



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Factores de riesgo y abandono del tratamiento
antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red
Ganimedes, Lima - Este, 2017.

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Br. Jorge Aniceto Rivera Chuchon

ASESOR:

Dr. Dwithg Ronnie Guerra Torres

SECCIÓN


Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de las prestaciones asistenciales

PERÚ – 2018


Página de jurado



Dr. Wilfredo Gamarra Villanueva
Presidente



Mg. Miguel Ángel Pérez Pérez
Secretario



Dr. Dwithg Ronnie Guerra Torres
Vocal

Dedicatoria:

A mis queridos padres Glicerio y Marcelina por la comprensión y paciencia que me demostraron en cada momento de mi formación en cada decisión tomada.

A los docentes del aula de gestión en el servicio de salud, que son grandes impulsores de nuestra cultura y compromiso social en nuestro país.

Agradecimiento:

A mi asesor de tesis, Dr. Dwithg Ronnie Guerra Torres por su dedicación y esfuerzo, quien con sus orientaciones, recomendaciones y paciencia motivaron al logro y culminación de la tesis de maestría.

A mis colegas de aula de maestría ketty villurduña y Vania Rodríguez, quien con sus conocimientos supieron conducirme generosamente y adecuadamente en la realización del presente estudio.

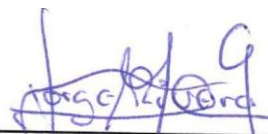
Declaración de autenticidad

Yo, Jorge Aniceto Rivera Chuchon, estudiante de la escuela de posgrado, Maestría en el servicio de salud, de la universidad Cesar Vallejo, sede Lima Este; declaro el trabajo académico titulado “factores de riesgo y abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Microrred Ganimedes, 2017,” presentada, para la obtención del grado académico de maestro en gestión en el servicio de salud, es de mi autoría.

Por lo tanto declaro:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificado correctamente toda la cita textual o de paráfrasis proveniente en otra fuente, de acuerdo con lo establecido por la normas de elaboración de trabajos académicos.
- No se ha utilizado fuente alguna distinta a la expresada y señalada en este trabajo de investigación.
- Este trabajo no ha sido presentado completo y parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagio.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que termine en procedimiento disciplinario.

San Juan de Lurigancho, 05 de agosto de 2017



Jorge Aniceto rivera Chuchon

DNI: 10676388

Presentación

Señores miembros del jurado:

Dando los cumplimientos de la norma establecida en el reglamento de grados y títulos de la sección de posgrado de la universidad cesar vallejo para optar el grado de maestro en gestión en el servicio de la salud, presento el trabajo de investigación denominado: factores de riesgo y abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, 2017. La investigación tuvo la finalidad de la relación que existe ente el factor de riesgo y abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento.

La presente investigación fue dividida en siete capítulos: el capítulo I, considerando la introducción que contiene los antecedentes, fundamentación científica, justificación, problema, hipótesis, y objetivo; el capítulo II, referidos a la variable de estudio, la operacionalización de la variable, tipo y diseño de investigación, las técnicas e instrumentos,; capítulo III, la conformación de resultados de la investigación, capítulo IV la discusión de resultado ; capítulo V las conclusiones de investigación, capítulo VI las recomendaciones, Capítulo VII Las referencias biográficas y finalmente los anexos.

Espero señores miembros del jurado que esta investigación se ajuste a la exigencia establecida por la universidad y merezca la aprobación.

El autor.

Índice

	Pág.
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
RESUMEN	xii
I. INTRODUCCIÓN	
1.1 Antecedentes	15
1.2 Fundamentación científica, técnica o humanística	20
1.3 Justificación	47
1.4 Problema	48
1.5 Hipótesis	50
1.6 Objetivo	51
II. MARCO METODOLÓGICO	
2.1 Variables	54
2.2 Operacionalización de variables	55
2.3 Metodología	56
2.4 Tipos de estudio	56
2.5 Diseño	56
2.6 Población, muestra y muestreo	57
2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	59
2.8 Métodos de análisis de datos	62
2.9 Aspectos éticos	63
III. RESULTADOS	64
IV DISCUSION	83
V CONCLUSIONES	89
VI RECOMENDACIONES	91
VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	93
VIII ANEXOS	98

