
$$a = 8.37 - (0.75) 3.26$$

$$a = 5.92 = 6$$

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

$$b = 8.37 + (0.75) 3.26$$

$$b = 10.79 = 11$$



#### CATEGORIAS

Conocimiento Bajo

Conocimiento Medio

Conocimiento Alto

#### INTERVALOS

0 - 5

6 - 11

12 - 14



## ANEXO I

### CATEGORIZACION DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO DIMENSION: INDICACIONES DE SEGUIMIENTO SEGÚN STANONE

1. Se calcula promedio (X):

$$X = 3.42$$

2. Se calculó la desviación estándar:

$$DS = 1.31$$

3. Se establecieron valores para a y b

$$X \pm (0.75) S$$

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

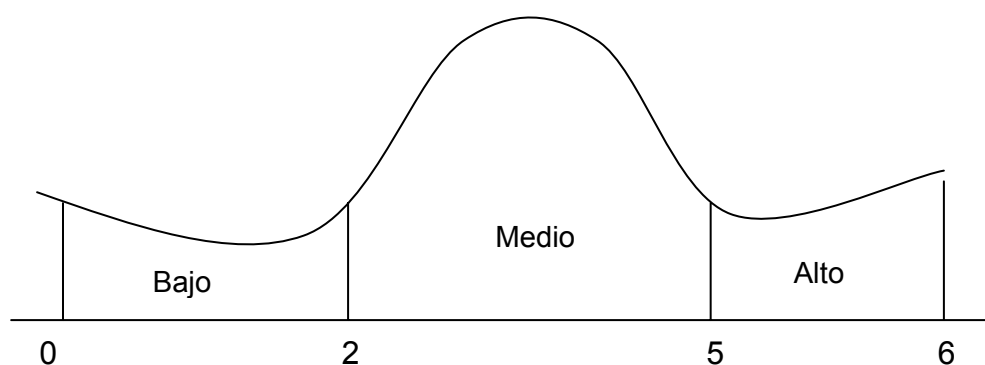
$$a = 3.42 - (0.75) 1.31$$

$$a = 2.4 = 2$$

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

$$b = 3.42 + (0.75) 1.31$$

$$b = 4.4 = 4$$



CATEGORIAS

INTERVALOS

Conocimiento Bajo

0 - 1

Conocimiento Medio

2 - 4

Conocimiento Alto

5 - 6

**ANEXO J**  
**CORRELACION DE VARIABLES**  
**JI CUADRADO**

1. Definición de Variables

$X_1$  : Adherencia sobre el tratamiento de los pacientes  
con tuberculosis

$X_2$  : Conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes  
con tuberculosis

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

$X_1$	{	Si No		$X_2$	{	Bajo Medio Alto
-------	---	----------	--	-------	---	-----------------------

2. Nivel de significancia ( $\alpha$ )

Se definió el nivel de significancia de 5% que nos permitió realizar la comparación en el instrumento para tomar la decisión de aceptar o rechazar la hipótesis nula.

3. Grados de Libertad (gl)

Permitió obtener la estadística de tabla y se obtiene de la siguiente manera.

Desde  $n_1$ =numero de filas

$n_2$ =numero de columnas

Para el muestreo caso  $gl = (2-1) \times (3-1) = 2$

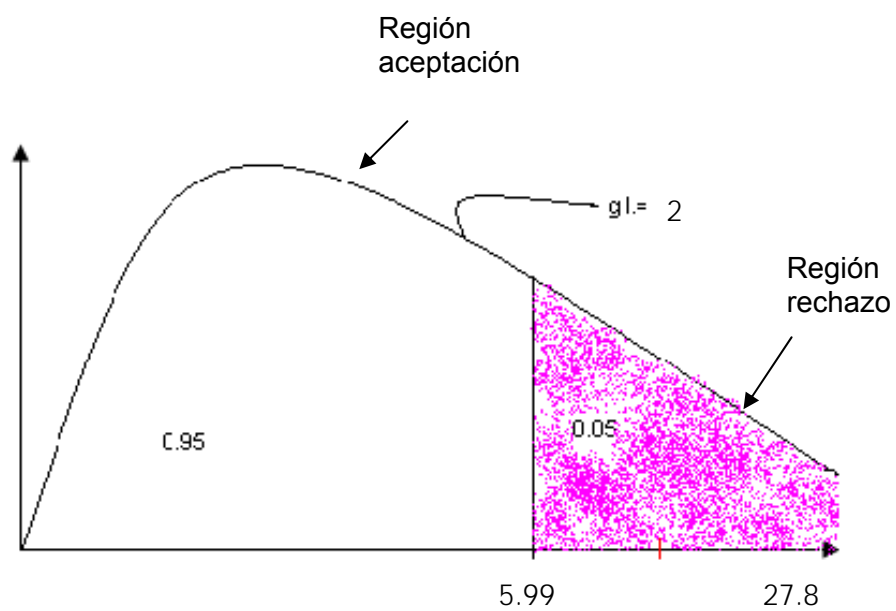
4. Estadística de contraste

Que se obtuviera de la tabla de distribución  $\chi^2$  (chi cuadrados).

El valor obtenido es: 5.99

Grado de libertad = 2

$X^2 = 27.8$



Como la estadística de prueba cae en la región de rechazo se decide: rechazar la hipótesis nula  $H_0$

**ANEXO K**

**EDAD DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS  
PULMONAR EN EL CENTRO DE  
SALUD PRIMAVERA  
EL AGUSTINO  
2009**

<b>EDAD</b>	<b>PACIENTE</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>18 – 25</b>	23	60.5
<b>26 – 40</b>	13	34.2
<b>40 – 60</b>	2	5.3
<b>TOTAL</b>	38	100

**ANEXO L**

**SEXO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS  
PULMONAR EN EL CENTRO DE  
SALUD PRIMAVERA  
EL AGUSTINO  
2009**

<b>SEXO</b>	<b>PACIENTE</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Masculino</b>	26	68.4
<b>Femenino</b>	12	31.6
<b>TOTAL</b>	38	100

**ANEXO M**

**OCUPACION DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS  
PULMONAREN EL CENTRO DE  
SALUD PRIMAVERA  
EL AGUSTINO  
2009**

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>PACIENTE</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Estudiante</b>	7	18.4
<b>Empleado</b>	9	23.7
<b>Obrero</b>	15	39.5
<b>Trabajador Independiente</b>	7	18.4
<b>TOTAL</b>	38	100

**ANEXO N**

**GRADO DE INSTRUCCION DE LOS PACIENTES CON  
TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL CENTRO  
DE SALUD PRIMAVERA  
EL AGUSTINO  
2009**

<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>PACIENTE</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Primaria Completa</b>	7	18.4
<b>Primaria Incompleta</b>	3	7.9
<b>Secundaria Completa</b>	14	36.8
<b>Secundaria Incompleta</b>	6	15.8
<b>Superior</b>	8	21.1
<b>TOTAL</b>	38	100

**ANEXO O**

**ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS  
PULMONAREN EL CENTRO DE  
SALUD PRIMAVERA  
EL AGUSTINO  
2009**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>PACIENTE</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Soltero (a)</b>	20	52.6
<b>Conviviente</b>	12	31.6
<b>Casado (a)</b>	6	15.8
<b>TOTAL</b>	38	100