



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Factores que afectan la adherencia y el cumplimiento del
tratamiento de la tuberculosis en Lima-Perú**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Medicina de Enfermedades Infecciosas y
Tropicales

AUTOR

Javier Antonio Valencia Huamaní

LIMA – PERÚ
2015

DEDICATORIA

A todas aquellas personas que contribuyeron a mi formación integral, familiares, maestros y amigos.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	2
RESUMEN	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
2.1 Descripción del Problema	6
2.2 Formulación del Problema	7
2.3 Antecedentes del Problema	8
2.4 Marco Teórico	12
2.5 Hipótesis	15
2.6 Objetivos	15
2.6.1 Objetivo General	15
2.6.2 Objetivos Específicos	15
3. MATERIALES Y MÉTODOS	16
3.1 Tipo de Estudio	16
3.2 Diseño de Investigación	16
3.3 Muestra de Estudio, Tamaño Muestral y Muestreo	16
3.4 Criterios de Inclusión	17
3.5 Criterios de Exclusión	17
3.6 Variables	17
3.7 Tareas Específicas Para el Logro de Resultados - Recolección de Datos ...	19
3.8 Procesamiento y Análisis de Datos	21
4. RESULTADOS	28
5. DISCUSIÓN	75
6. CONCLUSIONES	80
7. RECOMENDACIONES	81
8. BIBLIOGRAFIA	82
9. ANEXOS (Ficha de Recolección de Datos)	88

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores que afectan la adherencia y el cumplimiento de tratamiento de tuberculosis en Lima - Perú.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo, analítico y de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 238 personas mayores de 18 años diagnosticadas de tuberculosis sensible atendidos en centros y puestos de salud de Lima entre diciembre 2012 y noviembre del 2013. Se usó una ficha especialmente construida para la recolección de los datos. Los datos fueron analizados en base a frecuencias, mediana, media, y desviación estándar en el análisis univariado; pruebas como chi-cuadrado, prueba exacta de Fisher, Mann-Whitney y Kruskal-Wallis fueron usados en el análisis bivariado; además modelos de regresión logística múltiple fueron construidos para determinar asociación independiente entre las variables, con cálculos de odds ratio e intervalo de confianza al 95%. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Se usó el paquete estadístico STATA 12.0 para los análisis mencionados.

RESULTADOS: La edad media de los participantes fue $36,42 \pm 15,58$ años, con 62,79% de varones; el 6,05% tuvo co-infección por VIH; 20,93% tuvo antecedente de tuberculosis. La tasa de abandono resultó en 11,63% y la tasa de cumplimiento irregular al tratamiento fue 43,68%, esta última se dio con un promedio de $10,61 \pm 17,18$ días y 3 interrupciones al tratamiento [RIQ: 1-7]. La proporción de trastornos por consumo de alcohol y drogas fue de 39,48% y 21,05% respectivamente. El abandono al tratamiento de la tuberculosis resultó asociado al consumo substancial de drogas (OR = 4,10 ; IC: 1,47 – 11,45) y al reporte de episodio de ebriedad como causa de no acudir al centro de salud (OR = 4,98 ; IC: 1,35 – 18,43), mientras que el cumplimiento irregular tuvo como factores asociados a la co-infección por VIH (OR = 4,69 ; IC: 1,22 – 17,97) y el haber reportado episodio de no acudir a la posta por percibir lejanía (OR = 3,91 ; IC: 1,18 – 12,99), al evaluar el cumplimiento irregular según fases de tratamiento (I y II) se obtuvo como factor adicional asociado al cumplimiento irregular en primera fase de tratamiento al trastorno por consumo de alcohol (medido por AUDIT ≥ 8 con OR = 2,34 ; IC : 1,13 – 4,85) mientras que los factores adicionales asociados al cumplimiento irregular en segunda fase de tratamiento fueron la percepción de maltrato por personal de salud (OR = 3,02 ; IC : 1,08 – 8,45), percepción de horarios inadecuados de atención (OR = 2,08 ; IC: 0,98 – 4,42) y antecedente de TB (OR = 3,46 ; IC: 1,38 – 8,63). Finalmente se halló como factores asociados a una mala adherencia al VIH (OR = 4,89 ; IC: 1,24 – 19,26), haber reportado episodio de no acudir a la posta por percibir lejanía (OR = 3,70 ; IC: 1,09 – 12,56) y tener un consumo substancial de drogas (OR = 10,15 ; IC: 1,13 – 91,39).

CONCLUSIÓN: Este estudio identificó que el perfil del paciente que abandona el tratamiento de la tuberculosis es habitualmente un consumidor substancial de drogas que reporta episodios de ebriedad como causa de no acudir a la posta, mientras que el perfil del paciente que cumplirá irregularmente su tratamiento de tuberculosis es un portador de VIH, que presenta trastorno por consumo de alcohol, con antecedente de tuberculosis previa y que percibe tanto lejanía al centro de salud, maltrato por el personal de salud y horarios inadecuados de atención. El mal adherente también es descrito por varios de estos componentes, por lo que fortalecer estrategias de prevención de abandono e irregularidad dirigidas a lo evaluado resulta necesario.

PALABRAS CLAVES: tratamiento antituberculoso, adherencia, cumplimiento.

1. INTRODUCCIÓN

La evolución de la tuberculosis (TB) ha tenido diferentes escenarios, desde el antes y después de la aparición de los fármacos antituberculosos, hasta la aparición de la resistencia a los mencionados fármacos. Según el reporte global de la OMS - 2013, para el año 2012 se estimó que a nivel mundial 8,6 millones de personas enfermaron de TB y que 1,3 millones de personas murieron a causa de esta enfermedad.

En el Perú, anualmente se registran en promedio alrededor de 26 000 casos nuevos de enfermedad activa, además en los últimos 2 años se han notificado más de 1300 pacientes con TB-MDR por año y alrededor de 60 casos de tuberculosis extensamente resistente (TB-XDR) por año. Aproximadamente el 60% de casos de tuberculosis en el Perú se concentran en Lima y Callao.

Siendo una enfermedad curable, un diagnóstico rápido y tratamiento oportuno resulta fundamental para su control. La adherencia al tratamiento de la tuberculosis, entendido como el grado de cumplimiento de la persona a su tratamiento e indicaciones, también resulta importante. Existen factores que pueden alterar esta adherencia, llevando a consecuencias como abandono al tratamiento o a su cumplimiento irregular, y sus desenlaces: Resistencia al tratamiento y/o transmisión de tuberculosis a otras personas además del compromiso de la salud de la persona afectada.

Para mejorar el control y tratamiento de Tuberculosis en Perú, es necesario investigar los factores que afectan una buena adherencia y cumplimiento del tratamiento antituberculoso, siendo uno de los 4 temas prioritarios en investigación en la última Agenda Nacional de Investigación en Tuberculosis en el Perú 2011-2014.

Por ello, se realizó la presente investigación con el objetivo de determinar los factores que afectan la adherencia y cumplimiento al tratamiento convencional de tuberculosis en Lima, evaluando a cumplidores del tratamiento regulares e irregulares (término recientemente incluido en las definiciones operativas de la norma de salud vigente) y abandonos al tratamiento en una muestra de 238 personas diagnosticadas y tratadas de tuberculosis sensible en Puestos y Centros de Salud de Lima – Perú.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 Descripción del Problema

La tuberculosis (TB) continúa siendo un importante problema sanitario a escala mundial. Según el reporte 2013 de La Organización Mundial de la Salud (OMS), durante el año 2012, un estimado de 8.6 millones de personas desarrollaron tuberculosis y 1.3 millones fallecieron por esta enfermedad ⁽¹⁾. En Perú se diagnosticaron 31 000 casos nuevos en el 2010 y 29 000 casos nuevos el 2012, para unas tasas de incidencia de 106 y 95 casos por 100 000 habitantes respectivamente ^(1,2).

Estos casos, son producto de la combinación de factores demográficos (como las migraciones y el hacinamiento), económicos (como el desempleo y los bajos ingresos familiares) y biológicos (desnutrición o comorbilidades), entre otros, donde la presencia de una fuente de infección es esencial ⁽³⁾. En consecuencia, la principal medida de control de la TB consiste en la identificación precoz, el tratamiento y la curación de los casos. Si estos casos no han sido detectados, no están recibiendo tratamiento o lo interrumpieron, diseminan en forma continua la TB entre la población sana con el agravante de que, en el caso de tratamientos incompletos o mal administrados, se incrementa el riesgo de estar transmitiendo cepas resistentes que se desarrollaron durante los primeros meses del tratamiento y que hubieran sido adecuadamente controladas de continuar el mismo. ^(3,4)

Estas consecuencias se ven reflejadas también en el reporte de la OMS donde el porcentaje de nuevos casos con TB multidrogorresistente (TB MDR) en el Perú durante el año 2012 fue 3.9 %, siendo una de las más altas en Sudamérica. ⁽¹⁾

La adherencia al tratamiento ha sido señalada como un tema crucial para el manejo de la tuberculosis desde hace mucho tiempo. Definida como el grado en que los antecedentes del paciente sobre toma del medicamento terapéutico coinciden con el tratamiento prescrito ⁽⁴⁾, la adherencia es difícil aún en situaciones relativamente libres de estrés; por ejemplo, Poppa y cols., reportaron que sólo el 19% de las personas a quienes se les prescribió un tratamiento de 10 días de terapia antibiótica se adhirieron completamente al tratamiento recomendado. ⁽⁵⁾

Numerosos estudios han abordado, desde diferentes perspectivas, la problemática de la desigual adherencia al tratamiento. Estos enfoques dan cuenta de los múltiples factores que intervienen sobre la adherencia que abarcan desde aspectos socioeconómicos, del sistema de salud y el equipo de atención, las características de la

enfermedad y el tratamiento, aspectos del paciente y su entorno familiar, e indican que se trata de un proceso multidimensional complejo. ⁽³⁾

Si bien la OMS clara y explícitamente define como abandono la interrupción del tratamiento antituberculoso por 2 meses consecutivos o más (OMS, 1994, 2003 , 2007 y 2010), no todos los estudios se enmarcan en esta clasificación observándose variaciones en la determinación de los casos de abandono, de no-adherencia o de interrupción del tratamiento ⁽³⁾.

Así, nuestra actual norma técnica de atención integral de salud de las personas afectadas por tuberculosis define “abandono al tratamiento” como la discontinuación de terapia por 30 días o más ⁽⁶⁾. Con esta definición nuestro país ha reportado una tasa de 5.8% de abandonos al tratamiento en el año 2010 ⁽⁷⁾. Sin embargo la irregularidad al tratamiento, término recientemente incluido en las definiciones operativas de la norma de salud vigente aún no ha sido evaluada como tal. El tratamiento irregular permite apreciar personas que concluyen el tratamiento (según número de dosis tomadas) en un mayor tiempo al previsto, contribuyendo también a fracasos al tratamiento, recaídas o resistencia pero que no son reportados ya que no entran en la definición de abandono y para el cual deben existir factores influyentes. Recientes cambios en nuestra norma técnica de salud en el tratamiento convencional de tuberculosis como emplear 3 dosis por semana en segunda fase se fundamentan entre otros factores en el tratamiento mal llevado sea por abandono o irregularidad. Si bien existen estudios sobre factores que se asocian al abandono del tratamiento de tuberculosis la mayoría de estudios no ha tomado a la irregularidad como variable de medición.

De este modo, en razón a no existir estudios nacionales o locales que permitan conocer los factores que afectan el cumplimiento del tratamiento antituberculoso, incluyendo la terapia irregular diferenciada de abandono, y en razón a que los estudios de adherencia continúan siendo una de las 4 prioridades de investigación, incluidas en la última Agenda Nacional de Investigación en Tuberculosis en Perú⁽⁸⁾, 2011–2014, es que se planteó la realización del presente estudio.

2.2 Formulación Del Problema

¿Cuáles son los factores que afectan la adherencia y cumplimiento del tratamiento antituberculoso en Lima?

2.3 Antecedentes del Problema

En Sudáfrica, Marx y cols, en el año 2012, presentaron un estudio donde evaluaron 2166 casos de TB, encontrando que el 16.8% de casos tuvo un antecedente de tuberculosis previa y 6.5% de casos tuvieron abandono al tratamiento. Su principal hallazgo fue encontrar que el tener un antecedente de abandono previo (OR= 6.18) o fracaso al tratamiento previo (OR=9.72) fueron variables independientemente asociadas a un evento de abandono al tratamiento de tuberculosis.⁽⁹⁾

Un estudio hecho en Nicaragua, publicó en el 2005 que sexo masculino (OR= 2,51) la residencia inestable (OR=3,08), el cambio de domicilio durante el tratamiento (OR= 4,22), el consumo de bebidas alcohólicas (OR= 5,25), el uso de drogas ilícitas (OR= 5,25), la dificultad de acceso a los servicios de salud (OR= 2,64) y un tener un concepto negativo de la atención recibida (OR= 5,33; IC95%: 1,52 a 28,56) fueron factores asociados al abandono al tratamiento de tuberculosis entre 251 personas estudiadas (casos) procedentes de dos centros de salud de ese país. Este estudio no incluyó evaluación de pacientes irregulares y definió abandono como la inasistencia al centro de salud por 30 días o más.⁽¹⁰⁾

Estudios enfocados en el conocimiento de la persona afectada de tuberculosis o sus familiares sobre la enfermedad como el de Monteiro y cols, en el año 2008 publicaron que la prevalencia de conocimientos adecuados sobre la enfermedad fue de tan solo 60% entre 150 personas estudiadas en Rio Grande en Brasil.⁽¹¹⁾

En el 2008, Un estudio hecho en Tashkent (Uzbekistan) por Hasker y cols, determinaron una tasa de abandono al tratamiento de tuberculosis de 21% entre 1087 pacientes que seguían una terapia directamente observada, hallando como factores relacionados al abandono del tratamiento: desempleo (OR = 2,73), estar en prisión (OR = 4,07), y alcoholismo (OR = 6,01). Como hallazgos secundarios encontraron que el 33% de personas reportadas localmente como abandono, no cumplían estrictamente ese criterio, por lo que fueron excluidos de su análisis, sin embargo pudo haberse tratado de pacientes irregulares al tratamiento.⁽¹²⁾

En Sangamu, Nigeria en el año 2006, Daniel y cols. Mostraron resultados de su estudio retrospectivo de 774 adultos en tratamiento de tuberculosis, determinando un

23% de abandonos y siendo el sexo masculino el factor asociado con significancia estadística. Otros factores como el estado de VIH, antecedente de tratamiento previo, edad, o positividad en el frotis no obtuvieron una diferencia significativa. Hacen notar que el periodo de tratamiento convencional en Nigeria es de 8 meses en comparación a otros países. ⁽¹³⁾

En Mumbai, India, Bagchi y cols en el año 2010, reportaron datos de su estudio transversal hecho en 538 pacientes en terapia directamente observada hallando un 16% de personas no adherentes (definido en este caso como la inasistencia al tratamiento mayor o igual a una semana dentro de un mes). Encontraron como factores asociados a la no adherencia el hábito de fumar (OR=7.8) y los costos relacionados al transporte (OR= 5.1), así como el consumo de alcohol (OR=3.6). ⁽¹⁴⁾

En Buenos Aires, Argentina, Arrosi y cols., en el año 2012, señalan como factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en 38 casos y 85 controles, los siguientes: tener una vivienda sin agua, (OR=2,8; IC95% 1,1-6,9). Asimismo, los pacientes que realizaban los controles en un hospital tuvieron 3 veces más riesgo de no adherirse que los que los realizaban en centros de atención primaria (OR=3,2; IC95% 1,1-8,9). En este la no adherencia fue definida como la no asistencia por 60 días o más según OMS. ⁽¹⁵⁾

En Kenya, Mature y cols en el año 2011, publican un estudio hecho a 945 personas en condición de abandono, comparados con 1033 controles, hallando que de los abandonos el 22.7% abandonaron el tratamiento en el primer mes de la fase intensiva. Como factores independientes asociados al abandono de tratamiento antituberculoso encontraron conocimientos inadecuados sobre tuberculosis (OR: 8.67), bajos ingresos (OR: 5.57), abuso de alcohol (OR: 4.97), abandono previo (OR: 2.33), co-infección con VIH (OR: 1.56) y género masculino (OR: 1.43). ⁽¹⁶⁾

En el año 2008, Janakan y cols publicaron un estudio hecho en el distrito de Colombo, Sri Lanka, Canadá, hallando 23% de no adherentes al tratamiento de tuberculosis de 326 pacientes evaluados, siendo los factores asociados: el ser varón (OR= 3.9), vivir solo (OR= 2.7), experimentar efectos secundarios (OR= 2.8) y no

percibir beneficios en un tratamiento regular (OR= 3.0). No adherentes fue definido como dejar de tomar 2 meses consecutivos el tratamiento de tuberculosis. ⁽¹⁷⁾

Jakubowiak y cols. en Rusia, un total of 87 casos no adherentes y 1302 adherentes al tratamiento de tuberculosis fueron evaluados. Encontraron que factores como el ser varón (OR= 1.85), estar desempleado (OR= 2.06), historia de estar preso (OR= 2.95), tener un estado emocional negativo, percibirse como no enfermos y no conocer el periodo de tratamiento (OR= 3.08) fueron asociados a la no adherencia al tratamiento. En este estudio se consideró no adherencia a la interrupción del tratamiento por al menos 2 meses. ⁽¹⁸⁾

En Perú, Culqui y Cols., año 2012, reportó resultados de su estudio hecho con 265 casos y 605 controles, sobre factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional encontrando al sexo masculino (OR = 1,62), al hecho de sentir malestar durante el tratamiento (OR = 1,76), al antecedente de abandono previo (OR = 7,95) y al consumo de drogas recreativas (OR = 3,74). No encontró asociación significativa entre el uso de alcohol y abandono, y fue claro en excluir de este estudio a los pacientes que siendo irregulares al tratamiento no cumplían la definición de abandono. (abandono = inasistencia al tratamiento 30 días o más). ⁽¹⁹⁾

En el año 2005, Culqui y cols. señalaron como factores pronósticos del abandono al tratamiento antituberculoso en una región endémica como Ica – Perú, los siguientes: considerar insuficiente la información proporcionada por el personal de salud sobre el tratamiento (OR: 4,20; intervalo de confianza de 95% [IC95%]: 1,77 a 10,02), considerar inadecuados los horarios para recibir el tratamiento (OR: 9,95; IC95%: 1,97 a 50,21) y consumir drogas ilícitas (OR: 7,15; IC95%: 1,69 a 30,23). Su criterio de abandono fue insistencia al tratamiento por 30 días o más. ⁽²⁰⁾

Arriola y cols. realizaron un estudio transversal en Puente Piedra, Lima en el año 2008, evaluando a 77 pacientes tratados para un esquema convencional, encontrando que el 39% de pacientes tuvo una asistencia irregular al establecimiento de salud y sus factores asociados fueron hacinamiento (OR: 7,11); tipo de trabajo independiente (OR: 7,27); condición de trabajo eventual (OR: 9,60); ingreso económico bajo (OR: 4,04); falta de apoyo familiar (OR: 2,83), y falta de información básica sobre la enfermedad

(OR: 7,00). Aunque no definen precisamente “irregularidad” este estudio no se enfoca en abandonos sino en asistencias a citas programadas. ⁽²¹⁾

Los resultados del estudio de Renata de Lima y cols, realizado en Río de Janeiro, Brasil, en 311 pacientes evaluados mostraron una tasa de cura de 72%, tasa de abandono de 19%, falla al tratamiento del 2% y mortalidad del 6%. El 8% de estos pacientes sufrieron cambios en su régimen de tratamiento por efectos secundarios. Se halló como factores para reducir la probabilidad de cura: alcoholismo (ARR=0,30), uso del régimen con estreptomycin, etambutol y ofloxacino (ARR=0,32), Infección por VIH sin tratamiento (ARR=0,58). Así mismo ser joven y tener problemas de alcohol aumentaron la posibilidad de abandono al tratamiento (ARR=3.84 y 1,76 respectivamente) Abandono al tratamiento fue definido como ausencia de tratamiento por 30 días consecutivos. ⁽⁵⁵⁾

Recientemente (2014) en Nigeria Alobu y cols concluyen su estudio de cohorte retrospectivo, evaluando los datos de 1668 pacientes tratados para tuberculosis, hallando 9.4% de abandono al tratamiento y 9.9% de mortalidad. Factores asociados al abandono resultaron: Edad aumentada (OR=1,2); tener una baciloscopía negativa (OR=2,3), tener diagnóstico de Tb extrapulmonar (OR=2,7) y ser asignado a una terapia prolongada (OR=1,6). Abandono al tratamiento fue definido documentando ausencia de tratamiento por dos meses consecutivos. ⁽⁵⁶⁾

Como se puede apreciar en los estudios previamente descritos, en lo amplio de la literatura y búsqueda, existen diferencias en las definiciones de abandono, no adherencia y los factores que se evaluaron muestran diferentes niveles de asociación.

2.4 Marco Teórico

Aunque las muertes prematuras por tuberculosis han bajado significativamente en el mundo desarrollado durante el siglo pasado, 95% de las muertes por TB ocurre en los países de bajos y medios recursos.^(22,23) , impactando desproporcionadamente a la población más pobre y marginada. Por eso, el estatus socioeconómico es un factor importante en el éxito de cumplimiento de tratamiento. Debido al estigma, el acceso limitado a la asistencia médica y la información errónea sobre la salud, muchas veces los pacientes más pobres con TB retrasan el proceso de continuar con el cuidado médico.⁽²⁴⁾ Aunque el estatus socioeconómico más bajo se correlaciona con niveles más altos de interrupción de la terapia antituberculosa directamente observada en Brasil⁽²⁵⁾ , la relación entre estos dos factores no ha mostrado ser un determinante significativo en estudios peruanos previos.^(20,21,22) Como las mujeres generalmente presentan niveles de acceso más bajos al cuidado médico y más altos niveles de pobreza⁽²⁶⁾ el género también tiene un gran papel en el cumplimiento del tratamiento. A pesar de que el ser varón se correlaciona con tasas más altas de incumplimiento en algunas investigaciones,⁽²⁴⁾ La tuberculosis impacta desproporcionadamente a las mujeres entre 14-44 años siendo la tercera causa de la muerte.⁽²⁷⁾

Aunque Perú, un país de recursos medios,⁽²⁸⁾ y conforma el 3% de la población sudamericana, contiene el 12% de los casos de TB en la región⁽²⁹⁾ con una carga alta de TB. Hacia el año 2009, Perú tenía una prevalencia de TB de 117 casos por 100,000 y clasificaba como uno de los tres países sudamericanos más afectados por la TB multidrogorresistente (TB-MDR).⁽³⁰⁾ La resistencia a las drogas complica el tratamiento de TB en Perú, el cual tiene 37% de todos los casos de TB-MDR en las Américas.⁽³⁰⁾ La tuberculosis se concentra en el área de Lima y Callao donde condiciones como la urbanización rápida, la sobrepoblación, la ventilación inadecuada y el acceso limitado al agua limpio contribuyen el 58% de todos los casos de TB en el país, incluyendo 82% de todos los casos de TB-MDR y 93% de todo paciente con TB extremadamente drogorresistente (TB-XDR).⁽³¹⁾ Actualmente, la mayoría de investigaciones de cumplimiento al tratamiento TB en América Latina se han dado en Brasil.

Muchos pacientes en terapia directamente observada (DOT por sus siglas en inglés) interrumpen su tratamiento por uno o más meses consecutivos⁽³²⁾ o fracasan antes de cumplir su tratamiento completamente, exacerbando la epidemia de TB en Perú.⁽³¹⁾ Los pacientes que abandonan el tratamiento permanecen contagiosos y a veces desarrollan

un caso de TB-MDR debido a la resistencia bacteriana que desarrollan durante el periodo de no adherencia, un escenario muy peligroso para el público general.⁽³³⁾ Por eso, los esfuerzos para promover el cumplimiento de DOT en pacientes con historia de abandono al tratamiento es crucial. Otras investigaciones demuestran que hay cinco categorías que correlacionan con el cumplimiento de tratamiento: 1) factores demográficos, sociales y económicos, 2) factores relacionados a la asistencia médica, 3) factores relacionados al paciente (ignorancia de la importancia al cumplimiento de una terapia, sus creencias en salud, etc.), 4) factores relacionados a su condición de salud (el estatus VIH, el abuso de sustancias, historia de incumplimiento o abandono al tratamiento), y 5) los factores relacionados a la terapia de TB (los efectos secundarios, el sentirse mejor).^(4, 33) Para mejorar el control y tratamiento de TB en Perú, es necesario investigar los factores de cumplimiento de tratamiento tanto en pacientes con nuevo diagnóstico y con historia de incumplimiento o abandono previo al tratamiento, incluyendo edad, género, el estatus socioeconómico, el estado de VIH, los trastornos de alcohol y drogas, las creencias de salud, las creencias políticas, el estatus legal, la inseguridad alimentaria, transporte y distancia a los puestos o centros de salud donde se administra la DOT.

Hay una interacción significativa y mortal entre el VIH y TB: la co-infección con el VIH es una amenaza enorme para tratamiento de la tuberculosis, ya que casi la mitad de todos los peruanos con VIH resultan co-infectados con TB en algún momento de sus vidas,⁽³⁴⁾ y esta condición sin tratamiento tiene una tasa de mortalidad entre el 80-90%.⁽³⁵⁾ A pesar del aumento en las intervenciones para combatir el VIH/SIDA en el Perú y en todo el mundo, la epidemia de VIH/SIDA sigue siendo un problema importante de salud pública, ya que está causando el resurgimiento de la epidemia de TB.⁽³⁶⁾ En el Perú, la prevalencia del VIH en la población general sólo es 0,4%,⁽³⁷⁾ pero una carga importante de esta epidemia se coloca en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y las personas de nivel más pobre en la sociedad.⁽³⁸⁾ Sin lugar a dudas, la crisis de la co-infección de VIH y TB justifica más atención por parte de las autoridades de salud pública. La mayoría de los servicios de atención en VIH no ofrecen actividades integradas para controlar co-infección con la prevención. La detección y el tratamiento de TB en personas con VIH siguen siendo inadecuados.⁽³⁹⁾ Por ejemplo, en el año 2010, sólo 7% de las personas infectadas con VIH en todo el mundo se realizaron una prueba para descartar tuberculosis y 12% recibieron la terapia preventiva con isoniazida (TPI)⁽⁴⁰⁾ y en el año 2008, sólo un tercio de los individuos coinfectados por el

VIH y TB recibieron tratamiento suficiente para ambas enfermedades.⁽³⁹⁾ En el Perú, sólo 21% de los pacientes con TB y VIH conocen su estado de co-infección.⁽⁴⁰⁾

La OMS recomienda que, para confrontar la amenaza de la co-infección VIH y TB, los programas de control de TB deben ofrecer asesoramiento y pruebas del VIH para pacientes con TB y vínculos con los servicios de tratamiento del VIH como la terapia antirretroviral para pacientes infectados con VIH.⁽⁴¹⁾ A pesar de que estas recomendaciones probablemente reducirán las muertes por TB, el impacto en la reducción del incumplimiento a la DOT no está claro. Aunque un estudio realizado por Frank y cols. mostraron un nivel bajo de abandono al tratamiento en personas infectadas con TB-MDR en Lima, este porcentaje puede ser mayor en los pacientes infectados con VIH.⁽⁴²⁾ Investigaciones publicadas de Tailandia, Kenia y Brasil han demostrado que el abandono durante el tratamiento de TB es un problema significativo en pacientes infectados por VIH.^(33,41,43)

El vínculo controversial entre los trastornos por consumo de alcohol (TCA) y el uso de drogas como predictores del abandono del tratamiento contra TB en Perú también impacta el cumplimiento del tratamiento debido a tasas de alcoholismo de 1,33% en mujeres y 7,65% en hombres peruanos.⁽⁴⁴⁾ Aparte de una asociación con tasas más altas de TB - MDR,⁽⁴⁵⁾ Los TCA se ha identificado como el factor de riesgo más influyente en la interrupción del tratamiento en investigaciones recientes en Rusia y Europa del Este, a menudo conectada con la pobreza y comorbilidad.⁽⁴⁶⁾

Determinar los factores que afectan a la adherencia y cumplimiento del tratamiento de la tuberculosis evaluando la irregularidad al tratamiento y su magnitud, así como el abandono al mismo fue la propuesta del presente proyecto de investigación.