- Anexo 1. Matriz de consistencia
- Anexo 2. Recolección de datos
- Anexo 3 cuestionario
- Anexo 4. Consentimiento informado
- Anexo 5. Valides de contenido
- Anexo 6. Carta de presentación
- Anexo 7. Matriz de datos
- Anexo 8. Resultado prueba piloto
- Anexo 9. Artículo científico
- Anexo 10. Anexo y flujo de participantes
- Anexo 11. Tabla de interpretacion

Lista de tablas

		Pág.
Tabla 1	Matriz de operacionalizacion de la variable factor de riesgo	55
Tabla 2	Matriz de operacionalizacion del variable abandono del tratamiento	56
Tabla3	Distribución de la población en pacientes en esquema retratamiento	58
Tabla4.	Distribución de la muestra en pacientes en esquema Retratamiento	58
Tabla5	Técnica e instrumento de recolección de datos	60
Tabla6.	Técnica e instrumento de recolección de datos	60
Tabla7	Resultado de la validez del instrumento	61
Tabla8	Resultado de la confiabilidad del instrumento	62
Tabla9	Distribución de frecuencia y porcentaje del variable abandono del tratamiento	65
Tabla 10	Distribución de frecuencia y porcentaje de la variable factor de riesgo	66
Tabla11	Resultado de la dimensión factor biología humana	67
Tabla12	Resultado de la dimensión factor estilo de vida	68
Tabla13	Resultado de la dimensión factor ambiente	69
Tabla14	Resultado de la dimensión factor servicio de salud	70
Tabla 15	Distribución de frecuencias y porcentaje de factores de riesgo y abandono del tratamiento	71
Tabla16	Distribución de frecuencia y porcentaje de pacientes según Abandono del tratamiento antituberculoso y Factor biología humana	72
Tabla17.	Distribución de frecuencia y porcentaje de pacientes según Abandono de tratamiento antituberculoso y Factor estilo de vida	73
Tabla18	Distribución de frecuencia y porcentaje de pacientes según Abandono del tratamiento antituberculoso y Factor ambiente	74

Tabla19	Distribución de frecuencia y porcentaje de pacientes según Abandono del tratamiento antituberculoso y Factor servicio de salud	75
Tabla20.	Contingencia de correlación de Spearman de las variables abandono del tratamiento y factor de riesgo	76
Tabla21.	Contingencia de la correlación de Spearman de la variable abandono de tratamiento y factor biología humana	78
Tabla22.	Contingencia de la correlación de Spearman de la variable abandono del tratamiento y factor estilo de vida	79
Tabla23.	Contingencia de la correlación de Spearman de la variable abandono del tratamiento y factor ambiente	80
Tabla24	Contingencia de la correlación de Spearman de la variable abandono del tratamiento y factor servicio de salud	82

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Modelo multicausa y efecto	21
Figura 2. Determinante de salud según Lalonde	28
Figura3. Esquema de diseño de investigación	57
Figura4 Distribución porcentual del variable abandono del tratamiento	65
Figura5. Distribución porcentual de la variable factor de riesgo	66
Figura6. Resultado de la dimensión factor biología humana	67
Figura7. Resultado de la dimensión factor estilo de vida	68
Figura8. Resultado de la dimensión factor ambiente	69
Figura9. Resultado de la dimensión factor servicio de salud	70
Figura10. Distribución porcentual de pacientes según nivel de abandono del tratamiento y factor de riesgo	71
Figura11 Distribución porcentual de pacientes según nivel de abandono del tratamiento y factor biología humana	72
Figura12 Distribución porcentual de pacientes según nivel de abandono del tratamiento y factor estilo de vida	73
Figura13 Distribución porcentual de pacientes según nivel de abandono del tratamiento y factor ambiente	74
Figura14. Distribución porcentual de pacientes según nivel de abandono del tratamiento y factor servicio de salud	75

Resumen

Se planteó como objetivo determinar la relación que existe entre los factores de riesgos y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento de la Micro Red Ganimedes del distrito de san juan de Lurigancho, 2017.