2.5 Hipótesis

Factores como: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, ingreso económico, nivel de pobreza, antecedente de TB, estado de infección por VIH, barreras de acceso, trastorno por uso de alcohol, trastorno por uso de drogas, grado de entendimiento de enfermedad, depresión, percepción de estigma; están asociados al Cumplimiento Irregular, Abandono, así como a una Mala Adherencia al Tratamiento de Tuberculosis en Lima – Perú.

2.6 Objetivos

2.6.1 Objetivo General:

Determinar los factores asociados a la adherencia y cumplimiento al tratamiento de tuberculosis en Lima.

2.6.2 Objetivos Específicos:

- Determinar las frecuencias absoluta y relativa de las características de los pacientes con tuberculosis en Lima, según edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, ingreso en soles, NBI, antecedente de tuberculosis, comorbilidad VIH, estado de depresión, nivel de estigma hacia la tuberculosis, conocimientos sobre tuberculosis, presencia de trastornos por consumo de alcohol o drogas.
- Determinar la tasa de abandono, cumplidores regulares e irregulares al tratamiento antituberculoso de los pacientes con tuberculosis en Lima.
- Determinar el nivel de adherencia al tratamiento de tuberculosis, de acuerdo al número de interrupciones y días perdidos, según las características de los pacientes con tuberculosis en Lima.
- Determinar las características asociadas al cumplimiento irregular del tratamiento anti-tuberculoso, según fases del tratamiento, en pacientes con tuberculosis en Lima.
- Determinar las características asociadas al abandono del tratamiento anti-tuberculoso, pacientes con tuberculosis en Lima.

- Determinar las características asociadas a una mala adherencia al tratamiento anti-tuberculoso, en pacientes con tuberculosis en Lima.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudio

Se realizó un estudio:

- Según el conocimiento y alcance de resultados: Observacional.
- Según posibilidades de aplicación de resultado: Aplicada.
- Según tiempo de medición: Retrospectivo.

3.2 Diseño de Investigación

Diseño: Analítico - Transversal.

3.3 Muestra de Estudio, Tamaño Muestral y Muestreo

Para la determinación del tamaño muestral se tomó como referencia la tasa de consumo perjudicial de alcohol de 12.5 % procedente de un estudio local previo ⁽²⁷⁾. La población tomada en cuenta fue en base al número de personas con diagnóstico de tuberculosis en Lima el año 2012. También se consideró a 5 sectores de la jurisdicción de la Dirección de Salud Lima – Ciudad para la recolección de datos. Suponiendo 5% de error tipo I y +/-5% como margen de error, se reclutaron a 238 personas tratadas por el diagnóstico de tuberculosis en este estudio. El cálculo del tamaño muestral fue hecho a través del programa Epi Info 7.

El muestreo se realizó en dos etapas: Primero, se realizó un muestreo probabilístico aleatorio estratificado por afijación proporcional. Esto permitió obtener el número de participantes a seleccionar por cada establecimiento de salud (su sumatoria corresponderá a 238). Segundo, la elección final de cada participante se dio a través de un muestreo sistemático con reposición, obtenido del libro de registros de enfermería de cada establecimiento elegido.

La unidad de análisis corresponde a la persona con diagnóstico de tuberculosis que haya respondido el cuestionario de variables.

3.4 Criterios De Inclusión

- Pacientes con edad mayor o igual a 18 años.
- Pacientes con diagnóstico de infección por tuberculosis de acuerdo a norma técnica de salud vigente que hayan ingresado a recibir un esquema convencional entre Diciembre 2012 y Noviembre del 2013; y que hayan terminado o Abandonado un tratamiento para tuberculosis convencional hasta máximo 3 meses después del planteado por su médico tratante.
- Pacientes que hayan completado un cuestionario de evaluación de factores que afectan la adherencia al inicio de su tratamiento.

3.5 Criterios De Exclusión

- Pacientes que no tengan completo el cuestionario de evaluación inicial.
- Pacientes con diagnóstico de TB multidrogo-resistente o que hayan ingresado al tratamiento de un esquema diferente al convencional.
- Pacientes que no cuenten con su cartilla de tratamiento adecuadamente llenada por el personal de salud en el centro de atención, con imposibilidad de recolectar datos de las tomas de tratamiento o interrupciones del mismo.

3.6 Variables de Estudio

- **Variable Independiente**

Las variables independientes, compuestas por todos los factores a estudiar, comprenden:

- Edad.
- Sexo
- Grado de Instrucción
- Estado Civil
- Ingresos económicos (En soles)
- Nivel de pobreza. (Según necesidades básicas insatisfechas - NBI)
- Antecedente de TB.
- Comorbilidad VIH.
- Estado de depresión.
- Grado de Estigma hacia la tuberculosis
- Conocimiento de la enfermedad.

- Consumo de Alcohol
 - Consumo de Drogas
 - Barreras de acceso a Servicios de Salud.
- **Variable Dependiente**
 - Cumplimiento del tratamiento antituberculoso.
Evaluando las siguientes categorías de variables:
 - Cumplido
 - Cumplido Regular (No cumple definición de irregular)
 - Cumplido Irregular (No ingesta de 3 dosis programadas continuas o alternadas durante la primera fase del tratamiento o de 5 dosis continuas o alternas durante todo el tratamiento de esquema para TB sensible).
 - Abandono (En Fase 1 ó En Fase 2)
 - La adherencia al tratamiento de TB fue evaluada a través de las fichas de tratamiento que emplean los centros y puestos de salud.
Adherencia según Número de Días Perdidos. Fue re-categorizado en:
 - Buena
 - Regular
 - Mala
 - Adherencia según Número de Veces que Interrumpió el Tratamiento Antituberculoso. Re-categorizado en:
 - Buena
 - Regular
 - Mala

La re-categorización de la variable adherencia fue en base a la mediana y debido a que se obtuvo de ella una distribución no-normal (Se describe más en sección análisis).

3.7 Tareas Específicas Para el Logro de Resultados - Recolección de Datos

En esta investigación, se reclutaron datos de cumplimiento y adherencia de las fichas de tratamiento de pacientes tratados para tuberculosis que cumplieron los criterios de inclusión en los establecimientos de salud participantes. Para la recolección de los factores evaluados se usaron datos de un cuestionario de evaluación que los pacientes llenaron al inicio de su tratamiento en un estudio previo que evaluó solo las características que pueden afectar la adherencia y tratamiento de tuberculosis, realizado por el mismo equipo investigador, cuya realización fue coordinada y aprobada por la dirección del establecimiento de salud, Dirección de Salud e Instituto Nacional de Salud así como por el comité de ética de la Asociación Civil IMPACTA Salud y Educación. El estudio actual tuvo como finalidad la recolección de datos cumplimiento y adherencia al tratamiento y su relación con los factores iniciales, mediante pruebas de asociación estadística.

Se accedió a la historia clínica (ficha de tratamiento) según el registro del establecimiento de salud para determinar el nivel de adherencia y el estado de cumplimiento al tratamiento antituberculoso. Un equipo de trabajo, conformado por estudiantes de medicina del último año de estudio y enfermeras ajenas al establecimiento del paciente, recibió una capacitación previa para que contabilicen adecuadamente el número de días perdidos en el tratamiento y el número de interrupciones al mismo, asegurando así la estandarización de la recolección de los datos.

Tal como se observa en el gráfico debajo, las fichas de tratamiento corresponden a las proporcionadas por el Ministerio de Salud. En esta ficha el personal de salud, principalmente la enfermera del programa, coloca la fecha del día y del mes según la dosis que cumple el paciente. Según el ejemplo se observa que el paciente no acudió a recibir el tratamiento el día 18-07 a recibir la dosis 10, volviendo el 20-07 a recibir esta dosis. Al retornar al establecimiento las enfermeras encierran en un círculo la dosis retrasada y para nosotros corresponde a una interrupción al tratamiento pero con dos días efectivos acumulados que el paciente no tomó el tratamiento programado. Se aprecia un segundo círculo que engloba a una segunda interrupción pero con mayor número de días sin recibir el tratamiento (De tener que acudir el 25-07, acudió finalmente el 31-07). Esto es lo que conlleva a la irregularidad al tratamiento sin ser reportado al MINSA ya que ninguno de estos hallazgos corresponde a abandono al

tratamiento de la tuberculosis por definiciones de la normativa vigente. Se conoce que los días domingos no se brinda el tratamiento por lo que este día no fue contabilizado como un día de falta al tratamiento. La fase del tratamiento (I ó II) también fue recolectada en la información.

MINISTERIO DE SALUD
ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

TARJETA DE CONTROL DE ASISTENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS CON ESQUEMA UNO

REGION DE SALUD _____ H.C. ó F.F. _____ N° DE CASO: _____
 RED DE SALUD _____

ESTABLECIMIENTO: _____
 APELLIDOS Y NOMBRES _____
 OCUPACION _____ EDAD _____ SEXO: F M
 DIRECCION: _____ Telefono: _____

BCG: SI NO PESO: _____ Kg. Talla _____ mts. DNI: _____

BK INICIAL FECHA: _____ RESULTADO: _____ N° Reg. Lab. _____
 CULTIVO INICIAL FECHA: _____ RESULTADO: _____ N° Reg. Lab. _____

FECHA: _____ RESULTADO Anatómico patológico: _____
 TUBERCULOSIS: PULMONAR EXTRAPULMONAR Localización _____

FECHA INICIO TRATAMIENTO: _____

PRIMERA FASE

MEDICAM / DOSIS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		
FECHA	DIA		08	09	10	11	12	13	15	16	17	20	22	23	24	31	01	02									
	MES		07	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07	08	08										
CONTROL DE PESO																											
Resultado BK de Control																											
N° REG. LAB.																											
Resultado Cultivo																											
N° REG. LAB.																											
RAFA y/o Hospitalizac.																											

Gráfico: Cartilla de Tratamiento de Tuberculosis del Ministerio de Salud

3.8 Procesamiento y Análisis de Datos

Se utilizó una ficha especialmente construida para la recolección de los datos, confeccionada en base a las variables a analizar. Se creó una base de datos en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013 (Microsoft Corporation, Washington, USA) la cual fue transferida para el análisis estadístico al paquete estadístico STATA 12.0 (STATA Corporation, College Station, Texas, US).

Se generaron cuatro variables dependientes que fueron analizadas en forma independiente; estas variables, que resultan de las variables cumplimiento y adherencia, fueron: Dos variables para medir cumplimiento al tratamiento anti-tuberculoso (cumplido -regular e irregular- y abandono –no abandono y si abandono- al tratamiento anti-tuberculoso) y dos variables para medir adherencia al tratamiento anti-tuberculoso (número de días perdidos acumulados durante el tratamiento anti-tuberculoso y número de interrupciones al tratamiento anti-tuberculoso). Para el análisis de las variables cumplimiento al tratamiento anti-tuberculoso y adherencia al tratamiento anti-tuberculoso se excluyeron a los pacientes que abandonaron el tratamiento anti-tuberculoso (25 pacientes); el análisis de la variable abandono fue realizada con la base total de datos (215 pacientes).

Los factores que se incluyeron en el análisis para determinar asociación (variables independientes) fueron: Edad, sexo, grado de instrucción (primaria incompleta que incluía sin estudios, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa y superior que incluía estudios técnicos o profesionales), estado civil (soltero, casado, conviviente, separado y viudo), ingreso promedio mensual en relación al sueldo mínimo vital de 750 soles en el país (sin ingresos, menor o igual a 750 soles y más de 750 soles), índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) (no pobre, pobre y pobre extremo), antecedentes de tuberculosis, comorbilidad con la infección por el VIH, estado de depresión (no síntomas depresivos, síntomas depresivos, depresión leve, depresión moderada y depresión severa), estigma a la tuberculosis (bajo estigma y alto estigma), conocimientos sobre tuberculosis (sí conocimientos y no conocimientos), barreras de acceso a los servicios de salud, del personal de salud y la persona (no barreras y si barreras), consumo de alcohol (bajo riesgo, con riesgo por consumo, consumo perjudicial y dependencia) y consumo de drogas (no problemas, bajo nivel, moderado nivel, substancial nivel y severo nivel).

Para generar la variable del índice de NBI se analizó cada una de las seis variables que la componen, valorándolas sobre la base de “satisfecho” o “insatisfecho”. Se asignó un valor de cero (0) para satisfecho y uno (1) para insatisfecho en cada variable. Las variables usadas fueron: Material noble como predominante en la vivienda (satisfecho si era casa, quinta o apartamento e insatisfecho si era rancho, o residencia colectiva), hacinamiento (satisfecho si duermen hasta 2 personas por cuarto e insatisfecho si eran 3 o más), presencia de desagüe o pozo ciego en la vivienda (satisfecho si hay desagüe o pozo ciego e insatisfecho si es por letrina, hoyo o no tiene), presencia de niño de 6 a 12 años que no esté llevando la escuela en la vivienda (satisfecho si todos los menores estudian e insatisfecho si al menos un menor no estudia), jefe de hogar con secundaria (satisfecho si al menos terminó la primaria e insatisfecho si no terminó la primaria) y jefe de hogar que mantiene a más de tres personas (satisfecho si hay hasta dos dependientes por persona que trabaja e insatisfecho si hay 3 o más). Finalmente, si no presentaba ninguna necesidad se le calificó como no pobre, con una necesidad insatisfecha se le calificó como pobre, y con dos o más se le calificó como pobre extremo.

La variable “conocimientos sobre tuberculosis” fue construida en base a ocho preguntas cuyas respuestas fueron valoradas sobre la base de “no conoce” o “si conoce”. Se asignó un valor de cero (0) para “no conoce” y uno (1) para “si conoce” a cada respuesta dada por el participante. Las preguntas usadas fueron: ¿La tuberculosis es contagiosa de una persona a otra? (no conoce, si la respuesta fue “no” y si conoce, si la respuesta fue “si”); ¿Es posible curar a una persona con tuberculosis? (no conoce, si la respuesta fue “no” y si conoce, si la respuesta fue “si”); ¿Cómo puede ser infectada una persona con tuberculosis? (no conoce, si la respuesta fue por “el agua contaminada, por la comida, por los mosquitos o por la sangre” y si conoce, si la respuesta fue “por el aire”), ¿Todas las personas infectadas con tuberculosis deben tener síntomas? (no conoce, si la respuesta fue “si” y si conoce, si la respuesta fue “no”), percepción del síntoma más común en una persona con tuberculosis (no conoce, si la respuesta fue “fiebre, estornudos, fatiga o dolor de pecho” y si conoce, si la respuesta fue “tos”), reporte de tiempo que dura su tratamiento para tuberculosis (no conoce y si conoce), ¿Es importante que el tratamiento sea regular y completo para tratar la tuberculosis? (no conoce, si la respuesta fue “no” y si conoce, si la respuesta fue “si”) y ¿Cree que sea igual tomar alcohol o usar drogas mientras uno toma pastillas para tuberculosis? (no conoce, si la respuesta fue “si” y si conoce, si la respuesta fue “no”). Posteriormente,

para confeccionar la variable de conocimientos que tiene el paciente sobre la enfermedad, se procedió a la sumatoria de las ocho variables y se aplicó la técnica de la mediana para determinar el punto de corte; cuando el puntaje era mayor que la mediana (6), se consideró que “tiene conocimiento”; en caso contrario, no tenía información sobre la enfermedad. Finalmente, se asignó un valor de uno (1) para “no conocimiento” y cero (0) para “sí conocimiento”.

La variable “estigma a la tuberculosis” fue construida en base a las doce preguntas que la componen; cada pregunta se componía de cuatro respuestas (muy en desacuerdo, en desacuerdo, en acuerdo y muy de acuerdo). Las respuestas “muy de acuerdo” y “en acuerdo” indican la presencia de estigma percibido y “en desacuerdo” y “muy en desacuerdo” significa la ausencia de estigma percibido. La puntuación para cada una de las preguntas fue de 0 a 3, (0) para muy en desacuerdo, (1) en desacuerdo, (2) en acuerdo y (3) muy de acuerdo; con la mayor la puntuación, mayor es el grado de estigma hacia TB. Una puntuación total de estigma se creó sumando las puntuaciones de todas las preguntas. Se aplicó la técnica de la mediana para determinar el punto de corte; determinándose que cuando el puntaje fue mayor que la mediana (20) se consideró que el participante tenía alto estigma hacia la TB. Por otro lado, las personas que obtuvieron una puntuación estigma debajo o igual a la mediana se clasificaron como tener un bajo estigma hacia la TB. Finalmente, se asignó un valor de cero (0) para “bajo estigma” y uno (1) para “alto estigma”.

Adicionalmente, para determinar la normalidad de las variables continuas se realizaron histogramas y la prueba de Shapiro-Wilk.

Las variables resultado que miden adherencia al tratamiento anti-tuberculoso (número de días perdidos o que no asistió a recibir su tratamiento y número de interrupciones que tuvo al tratamiento) fueron re-categorizadas para un mejor análisis al tener una frecuencia de distribución no-normal. Por lo tanto, tres categorías fueron creadas para la variable número de días de visitas perdidas al tratamiento anti-tuberculoso de acuerdo a la mediana (4 días perdidos): Adherencia Buena (no visitas perdidas), Adherencia Regular (menos o igual a 4 días perdidos) y Adherencia Mala (de 5 a más días perdidos). Así mismo, en la variable número de interrupciones del tratamiento anti-tuberculoso tres categorías también fueron creadas de acuerdo a la mediana (3): Adherencia Buena (no interrupciones), Adherencia Regular (menos o igual a 3 interrupciones) y Adherencia Mala (de 4 a más interrupciones).

A su vez, la variable cumplido al tratamiento anti-tuberculoso fue categorizada en cumplido regular y cumplido irregular, tomando los valores de (0) y (1) respectivamente; cumplido regular se definió como menos de 3 días de visitas perdidas de tratamiento anti-tuberculoso al finalizar la fase I o menos de 5 días de visitas perdidas al culminar la fase II; y cumplido irregular fue definido como 3 o más días de visitas perdidas de tratamiento anti-tuberculoso al finalizar la fase I, o 5 o más días de visitas perdidas al finalizar la fase II. Consecuentemente, la variable abandono fue categorizada en “si abandono” y “no abandono”; abandono al tratamiento anti-tuberculoso se definió como la ausencia de tratamiento por más de 30 días consecutivos a más. Las definiciones de abandono y cumplido irregular están acorde a las últimas definiciones operativas de la norma de atención integral de pacientes afectados con tuberculosis del Ministerio de Salud. ⁽⁶⁾

Para el análisis descriptivo se elaboraron cuadros de frecuencias (porcentaje, %) y medidas de resumen como media (desviación estándar, DE) y mediana (rango intercuartil, IQR) para las variables a estudiar, comparando a los grupos: cumplido regular y cumplido irregular, no abandono y si abandono; Adherencia Buena, Adherencia Regular y Adherencia Mala según visitas perdidas; y Adherencia Buena, Adherencia Regular y Adherencia Mala según interrupciones al tratamiento anti-tuberculoso.

A continuación, para determinar asociaciones entre las variables resultado de cumplimiento y adherencia al tratamiento anti-tuberculoso y las variables independientes estudiadas, se realizaron análisis bivariados mediante la prueba χ^2 (chi-cuadrado) o la prueba Exacta de Fisher para las variables categóricas y la prueba de Mann-Whitney o la prueba de Kruskal-Wallis para variables continuas con distribución no-normal.

El análisis bivariado fue evaluado en 3 momentos: al término del tratamiento anti-tuberculoso, al término de la fase I del tratamiento anti-tuberculoso y al término de la fase II del tratamiento anti-tuberculoso para la variable cumplido -regular e irregular- al tratamiento anti-tuberculoso. Las variables de abandono –no abandono y si abandono-, número de días de visitas perdidas categorizada y número de interrupciones durante el tratamiento anti-tuberculoso categorizada fueron evaluadas al término del tratamiento.

Posteriormente, una serie de modelos fueron construidos para identificar las variables asociadas para cada una de las variables dependientes: cumplimiento y adherencia al tratamiento anti-tuberculoso.

Para determinar los factores asociados a las variables que evalúan el cumplimiento al tratamiento anti-tuberculoso se realizó un análisis de regresión logística multivariada. Primero, se procedió a realizar el cálculo de los odds ratios (OR) crudos mediante una regresión logística bivariada a fin de evaluar el efecto individual de cada una de las variables independientes con respecto a las variables que evalúan el cumplimiento al tratamiento anti-tuberculoso. Seguidamente, con aquellas variables que mostraron asociación ($p < 0,20$) se construyó una serie de modelos multivariados introduciéndose paso a paso cada variable independiente de acuerdo a la prueba de likelihood ratio, tomando un $p < 0,05$ como estadísticamente significativo y un intervalo de confianza al 95% (IC 95%). Modelos multivariados finales fueron obtenidos con odds ratios ajustados. Cuatro modelos fueron construidos, 3 modelos para la variable cumplimiento durante el tratamiento anti-tuberculoso y 1 modelo para la variable adherencia al tratamiento anti-tuberculoso.

Se investigó los factores asociados con la variable cumplido –regular e irregular- al tratamiento anti-tuberculoso en tres momentos, por lo cual se construyeron 3 modelos multivariados: Para el término del tratamiento, término de la fase I y término de la fase II. Para el análisis en este grupo se re-categorizó la variable consumo de alcohol en “no” y “si trastorno de consumo de alcohol” de acuerdo a los valores del AUDIT de alcohol ($AUDIT < 8$ y $AUDIT \geq 8$ respectivamente).

En el primer modelo del término de tratamiento seis variables predictoras fueron consideradas para el análisis multivariado: Comorbilidad con la infección por el VIH, reporte de no acudir a la posta por percibir lejanía, consumo de drogas, edad, trastorno de consumo de alcohol y percepción de desconfianza en el personal de salud. El modelo ajustado incluyó: Comorbilidad con la infección por el VIH y reporte de no acudir a la posta por percibir lejanía.

En el segundo modelo, los factores asociados con la variable cumplido –regular e irregular- al término de la fase I del tratamiento anti-tuberculoso fueron determinados. Siete variables predictoras fueron consideradas para el análisis multivariado: Reporte de no acudir a la posta por percibir lejanía, comorbilidad con la infección por el VIH,

consumo de drogas, edad, sexo, tiempo que demora en llegar a la posta y trastorno de consumo de alcohol. El modelo ajustado incluyó: Reporte de no acudir a la posta por percibir lejanía, comorbilidad con la infección por el VIH, sexo y trastorno de consumo de alcohol.

El tercer modelo determinó los factores asociados con la variable cumplido – regular e irregular- al término de la fase II del tratamiento anti-tuberculoso. Nueve variables predictoras fueron consideradas para el análisis multivariado: Reporte de no acudir a la posta por percibir lejanía, percepción de maltrato por el personal de salud, percepción de horario inadecuado, reporte de episodio de ebriedad como causa de no acudir a la posta, presencia de episodio donde no tuvo con quién dejar a sus hijos para ir a la posta, grado de instrucción, antecedente de tuberculosis, edad y conocimientos sobre tuberculosis. El modelo ajustado incluyó: Reporte de no acudir a la posta por percibir lejanía, percepción de maltrato por el personal de salud, percepción de horario inadecuado, antecedente de tuberculosis y edad.

Un cuarto modelo fue confeccionado para determinar los factores asociados a la variable abandono. Para el análisis en este grupo se re-categorizó la variable consumo de drogas en no problemas, bajo-moderado nivel y substancial-severo nivel). Ocho variables predictoras fueron consideradas para el análisis multivariado: Consumo de drogas, reporte de episodio de ebriedad como causa de no acudir a la posta, percepción de desconfianza en el personal de salud, estigma a la tuberculosis, índice de necesidades básicas insatisfechas, reporte de no recibir atención cuando correspondía, conocimientos sobre tuberculosis y reporte de algún tipo de miedo del tratamiento para tuberculosis. El modelo ajustado final incluyó: Consumo de drogas.

Para determinar los factores asociados a las variables que evalúan la adherencia al tratamiento anti-tuberculoso se realizó un análisis de regresión logística ordinal. Primero, se procedió a realizar el cálculo de odds ratio (OR) cruda mediante una regresión logística ordinal bivariada; luego aquellas variables que en el análisis bivariado mostraron un $p < 0,20$ fueron consideradas para incluirlas paso a paso en el análisis de regresión logística ordinal multivariada de acuerdo a la prueba de likelihood ratio, tomando un $p < 0,05$ como estadísticamente significativo y un intervalo de confianza al 95% (IC 95%). Modelos multivariados ordinales fueron obtenidos con odds ratios ajustados con sus intervalos de confianza al 95 % (IC 95 %).

En el primer modelo se investigó los factores asociados con la variable número de días de visitas perdidos durante el tratamiento anti-tuberculoso categorizada. Siete variables predictoras fueron consideradas para el análisis multivariado: Comorbilidad con la infección por el VIH, consumo de drogas, reporte de no acudir a la posta por percibir lejanía, edad, percepción de horario inadecuado, consumo de alcohol y sexo. El modelo ajustado incluyó: Comorbilidad con la infección por el VIH, consumo de drogas, reporte de no acudir a la posta por percibir lejanía y sexo.

En el segundo modelo se investigó los factores asociados con la variable número de interrupciones durante el tratamiento anti-tuberculoso categorizada. Once variables predictoras fueron consideradas para el análisis multivariado: Comorbilidad con la infección por el VIH, consumo de drogas, de horario inadecuado, edad, estado de depresión, reporte de no acudir a la posta por percibir lejanía, percepción de maltrato por el personal de salud, reporte de episodio de ebriedad como causa de no acudir a la posta, percepción de desconfianza en el personal de salud, estado civil. El modelo ajustado incluyó: Comorbilidad con la infección por el VIH, consumo de alcohol y estado de depresión.

2. RESULTADOS

De los 238 casos recolectados, 23 fueron excluidos por no contar con datos completos en la ficha de tratamiento anti-tuberculoso del Programa de Control de Tuberculosis del Ministerio de Salud. Entonces se analizaron 215 pacientes que cumplieron con los criterios de selección.

En el análisis de la base de datos general (215 pacientes), la media de edad fue de $36,42 \pm 15,58$ años (rango: 18 – 84 años) y la proporción de varones fue de 62,79%. Además, presentaban antecedente de tuberculosis el 20,93% y presentaban comorbilidad con la infección por el VIH el 6,05%. Por otro lado, la media del número de días perdidos durante el tratamiento anti-tuberculoso fue de $10,61 \pm 17,18$ días (rango: 0 - 144) y la mediana del número de interrupciones del tratamiento anti-tuberculoso fue de 3 interrupciones (Rango intercuartíl [RIQ]: 1-7). El porcentaje de abandono al tratamiento anti-tuberculoso fue del 11,63%. La tasa de falla al tratamiento por resistencia a medicamentos, no curados, con experiencia de un evento adverso serio a la medicación y muerte, aunque no entrarán en mayor detalle en la discusión, fueron calculados en 8,95%; 7,89%; 2,63% y 0,53% respectivamente. Lo importante de esto es resaltar que la tasa de cura en los pacientes evaluados fue 81,58%.

La prevalencia de los trastornos de consumo de alcohol fue de bajo riesgo 60%, riesgo de consumo 21,40%, consumo perjudicial 6,51% y dependencia 12,09%. La prevalencia de trastornos por consumo de drogas fue de no problemas 77,21%, bajo nivel 7,44%, moderado nivel 4,65%, substancial nivel 7,91% y severo nivel 2,79%. En la **Tabla N° 1** se observan las características de la población total en estudio.

Con respecto al análisis de la variable cumplido al tratamiento anti-tuberculoso, de los 215 pacientes se excluyeron 25 pacientes que abandonaron tratamiento anti-tuberculoso, permaneciendo para el análisis 190 pacientes. Para este grupo la media de edad fue de $36,69 \pm 15,83$ años (rango: 18-84) y la proporción de varones fue de 62,11%. Además, presentaban antecedente de tuberculosis el 21,05% y presentaban comorbilidad con la infección por el VIH el 6,32%. Por otro lado, la media del número de días perdidos durante el tratamiento anti-tuberculoso fue de $8,73 \pm 13,37$ días (rango: 0-97) y la mediana del número de interrupciones del tratamiento anti-tuberculoso fue de 3 interrupciones (Rango intercuartíl [RIQ]: 1-7). El porcentaje de cumplimiento regular al tratamiento anti-tuberculosos fue de 56,32% y el porcentaje de cumplimiento

irregular al tratamiento anti-tuberculoso fue de 43.68%. La prevalencia de los trastornos de consumo de alcohol fue de bajo riesgo 60,52%, riesgo de consumo 21,05%, consumo perjudicial 6,32% y dependencia 12,11%. La prevalencia de trastornos por consumo de drogas fue de no problemas 78,95%, bajo nivel 7,89%, moderado nivel 4,74%, substancial nivel 15,26% y severo nivel 3,16%. En la **Tabla N° 2** se observan las características de la población en estudio para el análisis del cumplimiento al tratamiento anti-tuberculoso.

En el análisis bivariado para determinar la asociación de las variables independientes con las variables de cumplimiento y adherencia al tratamiento anti-tuberculoso se observó que dentro de las características evaluadas para el grupo de cumplimiento regular y cumplimiento irregular al tratamiento anti-tuberculoso al término del tratamiento, la comorbilidad con la infección por el VIH, la percepción de “poca importancia sobre el cuidado de salud” y el reporte de episodio de no acudir a la posta por percibir lejanía estuvieron asociados al cumplimiento irregular del tratamiento anti-tuberculoso (**Tabla N°3**). Cuando se realizó el análisis para el término de la fase I se observó que reporte de “episodio de no acudir a la posta por percibir lejanía” estuvo asociado y al término de la fase II del tratamiento anti-tuberculoso se determinan como factores asociados al reporte de “episodio de no acudir a la posta por percibir lejanía”, “percepción de horario inadecuado” y “percepción de maltrato por el personal de salud” (**Tabla N° 4 y 5** respectivamente). En el análisis para el grupo abandono y no abandono al tratamiento anti-tuberculoso al término del tratamiento el “consumo de drogas”, percepción de “desconfianza en el personal de salud” y el “reporte de episodio de ebriedad como causa de no asistir a la posta” estuvieron asociados (**Tabla N° 6**). La “percepción de horario inadecuado” estuvo asociada a mayor número de días de visitas perdidas (adherencia mala) durante el tratamiento anti-tuberculoso (**Tabla N° 7**). La “comorbilidad VIH” y la “percepción de horario inadecuado” estuvieron asociadas a mayor número de interrupciones (adherencia mala) durante el tratamiento anti-tuberculoso. (**Tabla N° 8**)

En los análisis bivariados adicionales realizados para cada uno de los componentes de la variable de necesidades básicas insatisfechas (NBI) se observó que para el grupo de cumplimiento regular y cumplimiento irregular al término del tratamiento anti-tuberculoso no se encontraron factores asociados (**Tabla N° 9**). En el análisis para el grupo abandono y no abandono al tratamiento anti-tuberculoso al término del

tratamiento el “índice de hacinamiento” fue un factor asociado (**Tabla N° 10**). Ningún componente del NBI estuvo asociado a mala adherencia por número de días de visitas perdidos o número de interrupciones durante el tratamiento anti-tuberculoso (**Tabla N° 11 y 12**, respectivamente).

Adicionalmente, se evaluaron cada uno de los componentes de la variable “estado de depresión” observándose que en el grupo cumplido regular y cumplido irregular al término del tratamiento anti-tuberculoso, el componente “no tengo ganas de hacer nada” fue un factor asociado; en el grupo no abandono y abandono al término del tratamiento anti-tuberculoso no se encontraron factores asociados (**Tabla N° 13 y 14** respectivamente). La categoría “no tengo ganas de hacer nada” estuvo asociada a mala adherencia por número de días de visitas pérdidas y número de interrupciones durante el tratamiento anti-tuberculoso (**Tabla N° 15 y 16** respectivamente).

Al evaluar cada uno de los componentes de la variable estigma no se observaron factores asociados para el grupo cumplido regular y cumplido irregular al término del tratamiento anti-tuberculoso; en el grupo no abandono y si abandono el componente “algunas personas con tuberculosis se alejan de otros para evitar la propagación de los gérmenes” fue un factor asociado (**Tabla N° 17 y 18** respectivamente). La categoría “algunas personas con tuberculosis se sienten solas” estuvo asociada a mala adherencia por número de días de visitas perdidas y “algunas personas con tuberculosis tienen miedo de contarle a su familia su diagnóstico” estuvo asociada con mala adherencia por el número de interrupciones (**Tabla N° 19 y 20** respectivamente).

Finalmente, se evaluaron los componentes de la variable “conocimientos sobre tuberculosis”. El no conocer el síntoma más común en una persona con tuberculosis y no conocer el tiempo que dura su tratamiento para tuberculosis fueron factores asociados a ser cumplido irregular, y al abandono del tratamiento al término del tratamiento anti-tuberculoso (**Tabla N° 21 y 22** respectivamente). El no conocer el tiempo que dura su tratamiento para tuberculosis estuvo asociado a mala adherencia según número de días perdidos (**Tabla N° 23**). Ninguna categoría de la variable conocimientos sobre tuberculosis estuvo asociada a mala adherencia según número de interrupciones del tratamiento anti-tuberculoso (**Tabla N° 24**).

Análisis multivariados del cumplimiento al tratamiento anti-tuberculoso

Modelado de la variable cumplido –regular e irregular- al tratamiento anti-tuberculoso:

El análisis multivariado al término del tratamiento anti-tuberculoso mostró que la comorbilidad con la infección por el VIH y no acudir a la posta por percibir lejanía fueron los únicos factores asociados de riesgo para el cumplimiento irregular (OR = 4,69 IC 95%: 1,22 – 17,97 y OR = 3,91, IC 95%: 1,18 – 12,99 respectivamente) (**Tabla N° 25**).

Adicionalmente, el modelo multivariado al término de la fase I de tratamiento anti-tuberculoso reveló que: No acudir a la posta por percibir lejanía (OR = 3,84 IC 95%: 1,23 – 12,01), tener infección por el VIH (OR = 4,87 IC 95%: 1,39 – 17,00) y tener trastorno de consumo de alcohol (AUDIT \geq 8) (OR = 2,34 IC 95%: 1,13 – 4,85) tuvieron mayor riesgo para tener un cumplimiento irregular al tratamiento; ser del sexo masculino (OR = 0,36 IC 95%: 0,17 – 0,75) fue un factor protector para tener un cumplimiento irregular al tratamiento anti-tuberculoso (**Tabla N° 26**).

Así mismo, en el modelo multivariado evaluado al término de la fase II del tratamiento anti-tuberculoso se demostró que el no acudir a la posta por percibir lejanía (OR =5,61, IC 95%: 1,70 – 18,50), percibir maltrato por el personal de salud (OR =3,02, IC 95%: 1,08 – 8,45), percibir un horario inadecuado de atención (OR =2,08, IC 95%: 0,98 – 4,42) y el antecedente de tuberculosis (OR =3,46, IC 95%: 1,38 – 8,63) fueron factores de riesgo para un cumplimiento irregular al tratamiento anti-tuberculoso. El percibir un horario inadecuado tuvo un $p > 0,05$ (**Tabla N° 27**).

Modelado de la variable abandono al tratamiento anti-tuberculoso:

El análisis multivariado final al término del tratamiento anti-tuberculoso mostró como factores de riesgo asociado con el abandono al tratamiento antituberculoso al nivel de consumo substancial-severo de drogas (OR = 4,10 IC 95%: 1,47 – 11,45; $p < 0,05$) y al reporte de haber tenido un episodio de ebriedad como causa de no acudir a la posta a recibir tratamiento (OR = 4,98 IC 95%: 1,35 – 18,43; $p < 0,05$) (**Tabla N° 28**).

Análisis multivariado de la adherencia al tratamiento anti-tuberculoso:

El análisis multivariado de regresión logística ordinal para adherencia según número de días o visitas perdidos mostró que los factores de riesgo asociados a una mala adherencia fueron la comorbilidad con la infección por el VIH (OR = 4,89 IC 95%: 1,24 – 19,26), reportar de episodio de no acudir a la posta por percibir lejanía (OR = 3,70 IC 95%: 1,09 – 12,56) y un nivel de consumo severo de drogas (OR = 10,15 IC 95%: 1,13 – 91,39); ser del sexo masculino (OR = 0,53 IC 95%: 0,30 – 0,95) fue un factor protector (**Tabla N° 29**).

En el análisis multivariado de regresión logística ordinal para Adherencia según número de interrupciones del tratamiento anti-tuberculoso se determinó que el único factor de riesgo asociado una mala adherencia fue la comorbilidad con la infección por el VIH (OR = 14,12 IC 95%: 1,73 – 115,30) ajustado por consumo de alcohol y depresión (**Tabla N° 30**).

Tabla Nº 1: Características de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que recibieron tratamiento anti-tuberculoso, Lima-Perú 2014.

Características	Total (n=215) %
Factores biológicos	
Media, edad- años (± DE[†])	36,42 ± 15,58
Edad	
De los 18 a menos de 25 años	55 (25,58)
De los 25 a menos de 35 años	68 (31,63)
De los 35 a menos de 45 años	30 (13,95)
Mayores de 45 años	62 (28,84)
Sexo	
Femenino	80 (37,21)
Masculino	135 (62,79)
Factores relacionados con el medio ambiente y la persona	
Grado de Instrucción	
Primaria incompleta	22 (10,23)
Primaria completa	16 (7,45)
Secundaria incompleta	47 (31,86)
Secundaria completa	67 (31,16)
Superior	63 (29,30)
Estado Civil	
Soltero	127 (59,07)
Casado	26 (12,09)
Conviviente	45 (20,93)
Separado	12 (5,58)
Viudo	5 (2,33)
Ingresos en soles	
Sin ingresos	93 (43,25)
Menor o igual al sueldo mínimo*	60 (27,91)
Mayor al sueldo mínimo	62 (28,84)
Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	
No pobre	36 (16,75)
Pobre (1 necesidad básica insatisfecha)	75 (34,88)
Pobre extremo (2 a más necesidades básicas insatisfechas)	104 (48,37)
Antecedente de tuberculosis	
No	170 (79,07)
Si	45 (20,93)
Comorbilidad VIH	
No	202 (93,95)
Si	13 (6,05)
Estado de depresión (CESD-10)	
No síntomas depresivos	117 (54,42)
Síntomas depresivos	57 (26,51)
Depresión leve	21 (9,77)
Depresión moderada	16 (7,44)
Depresión severa	4 (1,86)
Estigma hacia la Tuberculosis	
Bajo estigma	113 (52,56)
Alto estigma	102 (47,44)
Conocimientos sobre Tuberculosis	
No conocimiento	108 (50,23)
Si conocimiento	107(49,77)
Factores relacionados con los estilos de vida	
Consumo de Alcohol (AUDIT)	
Bajo riesgo	129 (60,00)
Riesgo por consumo	46 (21,40)
Consumo perjudicial	14 (6,51)
Dependencia	26 (12,09)
Consumo de Drogas (DAS-T)	
No problemas	166 (77,21)
Bajo nivel	16 (7,44)
Moderado nivel	10 (4,65)
Substantial nivel	17 (7,91)
Severo nivel	6 (2,79)

* Sueldo mínimo: 750 soles en el país. † DE: desviación izquierda.

Tabla Nº 2: Características de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que cumplieron con el tratamiento anti-tuberculoso, Lima-Perú 2014.

Características	Total (n=190) %
Factores biológicos	
Media edad, años (± DE[†])	36,69 ± 15,83
Edad	
De los 18 a menos de 25 años	49 (25,79)
De los 25 a menos de 35 años	57 (30,00)
De los 35 a menos de 45 años	28 (14,74)
Mayores de 45 años	56 (29,47)
Sexo	
Femenino	72 (37,89)
Masculino	118 (62,11)
Factores relacionados con el medio ambiente y la persona	
Grado de instrucción	
Primaria incompleta	20 (10,53)
Primaria completa	15 (7,89)
Secundaria incompleta	41 (21,58)
Secundaria completa	58 (30,53)
Superior	56 (29,97)
Estado Civil	
Soltero	114 (60,00)
Casado	24 (12,63)
Conviviente	38 (20,00)
Separado	9 (4,74)
Viudo	5 (2,63)
Ingresos en soles	
Sin ingresos	84 (44,21)
Menor o igual al sueldo mínimo*	54 (28,42)
Mayor al sueldo mínimo	52 (27,37)
Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	
No pobre	31 (16,32)
Pobre (1 necesidad básica insatisfecha)	63 (33,16)
Pobre extremo (2 a más necesidades básicas insatisfechas)	96 (50,52)
Antecedente de tuberculosis	
No	150 (78,95)
Si	40 (21,05)
Comorbilidad VIH	
No	178 (93,68)
Si	12 (6,32)
Estado de depresión (CESD-10)	
No síntomas depresivos	101 (53,26)
Síntomas depresivos	51 (26,84)
Depresión leve	19 (10,00)
Depresión moderada	15 (7,89)
Depresión severa	4 (2,11)
Estigma hacia la Tuberculosis	
Bajo estigma	104 (54,74)
Alto estigma	86 (45,26)
Conocimientos sobre Tuberculosis	
No conocimiento	92 (48,42)
Si conocimiento	98 (51,58)
Factores relacionados con los estilos de vida	
Consumo de Alcohol (AUDIT)	
Bajo riesgo	115 (60,52)
Riesgo de consumo	40 (21,05)
Consumo perjudicial	12 (6,32)
Dependencia	23 (12,11)
Consumo de Drogas (DAS-T)	
No problemas	150 (78,95)
Bajo nivel	15 (7,89)
Moderado nivel	9 (4,74)
Substancial nivel	10 (5,26)
Severo nivel	6 (3,16)

* Sueldo mínimo: 750 soles en el país. † DE: desviación izquierda.

Tabla N° 3: Características de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según cumplimiento regular e irregular al tratamiento anti-tuberculoso evaluados al final del tratamiento, Lima-Perú 2014.

Características	Cumplido regular (n= 107)%	Cumplido irregular (n= 83)%	p [†]
Factores biológicos			
Media edad, años (± DE [‡])	38,63 ± 17,18	34,20 ± 13,59	NS
Sexo			
Femenino	37 (34,58)	35 (42,17)	NS
Masculino	70 (65,42)	48 (57,83)	
Factores relacionados con el medio ambiente y la persona			
Grado de instrucción			
Primaria incompleta	13 (12,15)	7 (8,43)	NS
Primaria completa	9 (8,41)	6 (7,23)	
Secundaria incompleta	19 (17,76)	22 (26,51)	
Secundaria completa	33 (30,84)	25 (30,12)	
Superior	33 (30,48)	23 (27,71)	
Estado Civil			
Soltero	60 (56,07)	54 (65,06)	NS
Casado	14 (13,08)	10 (12,05)	
Conviviente	25 (23,36)	13 (15,66)	
Separado	5 (4,68)	4 (4,82)	
Viudo	3 (2,81)	2 (2,41)	
Ingresos en soles			
Sin ingresos	46 (42,99)	38 (45,78)	NS
Menor o igual al sueldo mínimo*	31 (28,97)	23 (27,71)	
Mayor al sueldo mínimo	30 (28,04)	22 (26,51)	
Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)			
No pobre	17 (15,89)	14 (16,87)	NS
Pobre (1 necesidad básica insatisfecha)	35 (32,71)	28 (33,73)	
Pobre extremo (2 a más necesidades básicas insatisfechas)	55 (51,40)	41 (49,40)	
Antecedente de tuberculosis			
No	85 (79,44)	65 (78,31)	NS
Si	22 (20,56)	18 (21,69)	
Comorbilidad VIH			
No	104 (97,20)	74 (89,16)	< 0,05
Si	3 (2,80)	9 (10,84)	
Estado de depresión (CESD-10)			
No síntomas depresivos	59 (55,14)	42 (50,60)	NS
Síntomas depresivos	30 (28,04)	21 (25,30)	
Depresión leve	10 (9,35)	9 (10,84)	
Depresión moderada	7 (6,54)	8 (9,64)	
Depresión severa	1 (0,93)	3 (3,62)	
Estigma hacia la Tuberculosis			
Bajo estigma	58 (54,21)	46 (55,42)	NS
Alto estigma	49 (45,79)	37 (44,58)	
Conocimientos sobre Tuberculosis			
No conocimiento	50 (46,73)	42 (50,60)	NS
Si conocimiento	57 (53,27)	42 (49,40)	

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 Soles/mes. [‡]DE: desviación izquierda. [†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla Nº 3: Características de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según cumplimiento regular e irregular al tratamiento anti-tuberculoso evaluados al final del tratamiento, Lima-Perú 2014 (continuación).

Características	Cumplido regular (n=107)%	Cumplido irregular (n= 83)%	p [†]
Barreras de acceso a los servicios de salud, del personal de salud y de la persona			
Dificultad para transporte hacia la posta			
No barrera	90 (84,11)	68 (81,93)	
Si barrera	17 (15,89)	15 (18,07)	NS
Percepción de horario inadecuado			
No barrera	77 (71,96)	56 (67,47)	
Si barrera	30 (28,04)	27 (32,53)	NS
Percepción de maltrato por el personal de salud			
No barrera	98 (91,59)	72 (86,75)	
Si barrera	9 (8,41)	11 (13,25)	NS
Temor que alguien lo reconozca en la posta			
No barrera	62 (57,94)	49 (59,04)	
Si barrera	45 (42,06)	34 (40,96)	NS
Percepción de desconfianza en el personal de salud			
No barrera	90 (84,11)	75 (90,36)	
Si barrera	17 (15,89)	8 (9,64)	NS
Percepción de importancia sobre cuidado de la salud			
No barrera	101 (94,39)	83 (100,0)	
Si barrera	6 (5,61)	0 (0,00)	< 0,05
Presencia de episodio donde no tuvo con quien dejar a sus hijos por ir a la posta			
No barrera	94 (87,85)	68 (81,93)	
Si barrera	13 (12,15)	15 (18,07)	NS
Reporte de episodio de ebriedad como causa de no asistir a la posta			
No barrera	104 (97,20)	79 (95,18)	
Si barrera	3 (2,80)	4 (4,82)	NS
Reporte de no recibir atención cuando correspondía			
No barrera	95 (88,79)	78 (93,98)	
Si barrera	12 (11,21)	5 (6,02)	NS
Media del tiempo que demora en llegar a la posta para recibir su tratamiento para tuberculosis, minutos (± DE[†])	15,02 ± 18,02	12,70 ± 7,06	NS
Reporte de Episodio de no acudir a la posta por percibir lejanía			
No barrera	103 (96,26)	73 (87,95)	
Si barrera	4 (3,74)	10 (12,05)	< 0,05
Reporte de algún tipo de miedo sobre el tratamiento para tuberculosis			
No barrera	58 (54,21)	52 (62,65)	
Si barrera	49 (45,79)	31 (37,35)	NS
Factores relacionados con los estilos de vida			
Consumo de Alcohol (AUDIT)			
Bajo riesgo	70 (65,42)	45 (54,22)	
Riesgo de consumo	20 (18,69)	20 (24,10)	
Consumo perjudicial	5 (4,67)	7 (8,43)	NS
Dependencia	12 (11,21)	11 (13,25)	
Consumo de Drogas (DAS-T)			
No problemas	86 (80,37)	64 (77,11)	
Bajo nivel	12 (11,21)	3 (3,61)	
Moderado nivel	3 (2,80)	6 (7,23)	NS
Substancial nivel	5 (4,67)	5 (6,02)	
Severo nivel	1 (0,93)	5 (6,02)	

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 Soles/mes. [†]DE: desviación izquierda. [†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 4: Características de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según cumplimiento regular e irregular al tratamiento anti-tuberculoso evaluados al finalizar la fase I del tratamiento, Lima-Perú 2014.

Características	Cumplido regular (n= 130)%	Cumplido irregular (n= 60)%	p [†]
Factores biológicos			
Media edad, años (± DE [‡])	37,94 ± 17,10	34,00 ± 12,37	NS
Sexo			
Femenino	14 (33,85)	28 (46,67)	NS
Masculino	86 (66,15)	32 (53,33)	
Factores relacionados con el medio ambiente y la persona			
Grado de instrucción			
Primaria incompleta	15 (11,54)	5 (8,33)	NS
Primaria completa	11 (8,46)	4 (6,67)	
Secundaria incompleta	27 (20,77)	14 (23,33)	
Secundaria completa	39 (30,00)	19 (31,67)	
Superior	38 (29,23)	18 (30,00)	
Estado Civil			
Soltero	71 (54,61)	43 (71,67)	NS
Casado	18 (13,85)	6 (10,00)	
Conviviente	30 (23,08)	8 (13,33)	
Separado	7 (5,38)	2 (3,33)	
Viudo	4 (3,08)	1 (1,67)	
Ingresos en soles			
Sin ingresos	54 (41,54)	30 (50,00)	NS
Menor o igual al sueldo mínimo*	38 (29,23)	16 (26,67)	
Mayor al sueldo mínimo	38 (29,23)	14 (23,33)	
Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)			
No pobre	20 (15,38)	11 (18,33)	NS
Pobre (1 necesidad básica insatisfecha)	45 (34,62)	18 (30,00)	
Pobre extremo (2 a más necesidades básicas insatisfechas)	65 (50,00)	31 (51,67)	
Antecedente de tuberculosis			
No	100 (76,92)	50 (83,33)	NS
Si	30 (23,08)	10 (16,67)	
Comorbilidad VIH			
No	125 (96,15)	53 (88,33)	NS
Si	5 (3,85)	7 (11,67)	
Estado de depresión (CESD-10)			
No síntomas depresivos	71 (54,62)	30 (50,00)	NS
Síntomas depresivos	37 (28,46)	14 (23,33)	
Depresión leve	11 (8,46)	8 (13,33)	
Depresión moderada	9 (6,92)	6 (10,00)	
Depresión severa	2 (1,54)	2 (3,33)	
Estigma hacia la Tuberculosis			
Bajo estigma	70 (53,85)	60 (46,15)	NS
Alto estigma	34 (56,67)	26 (43,33)	
Conocimientos sobre Tuberculosis			
No conocimiento	64 (49,23)	28 (46,67)	NS
Si conocimiento	66 (50,77)	32 (53,33)	

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 Soles/mes. [‡]DE: desviación izquierda. [†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 4: Características de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según cumplimiento regular e irregular al tratamiento anti-tuberculoso evaluados al finalizar la fase I del tratamiento, Lima-Perú 2014 (continuación).

Características	Cumplido regular (n= 130)%	Cumplido irregular (n= 60)%	p [†]
Barreras de acceso a los servicios de salud, del personal de salud y de la persona			
Dificultad para transporte hacia la posta			
No barrera	107 (82,31)	51 (85,00)	NS
Si barrera	23 (17,69)	9 (15,00)	
Percepción de horario inadecuado			
No barrera	93 (71,54)	40 (66,67)	NS
Si barrera	37 (28,46)	20 (33,33)	
Percepción de maltrato por el personal de salud			
No barrera	118 (90,77)	52 (86,67)	NS
Si barrera	12 (9,23)	8 (13,33)	
Temor que alguien lo reconozca en la posta			
No barrera	73 (56,15)	38 (63,33)	NS
Si barrera	57 (43,85)	22 (36,67)	
Percepción de desconfianza en el personal de salud			
No barrera	111 (85,38)	54 (90,00)	NS
Si barrera	19 (14,62)	6 (10,00)	
Percepción de importancia sobre cuidado de la salud			
No barrera	124 (95,38)	60 (100,0)	NS
Si barrera	6 (4,62)	0 (0,00)	
Presencia de episodio donde no tuvo con quien dejar a sus hijos por ir a la posta			
No barrera	112 (86,15)	50 (83,33)	NS
Si barrera	18 (13,85)	10 (16,67)	
Reporte de episodio de ebriedad como causa de no asistir a la posta			
No barrera	125 (96,15)	58 (96,67)	NS
Si barrera	5 (3,85)	2 (3,33)	
Reporte de no recibir atención cuando correspondía			
No barrera	118 (90,77)	55 (91,67)	NS
Si barrera	12 (9,23)	5 (8,33)	
Media del tiempo que demora en llegar a la posta para recibir su tratamiento para tuberculosis, minutos (± DE[‡])	15,01 ± 16,80	11,83 ± 5,77	NS
Reporte de Episodio de no acudir a la posta por percibir lejanía			
No barrera	124 (95,38)	52 (86,67)	< 0,05
Si barrera	6 (4,62)	8 (13,33)	
Reporte de algún tipo de miedo sobre el tratamiento para tuberculosis			
No barrera	72 (55,38)	38 (63,33)	NS
Si barrera	58 (44,62)	22 (36,67)	
Factores relacionados con los estilos de vida			
Consumo de Alcohol (AUDIT)			
Bajo riesgo	83 (63,85)	32 (53,33)	NS
Riesgo de consumo	25 (19,23)	15 (25,00)	
Consumo perjudicial	9 (6,92)	3 (5,00)	
Dependencia	13 (10,00)	10 (16,67)	
Consumo de Drogas (DAS-T)			
No problemas	104 (80,00)	46 (76,67)	NS
Bajo nivel	13 (10,00)	2 (3,33)	
Moderado nivel	3 (2,31)	6 (10,00)	
Substancial nivel	7 (5,38)	3 (5,00)	
Severo nivel	3 (2,31)	3 (5,00)	

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 Soles/mes. [‡]DE: desviación izquierda. [†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 5: Características de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según cumplimiento regular e irregular al tratamiento anti-tuberculoso evaluados al finalizar la fase II del tratamiento, Lima-Perú 2014.

Características	Cumplido regular (n= 143)%	Cumplido irregular (n= 47)%	p [†]
Factores biológicos			
Media edad, años (± DE [¶])	37,73 ± 16,34	33,55 ± 13,86	NS
Sexo			
Femenino	51 (35,66)	21 (44,68)	NS
Masculino	92 (64,34)	26 (55,32)	
Factores relacionados con el medio ambiente y la persona			
Grado de instrucción			
Primaria incompleta	15 (10,49)	5 (10,64)	NS
Primaria completa	11 (7,69)	4 (8,51)	
Secundaria incompleta	24 (16,78)	17 (36,17)	
Secundaria completa	47 (32,87)	11 (23,40)	
Superior	46 (32,17)	10 (21,28)	
Estado Civil			
Soltero	85 (59,44)	29 (61,70)	NS
Casado	17 (11,89)	7 (14,89)	
Conviviente	30 (20,98)	8 (17,02)	
Separado	7 (4,90)	2 (4,26)	
Viudo	4 (2,80)	1 (2,13)	
Ingresos en soles			
Sin ingresos	62 (43,36)	22 (46,81)	NS
Menor o igual al sueldo mínimo*	41 (28,67)	13 (27,66)	
Mayor al sueldo mínimo	40 (27,97)	12 (22,53)	
Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)			
No pobre	24 (16,78)	7 (14,89)	NS
Pobre (1 necesidad básica insatisfecha)	47 (32,87)	16 (34,04)	
Pobre extremo (2 a más necesidades básicas insatisfechas)	72 (50,35)	24 (51,06)	
Antecedente de tuberculosis			
No	117 (81,82)	33 (70,21)	NS
Si	26 (18,18)	14 (29,79)	
Comorbilidad VIH			
No	135 (94,41)	43 (91,49)	NS
Si	8 (5,59)	4 (8,51)	
Estado de depresión (CESD-10)			
No síntomas depresivos	77 (53,85)	24 (51,06)	NS
Síntomas depresivos	40 (27,97)	11 (23,40)	
Depresión leve	15 (10,49)	4 (8,51)	
Depresión moderada	10 (6,99)	5 (10,64)	
Depresión severa	1 (0,70)	3 (6,38)	
Estigma hacia la Tuberculosis			
Bajo estigma	80 (55,94)	24 (51,06)	NS
Alto estigma	63 (44,06)	23 (48,94)	
Conocimientos sobre Tuberculosis			
No conocimiento	65 (45,45)	27 (57,45)	NS
Si conocimiento	78 (54,55)	20 (42,55)	

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 Soles/mes. [¶]DE: desviación izquierda. [†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla Nº 5: Características de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según cumplimiento regular e irregular al tratamiento anti-tuberculoso evaluados en la II fase del tratamiento, Lima-Perú 2014 (continuación).