La investigación se realizó dentro del método Hipotético deductivo, de tipo Aplicada y nivel correlacional siendo de diseño no experimental en los centros de salud que conforman la Micro Red Ganimedes, periodo 2013 – 2017. De acuerdo al Libro de registro y seguimiento de pacientes con esquema retratamiento, hubo 393 pacientes en total que ingresaron en el periodo 2013 al 2017 de los cuales la muestra final fue de 172 que están dividido de la siguiente manera 43 pacientes que no terminaron el retratamiento y 129 pacientes que si terminaron el retratamiento. La técnica fue la encuesta siendo el instrumento el cuestionario. La confiabilidad de la variable factores de riesgo presenta un Kuder Richardson - KR 20 de 0.953.

En la presente investigación se arribó a la conclusión que existe una correlación significativa (Rho Spearman 0,616), de la misma manera una significancia menor a 0,05 por lo que se aceptó la hipótesis alterna y rechazo la nula. Se comprueba que el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis fue 75% siendo mayor los pacientes contributivos. El incumplimiento del tratamiento fue 24% siendo de porcentaje menor pero considerado como riesgo.

Palabra clave: factor de riesgo, abandono del tratamiento

The objective of this study was to determine the relationship between risk factors and the abandonment of antituberculosis treatment in retreatment patients from Microrred Ganymedes in the San Juan de Lurigancho district, 2017.

The research was carried out within the Hypothesis deductive method, Aplic type and correlation level, being non-experimental design in the health centers that make up the Ganymede Microrred, period 2013 - 2017. According to the Book of registration and follow-up of patients with retreatment scheme, 393 patients entered in the period from 2013 to 2017 of which the final sample was 172 which are divided as follows 43 patients who did not finish the retreat who are the group cases and 129 patients who finished the retreat with condition of cured control group). The technique used to obtain the information was the survey, the instrument being the questionnaire. The reliability of the variable risk factors presents a Kuder Richardson - KR 20 of 0.953.

Concluding that the risk factor and treatment abandonment is directly and significantly related (Rho Spearman 0,616), likewise a significance lower than 0.05, thus accepting the hypothesis of study and rejection of the null. It was found that compliance with treatment in patients with tuberculosis was 75% higher in the contributory patients. The treatment failure was 24%, being the patient factor and the therapy factor a higher percentage in the group of patients who did not comply with the treatment. Consumption of alcohol, cigar smoking, lack of information on the subject of tuberculosis, duration of treatment and fear of being mentioned were influential factors at the time of treatment failure.

Key word: risk factor, abandonment of treatment

I. INTRODUCCION

1.1 Antecedentes

1.1.2 Antecedentes Internacionales

La investigación se respalda con los siguientes antecedentes internacionales como de Dueñes (2016) Investigo sobre los “Factor relacionado con el cumplimiento al tratamiento en pacientes con tuberculosis, 2012-2013”. Se planteó como objetivo: determinar la relación en el cumplimiento del tratamiento contra la tuberculosis y los factores sociodemográficos, económicos y clínicos, y los relaciono con medicamentos, en pacientes mayores de 18 años. Empleo un estudio descriptivo de 174 registros de pacientes del programa de tuberculosis y de 16 entrevistas semi estructuradas hechas a los pacientes que no asistían al tratamiento durante el periodo, junio de 2012 y junio de 2013. En la conclusión el régimen al afiliarse a un sistema de salud y la tolerancia al medicamento son los factores que se determinó como factor relacionando con el cumplimiento al tratamiento, el peso social y la economía. Se demostró que el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar fue de 94,8 % y fue mayor en los pacientes del régimen contributivo ($p=0,035$). El incumplimiento del tratamiento fue de 5,2 %. La intolerancia a los medicamentos fue mayor en el grupo de quienes no cumplieron el tratamiento. La falta de apoyo familiar, el abandono del trabajo, el impacto económico y la insatisfacción con la oportunidad de la atención en la institución de salud, fueron factores importantes a la hora de incumplir el tratamiento.