Características	Cumplido regular (n= 143)%	Cumplido irregular (n= 47)%	p [†]
Barreras de acceso a los servicios de salud, del personal de salud y de la persona			
Dificultad para transporte hacia la posta			
No barrera	120 (83,92)	38 (80,85)	
Si barrera	23 (16,08)	9 (19,15)	NS
Percepción de horario inadecuado			
No barrera	107 (74,83)	26 (55,32)	
Si barrera	36 (25,17)	21 (44,68)	< 0,05
Percepción de maltrato por el personal de salud			
No barrera	133 (93,01)	37 (78,72)	
Si barrera	10 (6,99)	10 (21,28)	< 0,05
Temor que alguien lo reconozca en la posta			
No barrera	87 (60,84)	24 (51,06)	
Si barrera	56 (39,16)	23 (48,94)	NS
Percepción de desconfianza en el personal de salud			
No barrera	124 (86,71)	41 (87,23)	
Si barrera	19 (13,29)	6 (12,77)	NS
Percepción de importancia sobre cuidado de la salud			
No barrera	137 (95,80)	47 (100,0)	
Si barrera	6 (4,20)	0 (0,00)	NS
Presencia de episodio donde no tuvo con quien dejar a sus hijos por ir a la posta			
No barrera	126 (88,11)	36 (76,60)	
Si barrera	17 (11,89)	11 (23,40)	NS
Reporte de episodio de ebriedad como causa de no asistir a la posta			
No barrera	140 (97,90)	43 (91,49)	
Si barrera	3 (2,10)	4 (8,51)	NS
Reporte de no recibir atención cuando correspondía			
No barrera	130 (90,91)	43 (91,49)	
Si barrera	13 (9,09)	4 (8,51)	NS
Media del tiempo que demora en llegar a la posta para recibir su tratamiento para tuberculosis, minutos (± DE[†])	14,03 ± 15,78	13,91 ± 8,62	NS
Reporte de Episodio de no acudir a la posta por percibir lejanía			
No barrera	137 (95,80)	39 (82,98)	
Si barrera	6 (4,20)	8 (17,02)	< 0,05
Reporte de algún tipo de miedo sobre el tratamiento para tuberculosis			
No barrera	83 (58,04)	27 (57,45)	
Si barrera	60 (41,96)	20 (42,55)	NS
Factores relacionados con los estilos de vida			
Consumo de Alcohol (AUDIT)			
Bajo riesgo	88 (61,53)	27 (57,45)	
Riesgo de consumo	31 (21,68)	9 (19,15)	
Consumo perjudicial	7 (4,90)	5 (10,64)	NS
Dependencia	17 (11,89)	6 (12,77)	
Consumo de Drogas (DAS-T)			
No problemas	112 (78,31)	38 (80,85)	
Bajo nivel	14 (9,79)	1 (2,13)	
Moderado nivel	7 (4,90)	2 (4,26)	NS
Substantial nivel	7 (4,90)	3 (6,38)	
Severo nivel	3 (2,10)	3 (6,38)	

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 Soles/mes. [†]DE: desviación izquierda. [†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 6: Características de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según si presentaron o no abandono al tratamiento anti-tuberculoso evaluados al final del tratamiento, Lima-Perú 2014.

Características	No abandono (n= 190)%	Si abandono (n= 25)%	p [†]
Factores biológicos			
Media edad, años (± DE [¶])	36,69 ± 15,83	34,32 ± 13,65	NS
Sexo			
Femenino	72 (37,89)	8 (32,00)	NS
Masculino	118 (62,11)	17 (68,00)	
Factores relacionados con el medio ambiente y la persona			
Grado de instrucción			
Primaria incompleta	20 (10,53)	2 (8,00)	NS
Primaria completa	15 (7,89)	1 (4,00)	
Secundaria incompleta	41 (21,58)	6 (24,00)	
Secundaria completa	58 (30,53)	9 (36,00)	
Superior	56 (29,47)	7 (28,00)	
Estado Civil			
Soltero	114 (60,00)	13 (52,00)	NS
Casado	24 (12,63)	2 (8,00)	
Conviviente	38 (20,00)	7 (28,00)	
Separado	9 (4,74)	3 (12,00)	
Viudo	5 (2,63)	0 (0,00)	
Ingresos en soles			
Sin ingresos	84 (44,21)	9 (36,00)	NS
Menor o igual al sueldo mínimo*	54 (28,42)	6 (24,00)	
Mayor al sueldo mínimo	52 (27,37)	10 (40,00)	
Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)			
No pobre	31 (16,32)	5 (20,00)	NS
Pobre (1 necesidad básica insatisfecha)	63 (33,16)	12 (48,00)	
Pobre extremo (2 a más necesidades básicas insatisfechas)	96 (50,53)	8 (32,00)	
Antecedente de tuberculosis			
No	150 (78,95)	20 (80,00)	NS
Si	40 (21,05)	5 (20,00)	
Comorbilidad VIH			
No	178 (93,68)	24 (96,00)	NS
Si	12 (6,32)	1 (4,00)	
Estado de depresión (CESD-10)			
No síntomas depresivos	101 (53,16)	16 (64,00)	NS
Síntomas depresivos	51 (26,84)	6 (24,00)	
Depresión leve	19 (10,00)	2 (8,00)	
Depresión moderada	15 (7,89)	1 (4,00)	
Depresión severa	4 (2,11)	0 (0,00)	
Estigma hacia la Tuberculosis			
Bajo estigma	104 (54,74)	9 (36,00)	NS
Alto estigma	86 (45,26)	16 (64,00)	
Conocimientos sobre Tuberculosis			
No conocimiento	92 (48,42)	16 (64,00)	NS
Si conocimiento	98 (51,58)	9 (36,00)	

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 Soles/mes. [¶]DE: desviación izquierda. [†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 6: Características de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según si presentaron o no abandono al tratamiento anti-tuberculoso evaluados al final del tratamiento, Lima-Perú 2014 (continuación).

Características	No abandono (n= 190)%	Si abandono (n= 25)%	p [†]
Barreras de acceso a los servicios de salud, del personal de salud y de la persona			
Dificultad para transporte hacia la posta			
No barrera	158 (83,16)	21 (84,00)	
Si barrera	32 (16,84)	4 (16,00)	NS
Percepción de horario inadecuado			
No barrera	133 (70,00)	15 (60,00)	
Si barrera	57 (30,00)	10 (40,00)	NS
Percepción de maltrato por el personal de salud			
No barrera	170 (89,47)	21 (84,00)	
Si barrera	20 (10,53)	4 (16,00)	NS
Temor que alguien lo reconozca en la posta			
No barrera	111 (58,42)	14 (56,00)	
Si barrera	79 (41,58)	11 (44,00)	NS
Percepción de desconfianza en el personal de salud			
No barrera	165 (86,84)	18 (72,00)	
Si barrera	25 (13,60)	7 (28,00)	< 0,05
Percepción de importancia sobre cuidado de la salud			
No barrera	184 (96,84)	24 (96,00)	
Si barrera	6 (3,16)	1 (4,00)	NS
Presencia de episodio donde no tuvo con quien dejar a sus hijos por ir a la posta			
No barrera	162 (85,26)	22 (88,00)	
Si barrera	28 (14,74)	3 (12,00)	NS
Reporte de episodio de ebriedad como causa de no asistir a la posta			
No barrera	183 (96,32)	21 (84,00)	
Si barrera	7 (3,68)	4 (16,00)	< 0,05
Reporte de no recibir atención cuando correspondía			
No barrera	173 (91,05)	206 (80,00)	
Si barrera	17 (8,95)	5 (20,00)	NS
Media del tiempo que demora en llegar a la posta para recibir su tratamiento para tuberculosis, minutos (± DE[†])	14,01 ± 14,32	12,92 ± 8,22	NS
Reporte de Episodio de no acudir a la posta por percibir lejanía			
No barrera	176 (92,63)	23 (92,00)	
Si barrera	14 (7,37)	2 (8,00)	NS
Reporte de algún tipo de miedo sobre el tratamiento para tuberculosis			
No barrera	110 (57,89)	11 (44,00)	
Si barrera	80 (42,11)	14 (56,00)	NS
Factores relacionados con los estilos de vida			
Consumo de Alcohol (AUDIT)			
Bajo riesgo	115 (60,52)	14 (56,00)	
Riesgo de consumo	40 (21,05)	6 (24,00)	
Consumo perjudicial	12 (6,32)	2 (8,00)	NS
Dependencia	23 (12,11)	3 (12,00)	
Consumo de Drogas (DAS-T)			
No problemas	150 (78,95)	16 (64,00)	
Bajo nivel	15 (7,89)	1 (4,00)	
Moderado nivel	9 (4,74)	1 (4,00)	< 0,05
Substancial nivel	10 (5,26)	7 (28,00)	
Severo nivel	6 (3,16)	0 (0,00)	

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 Soles/mes. [†]DE: desviación izquierda. [†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 7: Características de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según el número de días o visitas perdidos del tratamiento anti-tuberculoso, Lima-Perú 2014.

Características	Adherencia Buena (n=37) %	Adherencia Regular (n= 70) %	Adherencia Mala (n=83) %	p [†]
Factores biológicos				
Media edad, años (± DE [¶])	40,08 ± 20,04	37,47 ± 15,38	34,53 ± 13,85	NS
Sexo				
Femenino	11 (29,73)	26 (37,14)	35 (42,17)	NS
Masculino	26 (70,27)	44 (62,86)	48 (57,83)	
Factores relacionados con el medio ambiente y la persona				
Grado de instrucción				
Primaria incompleta	3 (8,12)	9 (12,86)	8 (9,64)	NS
Primaria completa	5 (13,51)	4 (5,71)	6 (7,23)	
Secundaria incompleta	4 (10,81)	14 (20,00)	23 (27,71)	
Secundaria completa	16 (43,24)	18 (25,71)	24 (28,92)	
Superior	9 (24,32)	25 (35,71)	22 (26,51)	
Estado Civil				
Soltero	20 (54,05)	40 (57,13)	54 (65,06)	NS
Casado	5 (13,51)	9 (12,86)	10 (12,05)	
Conviviente	7 (18,92)	17 (24,29)	14 (16,87)	
Separado	3 (8,11)	2 (2,86)	4 (4,82)	
Viudo	2 (5,41)	2 (2,86)	1 (1,20)	
Ingresos en soles				
Sin ingresos	19 (51,36)	28 (40,00)	37 (44,58)	NS
Menor o igual al sueldo mínimo*	9 (24,32)	21 (30,00)	24 (28,92)	
Mayor al sueldo mínimo	9 (24,32)	21 (30,00)	22 (26,50)	
Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)				
No pobre	3 (8,11)	15 (21,43)	13 (15,66)	NS
Pobre (1 necesidad básica insatisfecha)	15 (40,54)	19 (27,14)	29 (34,94)	
Pobre extremo (2 a más necesidades básicas insatisfechas)	19 (51,35)	36 (51,43)	41 (49,40)	
Antecedente de tuberculosis				
No	31 (83,78)	55 (78,57)	64 (77,11)	NS
Si	6 (16,22)	15 (21,43)	19 (22,89)	
Comorbilidad VIH				
No	37 (100,0)	67 (95,71)	74 (89,16)	NS
Si	0 (0,00)	3 (4,29)	9 (10,84)	
Estado de depresión (CESD-10)				
No síntomas depresivos	22 (59,46)	38 (54,29)	41 (49,40)	NS
Síntomas depresivos	10 (27,03)	20 (28,57)	21 (25,30)	
Depresión leve	4 (10,81)	5 (7,14)	10 (12,05)	
Depresión moderada	1 (2,70)	6 (8,57)	8 (9,64)	
Depresión severa	0 (0,00)	1 (1,43)	3 (3,61)	
Estigma hacia la Tuberculosis				
Bajo estigma	22 (59,46)	37 (52,86)	45 (54,22)	NS
Alto estigma	15 (40,54)	33 (47,14)	38 (45,78)	
Conocimientos sobre Tuberculosis				
No conocimiento	17 (45,95)	33 (47,14)	42 (50,60)	NS
Si conocimiento	20 (54,05)	37 (52,86)	41 (49,40)	

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 Soles/mes. [¶]DE: desviación izquierda. [†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 7: Características de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según el número de días o visitas perdidos del tratamiento anti-tuberculoso, Lima-Perú 2014. (continuación).

Características	Adherencia Buena (n=37) %	Adherencia Regular (n= 70) %	Adherencia Mala (n=83) %	p [†]
Barreras de acceso a los servicios de salud, del personal de salud y de la persona				
Dificultad para transporte hacia la posta				
No barrera	31 (83,78)	60 (85,71)	67 (80,72)	
Si barrera	6 (16,22)	10 (14,29)	16 (19,28)	NS
Percepción de horario inadecuado				
No barrera	32 (86,49)	46 (65,71)	55 (66,27)	
Si barrera	5 (13,51)	24 (34,29)	28 (33,73)	<0.05
Percepción de maltrato por el personal de salud				
No barrera	34 (91,89)	64 (91,43)	72 (86,75)	
Si barrera	3 (8,11)	6 (8,57)	11 (13,25)	NS
Temor que alguien lo reconozca en la posta				
No barrera	21 (56,76)	43 (61,43)	47 (56,63)	
Si barrera	16 (43,24)	27 (38,57)	36 (43,37)	NS
Percepción de desconfianza en el personal de salud				
No barrera	32 (86,49)	58 (82,86)	75 (90,36)	
Si barrera	5 (13,51)	12 (17,14)	8 (9,64)	<0.05
Percepción de importancia sobre cuidado de la salud				
No barrera	35 (94,59)	67 (95,71)	82 (98,80)	
Si barrera	2 (5,41)	3 (4,29)	1 (1,20)	NS
Presencia de episodio donde no tuvo con quien dejar a sus hijos por ir a la posta				
No barrera	32 (86,49)	60 (85,71)	70 (84,34)	
Si barrera	5 (13,51)	10 (14,29)	13 (15,66)	NS
Reporte de episodio de ebriedad como causa de no asistir a la posta				
No barrera	37 (100,0)	67 (95,71)	79 (95,18)	
Si barrera	0 (0,00)	3 (4,29)	4 (4,82)	NS
Reporte de no recibir atención cuando correspondía				
No barrera	33 (89,19)	62 (88,57)	78 (93,98)	
Si barrera	4 (10,81)	8 (11,43)	5 (6,02)	NS
Media del tiempo que demora en llegar a la posta para recibir su tratamiento para tuberculosis, minutos (± DE[†])	14,22 ± 12,95	15,73 ± 20,18	12,46 ± 7,19	NS
Reporte de Episodio de no acudir a la posta por percibir lejanía				
No barrera	35 (94,59)	68 (97,14)	73 (87,95)	
Si barrera	2 (5,41)	2 (2,86)	10 (12,05)	NS
Reporte de algún tipo de miedo sobre el tratamiento para tuberculosis				
No barrera	21 (56,76)	38 (54,29)	51 (61,45)	
Si barrera	16 (43,24)	32 (45,71)	32 (38,55)	NS
Factores relacionados con los estilos de vida				
Consumo de Alcohol (AUDIT)				
Bajo riesgo	25 (67,57)	45 (64,29)	45 (54,22)	
Riesgo de consumo	7 (18,92)	14 (20,00)	19 (22,89)	
Consumo perjudicial	1 (2,70)	4 (5,71)	7 (8,43)	NS
Dependencia	4 (10,81)	7 (10,00)	12 (14,46)	
Consumo de Drogas (DAS-T)				
No problemas	31 (83,78)	56 (80,00)	63 (75,90)	
Bajo nivel	5 (13,51)	7 (10,00)	3 (3,61)	NS
Moderado nivel	1 (2,70)	2 (2,86)	6 (7,23)	
Substancial nivel	0 (0,00)	4 (5,71)	6 (7,23)	
Severo nivel	0 (0,00)	1 (1,43)	5 (6,02)	

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 Soles/mes. [†]DE: desviación izquierda. [†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 8: Características de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según el número de interrupciones durante el tratamiento anti-tuberculoso, Lima-Perú 2014.

Características	Adherencia Buena (n=37) %	Adherencia Regular (n= 64) %	Adherencia Mala (n=89) %	p[†]
Factores biológicos				
Media edad, años (± DE [‡])	40,08 ± 20,04	37,64 ± 15,99	34,61 ± 13,46	NS
Sexo				
Femenino	11 (29,73)	27 (42,19)	34 (38,20)	NS
Masculino	26 (70,27)	37 (57,81)	55 (61,80)	
Factores relacionados con el medio ambiente y la persona				
Grado de instrucción				
Primaria incompleta	3 (8,12)	10 (15,62)	7 (7,87)	NS
Primaria completa	5 (13,51)	3 (4,69)	7 (7,87)	
Secundaria incompleta	4 (10,81)	16 (25,00)	21 (23,60)	
Secundaria completa	16 (43,24)	16 (25,00)	26 (29,21)	
Superior	9 (24,32)	19 (29,69)	28 (31,45)	
Estado Civil				
Soltero	20 (54,05)	32 (50,00)	62 (69,66)	NS
Casado	5 (13,51)	9 (14,06)	10 (11,24)	
Conviviente	7 (18,92)	18 (28,12)	13 (14,61)	
Separado	3 (8,11)	3 (4,69)	3 (3,37)	
Viudo	2 (5,41)	2 (3,13)	1 (1,12)	
Ingresos en soles				
Sin ingresos	19 (51,36)	29 (45,31)	36 (40,45)	NS
Menor o igual al sueldo mínimo*	9 (24,32)	20 (31,25)	25 (28,09)	
Mayor al sueldo mínimo	9 (24,32)	15 (23,44)	28 (31,46)	
Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)				
No pobre	3 (8,11)	10 (15,62)	18 (20,22)	NS
Pobre (1 necesidad básica insatisfecha)	15 (40,54)	17 (26,56)	31 (34,83)	
Pobre extremo (2 a más necesidades básicas insatisfechas)	19 (51,35)	37 (57,81)	40 (44,94)	
Antecedente de tuberculosis				
No	31 (83,78)	51 (79,69)	68 (76,40)	NS
Si	6 (16,22)	13 (20,31)	21 (23,60)	
Comorbilidad VIH				
No	37 (100,0)	63 (98,44)	78 (87,64)	< 0,05
Si	0 (0,00)	1 (1,56)	11 (12,36)	
Estado de depresión (CESD-10)				
No síntomas depresivos	22 (59,46)	37 (57,81)	42 (47,19)	NS
Síntomas depresivos	10 (27,03)	20 (31,25)	21 (23,60)	
Depresión leve	4 (10,81)	3 (4,69)	12 (13,48)	
Depresión moderada	1 (2,70)	3 (4,69)	11 (12,36)	
Depresión severa	0 (0,00)	1 (3,37)	3 (3,37)	
Estigma hacia la Tuberculosis				
Bajo estigma	22 (59,46)	32 (50,00)	50 (56,18)	NS
Alto estigma	15 (40,54)	32 (50,00)	39 (43,82)	
Conocimientos sobre Tuberculosis				
No conocimiento	17 (45,95)	32 (50,00)	43 (48,31)	NS
Si conocimiento	20 (54,05)	32 (50,00)	46 (51,69)	

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 soles/mes. [‡]DE: desviación izquierda. [†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 8: Características de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según el número de interrupciones durante el tratamiento anti-tuberculoso, Lima-Perú 2014. (continuación).

Características	Adherencia Buena (n=37) %	Adherencia Regular (n= 64) %	Adherencia Mala (n=89) %	p [†]
Barreras de acceso a los servicios de salud, del personal de salud y de la persona				
Dificultad para transporte hacia la posta				
No barrera	31 (83,78)	52 (81,25)	75 (84,27)	
Si barrera	6 (16,22)	12 (18,75)	14 (15,73)	NS
Percepción de horario inadecuado				
No barrera	32 (86,49)	43 (67,19)	58 (65,17)	
Si barrera	5 (13,51)	21 (32,81)	31 (34,83)	<0.05
Percepción de maltrato por el personal de salud				
No barrera	34 (91,89)	60 (93,75)	76 (85,39)	
Si barrera	3 (8,11)	4 (6,25)	13 (14,61)	NS
Temor que alguien lo reconozca en la posta				
No barrera	21 (56,76)	39 (60,94)	51 (57,30)	
Si barrera	16 (43,24)	25 (39,06)	38 (42,70)	NS
Percepción de desconfianza en el personal de salud				
No barrera	32 (86,49)	51 (79,69)	82 (92,13)	
Si barrera	5 (13,51)	13 (20,31)	7 (7,87)	NS
Percepción de importancia sobre cuidado de la salud				
No barrera	35 (94,59)	62 (96,88)	87 (97,75)	
Si barrera	2 (5,41)	2 (3,12)	2 (2,25)	NS
Presencia de episodio donde no tuvo con quien dejar a sus hijos por ir a la posta				
No barrera	32 (86,49)	52 (81,25)	78 (87,64)	
Si barrera	5 (13,51)	12 (18,75)	11 (12,36)	NS
Reporte de episodio de ebriedad como causa de no asistir a la posta				
No barrera	37 (100,0)	62 (96,88)	84 (94,38)	
Si barrera	0 (0,00)	2 (3,12)	5 (5,62)	NS
Reporte de no recibir atención cuando correspondía				
No barrera	33 (89,19)	57 (89,06)	83 (93,26)	
Si barrera	4 (10,81)	7 (10,94)	6 (6,74)	NS
Media del tiempo que demora en llegar a la posta para recibir su tratamiento para tuberculosis, minutos (± DE[†])	14,22 ± 12,95	14,78 ± 16,33	13,36 ± 13,42	NS
Reporte de Episodio de no acudir a la posta por percibir lejanía				
No barrera	35 (94,59)	62 (96,88)	79 (88,76)	
Si barrera	2 (5,41)	2 (3,12)	10 (11,24)	NS
Reporte de algún tipo de miedo sobre el tratamiento para tuberculosis				
No barrera	21 (56,76)	36 (56,25)	53 (59,55)	
Si barrera	16 (43,24)	28 (43,75)	36 (40,45)	NS
Factores relacionados con los estilos de vida				
Consumo de Alcohol (AUDIT)				
Bajo riesgo	25 (67,57)	42 (65,62)	48 (53,93)	
Riesgo de consumo	7 (18,92)	11 (17,19)	22 (24,72)	
Consumo perjudicial	1 (2,70)	4 (6,25)	7 (7,87)	NS
Dependencia	4 (10,81)	7 (10,94)	12 (13,48)	
Consumo de Drogas (DAS-T)				
No problemas	31 (83,78)	51 (79,69)	68 (76,40)	
Bajo nivel	5 (13,52)	7 (10,94)	3 (3,37)	
Moderado nivel	1 (2,70)	1 (1,56)	7 (7,87)	NS
Substancial nivel	0 (0,00)	4 (6,25)	6 (6,74)	
Severo nivel	0 (0,00)	1 (1,56)	5 (5,62)	

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 soles/mes. [†]DE: desviación izquierda. [†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla Nº 9: Necesidades básicas insatisfechas (NBI) en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según cumplimiento regular e irregular al tratamiento anti-tuberculoso evaluados al final del tratamiento, Lima-Perú 2014.

Características	Cumplido regular (n= 107)%	Cumplido irregular (n= 83)%	p[†]
Material noble como predominantemente en la vivienda Satisfecho Insatisfecho	77 (71,96) 52 (28,04)	52 (62,65) 31 (37,35)	NS
Índice de hacinamiento Satisfecho (menor o igual a 2 personas por cuarto) Insatisfecho (3 ó más personas por cuarto)	67 (62,62) 90 (37,38)	53 (63,86) 30 (36,14)	NS
Presencia de desagüe o pozo ciego en la vivienda Satisfecho Insatisfecho	100 (93,46) 7 (6,54)	78 (93,98) 5 (6,02)	NS
Presencia de niño de 6 a 12 años que no esté llevando la escuela en la vivienda Satisfecho Insatisfecho	97 (90,65) 10 (9,35)	76 (91,57) 7 (8,43)	NS
Jefe de hogar con secundaria completa Satisfecho Insatisfecho	67 (62,62) 40 (37,38)	52 (62,65) 31 (37,37)	NS
Jefe de hogar que mantiene a más de tres personas Satisfecho Insatisfecho	60 (56,07) 47 (43,93)	46 (55,42) 37 (44,58)	NS

[†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla Nº 10: Necesidades básicas insatisfechas (NBI) en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según si presentaron o no abandono al tratamiento anti-tuberculoso, Lima-Perú 2014.

Características	No abandono (n= 190)%	Si abandono (n= 25)%	p[†]
Material noble como predominantemente en la vivienda Satisfecho Insatisfecho	129 (67,89) 61 (32,11)	17 (68,00) 8 (32,00)	NS
Índice de hacinamiento Satisfecho (menor o igual a 2 personas por cuarto) Insatisfecho (3 ó más personas por cuarto)	120 (63,16) 70 (36,84)	22 (88,00) 3 (12,00)	< 0,05
Presencia de desagüe o pozo ciego en la vivienda Satisfecho Insatisfecho	178 (93,68) 12 (6,32)	24 (96,00) 1 (4,00)	NS
Presencia de niño de 6 a 12 años que no esté llevando la escuela en la vivienda Satisfecho Insatisfecho	173 (91,05) 17 (8,95)	25 (100,0) 0 (0,00)	NS
Jefe de hogar con secundaria completa Satisfecho Insatisfecho	119 (62,63) 71 (37,37)	14 (56,00) 11 (44,00)	NS
Jefe de hogar que mantiene a más de tres personas Satisfecho Insatisfecho	106 (55,79) 84 (44,21)	18 (72,00) 7 (28,00)	NS

[†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla Nº 11: Necesidades básicas insatisfechas (NBI) en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según el número de días o visitas perdidos durante el tratamiento anti-tuberculoso, Lima-Perú 2014.

Características	Adherencia Buena (n=37) %	Adherencia Regular (n= 70) %	Adherencia Mala (n=83) %	p[†]
Material noble como predominantemente en la vivienda Satisfecho Insatisfecho	28 (75,68) 9 (24,32)	50 (71,43) 20 (28,57)	51 (61,45) 32 (38,55)	NS
Índice de hacinamiento Satisfecho (menor o igual a 2 personas por cuarto) Insatisfecho (3 ó más personas por cuarto)	20 (54,05) 17 (45,95)	47 (67,14) 23 (32,86)	53 (63,86) 30 (36,14)	NS
Presencia de desagüe o pozo ciego en la vivienda Satisfecho Insatisfecho	33 (89,19) 4 (10,81)	67 (95,71) 3 (4,29)	78 (93,98) 5 (6,02)	NS
Presencia de niño de 6 a 12 años que no esté llevando la escuela en la vivienda Satisfecho Insatisfecho	32 (86,49) 5 (13,51)	65 (92,86) 5 (7,14)	76 (91,57) 7 (8,43)	NS
Jefe de hogar con secundaria completa Satisfecho Insatisfecho	24 (64,86) 13 (35,14)	44 (62,86) 26 (37,14)	51 (61,45) 32 (38,55)	NS
Jefe de hogar que mantiene a más de tres personas Satisfecho Insatisfecho	21 (56,76) 16 (43,24)	38 (54,29) 32 (45,71)	47 (56,63) 36 (43,37)	NS

[†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla Nº 12: Necesidades básicas insatisfechas (NBI) en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según el número de interrupciones durante el tratamiento anti-tuberculoso, Lima-Perú 2014.

Características	Adherencia Buena (n= 37) %	Adherencia Regular (n= 64) %	Adherencia Mala (n= 89) %	p[†]
Material noble como predominantemente en la vivienda Satisfecho Insatisfecho	28 (75,68) 9 (24,32)	46 (71,88) 18 (28,12)	55 (61,80) 34 (38,20)	NS
Índice de hacinamiento Satisfecho (menor o igual a 2 personas por cuarto) Insatisfecho (3 ó más personas por cuarto)	20 (54,05) 17 (45,95)	39 (60,94) 25 (39,06)	61 (68,54) 28 (31,46)	NS
Presencia de desagüe o pozo ciego en la vivienda Satisfecho Insatisfecho	33 (89,19) 4 (10,81)	61 (95,31) 3 (4,69)	84 (94,38) 5 (5,62)	NS
Presencia de niño de 6 a 12 años que no esté llevando la escuela en la vivienda Satisfecho Insatisfecho	32 (86,49) 5 (13,51)	60 (93,75) 4 (6,25)	81 (91,01) 8 (8,99)	NS
Jefe de hogar con secundaria completa Satisfecho Insatisfecho	24 (64,86) 13 (35,14)	39 (60,94) 25 (39,06)	56 (62,92) 33 (37,08)	NS
Jefe de hogar que mantiene a más de tres personas Satisfecho Insatisfecho	21 (56,76) 16 (43,24)	29 (45,31) 35 (54,69)	56 (62,92) 33 (37,08)	NS

[†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 13: Estado de depresión (auto-reportado) en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según cumplimiento regular e irregular durante el tratamiento anti-tuberculoso evaluados al final del tratamiento, Lima-Perú 2014.

Características	Cumplido regular (n= 107)%	Cumplido irregular (n= 83)%	p [†]
Me molestan cosas que usualmente no me molestan			
Raramente o ninguna vez	58 (54,21)	40 (48,19)	NS
Algunas o pocas veces	25 (23,36)	26 (31,33)	
Buena parte del tiempo	18 (16,82)	10 (12,05)	
La mayor parte del tiempo	6 (5,61)	7 (8,43)	
Tengo dificultad en mantener mi mente en las cosas que hago			
Raramente o ninguna vez	55 (51,40)	45 (54,22)	NS
Algunas o pocas veces	31 (28,97)	23 (27,71)	
Buena parte del tiempo	10 (9,35)	6 (7,23)	
La mayor parte del tiempo	11 (10,28)	9 (10,84)	
Me siento deprimido(a)			
Raramente o ninguna vez	40 (37,38)	30 (36,14)	NS
Algunas o pocas veces	37 (34,58)	27 (32,54)	
Buena parte del tiempo	14 (13,09)	13 (15,66)	
La mayor parte del tiempo	16 (14,95)	13 (15,66)	
Me cuesta mucho esfuerzo hacer las cosas			
Raramente o ninguna vez	32 (29,91)	23 (27,71)	NS
Algunas o pocas veces	35 (32,70)	24 (28,92)	
Buena parte del tiempo	21 (19,63)	10 (12,05)	
La mayor parte del tiempo	19 (17,76)	26 (31,32)	
Siento mucha esperanza en el futuro			
Raramente o ninguna vez	45 (42,06)	40 (48,19)	NS
Algunas o pocas veces	24 (22,43)	13 (15,66)	
Buena parte del tiempo	24 (22,43)	18 (21,69)	
La mayor parte del tiempo	14 (13,08)	12 (14,46)	
Siento Miedo			
Raramente o ninguna vez	43 (40,19)	40 (48,19)	NS
Algunas o pocas veces	40 (37,38)	26 (31,33)	
Buena parte del tiempo	13 (12,15)	6 (7,23)	
La mayor parte del tiempo	11 (10,28)	11 (13,25)	
Tengo dificultad para dormir			
Raramente o ninguna vez	50 (46,73)	37 (44,58)	NS
Algunas o pocas veces	28 (26,17)	23 (27,71)	
Buena parte del tiempo	16 (14,95)	13 (15,66)	
La mayor parte del tiempo	13 (12,15)	10 (12,05)	
Me siento feliz			
Raramente o ninguna vez	36 (33,64)	36 (43,37)	NS
Algunas o pocas veces	29 (27,10)	16 (19,28)	
Buena parte del tiempo	29 (27,10)	17 (20,48)	
La mayor parte del tiempo	13 (12,16)	14 (16,87)	
Me siento solo(a)			
Raramente o ninguna vez	53 (49,53)	33 (39,76)	NS
Algunas o pocas veces	26 (24,30)	17 (20,48)	
Buena parte del tiempo	13 (12,15)	17 (20,48)	
La mayor parte del tiempo	15 (14,02)	16 (19,28)	
No tengo ganas de hacer nada			
Raramente o ninguna vez	41 (38,32)	41 (49,40)	< 0,05
Algunas o pocas veces	39 (36,45)	16 (19,28)	
Buena parte del tiempo	13 (12,15)	5 (6,02)	
La mayor parte del tiempo	14 (13,08)	21 (25,30)	

[†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 14: Estado de depresión (auto-reportado) en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según si presentaron o no abandono al tratamiento anti-tuberculoso evaluados al final del tratamiento, Lima-Perú 2014.

Características	No abandono (n= 190)%	Si abandono (n= 25)%	p [†]
Me molestan cosas que usualmente no me molestan			
Raramente o ninguna vez	98 (51,58)	9 (36,00)	NS
Algunas o pocas veces	51 (26,48)	12 (48,00)	
Buena parte del tiempo	28 (14,74)	2 (8,00)	
La mayor parte del tiempo	13 (6,84)	2 (8,00)	
Tengo dificultad en mantener mi mente en las cosas que hago			
Raramente o ninguna vez	100 (52,63)	11 (44,00)	NS
Algunas o pocas veces	54 (28,42)	10 (40,00)	
Buena parte del tiempo	16 (8,42)	0 (0,00)	
La mayor parte del tiempo	20 (10,53)	4 (16,00)	
Me siento deprimido(a)			
Raramente o ninguna vez	70 (36,84)	12 (48,00)	NS
Algunas o pocas veces	64 (33,68)	5 (20,00)	
Buena parte del tiempo	27 (14,22)	5 (20,00)	
La mayor parte del tiempo	29 (15,26)	3 (12,00)	
Me cuesta mucho esfuerzo hacer las cosas			
Raramente o ninguna vez	55 (28,95)	8 (32,00)	NS
Algunas o pocas veces	59 (31,05)	7 (28,00)	
Buena parte del tiempo	31 (16,32)	4 (16,00)	
La mayor parte del tiempo	45 (23,68)	6 (24,00)	
Siento mucha esperanza en el futuro			
Raramente o ninguna vez	85 (44,74)	14 (56,00)	NS
Algunas o pocas veces	37 (19,47)	3 (12,00)	
Buena parte del tiempo	42 (22,11)	3 (12,00)	
La mayor parte del tiempo	26 (13,68)	5 (20,00)	
Siento Miedo			
Raramente o ninguna vez	83 (43,68)	16 (64,00)	NS
Algunas o pocas veces	66 (34,74)	5 (20,00)	
Buena parte del tiempo	19 (10,00)	2 (8,00)	
La mayor parte del tiempo	22 (11,58)	2 (8,00)	
Tengo dificultad para dormir			
Raramente o ninguna vez	87 (45,79)	11 (44,00)	NS
Algunas o pocas veces	51 (26,84)	7 (28,00)	
Buena parte del tiempo	29 (15,26)	4 (16,00)	
La mayor parte del tiempo	23 (12,11)	3 (12,00)	
Me siento feliz			
Raramente o ninguna vez	72 (37,89)	13 (52,00)	NS
Algunas o pocas veces	45 (23,68)	6 (24,00)	
Buena parte del tiempo	46 (24,21)	5 (20,00)	
La mayor parte del tiempo	27 (14,21)	1 (4,00)	
Me siento solo(a)			
Raramente o ninguna vez	86 (45,26)	13 (52,00)	NS
Algunas o pocas veces	43 (22,63)	7 (28,00)	
Buena parte del tiempo	30 (15,79)	1 (4,00)	
La mayor parte del tiempo	31 (16,32)	4 (16,00)	
No tengo ganas de hacer nada			
Raramente o ninguna vez	82 (43,16)	11 (44,00)	NS
Algunas o pocas veces	55 (28,95)	8 (32,00)	
Buena parte del tiempo	18 (9,47)	2 (8,00)	
La mayor parte del tiempo	35 (18,42)	4 (16,00)	

†Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla Nº 15: Estado de depresión (auto-reportado) en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según el número de días o visitas perdidos durante el tratamiento anti-tuberculoso, Lima-Perú 2014.

Características	Adherencia Buena (n= 37) %	Adherencia Regular (n= 70) %	Adherencia Mala (n=83) %	p [†]
Me molestan cosas que usualmente no me molestan				
Raramente o ninguna vez	22 (59,46)	36 (51,42)	40 (48,19)	NS
Algunas o pocas veces	5 (13,51)	21 (30,00)	25 (30,12)	
Buena parte del tiempo	7 (18,92)	10 (14,29)	11 (13,25)	
La mayor parte del tiempo	3 (8,11)	3 (4,29)	7 (8,44)	
Tengo dificultad en mantener mi mente en las cosas que hago				
Raramente o ninguna vez	20 (54,05)	36 (51,43)	44 (53,01)	NS
Algunas o pocas veces	11 (29,73)	19 (27,14)	24 (28,92)	
Buena parte del tiempo	3 (8,11)	6 (8,57)	7 (8,43)	
La mayor parte del tiempo	3 (8,11)	9 (12,86)	8 (9,64)	
Me siento deprimido(a)				
Raramente o ninguna vez	13 (35,14)	28 (40,00)	29 (34,94)	NS
Algunas o pocas veces	15 (40,54)	22 (31,43)	27 (32,53)	
Buena parte del tiempo	4 (10,81)	8 (11,43)	15 (18,07)	
La mayor parte del tiempo	5 (13,51)	12 (17,14)	12 (14,46)	
Me cuesta mucho esfuerzo hacer las cosas				
Raramente o ninguna vez	10 (27,03)	22 (31,43)	23 (27,71)	NS
Algunas o pocas veces	15 (40,54)	22 (31,43)	22 (26,51)	
Buena parte del tiempo	7 (18,92)	12 (17,14)	12 (14,46)	
La mayor parte del tiempo	5 (13,51)	14 (20,00)	26 (31,32)	
Siento mucha esperanza en el futuro				
Raramente o ninguna vez	13 (35,14)	32 (45,71)	40 (48,19)	NS
Algunas o pocas veces	9 (24,32)	15 (21,43)	13 (15,66)	
Buena parte del tiempo	10 (27,03)	15 (21,43)	17 (20,49)	
La mayor parte del tiempo	5 (13,51)	8 (11,43)	13 (15,66)	
Siento Miedo				
Raramente o ninguna vez	16 (43,24)	28 (40,00)	39 (46,99)	NS
Algunas o pocas veces	13 (35,14)	26 (37,14)	27 (32,53)	
Buena parte del tiempo	6 (16,22)	7 (10,00)	6 (7,23)	
La mayor parte del tiempo	2 (5,41)	9 (12,86)	11 (13,25)	
Tengo dificultad para dormir				
Raramente o ninguna vez	20 (54,05)	30 (42,86)	37 (44,58)	NS
Algunas o pocas veces	10 (27,03)	19 (27,14)	22 (26,51)	
Buena parte del tiempo	3 (8,11)	13 (18,57)	13 (15,66)	
La mayor parte del tiempo	4 (10,81)	8 (11,43)	11 (13,25)	
Me siento feliz				
Raramente o ninguna vez	10 (27,03)	27 (38,57)	35 (42,17)	NS
Algunas o pocas veces	10 (27,03)	20 (28,57)	15 (18,07)	
Buena parte del tiempo	12 (32,43)	16 (22,86)	18 (21,69)	
La mayor parte del tiempo	5 (13,51)	7 (10,00)	15 (18,07)	
Me siento solo(a)				
Raramente o ninguna vez	17 (45,94)	36 (51,42)	33 (39,76)	NS
Algunas o pocas veces	11 (29,73)	15 (21,43)	17 (20,48)	
Buena parte del tiempo	3 (8,11)	10 (14,29)	17 (20,48)	
La mayor parte del tiempo	6 (16,22)	9 (12,86)	16 (19,28)	
No tengo ganas de hacer nada				
Raramente o ninguna vez	20 (54,05)	21 (30,00)	41 (49,40)	<0.05
Algunas o pocas veces	7 (18,92)	31 (44,29)	17 (20,48)	
Buena parte del tiempo	5 (13,51)	9 (12,86)	4 (4,82)	
La mayor parte del tiempo	5 (13,51)	9 (12,86)	21 (25,30)	

† Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla Nº 16: Estado de depresión (auto-reportado) en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según el número de interrupciones durante el tratamiento anti-tuberculoso, Lima-Perú 2014.

Características	Adherencia Buena (n=37) %	Adherencia Regular (n= 64) %	Adherencia Mala (n=89) %	p [†]
Me molestan cosas que usualmente no me molestan				
Raramente o ninguna vez	22 (59,46)	32 (50,00)	44 (49,43)	NS
Algunas o pocas veces	5 (13,51)	22 (34,38)	24 (26,97)	
Buena parte del tiempo	7 (18,92)	8 (12,50)	13 (14,61)	
La mayor parte del tiempo	3 (8,11)	2 (3,12)	8 (8,99)	
Tengo dificultad en mantener mi mente en las cosas que hago				
Raramente o ninguna vez	20 (54,05)	31 (48,44)	49 (55,05)	NS
Algunas o pocas veces	11 (29,73)	18 (28,12)	25 (28,09)	
Buena parte del tiempo	3 (8,11)	5 (7,82)	8 (8,99)	
La mayor parte del tiempo	3 (8,11)	10 (15,62)	7 (7,87)	
Me siento deprimido(a)				
Raramente o ninguna vez	13 (35,14)	26 (40,62)	31 (34,83)	NS
Algunas o pocas veces	15 (40,54)	21 (32,81)	28 (31,46)	
Buena parte del tiempo	4 (10,81)	6 (9,38)	17 (19,10)	
La mayor parte del tiempo	5 (13,51)	11 (17,19)	13 (14,61)	
Me cuesta mucho esfuerzo hacer las cosas				
Raramente o ninguna vez	10 (27,03)	18 (28,12)	27 (30,34)	NS
Algunas o pocas veces	15 (40,54)	21 (32,81)	23 (25,84)	
Buena parte del tiempo	7 (18,92)	11 (17,19)	13 (14,61)	
La mayor parte del tiempo	5 (13,51)	14 (21,88)	26 (29,21)	
Siento mucha esperanza en el futuro				
Raramente o ninguna vez	13 (35,14)	31 (48,43)	41 (46,07)	NS
Algunas o pocas veces	9 (24,32)	13 (20,31)	15 (16,85)	
Buena parte del tiempo	10 (27,03)	14 (21,88)	18 (20,23)	
La mayor parte del tiempo	5 (13,51)	6 (9,38)	15 (16,85)	
Siento Miedo				
Raramente o ninguna vez	16 (43,23)	25 (39,06)	42 (47,19)	NS
Algunas o pocas veces	13 (35,14)	24 (37,50)	29 (32,58)	
Buena parte del tiempo	6 (16,22)	7 (10,94)	6 (6,75)	
La mayor parte del tiempo	2 (5,41)	8 (12,50)	12 (13,48)	
Tengo dificultad para dormir				
Raramente o ninguna vez	20 (54,05)	25 (39,06)	42 (47,19)	NS
Algunas o pocas veces	10 (27,03)	20 (31,25)	21 (23,60)	
Buena parte del tiempo	3 (8,11)	12 (18,75)	14 (15,73)	
La mayor parte del tiempo	4 (10,81)	7 (10,94)	12 (13,48)	
Me siento feliz				
Raramente o ninguna vez	10 (27,03)	27 (42,19)	35 (39,33)	NS
Algunas o pocas veces	10 (27,03)	16 (25,00)	19 (21,35)	
Buena parte del tiempo	12 (32,43)	15 (23,44)	19 (21,35)	
La mayor parte del tiempo	5 (13,51)	6 (9,38)	16 (17,98)	
Me siento solo(a)				
Raramente o ninguna vez	17 (45,94)	33 (51,56)	36 (40,44)	NS
Algunas o pocas veces	11 (29,73)	16 (25,00)	16 (17,98)	
Buena parte del tiempo	3 (8,11)	6 (9,38)	21 (23,60)	
La mayor parte del tiempo	6 (16,22)	9 (14,06)	16 (17,98)	
No tengo ganas de hacer nada				
Raramente o ninguna vez	20 (54,05)	22 (34,37)	40 (44,94)	p<0,05
Algunas o pocas veces	7 (18,93)	28 (43,75)	20 (22,47)	
Buena parte del tiempo	5 (13,51)	6 (9,38)	7 (7,87)	
La mayor parte del tiempo	5 (13,51)	8 (12,50)	22 (24,72)	

[†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 17: Estigma en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según cumplimiento regular e irregular al tratamiento anti-tuberculoso evaluados al final del tratamiento, Lima-Perú 2014.

Características	Cumplido regular (n= 107)%	Cumplido irregular (n= 83)%	p [†]
Algunas personas con tuberculosis se sienten culpables porque sus familiares tienen la responsabilidad de cuidarlos			
Muy en desacuerdo	15 (14,02)	10 (12,05)	NS
En desacuerdo	41 (38,32)	41 (49,40)	
En acuerdo	48 (44,86)	27 (35,53)	
Muy en acuerdo	3 (2,80)	5 (6,02)	
Algunas personas con tuberculosis se alejan de otros para evitar la propagación de los gérmenes			
Muy en desacuerdo	4 (3,74)	1 (1,20)	NS
En desacuerdo	20 (18,69)	22 (26,51)	
En acuerdo	75 (70,09)	50 (60,24)	
Muy en acuerdo	8 (7,48)	10 (12,05)	
Algunas personas con tuberculosis se sienten solas			
Muy en desacuerdo	12 (11,21)	4 (4,82)	NS
En desacuerdo	29 (27,10)	29 (34,94)	
En acuerdo	60 (56,07)	45 (54,22)	
Muy en acuerdo	6 (5,62)	5 (6,02)	
Algunas personas con tuberculosis se sienten dolidos de cómo otros reaccionan al saber de su diagnóstico			
Muy en desacuerdo	6 (5,61)	3 (3,61)	NS
En desacuerdo	24 (22,43)	23 (27,71)	
En acuerdo	61 (57,01)	47 (56,63)	
Muy en acuerdo	16 (14,95)	10 (12,05)	
Algunas personas con tuberculosis pierden amigos cuando le cuentan su diagnóstico			
Muy en desacuerdo	10 (9,35)	8 (9,64)	NS
En desacuerdo	27 (25,23)	25 (30,12)	
En acuerdo	58 (54,21)	44 (53,01)	
Muy en acuerdo	12 (11,21)	6 (7,23)	
Algunas personas con tuberculosis están preocupadas por creer tener a la vez VIH/SIDA			
Muy en desacuerdo	8 (7,49)	7 (8,43)	NS
En desacuerdo	36 (33,64)	27 (32,53)	
En acuerdo	51 (47,66)	46 (55,42)	
Muy en acuerdo	12 (11,21)	3 (3,62)	
Algunas personas con tuberculosis tienen miedo de contarle a otras personas (no familiares) su diagnóstico			
Muy en desacuerdo	4 (3,74)	1 (1,20)	NS
En desacuerdo	19 (17,76)	14 (16,87)	
En acuerdo	67 (62,61)	62 (74,70)	
Muy en acuerdo	17 (15,09)	6 (7,23)	
Algunas personas con tuberculosis eligen cuidadosamente a quienes contarles de su diagnóstico			
Muy en desacuerdo	2 (1,87)	1 (1,21)	NS
En desacuerdo	13 (12,15)	11 (13,25)	
En acuerdo	78 (72,90)	56 (67,47)	
Muy en acuerdo	14 (13,08)	15 (18,07)	
Algunas personas con tuberculosis tienen miedo de ir a las postas porque otros pueden reconocerlos allí			
Muy en desacuerdo	8 (7,48)	3 (3,62)	NS
En desacuerdo	31 (28,97)	27 (32,53)	
En acuerdo	54 (50,47)	46 (55,42)	
Muy en acuerdo	14 (13,08)	7 (8,43)	
Algunas personas con tuberculosis tienen miedo de contarle a su familia su diagnóstico			
Muy en desacuerdo	8 (7,48)	7 (8,43)	NS
En desacuerdo	33 (30,84)	34 (40,96)	
En acuerdo	60 (56,07)	39 (46,99)	
Muy en acuerdo	6 (5,61)	3 (3,61)	
Algunas personas con tuberculosis tienen miedo de contar su diagnóstico, ya que los demás pueden pensar que ellos también tienen VIH/SIDA			
Muy en desacuerdo	10 (9,35)	3 (3,61)	NS
En desacuerdo	42 (39,25)	29 (34,95)	
En acuerdo	52 (48,60)	48 (57,83)	
Muy en acuerdo	3 (2,80)	3 (3,61)	
Algunas personas con tuberculosis sienten culpa de haberse contagiado por fumar, beber o tener mal comportamiento			
Muy en desacuerdo	12 (11,21)	1 (1,20)	NS
En desacuerdo	31 (28,97)	24 (28,92)	
En acuerdo	58 (54,21)	52 (62,65)	
Muy en acuerdo	6 (5,61)	6 (7,23)	

[†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 18: Estigma en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según si presentaron o no abandono al tratamiento anti-tuberculoso evaluados al final del tratamiento, Lima-Perú 2014.

Características	No abandono (n=190)%	Si abandono (n=25)%	p [†]
Algunas personas con tuberculosis se sienten culpables porque sus familiares tienen la responsabilidad de cuidarlos			
Muy en desacuerdo	25 (13,16)	2 (8,00)	NS
En desacuerdo	82 (43,16)	9 (36,00)	
En acuerdo	75 (39,47)	13 (52,00)	
Muy en acuerdo	8 (4,21)	1 (4,00)	
Algunas personas con tuberculosis se alejan de otros para evitar la propagación de los gérmenes			
Muy en desacuerdo	5 (2,63)	3 (12,20)	<0.05
En desacuerdo	42 (22,11)	2 (8,00)	
En acuerdo	125 (65,79)	16 (64,00)	
Muy en acuerdo	18 (9,47)	4 (16,00)	
Algunas personas con tuberculosis se sienten solas			
Muy en desacuerdo	16 (8,42)	0 (0,00)	NS
En desacuerdo	58 (30,53)	7 (28,00)	
En acuerdo	105 (55,26)	18 (72,00)	
Muy en acuerdo	11 (5,79)	0 (0,00)	
Algunas personas con tuberculosis se sienten dolidos de cómo otros reaccionan al saber de su diagnóstico			
Muy en desacuerdo	9 (4,74)	1 (4,00)	NS
En desacuerdo	47 (24,74)	2 (8,00)	
En acuerdo	108 (56,84)	20 (80,00)	
Muy en acuerdo	26 (13,68)	2 (8,00)	
Algunas personas con tuberculosis pierden amigos cuando le cuentan su diagnóstico			
Muy en desacuerdo	18 (9,47)	0 (0,00)	NS
En desacuerdo	52 (27,38)	9 (36,00)	
En acuerdo	102 (53,68)	13 (52,00)	
Muy en acuerdo	18 (9,47)	3 (12,00)	
Algunas personas con tuberculosis están preocupadas por creer tener a la vez VIH/SIDA			
Muy en desacuerdo	15 (7,89)	1 (4,00)	NS
En desacuerdo	63 (33,17)	8 (32,00)	
En acuerdo	97 (51,05)	16 (64,00)	
Muy en acuerdo	15 (7,89)	0 (0,00)	
Algunas personas con tuberculosis tienen miedo de contarle a otras personas (no familiares) su diagnóstico			
Muy en desacuerdo	5 (2,63)	0 (0,00)	NS
En desacuerdo	33 (17,37)	5 (20,00)	
En acuerdo	129 (67,89)	16 (64,00)	
Muy en acuerdo	23 (12,11)	4 (16,00)	
Algunas personas con tuberculosis eligen cuidadosamente a quienes contarles de su diagnóstico			
Muy en desacuerdo	3 (1,58)	0 (0,00)	NS
En desacuerdo	24 (12,63)	3 (12,00)	
En acuerdo	134 (70,53)	19 (76,00)	
Muy en acuerdo	29 (15,26)	3 (12,00)	
Algunas personas con tuberculosis tienen miedo de ir a las postas porque otros pueden reconocerlos allí			
Muy en desacuerdo	11 (5,79)	1 (4,00)	NS
En desacuerdo	58 (30,53)	8 (32,00)	
En acuerdo	100 (52,63)	15 (60,00)	
Muy en acuerdo	21 (11,05)	1 (4,00)	
Algunas personas con tuberculosis tienen miedo de contarle a su familia su diagnóstico			
Muy en desacuerdo	15 (7,89)	1 (4,00)	NS
En desacuerdo	67 (35,26)	9 (36,00)	
En acuerdo	99 (52,11)	14 (56,00)	
Muy en acuerdo	9 (4,74)	1 (4,00)	
Algunas personas con tuberculosis tienen miedo de contar su diagnóstico, ya que los demás pueden pensar que ellos también tienen VIH/SIDA			
Muy en desacuerdo	13 (6,84)	1 (4,00)	NS
En desacuerdo	71 (37,37)	5 (20,00)	
En acuerdo	100 (52,63)	17 (68,00)	
Muy en acuerdo	6 (3,16)	2 (8,00)	
Algunas personas con tuberculosis sienten culpa de haberse contagiado por fumar, beber o tener mal comportamiento			
Muy en desacuerdo	13 (6,84)	0 (0,00)	NS
En desacuerdo	55 (28,95)	8 (32,00)	
En acuerdo	110 (57,89)	15 (60,00)	
Muy en acuerdo	12 (6,32)	2 (8,00)	

[†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 19: Estigma en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según el número de días perdidos durante el tratamiento anti-tuberculoso, lima-Perú 2014.

Características	Adherencia Buena (n=37) %	Adherencia Regular (n= 70) %	Adherencia Mala (n= 83) %	p [†]
Algunas personas con tuberculosis se sienten culpables porque sus familiares tienen la responsabilidad de cuidarlos				
Muy en desacuerdo	4 (10,81)	11 (15,71)	10 (12,05)	NS
En desacuerdo	15 (40,54)	25 (35,71)	42 (50,60)	
En acuerdo	16 (43,24)	32 (45,71)	27 (32,53)	
Muy en acuerdo	2 (5,41)	2 (2,87)	4 (4,82)	
Algunas personas con tuberculosis se alejan de otros para evitar la propagación de los gérmenes				
Muy en desacuerdo	3 (8,11)	1 (1,43)	1 (1,20)	NS
En desacuerdo	7 (18,92)	13 (18,57)	22 (26,51)	
En acuerdo	22 (59,46)	52 (74,29)	51 (61,45)	
Muy en acuerdo	5 (13,51)	4 (5,71)	9 (10,84)	
Algunas personas con tuberculosis se sienten solas				
Muy en desacuerdo	3 (8,11)	9 (12,86)	4 (4,82)	<0.05
En desacuerdo	14 (37,84)	13 (18,57)	31 (37,35)	
En acuerdo	16 (43,24)	46 (65,71)	43 (51,81)	
Muy en acuerdo	4 (10,81)	2 (2,86)	5 (6,02)	
Algunas personas con tuberculosis se sienten dolidos de cómo otros reaccionan al saber de su diagnóstico				
Muy en desacuerdo	4 (10,81)	2 (2,86)	3 (3,61)	NS
En desacuerdo	9 (24,32)	15 (21,43)	23 (27,71)	
En acuerdo	18 (48,65)	43 (61,42)	47 (56,63)	
Muy en acuerdo	6 (16,22)	10 (14,29)	10 (12,05)	
Algunas personas con tuberculosis pierden amigos cuando le cuentan su diagnóstico				
Muy en desacuerdo	4 (10,82)	7 (10,00)	7 (8,43)	NS
En desacuerdo	9 (24,32)	17 (24,29)	26 (31,33)	
En acuerdo	19 (51,35)	39 (55,71)	44 (53,01)	
Muy en acuerdo	5 (13,51)	7 (10,00)	6 (7,23)	
Algunas personas con tuberculosis están preocupadas por creer tener a la vez VIH/SIDA				
Muy en desacuerdo	4 (10,81)	4 (5,71)	7 (8,43)	NS
En desacuerdo	11 (29,73)	27 (38,57)	25 (30,12)	
En acuerdo	18 (48,65)	31 (44,29)	48 (57,83)	
Muy en acuerdo	4 (10,81)	8 (11,43)	3 (3,62)	
Algunas personas con tuberculosis tienen miedo de contarle a otras personas (no familiares) su diagnóstico				
Muy en desacuerdo	3 (8,11)	1 (1,43)	1 (1,21)	NS
En desacuerdo	6 (16,22)	12 (17,14)	15 (18,07)	
En acuerdo	23 (62,16)	45 (64,29)	61 (73,49)	
Muy en acuerdo	5 (13,51)	12 (17,14)	6 (7,23)	
Algunas personas con tuberculosis eligen cuidadosamente a quienes contarles de su diagnóstico				
Muy en desacuerdo	2 (5,41)	0 (8,11)	1 (1,20)	NS
En desacuerdo	2 (5,41)	10 (16,22)	12 (14,46)	
En acuerdo	31 (83,77)	47 (62,16)	56 (67,47)	
Muy en acuerdo	2 (5,41)	13 (13,51)	14 (16,87)	
Algunas personas con tuberculosis tienen miedo de ir a las postas porque otros pueden reconocerlos allí				
Muy en desacuerdo	3 (8,11)	5 (7,14)	3 (3,62)	NS
En desacuerdo	8 (21,62)	23 (32,86)	27 (32,53)	
En acuerdo	22 (59,46)	34 (48,57)	44 (53,01)	
Muy en acuerdo	4 (10,81)	8 (11,43)	9 (10,84)	
Algunas personas con tuberculosis tienen miedo de contarle a su familia su diagnóstico				
Muy en desacuerdo	4 (10,81)	4 (5,72)	7 (8,43)	NS
En desacuerdo	7 (18,92)	27 (38,57)	33 (39,76)	
En acuerdo	26 (70,27)	33 (47,14)	40 (48,19)	
Muy en acuerdo	0 (00,00)	6 (8,57)	3 (3,62)	
Algunas personas con tuberculosis tienen miedo de contar su diagnóstico, ya que los demás pueden pensar que ellos también tienen VIH/SIDA				
Muy en desacuerdo	4 (2,50)	7 (10,00)	2 (2,41)	NS
En desacuerdo	17 (13,80)	25 (35,71)	29 (34,94)	
En acuerdo	15 (19,50)	36 (51,43)	49 (59,04)	
Muy en acuerdo	1 (1,20)	2 (2,86)	3 (3,61)	
Algunas personas con tuberculosis sienten culpa de haberse contagiado por fumar, beber o tener mal comportamiento				
Muy en desacuerdo	5 (13,51)	7 (10,00)	1 (1,21)	NS
En desacuerdo	11 (29,73)	19 (27,14)	25 (30,01)	
En acuerdo	20 (54,05)	39 (55,71)	51 (61,45)	
Muy en acuerdo	1 (2,71)	5 (7,15)	6 (7,23)	

[†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla Nº 20: Estigma en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis según el número de interrupciones durante el tratamiento anti-tuberculoso, Lima-Perú 2014.