Asimismo, Torres y Herrera (2015) realizó la investigación “Paciente con tuberculosis que abandonaron el tratamiento”. Se planteó como objetivo corresponder al examen de la auditoría que se realiza en los casos de pacientes que abandonaron el tratamiento y buscar definir el perfil del paciente abandonador y determinar las causas que influyen para el resultado. Empleo el método descriptivo en resultados obtenidos en las auditorías de Abandono. Analizo 134 auditorías. Observo cumplimiento de actividad en 35%, siendo el sexo masculino entre 15- 45 años de los caso altos en 90%, 63,7 presenta un riesgo por consumo de alcohol y drogadicción. Concluyendo que los hallazgos refuerzan la importancia de aplicar un score de riesgo de abandono en los

pacientes que ingresan a la farmacoterapia para establecer estrategias que permitan una prevención adecuada. Se analizaron 134 auditorías de abandono. Se observó un cumplimiento de la actividad de un 35,9% y en la mayoría de los casos el registro fue incompleto. La mayoría de los pacientes fueron de sexo masculino, entre 15 y 45 años de edad y en el 91% es su primer episodio de tuberculosis. El 62,7% presenta algún factor de riesgo asociado al abandono, especialmente alcoholismo y drogadicción y el 16,5% corresponde a personas en situación de calle. La mayoría de los casos abandonó durante la fase intermitente del tratamiento y la causa del abandono estuvo fundamentalmente asociada a factores del paciente, como abuso de sustancias, sensación de mejoría e inestabilidad laboral.

De tal manera, Plata (2015) investigó sobre "los factores relacionados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculoso". Se planteó como objetivo: describir los factores de riesgo asociados a la no adherencia en la terapia en los pacientes adscritos al programa de tuberculosis, cohorte 2012. Realizado un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo. Se obtuvieron datos de caracterización sociodemográfica sobre factores de riesgo de personas que abandonaron el tratamiento para la enfermedad, cohorte 2012, mediante la aplicación de un instrumento diseñado por el investigador y revisado por expertos. Los datos fueron tabulados y analizados mediante la herramienta Microsoft Excel 2007. Concluyendo que algunos factores no modificables como la edad y el género, así como factores modificables como estilos de vida inadecuados y efectos adversos; cuyo control mejoraría, el cumplimiento; contribuyen al abandono del tratamiento. Las variables psicológicas y sociales deben ser evaluadas para que se conviertan en predictores de probables abandonos o irregularidades en el tratamiento antituberculoso. El 75% de los pacientes pertenecieron al género masculino; el promedio de edad estaba entre los 30 años, el 63% que pertenecen al régimen subsidiado de salud. Las principales causas de abandono fueron: efectos adversos a los medicamentos (58%), inadecuada atención del personal de salud (43%), dificultad de acceso al servicio (32%). Los factores sociales encontrados fueron hacinamiento 67% y desempleo 62%.

Asimismo Navarro (2013) Investigó” los Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis”. Planteándose como objetivo determinar los factores relacionados al incumplimiento del tratamiento antituberculoso, en pacientes de tuberculosis. Empleo el método cuantitativo de tipo descriptivo retrospectivo transversal de corte con dos muestras, donde se analizó una muestra de incumplimiento al tratamiento (n=34) otra cumplimiento al tratamiento (n=34). Se adoptó el instrumento “factores relacionados al abandono del tratamiento antituberculoso”. Llegando a la conclusión en el estudio que permitió identificar las variables relacionadas al incumplimiento del tratamiento antituberculoso, los factores de riesgo fueron clasificados y se realizó un instrumento que al implementarse en los servicios de salud le permitiría al personal de salud identificar oportunamente a los pacientes en un posible riesgo. Los factores perceptivos cognitivos se establecieron como los principales determinantes directos de abandono al tratamiento antituberculoso, entre estos en primer lugar el desconocimiento de la importancia de adherencia al tratamiento (95.8%), seguido de mejoría del estado de salud (82.7%), desconocimiento de la duración del tratamiento (75%). En segundo lugar los factores fisiológicos y por último los factores de seguridad.

Dante (2012) Investigó sobre “los Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú”. Se planteó como objetivo, El incumplimiento del tratamiento antituberculoso se relaciona a mayor contagio, produciendo una resistencia antibiótica y aumento de costes y muerte. El objetivo de la investigación fue identificar los factores relacionado al incumplimiento del tratamiento antituberculoso en Perú. Se realizó un estudio de casos y controles no pareado en pacientes diagnosticados de tuberculosis en el periodo 2004 al 2006. Se definieron como casos los pacientes que incumplieron el tratamiento con 30 días seguidos, y como controles los que terminaron el tratamiento sin ningún tipo de interrupción. Los factores se detectaron mediante medio logístico, calculándose las OR ratios y los intervalos. Concluyendo que el incumplimiento al tratamiento antituberculoso se relaciona a factores no modificables como es el sexo masculino, abandono previo entre otros teniendo el control mejoraría el cumplimiento. A la vez, es de prioridad facilitar el acceso al sistema de salud y mejorar la información sobre los temas relacionados a la

tuberculosis. Estudiaron 265 casos y 605 controles. El abandono del tratamiento del estudio se asoció al sexo masculino (OR = 1,62; IC: 1,07-2,44), al hecho de sentir malestar durante el tratamiento (OR = 1,76; IC: 1,19-2,62), al antecedente de abandono previo (OR = 7,95; IC: 4,76-13,27) y al consumo de drogas recreativas (OR = 3,74; IC: 1,25-11,14). Así mismo, se tuvo en cuenta la interacción antecedente de abandono previo y pobreza, el riesgo de abandono aumenta (OR = 11,24; IC: 4-31,62). Por el contrario, cuando recibieron buena información sobre la enfermedad (OR = 0,25; IC: 0,07-0,94) y poder acceder al sistema sanitario en los horarios (08.00-20.00 h) (OR = 0,52; IC: 0,31-0,87) se asociaron a un mejor cumplimiento.

Antecedentes Nacionales

Entre los antecedentes nacionales destaca Anduaga (2015) "Investigo sobre" los Factores de riesgo para el incumplimiento del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible". Se planteó como objetivo Identificar los factores relacionados al incumplimiento del tratamiento antituberculoso en un centro de salud. El método que realizó fue de casos y controles retrospectivo. Se determinó como caso a los pacientes que dejaron el tratamiento por un periodo de 30 días seguidos y como controles a los pacientes que fueron de alta por el médico del programa de tuberculosis. Se evaluó el puntaje de riesgo de abandono y las variables demográficas que se realiza en el centro de salud. Se calculó el odds ratio (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC95%) usando regresión logística. Llegando a la Conclusión que el incumplimiento al tratamiento antituberculoso está relacionado con tener menos de 6 años de educación y un score mayor a 21 puntos en la prueba del incumplimiento de tratamiento antituberculoso. Se incluyó 34 controles y 102 casos. En el análisis multivariado encontró que quienes cursaban menos de seis años de educación (OR: 22,2; IC95%: 1,9 256,1) así como quienes tenían un puntaje \geq a 22 puntos en la prueba de riesgo de abandono (OR= 21,4; IC95%: 6,3-72,4) tenían mayor probabilidad de abandonar el tratamiento antituberculoso.

Asimismo, Risco (2015) Realizo una investigación sobre "los Niveles de conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar asociados al abandono de su

Tratamiento”. Se planteó como Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre el tema de la tuberculosis asociado al incumplimiento de su tratamiento realizo el método descriptivo de diseño transversal. La muestra estuvo formada por 32 pacientes con tuberculosis pulmonar que dejaron el tratamiento. El resultado en edades es menor a 29 años y mayor a 50, en los mayores de los casos era el sexo masculino con instrucción total 77% en primaria y secundaria. Se llegó a la conclusión que el conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar es un factor relacionado al incumplimiento de su tratamiento.