Características	Adherencia Buena (n= 37) %	Adherencia Regular (n= 64) %	Adherencia Mala (n= 89) %	p [†]
Algunas personas con tuberculosis se sienten culpables porque sus familiares tienen la responsabilidad de cuidarlos				
Muy en desacuerdo	4 (10,81)	10 (15,62)	11 (12,36)	NS
En desacuerdo	15 (40,54)	21 (32,81)	46 (51,69)	
En acuerdo	16 (43,54)	31 (48,44)	28 (31,46)	
Muy en acuerdo	2 (5,41)	2 (3,13)	4 (4,49)	
Algunas personas con tuberculosis se alejan de otros para evitar la propagación de los gérmenes				
Muy en desacuerdo	3 (8,11)	0 (0,00)	2 (2,25)	NS
En desacuerdo	7 (18,92)	12 (18,75)	23 (25,84)	
En acuerdo	22 (59,46)	48 (75,00)	55 (61,80)	
Muy en acuerdo	5 (13,51)	4 (6,25)	9 (10,11)	
Algunas personas con tuberculosis se sienten solas				
Muy en desacuerdo	3 (8,11)	9 (14,06)	4 (4,50)	NS
En desacuerdo	14 (37,84)	16 (25,00)	28 (31,46)	
En acuerdo	16 (43,24)	38 (59,38)	51 (57,30)	
Muy en acuerdo	4 (10,81)	1 (1,56)	6 (6,74)	
Algunas personas con tuberculosis se sienten dolidos de cómo otros reaccionan al saber de su diagnóstico				
Muy en desacuerdo	4 (10,81)	1 (1,56)	4 (4,49)	NS
En desacuerdo	9 (24,32)	16 (25,00)	22 (24,72)	
En acuerdo	18 (48,65)	36 (56,25)	54 (60,67)	
Muy en acuerdo	6 (16,22)	11 (17,19)	9 (10,11)	
Algunas personas con tuberculosis pierden amigos cuando le cuentan su diagnóstico				
Muy en desacuerdo	4 (10,82)	5 (7,81)	9 (10,11)	NS
En desacuerdo	9 (24,32)	16 (25,00)	27 (30,34)	
En acuerdo	19 (51,35)	35 (54,69)	48 (53,93)	
Muy en acuerdo	5 (13,51)	8 (12,50)	5 (5,62)	
Algunas personas con tuberculosis están preocupadas por creer tener a la vez VIH/SIDA				
Muy en desacuerdo	4 (10,81)	3 (4,69)	8 (8,99)	NS
En desacuerdo	11 (29,73)	25 (39,06)	27 (30,34)	
En acuerdo	18 (48,65)	28 (43,75)	51 (57,30)	
Muy en acuerdo	4 (10,81)	8 (12,50)	3 (3,37)	
Algunas personas con tuberculosis tienen miedo de contarle a otras personas (no familiares) su diagnóstico				
Muy en desacuerdo	3 (8,11)	0 (0,00)	2 (2,25)	NS
En desacuerdo	6 (16,22)	11 (17,19)	16 (17,98)	
En acuerdo	23 (62,16)	42 (65,62)	64 (71,90)	
Muy en acuerdo	5 (13,51)	11 (17,19)	7 (7,87)	
Algunas personas con tuberculosis eligen cuidadosamente a quienes contarles de su diagnóstico				
Muy en desacuerdo	2 (5,41)	0 (0,00)	1 (1,12)	NS
En desacuerdo	2 (5,41)	9 (14,06)	13 (14,61)	
En acuerdo	31 (83,77)	43 (67,19)	60 (67,42)	
Muy en acuerdo	2 (5,41)	12 (18,75)	15 (16,85)	
Algunas personas con tuberculosis tienen miedo de ir a las postas porque otros pueden reconocerlos allí				
Muy en desacuerdo	3 (8,11)	3 (4,69)	5 (5,62)	NS
En desacuerdo	8 (21,62)	19 (29,69)	31 (34,83)	
En acuerdo	22 (59,46)	34 (53,12)	44 (49,44)	
Muy en acuerdo	4 (10,81)	8 (12,50)	9 (10,11)	
Algunas personas con tuberculosis tienen miedo de contarle a su familia su diagnóstico				
Muy en desacuerdo	4 (10,81)	2 (3,12)	9 (10,11)	<0.05
En desacuerdo	7 (18,92)	24 (37,50)	36 (40,45)	
En acuerdo	26 (70,27)	32 (50,00)	41 (46,07)	
Muy en acuerdo	0 (0,00)	6 (9,38)	3 (3,37)	
Algunas personas con tuberculosis tienen miedo de contar su diagnóstico, ya que los demás pueden pensar que ellos también tienen VIH/SIDA				
Muy en desacuerdo	4 (10,81)	5 (7,81)	4 (4,49)	NS
En desacuerdo	17 (45,95)	21 (32,81)	33 (37,08)	
En acuerdo	15 (40,54)	36 (56,25)	49 (55,06)	
Muy en acuerdo	1 (2,70)	2 (3,13)	3 (3,37)	
Algunas personas con tuberculosis sienten culpa de haberse contagiado por fumar, beber o tener mal comportamiento				
Muy en desacuerdo	5 (13,51)	6 (9,38)	2 (2,25)	NS
En desacuerdo	11 (29,73)	18 (28,12)	26 (29,21)	
En acuerdo	20 (54,05)	36 (56,25)	54 (60,67)	
Muy en acuerdo	1 (2,71)	4 (6,25)	7 (7,87)	

[†] Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 21: Conocimientos sobre tuberculosis según cumplimiento regular e irregular al tratamiento anti-tuberculoso evaluados al final del tratamiento, Lima-Perú 2014.

Características	Cumplido regular (n= 107)%	Cumplido irregular (n= 83)%	p [†]
¿La tuberculosis es contagiosa de una persona a otra? No conoce Si conoce	7 (6,54) 100 (93,46)	11 (13,25) 72 (86,75)	NS
¿Es posible curar a una persona con tuberculosis? No conoce Si conoce	2 (1,87) 105 (98,13)	3 (3,61) 80 (96,39)	NS
¿Cómo puede ser infectada una persona con tuberculosis? No conoce Si conoce	18 (16,82) 89 (83,18)	16 (19,28) 67 (80,72)	NS
¿Todas las personas infectadas con tuberculosis deben tener síntomas? No conoce Si conoce	88 (82,24) 19 (17,76)	69 (83,13) 14 (16,87)	NS
Percepción del síntoma más común en una persona con tuberculosis No conoce Si conoce	23 (21,50) 84 (78,50)	29 (34,94) 54 (65,06)	<0.05
Reporte de tiempo que dura su tratamiento para tuberculosis No conoce Si conoce	24 (22,43) 83 (77,57)	6 (7,23) 77 (92,77)	<0.05
¿Es importante que el tratamiento sea regular y completo para tratar la tuberculosis? No conoce Si conoce	7 (6,54) 100 (93,46)	1 (1,20) 82 (98,80)	NS
¿Cree que sea igual tomar alcohol o usar drogas mientras uno toma pastillas para tuberculosis? No conoce Si conoce	1 (0,93) 106 (99,07)	3 (3,61) 80 (96,39)	NS

[†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla Nº 22: Conocimientos sobre tuberculosis según si presentaron o no abandono al tratamiento anti-tuberculoso evaluados al final del tratamiento, Lima-Perú 2014.

Características	No abandono (n= 190)%	Si abandono (n= 25)%	p [†]
¿La tuberculosis es contagiosa de una persona a otra? No conoce Si conoce	18 (9,47) 172 (90,53)	3 (12,00) 22 (88,00)	NS
¿Es posible curar a una persona con tuberculosis? No conoce Si conoce	5 (2,63) 185 (97,37)	1 (4,00) 24 (96,00)	NS
¿Cómo puede ser infectada una persona con tuberculosis? No conoce Si conoce	34 (17,89) 156 (82,11)	5 (20,00) 20 (80,00)	NS
¿Todas las personas infectadas con tuberculosis deben tener síntomas? No conoce Si conoce	57 (82,63) 33 (17,37)	20 (80,00) 5 (20,00)	NS
Percepción del síntoma más común en una persona con tuberculosis No conoce Si conoce	52 (27,37) 138 (72,63)	13 (52,00) 12 (48,00)	<0.05
Reporte de tiempo que dura su tratamiento para tuberculosis No conoce Si conoce	30 (15,79) 160 (84,21)	10 (40,00) 15 (60,00)	<0.05
¿Es importante que el tratamiento sea regular y completo para tratar la tuberculosis? No conoce Si conoce	8 (4,21) 182 (95,79)	10 (40,00) 15 (60,00)	NS
¿Cree que sea igual tomar alcohol o usar drogas mientras uno toma pastillas para tuberculosis? No conoce Si conoce	4 (2,11) 186 (97,89)	2 (8,00) 23 (92,00)	NS

[†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 23: Conocimientos sobre tuberculosis según el número de días de visitas perdidas durante el tratamiento anti-tuberculoso, Lima-Perú 2014.

Características	Adherencia Buena (n= 37) %	Adherencia Regular (n= 70) %	Adherencia Mala (n= 83) %	p [†]
¿La tuberculosis es contagiosa de una persona a otra? No conoce Si conoce	4 (10,81) 33 (89,19)	4 (5,71) 66 (94,29)	10 (12,05) 73 (87,95)	NS
¿Es posible curar a una persona con tuberculosis? No conoce Si conoce	0 (0,00) 37 (100,0)	2 (2,86) 68 (97,14)	3 (3,61) 80 (96,39)	NS
¿Cómo puede ser infectada una persona con tuberculosis? No conoce Si conoce	4 (10,81) 33 (89,19)	14 (20,00) 56 (80,00)	16 (19,28) 67 (80,72)	NS
¿Todas las personas infectadas con tuberculosis deben tener síntomas? No conoce Si conoce	32 (86,49) 5 (13,51)	56 (80,00) 14 (20,00)	69 (83,13) 14 (16,87)	NS
Percepción del síntoma más común en una persona con tuberculosis No conoce Si conoce	10 (27,03) 27 (72,97)	12 (17,14) 58 (82,86)	30 (36,14) 53 (63,86)	<0.05
Reporte de tiempo que dura su tratamiento para tuberculosis No conoce Si conoce	7 (18,92) 30 (81,08)	15 (21,43) 55 (78,57)	8 (9,64) 75 (90,36)	NS
¿Es importante que el tratamiento sea regular y completo para tratar la tuberculosis? No conoce Si conoce	2 (5,41) 35 (94,59)	4 (5,71) 66 (94,29)	2 (2,41) 81 (97,59)	NS
¿Cree que sea igual tomar alcohol o usar drogas mientras uno toma pastillas para tuberculosis? No conoce Si conoce	0 (0,00) 37 (100,0)	1 (1,43) 69 (98,57)	3 (3,61) 80 (96,39)	NS

[†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 24: Conocimientos sobre tuberculosis según el número de interrupciones durante el tratamiento anti-tuberculoso, Lima-Perú 2014.

Características	Adherencia Buena (n= 37) %	Adherencia Regular (n= 64) %	Adherencia Mala (n= 89) %	p [†]
¿La tuberculosis es contagiosa de una persona a otra? No conoce Si conoce	4 (10,81) 33 (89,19)	3 (4,69) 61 (95,31)	11 (12,36) 78 (87,64)	NS
¿Es posible curar a una persona con tuberculosis? No conoce Si conoce	0 (0,00) 37 (100,0)	2 (3,12) 62 (96,88)	3 (3,37) 86 (96,63)	NS
¿Cómo puede ser infectada una persona con tuberculosis? No conoce Si conoce	4 (10,81) 33 (89,19)	15 (23,44) 49 (76,56)	15 (16,85) 74 (83,15)	NS
¿Todas las personas infectadas con tuberculosis deben tener síntomas? No conoce Si conoce	32 (86,49) 5 (13,51)	51 (79,69) 13 (20,31)	74 (83,15) 15 (16,85)	NS
Percepción del síntoma más común en una persona con tuberculosis No conoce Si conoce	10 (27,03) 27 (72,97)	11 (17,19) 53 (82,81)	31 (34,83) 58 (65,17)	NS
Reporte de tiempo que dura su tratamiento para tuberculosis No conoce Si conoce	7 (18,92) 30 (81,08)	12 (18,75) 52 (81,25)	11 (12,36) 78 (87,64)	NS
¿Es importante que el tratamiento sea regular y completo para tratar la tuberculosis? No conoce Si conoce	2 (5,41) 35 (94,59)	3 (4,69) 61 (95,31)	3 (3,37) 86 (96,63)	NS
¿Cree que sea igual tomar alcohol o usar drogas mientras uno toma pastillas para tuberculosis? No conoce Si conoce	0 (0,00) 37 (100,0)	1 (1,56) 63 (98,44)	3 (3,37) 86 (96,63)	NS

[†]Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 25: Análisis de regresión logística bivariada y multivariada para los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que cumplieron con el tratamiento anti-tuberculoso, Lima-Perú 2014.

Características	Análisis bivariado		Análisis Multivariado	
	OR (95% IC)	p [†]	OR (95% IC)	p [†]
Factores biológicos				
Edad	0,98 (0,96-1,00)	NS	-	-
Sexo		(0,053)		
Femenino	1 (Ref)			
Masculino	0,72 (0,40-1,31)	NS	-	-
Factores relacionados con el medio ambiente y la persona				
Grado de instrucción				
Primaria incompleta	1 (Ref)			
Primaria completa	1,24 (0,31-4,93)	NS		
Secundaria incompleta	2,15 (0,71-6,49)	NS	-	-
Secundaria completa	1,41 (0,49-4,04)	NS		
Superior	1,29 (0,45-3,74)	NS		
Estado Civil				
Soltero	1 (Ref)			
Casado	0,79 (0,33-1,93)	NS		
Conviviente	0,58 (0,27-1,24)	NS	-	-
Separado	0,89 (0,23-3,48)	NS		
Viudo	0,74 (0,12-4,60)	NS		
Ingresos en soles				
Mayor al sueldo mínimo*	1 (Ref)			
Menor o igual al sueldo mínimo	1,01 (0,47-2,19)	NS		
Sin ingresos	1,13 (0,56-2,26)	NS	-	-
Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)				
No pobre	1 (Ref)			
Pobre (1 necesidad básica insatisfecha)	0,97 (0,41-2,31)	NS	-	-
Pobre extremo (2 a más necesidades básicas insatisfechas)	0,91 (0,40-2,04)	NS		
Antecedente de tuberculosis				
No	1 (Ref)		-	-
Si	1,07 (0,53-2,16)	NS		
Comorbilidad VIH				
No	1 (Ref)		1 (Ref)	
Si	4,22 (1,10-16,11)	< 0,05	4,69 (1,22-17,97)	< 0,05
Estado de depresión (CESD-10)				
No síntomas depresivos	1 (Ref)			
Síntomas depresivos	0,98 (0,50-1,95)	NS	-	-
Depresión leve	1,26 (0,47-3,38)	NS		
Depresión moderada	1,61 (0,54-4,77)	NS		
Depresión severa	4,21 (0,42-41,9)	NS		
Estigma hacia la Tuberculosis				
Bajo estigma	1 (Ref)		-	-
Alto estigma	0,95 (0,54-1,69)	NS		
Conocimientos sobre Tuberculosis				
No conocimiento	1 (Ref)		-	-
Si conocimiento	1,17 (0,66-2,07)	NS		

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 soles/mes. OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza. †Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla Nº 25: Análisis de regresión logística bivariada y multivariada para los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que cumplieron con el tratamiento anti-tuberculoso, Lima-Perú 2014 (continuación).

Características	Análisis bivariado		Análisis Multivariado	
	OR (95% IC)	p [†]	OR (95% IC)	p [†]
Barreras de acceso a los servicios de salud, del personal de salud de la persona				
Dificultad para transporte hacia la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,17 (0,54-2,50)	NS	-	-
Percepción de horario inadecuado				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,24 (0,66-2,31)	NS	-	-
Percepción de maltrato por el personal de salud				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,66 (0,66-4,22)	NS	-	-
Temor que alguien lo reconozca en la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	0,96 (0,53-1,71)	NS	-	-
Percepción de desconfianza en el personal de salud				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	0,56 (0,23-1,38)	NS	-	-
Presencia de episodio donde no tuvo con quien dejar a sus hijos por ir a la posta		(0,20)		
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,60 (0,71-3,57)	NS	-	-
Reporte de episodio de ebriedad como causa de no asistir a la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,76 (0,38-8,07)	NS	-	-
Reporte de no recibir atención cuando correspondía				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	0,51 (0,17-1,50)	NS	-	-
Tiempo que demora en llegar a la posta para recibir su tratamiento para tuberculosis, minutos				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	0,99 (0,96-1,01)	NS	-	-
Reporte de Episodio de no acudir a la posta por percibir lejanía				
No barrera	1 (Ref)		1 (Ref)	
Si barrera	3,53 (1,06-11,7)	< 0,05	3,91 (1,18-12,99)	< 0,05
Reporte de algún tipo de miedo sobre el tratamiento para tuberculosis				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	0,71 (0,39-1,27)	NS	-	-
Factores relacionados con los estilos de vida				
Consumo de Alcohol (AUDIT)				
No trastorno	1 (Ref)			
Si trastorno	1,60 (0,89-2,87)	NS	-	-
Consumo de Drogas (DAS-T)				
No problemas	1 (Ref)			
Bajo nivel	0,34 (0,09-1,24)	NS		
Moderado nivel	2,69 (0,65-11,15)	NS	-	-
Substancial nivel	1,34 (0,37-4,84)	NS		
Severo nivel	6,72 (0,77-58,92)	NS		

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 soles/mes. OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza. †Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 26: Análisis de regresión logística bivariada y multivariada para los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que cumplieron con el tratamiento anti-tuberculoso evaluado al final de la fase I del tratamiento, Lima-Perú 2014.

Características	Análisis bivariado		Análisis Multivariado	
	OR (95% IC)	p†	OR (95% IC)	p†
Factores biológicos				
Edad	0,98 (0,96-1,00)	NS	-	-
Sexo				
Femenino	1 (Ref)		1 (Ref)	
Masculino	0,58 (0,31-1,09)	NS	0,36 (0,17-0,75)	< 0,05
Factores relacionados con el medio ambiente y la persona				
Grado de instrucción				
Primaria incompleta	1 (Ref)			
Primaria completa	1,09 (0,24-5,03)	NS		
Secundaria incompleta	1,56 (0,47-5,17)	NS	-	-
Secundaria completa	1,46 (0,46-4,62)	NS		
Superior	1,42 (0,45-4,52)	NS		
Estado Civil				
Soltero	1 (Ref)			
Casado	0,55 (0,20-1,49)	NS		
Conviviente	0,44 (0,19-1,05)	NS	-	-
Separado	0,47 (0,09-2,38)	NS		
Viudo	0,41 (0,04-3,82)	NS		
Ingresos en soles				
Mayor al sueldo mínimo*	1 (Ref)			
Menor o igual al sueldo mínimo	1,14 (0,49-2,66)	NS	-	-
Sin ingresos	1,51 (0,71-3,22)	NS		
Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)				
Insatisfecha (NBI)				
No pobre	1 (Ref)			
Pobre (1 necesidad básica insatisfecha)	0,73 (0,29-1,82)	NS	-	-
Pobre extremo (2 a más necesidades básicas insatisfechas)	0,87 (0,37-2,03)	NS		
Antecedente de tuberculosis				
No	1 (Ref)			
Si	0,67 (0,30-1,47)	NS	-	-
Comorbilidad VIH				
No	1 (Ref)		1 (Ref)	
Si	3,30 (1,00-10,87)	< 0,05	4,87 (1,39-16,99)	< 0,05
Estado de depresión (CESD-10)				
No síntomas depresivos	1 (Ref)			
Síntomas depresivos	0,90 (0,42-1,89)	NS		
Depresión leve	1,72 (0,63-4,71)	NS		
Depresión leve	1,58 (0,52-4,82)	NS	-	-
Depresión moderada	2,37 (0,32-17,59)	NS		
Depresión severa				
Estigma hacia la Tuberculosis				
Bajo estigma	1 (Ref)			
Alto estigma	0,89 (0,48-1,65)	NS	-	-
Conocimientos sobre Tuberculosis				
No conocimiento	1 (Ref)			
Si conocimiento	0,90 (0,49-1,67)	NS	-	-

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 soles/mes. OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza. †Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla Nº 26: Análisis de regresión logística bivariada y multivariada para los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que cumplieron con el tratamiento anti-tuberculoso evaluado al final de la fase I del tratamiento, Lima-Perú 2014 (continuación).

Características	Análisis bivariado		Análisis Multivariado	
	OR (95% IC)	p [†]	OR (95% IC)	p [†]
Barreras de acceso a los servicios de salud, del personal de salud de la persona				
Dificultad para transporte hacia la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	0,82 (0,35-1,90)	NS	-	-
Percepción de horario inadecuado				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,26 (0,65-2,43)	NS	-	-
Percepción de maltrato por el personal de salud				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,51 (0,58-3,92)	NS	-	-
Temor que alguien lo reconozca en la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	0,74 (0,40-1,39)	NS	-	-
Percepción de desconfianza en el personal de salud				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	0,65 (0,25-1,72)	NS	-	-
Presencia de episodio donde no tuvo con quien dejar a sus hijos por ir a la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,24 (0,54-2,89)	NS	-	-
Reporte de episodio de ebriedad como causa de no asistir a la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	0,86 (0,16-4,58)	NS	-	-
Reporte de no recibir atención cuando correspondía				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	0,89 (0,30-2,66)	NS	-	-
Tiempo que demora en llegar a la posta para recibir su tratamiento para tuberculosis, minutos				
Reporte de Episodio de no acudir a la posta por percibir lejanía				
No barrera	1 (Ref)		1 (Ref)	
Si barrera	3,18 (1,05-9,62)	< 0,05	3,84 (1,23-12,01)	< 0,05
Reporte de algún tipo de miedo sobre el tratamiento para tuberculosis				
No barrera	1 (Ref)		-	-
Si barrera	0,72 (0,38-1,35)	NS		
Factores relacionados con los estilos de vida				
Consumo de Alcohol (AUDIT)				
No trastorno	1 (Ref)		1 (Ref)	
Si trastorno	1,55 (0,83-2,87)	NS	2,34 (1,13-4,85)	< 0,05
Consumo de Drogas (DAS-T)				
No problemas	1 (Ref)			
Bajo nivel	0,35 (0,08-1,60)	NS		
Moderado nivel	4,52 (1,08-18,87)	< 0,05		
Substancial nivel	0,97 (0,24-3,91)	NS	-	-
Severo nivel	2,26 (0,44-11,6)	NS		

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 soles/mes. OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza. †Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 27: Análisis de regresión logística bivariada y multivariada para los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que cumplieron con el tratamiento anti-tuberculoso evaluado al final de la fase II del tratamiento, Lima-Perú 2014.

Características	Análisis bivariado		Análisis Multivariado	
	OR (95% IC)	p [†]	OR (95% IC)	p [†]
Factores biológicos				
Edad	0,98 (0,96-1,00)	NS	0,97 (0,95-1,00)	NS
Sexo				
Femenino	1 (Ref)			
Masculino	0,69 (0,35-1,34)	NS	-	-
Factores relacionados con el medio ambiente y la persona				
Grado de instrucción				
Primaria incompleta	1 (Ref)			
Primaria completa	1,09 (0,24-5,03)	NS		
Secundaria incompleta	2,13 (0,65-6,97)	NS	-	-
Secundaria completa	0,70 (0,21-2,35)	NS		
Superior	0,65 (0,19-2,21)	NS		
Estado Civil				
Soltero	1 (Ref)			
Casado	1,21 (0,45-3,20)	NS		
Conviviente	0,78 (0,32-1,90)	NS	-	-
Separado	0,84 (0,16-4,26)	NS		
Viudo	0,73 (0,08-6,82)	NS		
Ingresos en soles				
Mayor al sueldo mínimo*	1 (Ref)			
Menor o igual al sueldo mínimo	1,06 (0,43-2,59)	NS		
Sin ingresos	1,18 (0,53-2,65)	NS	-	-
Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)				
No pobre	1 (Ref)			
Pobre (1 necesidad básica insatisfecha)	1,17 (0,42-3,22)	NS		
Pobre extremo (2 a más necesidades básicas insatisfechas)	1,14 (0,44-2,99)	NS	-	-
Antecedente de tuberculosis				
No	1 (Ref)		1 (Ref)	
Si	1,91 (0,90-4,07)	NS	3,46 (1,38-8,63)	< 0,05
Comorbilidad VIH				
No	1 (Ref)			
Si	1,57 (0,45-5,47)	NS	-	-
Estado de depresión (CESD-10)				
No síntomas depresivos	1 (Ref)			
Síntomas depresivos	0,88 (0,39-1,98)	NS		
Depresión leve	0,86 (0,26-2,82)	NS	-	-
Depresión moderada	1,60 (0,50-5,15)	NS		
Depresión severa	9,62 (0,96-96,88)	NS		
Estigma hacia la Tuberculosis				
Bajo estigma	1 (Ref)			
Alto estigma	1,22 (0,63-2,36)	NS	-	-
Conocimientos sobre Tuberculosis				
No conocimiento	1 (Ref)			
Si conocimiento	1,62 (0,83-3,15)	NS	-	-

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 soles/mes. OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza. †Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla Nº 27: Análisis de regresión logística bivariada y multivariada para los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que cumplieron con el tratamiento anti-tuberculoso evaluado al final de la fase II del tratamiento, Lima-Perú 2014 (continuación).

Características	Análisis bivariado		Análisis Multivariado	
	OR (95% IC)	p [†]	OR (95% IC)	p [†]
Barreras de acceso a los servicios de salud, del personal de salud de la persona				
Dificultad para transporte hacia la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,24 (0,53-2,90)	NS	-	-
Percepción de horario inadecuado				
No barrera	1 (Ref)		1 (Ref)	
Si barrera	2,40 (1,21-4,78)	< 0,05	2,08 (0,98-4,42)	NS
Percepción de maltrato por el personal de salud				
No barrera	1 (Ref)		1 (Ref)	
Si barrera	3,59 (1,39-9,29)	< 0,05	3,02 (1,08-8,45)	< 0,05
Temor que alguien lo reconozca en la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,49 (0,77-2,89)	NS	-	-
Percepción de desconfianza en el personal de salud				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	0,96 (0,36-2,56)	NS	-	-
Presencia de episodio donde no tuvo con quien dejar a sus hijos por ir a la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	2,26 (0,97-5,27)	NS	-	-
Reporte de episodio de ebriedad como causa de no asistir a la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	4,34 (0,93-20,16)	NS	-	-
Reporte de no recibir atención cuando correspondía				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	0,93 (0,29-3,00)	NS	-	-
Tiempo que demora en llegar a la posta para recibir su tratamiento para tuberculosis, minutos				
	1,00 (0,98-1,02)	NS	-	-
Reporte de Episodio de no acudir a la posta por percibir lejanía				
No barrera	1 (Ref)		1 (Ref)	
Si barrera	4,68 (1,53-14,31)	NS	5,61 (1,70-18,50)	< 0,05
Reporte de algún tipo de miedo sobre el tratamiento para tuberculosis				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,02 (0,53-2,00)	NS	-	-
Factores relacionados con los estilos de vida				
Consumo de Alcohol (AUDIT)				
Bajo riesgo	1 (Ref)			
Riesgo de consumo	0,95(0,40-2,23)	NS		
Consumo perjudicial	2,33 (0,68-7,93)	NS	-	-
Dependencia	1,15 (0,41-3,21)	NS		
Consumo de Drogas (DAS-T)				
No problemas	1 (Ref)			
Bajo nivel	0,21 (0,03-1,65)	NS		
Moderado nivel	0,84 (0,17-4,23)	NS	-	-
Substancial nivel	1,26 (0,31-5,13)	NS		
Severo nivel	2,95 (0,57-15,23)	NS		

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 soles/mes. OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza. †Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 28: Análisis de regresión logística bivariada y multivariada para los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que abandonaron el tratamiento anti-tuberculoso, Lima-Perú 2014.

Características	Análisis bivariado		Análisis Multivariado	
	OR (95% IC)	p [†]	OR (95% IC)	p [†]
Factores biológicos				
Edad	0,99 (0,96-1,02)	NS	-	-
Sexo				
Femenino	1 (Ref)			
Masculino	1,30 (0,53-3,16)	NS	-	-
Factores relacionados con el medio ambiente y la persona				
Grado de instrucción				
Primaria incompleta	1 (Ref)			
Primaria completa	0,67 (0,06-8,06)	NS		
Secundaria incompleta	1,46 (0,27-7,91)	NS	-	-
Secundaria completa	1,55 (0,31-7,80)	NS		
Superior	1,25 (0,24-6,52)	NS		
Estado Civil				
Soltero	1 (Ref)			
Casado	0,73 (0,15-3,45)	NS		
Conviviente	1,62 (0,60-4,35)	NS	-	-
Separado	2,92 (0,70-12,18)	NS		
Viudo	(Omitido)			
Ingresos en soles				
Mayor al sueldo mínimo*	1 (Ref)			
Menor o igual al sueldo mínimo	0,58 (0,20-1,70)	NS	-	-
Sin ingresos	0,56 (0,21-1,46)	NS		
Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)				
Insatisfecha (NBI)				
No pobre	1 (Ref)			
Pobre (1 necesidad básica insatisfecha)	1,18 (0,38-3,65)	NS	-	-
Pobre extremo (2 a más necesidades básicas insatisfechas)	0,52 (0,16-1,70)	NS		
Antecedente de tuberculosis				
No	1 (Ref)			
Si	0,94 (0,33-2,65)	NS	-	-
Comorbilidad VIH				
No	1 (Ref)		-	-
Si	0,62 (0,08-4,97)	NS		
Estado de depresión (CESD-10)				
No síntomas depresivos	1 (Ref)			
Síntomas depresivos	0,74 (0,27-2,01)	NS	-	-
Depresión leve	0,66 (0,14-3,13)	NS		
Depresión moderada	0,42 (0,05-3,41)	NS		
Depresión severa	(Omitido)			
Estigma hacia la Tuberculosis				
Bajo estigma	1 (Ref)		-	-
Alto estigma	2,15 (0,91-5,11)	NS		
Conocimientos sobre Tuberculosis				
No conocimiento	1 (Ref)		-	-
Si conocimiento	1,89 (0,80-4,50)	NS		

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 soles/mes. OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza. †Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 28: Análisis de regresión logística bivariada y multivariada para los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que abandonaron el tratamiento anti-tuberculoso, Lima-Perú 2014 (continuación).

Características	Análisis bivariado		Análisis Multivariado	
	OR (95% IC)	p [†]	OR (95% IC)	p [†]
Barreras de acceso a los servicios de salud, del personal de salud de la persona				
Dificultad para transporte hacia la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	0,94 (0,30-2,93)	NS	-	-
Percepción de horario inadecuado				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,56 (0,66-3,67)	NS	-	-
Percepción de maltrato por el personal de salud				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,62 (0,50-5,19)	NS	-	-
Temor que alguien lo reconozca en la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,10 (0,48-2,56)	NS	-	-
Percepción de desconfianza en el personal de salud				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	2,57 (0,97-6,76)	NS	-	-
Presencia de episodio donde no tuvo con quien dejar a sus hijos por ir a la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	0,79 (0,22-2,81)	NS	-	-
Reporte de episodio de ebriedad como causa de no asistir a la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	4,98 (1,35-18,43)	< 0,05	-	-
Reporte de no recibir atención cuando correspondía				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	2,54 (0,85-7,64)	NS	-	-
Tiempo que demora en llegar a la posta para recibir su tratamiento para tuberculosis, minutos				
No barrera	1,00 (0,96-1,03)	NS	-	-
Reporte de Episodio de no acudir a la posta por percibir lejanía				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,09 (0,23-5,12)	< 0,05	-	-
Reporte de algún tipo de miedo sobre el tratamiento para tuberculosis				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,75 (0,76-4,06)	NS	-	-
Factores relacionados con los estilos de vida				
Consumo de Alcohol (AUDIT)				
Bajo riesgo	1 (Ref)			
Riesgo de consumo	1,23 (0,44-3,42)	NS		
Consumo perjudicial	1,37 (0,28-6,76)	NS	-	-
Dependencia	1,07 (0,28-4,03)	NS		
Consumo de Drogas (DAS-T)				
No problemas	1 (Ref)			
Bajo-moderado nivel	0,78 (0,17-3,61)	NS		
Substancial –severo nivel	4,10 (1,47-11,45)	< 0,05	-	-

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 soles/mes. OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza. †Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 29: Análisis bivariado y multivariado de regresión logística ordinal en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis con Mala Adherencia según número de días perdidos del tratamiento anti-tuberculoso, Lima-Perú 2014.

Características	Análisis bivariado		Análisis Multivariado	
	RM (95% IC)	p [†]	RM (95% IC)	p [†]
Factores biológicos				
Edad	0,98 (0,97-1,00)	NS	-	-
Sexo				
Femenino	1 (Ref)		1 (Ref)	
Masculino	0,70 (0,40-1,21)	NS	0,53 (0,30-0,95)	< 0,05
Factores relacionados con el medio ambiente y la persona				
Grado de instrucción				
Primaria incompleta	1 (Ref)			
Primaria completa	0,67 (0,19-2,38)	NS		
Secundaria incompleta	1,76 (0,65-4,77)	NS	-	-
Secundaria completa	0,80 (0,31-2,04)	NS		
Superior	0,96 (0,38-2,43)	NS		
Estado Civil				
Soltero	1 (Ref)			
Casado	0,80 (0,35-1,81)	NS		
Conviviente	0,74 (0,37-1,44)	NS	-	-
Separado	0,65 (1,17-2,48)	NS		
Viudo	0,30 (0,06-1,58)	NS		
Ingresos en soles				
Mayor al sueldo mínimo*	1 (Ref)			
Menor o igual al sueldo mínimo	1,07 (0,53-2,17)	NS		
Sin ingresos	0,94 (0,50-1,80)	NS	-	-
Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)				
No pobre	1 (Ref)			
Pobre (1 necesidad básica insatisfecha)	0,86 (0,39-1,89)	NS	-	-
Pobre extremo (2 a más necesidades básicas insatisfechas)	0,85 (0,41-1,77)	NS		
Antecedente de tuberculosis				
No	1 (Ref)		-	-
Si	1,28 (0,67-2,46)	NS		
Comorbilidad VIH				
No	1 (Ref)		1 (Ref)	
Si	4,57 (1,22-17,11)	< 0,05	4,89 (1,24-19,26)	< 0,05
Estado de depresión (CESD-10)				
No síntomas depresivos	1 (Ref)			
Síntomas depresivos	1,06 (0,57-1,98)	NS		
Depresión leve	1,45 (0,56-3,77)	NS	-	-
Depresión moderada	1,91 (0,68-5,30)	NS		
Depresión severa	4,78 (0,50-45,9)	NS		
Estigma hacia la Tuberculosis				
Bajo estigma	1 (Ref)			
Alto estigma	1,10 (0,65-1,88)	NS	-	-
Conocimientos sobre Tuberculosis				
No conocimiento	1 (Ref)			
Si conocimiento	1,16 (0,68-1,97)	NS	-	-

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 soles/mes. OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza. †Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 29: Análisis bivariado y multivariado de regresión logística ordinal en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis con Mala Adherencia según número de días perdidos del tratamiento anti-tuberculoso, Lima-Perú 2014 (continuación).

Características	Análisis bivariado		Análisis Multivariado	
	OR (95% IC)	p [†]	OR (95% IC)	p [†]
Barreras de acceso a los servicios de salud, del personal de salud de la persona				
Dificultad para transporte hacia la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,27 (0,61-2,62)	NS	-	-
Percepción de horario inadecuado				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,67 (0,93-2,98)	NS	-	-
Percepción de maltrato por el personal de salud				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,61 (0,65-3,95)	NS	-	-
Temor que alguien lo reconozca en la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,07 (0,62-1,83)	NS	-	-
Percepción de desconfianza en el personal de salud				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	0,69 (0,32-1,48)	NS	-	-
Presencia de episodio donde no tuvo con quien dejar a sus hijos por ir a la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,14 (0,54-2,42)	NS	-	-
Reporte de episodio de ebriedad como causa de no asistir a la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	2,13 (0,51-8,97)	NS	-	-
Reporte de no recibir atención cuando correspondía				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	0,61 (0,25-1,50)	NS	-	-
Tiempo que demora en llegar a la posta para recibir su tratamiento para tuberculosis, minutos				
1,00 (0,98-1,01)		NS	-	-
Reporte de Episodio de no acudir a la posta por percibir lejanía				
No barrera	1 (Ref)		1 (Ref)	
Si barrera	3,12 (0,94-10,35)	< 0,05	3,70 (1,09-12,56)	< 0,05
Reporte de algún tipo de miedo sobre el tratamiento para tuberculosis				
No barrera	1 (Ref)		-	-
Si barrera	0,82 (0,48-1,41)	NS		
Factores relacionados con los estilos de vida				
Consumo de Alcohol (AUDIT)				
No trastorno	1 (Ref)			
Si trastorno	1,56 (0,90-2,70)	NS	-	-
Consumo de Drogas (DAS-T)				
No problemas	1 (Ref)		1 (Ref)	
Bajo nivel	0,43 (0,16-1,15)		0,56 (0,21-1,51)	NS
Moderado nivel	2,71 (0,66-11,07)		2,55 (0,58-11,22)	NS
Substancial nivel	2,48 (0,71-8,60)	< 0,05	3,25 (0,91-11,61)	NS
Severo nivel	7,37 (0,85-63,80)		10,15 (1,13-91,39)	< 0,05

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 soles/mes. OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza. †Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla N° 30: Análisis bivariado y multivariado de regresión logística ordinal en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis con Mala Adherencia según el número de interrupciones del tratamiento anti-tuberculoso, Lima-Perú 2014.

Características	Análisis bivariado		Análisis Multivariado	
	RM (95% IC)	p [†]	RM (95% IC)	p [†]
Factores biológicos				
Edad	0,98 (0,97-1,00)	NS	-	-
Sexo				
Femenino	1 (Ref)			
Masculino	0,87 (0,50-1,50)	NS	-	-
Factores relacionados con el medio ambiente y la persona				
Grado de instrucción				
Primaria incompleta	1 (Ref)			
Primaria completa	0,93 (0,26-3,29)	NS		
Secundaria incompleta	1,69 (0,64-4,42)	NS	-	-
Secundaria completa	1,01 (0,40-2,52)	NS		
Superior	1,46 (0,58-3,66)	NS		
Estado Civil				
Soltero	1 (Ref)			
Casado	0,65 (0,28-1,47)	NS		
Conviviente	0,56 (0,29-1,10)	NS	-	-
Separado	0,40 (1,11-1,43)	NS		
Viudo	0,25 (0,05-1,31)	NS		
Ingresos en soles				
Mayor al sueldo mínimo*	1 (Ref)			
Menor o igual al sueldo mínimo	1,07 (0,53-2,17)	NS		
Sin ingresos	0,52 (0,24-1,13)	NS	-	-
Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)				
No pobre	1 (Ref)			
Pobre (1 necesidad básica insatisfecha)	0,59 (0,26-1,36)	NS	-	-
Pobre extremo (2 a más necesidades básicas insatisfechas)	0,85 (0,41-1,77)	NS		
Antecedente de tuberculosis				
No	1 (Ref)		-	-
Si	1,37 (0,70-2,65)	NS		
Comorbilidad VIH				
No	1 (Ref)		1 (Ref)	
Si	14,42 (1,83-113,7)	< 0,05	14,12 (1,73-115,3)	< 0,05
Estado de depresión (CESD-10)				
No síntomas depresivos	1 (Ref)		1 (Ref)	
Síntomas depresivos	1,03 (0,55-1,92)	NS	1,15 (0,60-2,19)	NS
Depresión leve	2,01 (0,74-5,50)	NS	2,18 (0,76-6,23)	NS
Depresión moderada	3,84 (1,16-12,67)	NS	4,67 (1,37-15,92)	< 0,05
Depresión severa	4,53 (0,47-43,27)	NS	4,29 (0,41-44,68)	NS
Estigma hacia la Tuberculosis				
Bajo estigma	1 (Ref)			
Alto estigma	1,00 (0,58-1,69)	NS	-	
Conocimientos sobre Tuberculosis				
No conocimiento	1 (Ref)			
Si conocimiento	1,03 (0,60-1,76)	NS	-	-

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 soles/mes. OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza. †Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

Tabla Nº 30: Análisis bivariado y multivariado de regresión logística ordinal en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis con Mala Adherencia según número de interrupciones del tratamiento anti-tuberculoso, Lima-Perú 2014 (continuación).

Características	Análisis bivariado		Análisis Multivariado	
	OR (95% IC)	p [†]	OR (95% IC)	p [†]
Barreras de acceso a los servicios de salud, del personal de salud de la persona				
Dificultad para transporte hacia la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	0,92 (0,45-1,85)	NS	-	-
Percepción de horario inadecuado				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,80 (1,00-3,25)	< 0,05	-	-
Percepción de maltrato por el personal de salud				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	2,11 (0,81-5,48)	NS	-	-
Temor que alguien lo reconozca en la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	1,04 (0,60-1,79)	NS	-	-
Percepción de desconfianza en el personal de salud				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	0,57 (0,27-1,20)	NS	-	-
Presencia de episodio donde no tuvo con quien dejar a sus hijos por ir a la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	0,81 (0,39-1,69)	NS	-	-
Reporte de episodio de ebriedad como causa de no asistir a la posta				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	3,28 (0,64-16,69)	NS	-	-
Reporte de no recibir atención cuando correspondía				
No barrera	1 (Ref)			
Si barrera	0,65 (0,26-1,62)	NS	-	-
Tiempo que demora en llegar a la posta para recibir su tratamiento para tuberculosis, minutos				
No barrera	1,00 (0,98-1,01)	NS	-	-
Reporte de Episodio de no acudir a la posta por percibir lejanía				
No barrera	1 (Ref)		1 (Ref)	
Si barrera	2,76 (0,84-9,13)	NS	3,84 (1,23-12,01)	< 0,05
Reporte de algún tipo de miedo sobre el tratamiento para tuberculosis				
No barrera	1 (Ref)		-	-
Si barrera	0,90 (0,52-1,54)	NS		
Factores relacionados con los estilos de vida				
Consumo de Alcohol (AUDIT)				
No trastorno	1 (Ref)		1 (Ref)	
Si trastorno	1,62 (0,93-2,82)	NS	2,34 (1,13-4,85)	< 0,05
Consumo de Drogas (DAS-T)				
No problemas	1 (Ref)		1 (Ref)	
Bajo nivel	0,41 (0,16-1,07)	NS	0,47 (1,18-1,24)	NS
Moderado nivel	4,02 (0,81-20,01)	NS	3,50 (0,63-19,34)	NS
Substancial nivel	2,20 (0,64-7,61)	NS	2,72 (0,77-9,56)	NS
Severo nivel	6,48 (0,75-55,96)	NS	7,78 (0,85-71,15)	NS

*Sueldo mínimo legal en Perú: 750 soles/mes. OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza. †Valor de p < 0,05 en negrita y NS representa p > 0,05.

5. DISCUSIÓN

El control de la TB depende en gran parte del éxito del tratamiento y solo se llega a este con un cumplimiento adecuado del mismo. Si bien algunos estudios ^(55,56) se centran en evaluar otros desenlaces que ocurren al final del tratamiento como muerte, falla al tratamiento, eventos adversos o curación; este estudio se centró más en la evaluación del cumplimiento y la adherencia al tratamiento antituberculoso. No obstante se pudo determinar una tasa de cura de 81,58% y una tasa de falla al tratamiento por resistencia a fármacos de 8,95%. Así mismo se determinó que la tasa abandono al tratamiento antituberculoso en Lima es aún frecuente (11.63% en este estudio) y resulta similar a lo encontrado en otros países como Nigeria⁽⁵⁶⁾ y Brasil⁽⁵⁵⁾ donde se hallaron tasas de abandono en 9,4% y 19% respectivamente. Lo curioso es dar a notar que Nigeria y Brasil son países considerados por OMS como “con gran carga de enfermedad por Tuberculosis”.

La mayoría de estudios revisados ofrece una definición variable de abandono al tratamiento de la tuberculosis, sin embargo estudios previos como los reportados en Perú ^(19, 20) consideran abandono a la ausencia de la persona para recibir tratamiento por 30 días consecutivos, esto acorde a la norma técnica vigente⁽⁶⁾. Es así que el presente estudio adoptó dicha definición para su evaluación.

Resulta más complicado encontrar homogéneas definiciones de adherencia y es que el tratamiento de la tuberculosis es limitado en comparación a otras enfermedades crónicas, sean transmisibles o no transmisibles (VIH, diabetes, hipertensión arterial, etc), debiendo diferenciarse el cumplimiento al tratamiento antituberculoso de su adherencia. Al respecto la “tarjeta de control de asistencia y administración de medicamentos con esquema uno” del Ministerio de Salud y su llenado por el personal de salud (explicado anteriormente), nos ofreció la posibilidad de registrar adecuadamente el número de días perdidos al tratamiento y el número de interrupciones al tratamiento como parámetro importante de adherencia al tratamiento de la tuberculosis.

Considerar al número de días perdidos al tratamiento de la tuberculosis y al número de interrupciones que se generan durante este tratamiento, es importante ya que

ha sido posible observar que muchos pacientes atendidos en un programa de tuberculosis, a pesar de haber concluido un tratamiento, lo hicieron en un mayor tiempo y/o en forma irregular a lo previsto, habiéndose dado exposición a resistencia a la medicación y contagio hacia otras personas, por lo que intervenir precozmente en estas personas de tratamiento irregular o con mala adherencia ayudaría aún más en control de la TB que esperar hasta que resulte un episodio de abandono para recién actuar. Se considera entonces a este estudio como uno de los primeros en evaluar el grado o nivel de adherencia al tratamiento considerando la regularidad o no del cumplimiento, además de evaluar el abandono al tratamiento antituberculoso como el resto de estudios previos.

Así, los resultados de este estudio mostraron que una tasa alta de pacientes que completaron el tratamiento para tuberculosis (sin abandonarlo) lo hicieron de una forma irregular (43.68%) y corrobora la observación descrita arriba. Cuando se midió el promedio del número de días perdidos durante el tratamiento antituberculoso se obtuvo 10,61 días haciendo notar una frecuencia alta de días de inasistencia. Cuando se evaluó la adherencia según el número de interrupciones se obtuvo un número de 3 como mediana. El estudio de Arriola y cols ⁽²¹⁾ halló una tasa asistencia discontinua o irregular de 39% en pacientes con tuberculosis atendidos el programa de control de TB en Puente Piedra-Lima, sin embargo este estudio no fue claro en definir irregularidad o discontinuidad en la asistencia y tampoco evaluó el cumplimiento final del tratamiento. Esto puede deberse a que previo a la actual norma técnica de salud no se brindaba mayor realce a la terapia irregular. El presente estudio tuvo mediciones paramétricas para poder definir irregularidad al tratamiento. En la literatura no se encuentran otros estudios que se hayan enfocado en la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Cuando Daniel y cols ⁽¹⁴⁾ evaluaron abandono considerando inasistencia mayor a 7 días, hallaron una tasa de 23% de abandono al tratamiento. Por lo previamente comentado se describe la magnitud del cumplimiento irregular en pacientes que han terminado un tratamiento a la tuberculosis.

Para una adecuada adherencia al tratamiento antituberculoso es importante que interactúe una diversidad de factores ⁽³⁾. En este estudio la prevalencia de infección por VIH (6,32%) fue casi el doble que la tasa nacional en Perú (3,2%) del año 2012 y superior a la tasa de co-infección TB-VIH en Lima (5%) reportada durante el año 2013. Es conocido que la prevalencia e incidencia de VIH en nuestro país se redujo

significativamente desde inicios de la década anterior, sin embargo en la actual década aún se mantiene estacionario, con relativos aumentos ⁽⁵⁷⁾ lo que puede explicar los resultados hallados.

También, el estudio pudo identificar que tener una comorbilidad con la infección por VIH brinda casi 5 veces la posibilidad de que un paciente cumpla el tratamiento de forma irregular, de igual forma el hecho de percibir lejanía al centro de salud por parte del paciente ofreció casi 4 veces esta posibilidad.

Resulta importante señalar que analizando el cumplimiento por fases (I y II de tratamiento) encontramos como factores de riesgo adicionales al cumplimiento irregular: tener algún trastorno por consumo de alcohol para la fase I; y percibir que las personas con TB son maltratadas por el personal de salud, percibir un horario inadecuado de atención y tener una antecedente de TB para la fase II. Esto nos hace ver que factores, dependientes de estilos de vida y modificables, como el consumo del alcohol no solamente son frecuentes entre los que se enferman de tuberculosis en nuestra ciudad (39,48% en este estudio), si no que ofrece más de dos veces la posibilidad que cumplan irregularmente su tratamiento en el caso de que lo completen o en su defecto abandonen el tratamiento. El consumo de alcohol como factor asociado al abandono a la tuberculosis ha sido documentado en otros estudios ^(3, 10, 12, 14, 16), sin embargo en nuestro estudio el trastorno por consumo de alcohol no fue hallado como asociado a abandono en el análisis multivariado más si resultó asociado al cumplimiento irregular. Otros estudios peruanos tampoco hallaron una asociación de alcohol y abandono en análisis multivariado. ⁽¹⁹⁻²¹⁾ A pesar de esto debemos tener en cuenta que como factor asociado a abandono en este estudio resultó el reporte de haber tenido un episodio de ebriedad como causa de no haber asistido a alguna visita a recibir el tratamiento, por lo que no debemos desestimar las posibilidades de intervención en personas estas características. Los estudios comparados aplicaron diferentes escalas de valoración de trastornos por uso de alcohol siendo también una limitación de comparación. Este estudio utilizó la escala AUDIT de la Organización Mundial de la Salud, cuya medición de consumo de alcohol a través de 10 preguntas resultó un tanto más precisa en definir consumidores de alcohol de alto riesgo a diferencia de otros estudios que solo evaluaron el consumir alcohol o no. Bajo esta valoración un

porcentaje considerable de pacientes evaluados tuvo algún nivel de trastornos por consumo de alcohol (39,48%) al inicio de la terapia.

Es conocido que el consumo substancial de drogas ofrece también riesgo de abandono al tratamiento.^(10, 19-20) En este estudio se halló que el consumo substancial de drogas resulta en 4 veces más la posibilidad de abandonar el tratamiento antituberculoso, con una frecuencia de (21,05%) al inicio del tratamiento.

Al medir el nivel de adherencia al tratamiento de la tuberculosis el estudio encontró que tener VIH, percibir lejanía al centro de salud y consumo de drogas resultaron asociados a mala adherencia según número de visitas perdidos, siendo el VIH de asociación común para mala adherencia según el número de interrupciones al tratamiento. La percepción de lejanía al centro de salud hace notar que a pesar que muchos centros de salud tratan de ubicarse en el centro de una comunidad, su jurisdicción puede ser tan amplia que altera la percepción de algunas personas que viven en zonas marginales, esto tiene que ver también con el mayor crecimiento poblacional que se ve en las urbes de hoy. Al considerarse esto como una barrera a los servicios de salud, otros estudios encontraron similares hallazgos expresando asociación de abandono con componentes como dificultad de acceso a los servicios de salud⁽¹⁰⁾ y costos para transporte al centro de salud⁽¹⁴⁾

Aunque sin poder demostrarse asociación en el modelo multivariado pero si en el análisis bivariado componentes de estigma como “sentir que las personas con TB se alejan de otros para evitar su propagación” se asoció a abandono; “sentir que algunas personas con TB se sienten solas” se asoció a mala adherencia según número de días perdidos y “algunas personas sienten miedo de contar su diagnóstico” se asoció a mala adherencia según número de interrupciones al tratamiento. En esta misma condición componentes de conocimientos sobre la enfermedad como “no saber el síntoma más común de la enfermedad” y “no saber la duración de su tratamiento” se asociaron a irregularidad del tratamiento como al abandono. “No conocer la duración de su tratamiento” también estuvo asociado a tener una mala adherencia según número de días perdidos. En general no se encontraron hallazgos de asociación entre depresión y abandono, NBI y abandono. El componente de depresión “no tengo ganas de hacer

nada” fue asociado a terapia irregular y a mala adherencia según días perdidos e interrupciones.

Como factor de protección identificado se observó, a diferencia de otros estudios (10, 16-19), que el sexo masculino no estuvo asociado a abandono al tratamiento antituberculoso, sin embargo es de notar que otros estudios tampoco encontraron esta relación entre sexo y abandono (13). Al ser un factor no modificable, conviene tener en cuenta intervenciones de prevención de abandono e irregularidad en ambos géneros.

Otros factores como: Abandono previo, fracaso previo, residencia inestable, cambiar de domicilio durante el tratamiento, desempleo, estar en prisión, positividad en la baciloscopia, recibir el tratamiento en el hospital en lugar que en las postas y soporte social no fueron evaluados en el presente estudio.

Los resultados de este estudio deben interpretarse considerando algunas limitaciones: la recogida de información fue en base a un cuestionario aplicado durante los primeros meses de tratamiento de modo que sesgos de memoria en los participantes y relativa influencia de cambios en sus estilos de vida por consejerías podrían haber influido en la recogida de información. Este estudio no obtuvo muestras de todos los centros y puestos de salud de Lima, pero se centró en las postas con mayor incidencia de casos reportados en el año 2012 y pertenecientes a antigua dirección de salud Lima V, hoy en día integrada a la región del sur como parte de Lima II. De este modo los resultados de este estudio pueden generalizarse a la mayor parte de la población afectada en Lima. Por último, pese al tiempo necesario en la recogida de la información y el análisis de estos resultados, solo se tomó en cuenta las directrices de la anterior norma técnica, no sufriendo influencia de la actual norma que rige desde noviembre del 2013, donde uno de los principales cambios es que los pacientes con TB sensible reciben un esquema de 3 dosis por semana durante la fase II. Sin embargo podemos considerar que los resultados del presente estudio aún están vigentes para plantear estrategias de adherencia y cumplimiento al tratamiento de la TB.

6. CONCLUSIONES

- ❖ Los factores que afectan el cumplimiento del tratamiento de la tuberculosis (asociados a abandono) fueron consumir substancialmente drogas y tener algún episodio de ebriedad como causa de no acudir al centro de salud.
- ❖ Los factores que afectan la regularidad del cumplimiento al tratamiento antituberculoso fueron tener una co-infección por VIH, percibir lejanía al centro de salud, tener un trastorno por consumo de alcohol al inicio del tratamiento, percibir que las personas con TB son maltratados por el personal de salud, percibir un horario inadecuado de atención en centro de salud y tener antecedente de tuberculosis.
- ❖ Los factores que afectan la buena adherencia al tratamiento antituberculoso fueron tener co-infección por VIH, consumo substancial de drogas y percibir lejanía hacia el centro de salud.
- ❖ La proporción de abandono al tratamiento e irregularidad al tratamiento fue de 11,63% y 43,68% respectivamente.
- ❖ Factores como no conocer el síntoma común de la enfermedad y la duración del tratamiento fueron asociados tanto a abandono como irregularidad del tratamiento.

7. RECOMENDACIONES

- ❖ Diseñar intervenciones de mejora de estilos de vida en personas con tuberculosis integrando a profesionales expertos en el manejo de abuso de alcohol y drogas como parte del equipo de atención multidisciplinaria, además de hacer partícipe a la familia y comunidad con grupos de apoyo para estas personas, principalmente con quienes se documente trastornos por uso de alcohol o drogas a través de escalas de detección estandarizadas nivel nacional en las redes de salud.
- ❖ Fomentar un mayor tiempo de atención en consejería en especial con las personas coinfectadas con VIH a fin concientizar la mayor vulnerabilidad que tienen estas personas integrándose la consejería en prevención positiva con la adherencia a sus tratamientos.
- ❖ Intervenciones tempranas ante asistencias irregulares al tratamiento se deben implementar considerando la irregularidad como alarma de abandono y falla terapéutica.
- ❖ Maximizar la relación personal de salud-paciente, enfocándose en educación sobre la enfermedad, sus síntomas y la duración planteada del tratamiento, en personas con tuberculosis.
- ❖ En razón a la evidencia mostrada, estudios de intervención farmacológica sobre trastornos por uso de alcohol y drogas, bajo diseños de ensayos clínicos, en personas con tuberculosis, resultan necesarios en nuestro país.

8. BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Global tuberculosis Report. WHO Report 2013. Ginebra: WHO; 2013.
2. World Health Organization. Global tuberculosis control. WHO Report 2011. Ginebra: WHO; 2011.
3. Arrosi S, Belén M, Greco A, Ramos S. Factores Asociados a la No-Adherencia al Tratamiento de la Tuberculosis: Revisión de la Literatura. CEDES. Área, Salud y Economía. 2011.
4. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la Acción. 2004.
5. Poppa A, Davidson O, Deutsch J et al. British HIV Association (BHIVA) / British
6. Association for Sexual Health and HIV (BASHH) guidelines on provision of adherence support to individuals receiving antiretroviral therapy (2003). HIV Med. 5 Suppl 2, 46-60. 2004.
7. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis. Lima: Dirección General de Salud de las Personas, 2013.
8. Ministerio de Salud. Situación de la Tuberculosis en el Perú. 2011. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/respiravida/archivos/Ayuda_memoria_Lanzamiento_TB.pdf
9. Yagui Moscoso M, Jave HO, Curisinche Rojas M, Gutiérrez C, Romaní Romaní F. Agenda Nacional de Investigación en Tuberculosis en Perú, 2011–2014. Rev Panam Salud Pública. 2013;33(1):151–8.
10. Marx F.M., Dunbar R., Hesselning A.C., Enarson D.A, Beyers N. Increased risk of default among previously treated tuberculosis cases in the Western Cape Province, South Africa. INT J TUBERC LUNG DIS 16(8):1059–1065. 2012.
11. Pineda S, I N, Pereira SM, Barreto ML. Dropout from tuberculosis treatment in Nicaragua: the results of a comparative study. Revista Panamericana de Salud Pública. 2005 Apr;17(4):271–8.
12. Costa SM, Mendoza-Sassi RA, Teixeira TP, Leivas V do A, César-Vaz MR. Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre

- adesão ao tratamento e fatores associados, no município do Rio Grande (RS). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011 Jan;16:1427–35.
13. Hasker E, Khodjikhhanov M, Usarova S, Asamidinov U, Yuldashova U, Werf MJ van der, et al. Default from tuberculosis treatment in Tashkent, Uzbekistan; Who are these defaulters and why do they default? *BMC Infect Dis*. 2008 Jul 22;8:97.
 14. Daniel O.J., Oladapo O.T., Alausa O.K. Default from Tuberculosis Treatment Programme in Sagamu, Nigeria. *Nigerian Journal of Medicine*, Vol. 15, N° 1, January – Marzo 2006.
 15. Bagchi S, Ambe Guirish, Sathiakumar N. Determinants of Poor Adherence to Anti-Tuberculosis Treatment in Mumbai, India. *Int J Prev Med*. 2010 Fall; 1(4): 223–232
 16. Arrosi S, Herrero M.B., Greco A. Ramos S. Factores Predictivos de la No Adherencia al Tratamiento de la Tuberculosis en Municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Salud colectiva*, Buenos Aires, 85(Supl 1): S65-S76, Nov 2012.
 17. Muture B.N, Keraka M.N., Kimuu P. K., Kabiru E.W., Ombeka V.O, Oguya F. Factors associated with default from treatment among tuberculosis patients in nairobi province, Kenya: A case control study. *BMC Public Health* 2011, 11:696.
 18. Janakan N, Seneviratne R. Factors Contributing to Medication Noncompliance of Newly Diagnosed Smear-Positive Pulmonary Tuberculosis Patients in the District of Colombo, Sri Lanka. *Asia-Pacific Journal of Public Health* Volume 20 Number 3. July 2008. 214-223.
 19. Culqui DR, Munayco E. CV, Grijalva CG, Cayla JA, Horna-Campos O, Alva Ch. K, et al. Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú. *Archivos de Bronconeumología*. 2012 May;48(5):150–5.
 20. Culqui D.R, Grijalva C.G., Reategui S.R, Cajo J.M, Suarez L.A. Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 18(1), 2005.
 21. Arriola P, Castillo T, Quispe G, Torres C. Factores Asociados a la Asistencia del Paciente al Tratamiento Antituberculoso. *Rev enfermHereditaria*. 2011;4(2):86-92.

22. Forum WE. Tackling Tuberculosis: The Business Response. World Economic Forum Global Health Initiative in cooperation with the Harvard School of Public Health. Available at: <http://www.weforum.org/pdf/GHI/TB.pdf>.
23. Cobelens F, van Kampen S, Ochodo E, Atun R, Lienhardt C. Research on implementation of interventions in tuberculosis control in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS Med.* 2012;9(12):e1001358.
24. Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, Adato M, Petticrew M, Porter JD. The social determinants of tuberculosis: from evidence to action. *Am J Public Health.* Apr 2011;101(4):654-662.
25. Belo MT, Selig L, Luiz RR, et al. Choosing incentives to stimulate tuberculosis treatment compliance in a poor county in Rio de Janeiro state, Brazil. *Med Sci Monit.* May 2006;12(5):PH1-5.
26. Women's Health. World Health Organization. Available at: http://www.who.int/topics/womens_health/en/.
27. World Health Organization. Global Tuberculosis Control Report 2011. Geneva: World Health Organization.
28. Forum WE. Tackling Tuberculosis: The Business Response. World Economic Forum Global Health Initiative in cooperation with the Harvard School of Public Health. Available at: <http://www.weforum.org/pdf/GHI/TB.pdf>.
29. Cobelens F, van Kampen S, Ochodo E, Atun R, Lienhardt C. Research on implementation of interventions in tuberculosis control in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS Med.* 2012;9(12):e1001358.
30. Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, Adato M, Petticrew M, Porter JD. The social determinants of tuberculosis: from evidence to action. *Am J Public Health.* Apr 2011;101(4):654-662.
31. Belo MT, Selig L, Luiz RR, et al. Choosing incentives to stimulate tuberculosis treatment compliance in a poor county in Rio de Janeiro state, Brazil. *Med Sci Monit.* May 2006;12(5):PH1-5.
32. Women's Health. World Health Organization. Available at: http://www.who.int/topics/womens_health/en/. 26
33. World Health Organization. Global Tuberculosis Control Report 2011. Geneva: World Health Organization.
34. Bank TW. Peru.

35. Development USAfI. Peru: Tuberculosis Profile. United States Agency for International Development. Available at:
http://transition.usaid.gov/our_work/global_health/id/tuberculosis/countries/lac/peru.pdf.
36. Organization WH. Tuberculosis profile: Peru. World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/index.html>.
37. Bonilla Asalde C. Tuberculosis in Peru: Current Status. SciELO - Scientific Electronic Library Online. 2008.
38. Finlay A, Lancaster J, Holtz TH, Weyer K, Miranda A, van der Walt M. Patient- and provider-level risk factors associated with default from tuberculosis treatment, South Africa, 2002: a case-control study. *BMC Public Health*. 2012;12:56.
39. Muture BN, Keraka MN, Kimuu PK, Kabiru EW, Ombeka VO, Oguya F. Factors associated with default from treatment among tuberculosis patients in Nairobi province, Kenya: a case control study. *BMC Public Health*. 2011;11:696.
40. Schaaf HS, Moll AP, Dheda K. Multidrug- and extensively drug-resistant tuberculosis in Africa and South America: epidemiology, diagnosis and management in adults and children. *Clin Chest Med*. Dec 2009;30(4):667-683, vii-viii.
41. Corbett EL, Watt CJ, Walker N, et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. *Arch Intern Med*. May 12 2003;163(9):1009-1021.
42. Facts.org. TB and HIV. Available at: <http://www.tbfacts.org/tb-hiv.html>.
43. UNAIDS. Peru. Available at:
<http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/peru/>.
44. Eza D, Cerrillo G, Moore DA, et al. Postmortem findings and opportunistic infections in HIV-positive patients from a public hospital in Peru. *Pathol Res Pract*. 2006;202(11):767-775.
45. Ghebreyesus TA, Kazatchkine M, Sidibe M, Nakatani H. Tuberculosis and HIV: time for an intensified response. *Lancet*. May 22 2010;375(9728):1757-1758.

46. Organization WH. Tuberculosis profile. Available at:
https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=PE&outtype=html.
47. Kittikraisak W, Burapat C, Kaewsard S, et al. Factors associated with tuberculosis treatment default among HIV-infected tuberculosis patients in Thailand. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* Jan 2009;103(1):59-66.
48. Franke MF, Appleton SC, Bayona J, et al. Risk factors and mortality associated with default from multidrug-resistant tuberculosis treatment. *Clin Infect Dis.* Jun 15 2008;46(12):1844-1851.
49. Sanchez M, Bartholomay P, Arakaki-Sanchez D, et al. Outcomes of TB treatment by HIV status in national recording systems in Brazil, 2003-2008. *PLoS One.* 2012;7(3):e33129.
50. Organization WH. Country Profile: Peru.
51. Greenfield SF, Shields A, Connery HS, et al. Integrated Management of Physician-delivered Alcohol Care for Tuberculosis Patients: Design and Implementation. *Alcohol Clin Exp Res.* Feb 2010;34(2):317-330.
52. Belilovskiy E. Predictive model for treatment interruption among patients with tuberculosis in Russia and Central Asia, former USSR countries. Paper presented at the Harvard School of Public Health Practicum: Harvard School of Public Health; 2005.
53. Gelmanova IY, Keshavjee S, Golubchikova VT, et al. Barriers to successful tuberculosis treatment in Tomsk, Russian Federation: non-adherence, default and the acquisition of multidrug resistance. *Bull World Health Organ.* Sep 2007;85(9):703-711.
54. Instituto Nacional de Salud. Intervenciones dirigidas a disminuir el abandono al tratamiento antituberculoso. Diálogo Deliberativo de un Resumen de Política. Set – 2011. Disponible en:
http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/Nota%20t%C3%A9cnica10_Di%C3%A1logo%20deliberativo%20Intervenciones%20dirigidas%20a%20disminuir%20el%20abandono%20al%20tratamiento%20antituberculosos.pdf
55. Renata de Lima O, Americano P, Trajman A, et al. Predictors of Tuberculosis Treatment Outcomes. *Jornal Brasileiro de Pneumologia.* Vol. 38 N° 1 Sao Paulo Jan/Feb. 2012.

56. Alobu I, Oshi S, Oshi D, et al. Risk Factors of Treatment Default and Death Among Tuberculosis Patients in a Resource-Limited Setting. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*. Vol 7, Issue 12, pag. 977-984, 2014.
57. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú, Noviembre 2013.

9. ANEXOS

- **Ficha de recolección en base a cuestionario de evaluación inicial (Variable Independiente)**

FICHA DE RECOLECCIÓN:			
N°	VARIABLE	RESPUESTA	PASE A LA VARIABLE
1	Antecedente de tuberculosis	1. SI	2
		2. NO	4
2	Meses aproximadamente que tomó tratamiento en su episodio anterior de tuberculosis meses	3
3	Hubo cura de su episodio previo de tuberculosis	1. SI	4
		2. NO	
4	Comorbilidad durante el tratamiento	1. Hipertensión Arterial (Presión alta)	5
		2. Diabetes	
		3. Depresión	
		4. Artritis	
		5. VIH/SIDA	
		6. Otra:.....	
5	Terapia de comorbilidad durante el tratamiento	7. Ninguna	6
		1. SI	6
6	Reporte de malestar mientras llevaba el tratamiento antituberculoso.	2. NO	
		1. SI	7
7	Consumo de cigarrillos	2. NO	8
	 cigarrillos / semana	
8	Sexo	1. Hombre	9
		2. Mujer	
9	Raza reportada	1. Mestiza	10
		2. Blanca	
		3. Negra	
		4. Asiática	
		5. Indígena	
		6. Otra:.....	
10	Edadaños	11
11	Estado Civil	1. Soltero	12
		2. Casado	
		3. Conviviente	
		4. Separado	
		5. Viudo	
N°	VARIABLE	RESPUESTA	PASE A LA VARIABLE

			VARIABLE
12	Grado de instrucción	1. Primaria Incompleta	13
		2. Primaria Completa	
		3. Secundaria Incompleta	
		4. Secundaria Completa	
		5. Superior	
13	Ocupación	1. Ama(o) de casa	14
		2. Estudiante	
		3. Escriba:.....	
		4. Jubilado	
		5. No tengo trabajo	
14	Ingresos en soles soles	15
15	Material noble como Predominantemente en la vivienda	1. SI	16
		2. NO	
16	Número de dormitorios en la viviendadormitorios	17
17	Personas que habitan la viviendapersonas	18
18	Presencia de desagüe o pozo ciego en la vivienda	1. SI	19
		2. NO	
19	Presencia de niño de 6 a 12 años que no esté llevando la escuela en la vivienda	1. SI	20
		2. NO	
20	jefe de hogar con secundaria completa	1. SI	21
		2. NO	
21	Jefe de hogar mantiene a más de tres personas	1. SI	22
		2. NO	
ESTADO DE DEPRESIÓN REPORTADO POR PARTICIPANTE			
22	Me molestan cosas que usualmente no me molestan.	1. Raramente o ninguna vez (<1 día a la semana)	23
		2. Algunas o pocas veces (1-2 días a la semana)	
		3. Buena parte del tiempo (3-4 días a la semana)	
		4. La mayor parte del tiempo (5-7 días a la semana)	
23	Tengo dificultad en mantener mi mente en las cosas que hago.	1. Raramente o ninguna vez (<1 día a la semana)	24
		2. Algunas o pocas veces (1-2 días a la semana)	
		3. Buena parte del tiempo (3-4 días a la semana)	
		4. La mayor parte del tiempo (5-7 días a la semana)	
24	Me siento deprimido(a)	1. Raramente o ninguna vez (<1 día a la semana)	25
		2. Algunas o pocas veces (1-2 días a la semana)	
		3. Buena parte del tiempo (3-4 días a la semana)	
		4. La mayor parte del tiempo (5-7 días a la semana)	
25	Me cuesta mucho esfuerzo hacer las cosas.	1. Raramente o ninguna vez (<1 día a la semana)	26
		2. Algunas o pocas veces (1-2 días a la semana)	
		3. Buena parte del tiempo (3-4 días a la semana)	
		4. La mayor parte del tiempo (5-7 días a la semana)	
26	Siento mucha esperanza en el futuro	1. Raramente o ninguna vez (<1 día a la semana)	27
		2. Algunas o pocas veces (1-2 días a la semana)	

		3. Buena parte del tiempo (3-4 días a la semana)	
		4. La mayor parte del tiempo (5-7 días a la semana)	
27	Siento Miedo	1. Raramente o ninguna vez (<1 día a la semana)	28
		2. Algunas o pocas veces (1-2 días a la semana)	
		3. Buena parte del tiempo (3-4 días a la semana)	
		4. La mayor parte del tiempo (5-7 días a la semana)	
28	Tengo dificultad para dormir	1. Raramente o ninguna vez (<1 día a la semana)	29
		2. Algunas o pocas veces (1-2 días a la semana)	
		3. Buena parte del tiempo (3-4 días a la semana)	
		4. La mayor parte del tiempo (5-7 días a la semana)	
29	Me siento feliz	1. Raramente o ninguna vez (<1 día a la semana)	30
		2. Algunas o pocas veces (1-2 días a la semana)	
		3. Buena parte del tiempo (3-4 días a la semana)	
		4. La mayor parte del tiempo (5-7 días a la semana)	
30	Me siento solo(a)	1. Raramente o ninguna vez (<1 día a la semana)	31
		2. Algunas o pocas veces (1-2 días a la semana)	
		3. Buena parte del tiempo (3-4 días a la semana)	
		4. La mayor parte del tiempo (5-7 días a la semana)	
31	No tengo ganas de hacer nada	1. Raramente o ninguna vez (<1 día a la semana)	32
		2. Algunas o pocas veces (1-2 días a la semana)	
		3. Buena parte del tiempo (3-4 días a la semana)	
		4. La mayor parte del tiempo (5-7 días a la semana)	
32	Inasistencia a la posta para recibir su medicación	1. SI	33
		2. NO	
33	Dificultad para transporte hacia la posta	1. SI	34
		2. NO	
34	Percepción de horario inadecuado	1. SI	35
		2. NO	
35	Percepción de maltrato por el personal de salud	1. SI	36
		2. NO	
36	Temor que alguien lo reconozca en la posta	1. SI	37
		2. NO	
37	Percepción de desconfianza en el personal de salud	1. SI	38
		2. NO	
38	Percepción de importancia sobre cuidado de la salud	1. SI	39
		2. NO	
39	Presencia de episodio donde no tuvo con quien dejar a sus hijos por ir a la posta	1. SI	40
		2. NO	
40	Reporte de episodio de ebriedad como causa de no asistir a la posta	1. SI	41
		2. NO	
41	Reporte de no recibir atención cuando correspondía	1. SI	42
		2. NO	
42	Reporte de otro factor para no acudir a la posta	43
43	Medio de transporte habitual para llegar a la posta?	1. A pie	44

		2. Mototaxi	
		3. Micro/combi	
		4. Taxi	
		5. Otro:.....	
44	Tiempo que demora en llegar a la posta para recibir su tratamiento para tuberculosisminutos	45
45	Reporte de Episodio de no acudir a la posta por percibir lejanía	1. SI	46
		2. NO	
46	Reporte de algún tipo de miedo sobre el tratamiento para tuberculosis	1. SI	47
		2. NO	
47	Reporte de que la tuberculosis contagiosa de una persona a otra	1. SI	48
		2. NO	
48	Reporte de que es posible curar una persona con tuberculosis	1. SI	49
		2. NO	
49	Reporte de Cómo puede ser infectada una persona con tuberculosis	1. Por el aire	50
		2. Por agua contaminada	
		3. Por la comida	
		4. Por mosquitos	
		5. Por la sangre	
50	Reporte de Todas las personas infectadas con tuberculosis deben tener síntomas	1. SI	51
		2. NO	
51	Reporte de percepción del síntoma más común en una persona con tuberculosis	1. Fiebre	52
		2. Tos	
		3. Estornudos	
		4. Fatiga	
		5. Dolor de Pecho	
52	Reporte de tiempo que dura su tratamiento para tuberculosismeses	53
53	Reporte a ¿Es importante que el tratamiento sea regular y completo para tratar la tuberculosis?	1. SI	54
		2. NO	
54	Reporte a ¿Cree que sea igual tomar alcohol o usar drogas mientras uno toma pastillas para tuberculosis?	1. SI	55
		2. NO	
55	Reporte a ¿Qué tan seguro está de poder recordar el tomar su medicina todos los días?	1. Muy seguro	56
		2. Seguro	
		3. Inseguro	
		4. Muy inseguro	
VARIABLE ESTIGMA			
56	Reporte a: Algunas personas con tuberculosis se sienten culpables porque sus familiares tienen la responsabilidad de cuidarlos	1. Muy en desacuerdo	57
		2. En desacuerdo	
		3. En acuerdo	
		4. Muy en acuerdo	
57	Reporte a: Algunas personas con tuberculosis se alejan de otros para evitar la propagación de los gérmenes.	1. Muy en desacuerdo	58
		2. En desacuerdo	
		3. En acuerdo	

		4. Muy en acuerdo	
58	Reporte a: Algunas personas con tuberculosis se sienten solas	1. Muy en desacuerdo	59
		2. En desacuerdo	
		3. En acuerdo	
		4. Muy en acuerdo	
59	Reporte a: Algunas personas con tuberculosis se sienten dolidos de cómo otros reaccionan al saber de su diagnóstico	1. Muy en desacuerdo	60
		2. En desacuerdo	
		3. En acuerdo	
		4. Muy en acuerdo	
60	Reporte a: Algunas personas con tuberculosis pierden amigos cuando le cuentan su diagnóstico.	1. Muy en desacuerdo	61
		2. En desacuerdo	
		3. En acuerdo	
		4. Muy en acuerdo	
61	Reporte a: Algunas personas con tuberculosis están preocupadas por creer tener a la vez VIH/SIDA.	1. Muy en desacuerdo	62
		2. En desacuerdo	
		3. En acuerdo	
		4. Muy en acuerdo	
62	Reporte a: Algunas personas con tuberculosis tienen miedo de contarle a otras personas (no familiares) su diagnóstico	1. Muy en desacuerdo	63
		2. En desacuerdo	
		3. En acuerdo	
		4. Muy en acuerdo	
63	Reporte a: Algunas personas con tuberculosis eligen cuidadosamente a quienes contarles de su diagnóstico	1. Muy en desacuerdo	64
		2. En desacuerdo	
		3. En acuerdo	
		4. Muy en acuerdo	
64	Reporte a: Algunas personas con tuberculosis tienen miedo de ir a las postas porque otros pueden reconocerlos allí.	1. Muy en desacuerdo	65
		2. En desacuerdo	
		3. En acuerdo	
		4. Muy en acuerdo	
65	Reporte a: Algunas personas con tuberculosis tienen miedo de contarle a su familia su diagnóstico.	1. Muy en desacuerdo	66
		2. En desacuerdo	
		3. En acuerdo	
		4. Muy en acuerdo	
66	Reporte a: Algunas personas con tuberculosis tienen miedo de contar su diagnóstico, ya que los demás pueden pensar que ellos también tienen VIH/SIDA.	1. Muy en desacuerdo	67
		2. En desacuerdo	
		3. En acuerdo	
		4. Muy en acuerdo	
67	Reporte a: Algunas personas con tuberculosis sienten culpa de haberse contagiado por fumar, beber o tener mal comportamiento.	1. Muy en desacuerdo	68
		2. En desacuerdo	
		3. En acuerdo	
		4. Muy en acuerdo	
68	Reporte a: ¿Alguna vez dejó de tomar sus pastillas para la tuberculosis por haber tomado alcohol?	1. SI	69
		2. NO	
69	Reporte a: ¿Alguna vez dejó de tomar sus pastillas para la tuberculosis por haber	1. SI	70
		2. NO	

	consumido drogas?		
70	Reporte a: ¿Cuál es el tipo de bebida que toma habitualmente? (en caso tome Ud. alcohol)	71
71	Reporte a: ¿Cuál es el tipo de droga recreativa que consume habitualmente? (En caso consume Ud. drogas)	72
EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN TEST DE AUDIT			
73	Reporte a: ¿Con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas?	• Nunca	74
		• 1 vez al mes	
		• 2 - 4 veces al mes	
		• 2 –3 veces por semana	
		• 4 o más veces por semana	
74	Reporte a: ¿Cuántos tragos de bebida alcohólica toma en un día típico en el que toma?	• 1 a 2	75
		• 3 a 4	
		• 5 a 6	
		• 7 a 9	
		• 10 a más	
75	Reporte a: ¿Con qué frecuencia toma seis o más tragos del alcohol por vez?	• Nunca	76
		• Menos de una vez a la semana	
		• Una vez al mes	
		• Una vez por semana	
		• Diariamente o casi diario	
76	Reporte a: ¿Cuántas veces en el último año ha sentido que una vez que empieza a tomar ya no puede parar de beber?	• Nunca	77
		• Menos de una vez a la semana	
		• Una vez al mes	
		• Una vez por semana	
		• Diariamente o casi diario	
77	Reporte a: ¿Cuántas veces en el último año usted ha dejado de hacer las cosas que se espera que usted haga, debido a que está tomando?	• Nunca	78
		• Menos de una vez a la semana	
		• Una vez al mes	
		• Una vez por semana	
		• Diariamente o casi diario	
78	Reporte a: ¿Cuántas veces durante el último año usted ha necesitado un primer trago en la mañana para poder empezar el día después de haber estado bebiendo bastante?	• Nunca	79
		• Menos de una vez a la semana	
		• Una vez al mes	
		• Una vez por semana	
		• Diariamente o casi diario	
79	Reporte a: ¿Cuántas veces durante el último año usted ha tenido sensación de culpa o remordimiento después de beber licor?	• Nunca	80
		• Menos de una vez a la semana	
		• Una vez al mes	
		• Una vez por semana	
		• Diariamente o casi diario	
80	Reporte a: ¿Cuántas veces en el último año no ha podido recordar que sucedió la noche anterior porque	• Nunca	81
		• Menos de una vez a la semana	
		• Una vez al mes	

	estuvo bebiendo licor?	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez por semana • Diariamente o casi diario 	
81	Reporte a: ¿Usted o alguna otra persona han sufrido alguna lesión debido a que usted bebe licor?	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI, pero no en el último año • SI, durante el último año 	82
82	Reporte a: Alguna vez un familiar, amigo, doctor u otro personal de salud ha estado preocupado porque usted bebe licor o le ha sugerido que deje de beber?	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI, pero no en el último año • SI, durante el último año 	83
<i>EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS</i>			
83	Reporte a: ¿Ha usado drogas que no sean necesarias por una indicación médica?	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	84
84	Reporte a: ¿Usted usa más de una droga a la vez?	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	85
85	Reporte a: ¿Siempre ha sido capaz de dejar de usar drogas cuando desee?	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	86
86	Reporte a: ¿Alguna vez ha sentido que no se acuerda de lo que le pasó o ha sentido transportarse al pasado como resultado de consumir drogas?	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	87
87	Reporte a: ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por consumir drogas?	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	88
88	Reporte a: ¿Alguna vez su esposa(o) o familiares se han quejado por su consumo de drogas?	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	89
89	Reporte a: ¿Ha dejado de atender o cuidar de su familia debido al uso de drogas?	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	90
90	Reporte a: ¿Se ha involucrado en actividades ilegales para obtener drogas?	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	91
91	Reporte a: ¿Alguna vez se ha sentido enfermo cuando dejó de usar drogas?	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	92
92	Reporte a: ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su consumo de drogas (ej. Pérdida de la memoria, hepatitis, convulsiones, sangrados, etc.)?	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO • Raramente • Algunas Veces • A menudo • Siempre 	FIN

➤ **Ficha de Recolección de Datos Variable Dependiente:**

VARIABLE	RESULTADO
Fecha de Ingreso al Tratamiento	
Fecha de Término de Tratamiento o Fecha de abandono al tratamiento	
Nº veces que Interrumpió el Tratamiento en la fase 1 de tratamiento antituberculoso. (según cartilla MINSA)	
Nº días acumulados que faltó a una cita en la fase 1 de tratamiento antituberculoso. (según cartilla MINSA)	
Nº veces que interrumpió el tratamiento en la fase 2 de tratamiento antituberculoso. (según cartilla MINSA)	
Nº días acumulados que faltó en la fase 2 de tratamiento antituberculoso. (según cartilla MINSA)	
Nº días acumulados que faltó en total durante el tratamiento antituberculoso. (según cartilla MINSA)	
CONDICIÓN al TÉRMINO del TRATAMIENTO.	