Dalens (2012) Investigó sobre “los factores que influyen al incumplimiento de tratamiento en pacientes con tuberculosis.. Se planteó como objetivo: determinar los factores que pueden inducir al incumplimiento del tratamiento de la tuberculosis. La metodología que se utilizó fue estudio de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo. La población fue conformada por todas las personas que abandonaron el esquema de tratamiento, considerando la muestra como no probabilística, intencional que fue constituida por 71 pacientes afectados por tuberculosis. En la recolección de datos se empezó a identificar los casos, de inmediato se visitó el domicilio, se aplicándose un cuestionario. En el análisis de los datos se realizó en el Programa Excel 2007. Llegando a la conclusión que los factores se destacan en el sexo masculino, ingresos económicos bajos, alcohol, cigarrillos, drogas y la necesidad de utilizar transporte para llegar al centro de salud.

Vargas (2012) investigó sobre “el factor de riesgo relacionado al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento”. Se planteó como objetivo determinar qué factores de riesgo se encuentran asociados al abandono en el tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento. Empleando como metodología el estudio retrospectivo de caso, la población estuvo conformada por 186 pacientes 140 grupo control, 46 grupo casos. Se utilizó como instrumento un cuestionario Entre las Conclusiones llegó a demostrar que los factores de riesgo se relaciona al consumo de alcohol, droga, temor al ser señalado y rechazado cuando presento la enfermedad de la tuberculosis. Los factores que no están relacionados al abandono son pacientes que tienen conocimiento sobre la enfermedad, $r = 0.985$, sensación de bienestar en momentos del tratamiento $r = 0.464$, el apoyo familiar cuando presento la

enfermedad $r = 0.153$. En este aspecto se observa que las personas que consumen alcohol tienen más alto riesgo de abandonar el tratamiento. Tanto la vagancia como el alcoholismo fueron asociados al abandono del tratamiento con 4 veces mayor riesgo de abandono frente a quienes no consumen alcohol (RR =4.2, IC 95% 2.4 - 7.4). En el presente estudio el paciente que consume alcohol presenta 4 veces mayor riesgo de abandono al retratamiento que aquel paciente que no consume alcohol OR: 4.575 (IC 95% 1.757 - 11.907). De igual forma paciente que consume drogas presenta 29 veces mayor riesgo de abandono al retratamiento que aquel que no consume drogas OR: 29.263 (IC 95%. 3.549 - 241.280). (12)

1.2 Fundamentación científica, técnica o humanística

1.2.1 Bases teóricas de la variable factores de riesgo

El presente estudio, se basa en desarrollar las teorías sobre las variables que nos permitirá construir las bases del trabajo a investigar y obtener la discusión de los resultados obtenidos una vez terminada el trabajo. Al empezar con la definición factores de riesgo tenemos que entender porque una persona termina enferma, en un tiempo determinado y también porque una persona enferma y otras personas no enferman, no solo para su prevención, sino para tomar medidas necesarias para un diagnóstico y tratamiento adecuado.

Teoría Causación

Susser (2001) citado por Lip y Rocabado (2006) la causación” como la producción de un efecto o también, la relación de causa y efecto” (p.7). La causación es la causa y el efecto, también podemos de decir que es un sinónimo causal, para que pueda suceder algo tiene que ver un mecanismo. Bunge (1980) citado por Lip y Rocabado (2006). “Aristóteles apporto la idea de causa eficiente, a la cual definió como la compulsión externa a la que debían obedecer los cuerpos (p.9). La ciencia moderna desde sus comienzos, llamándola solamente causa, entendiéndola como el agente que produce algún cambio en lo que se concibe como un paciente, sobre la cual la causa obra desde afuera. La causalidad vista

desde el modelo determinismo causal, postula en esencia que cualquier acontecimiento mental o físico responde a una causa y una vez dada la causa el acontecimiento ha de seguirle sin posible variación. El determinismo causal se ha expresado, aunque con variada fuerza, en varios modelos: unicausal, multicausal.

Modelo unicausal

El modelo unicausal, se considera como algo como causa, cuando es condición necesaria y suficiente para producir un efecto se dice que es necesario porque es una condición sin la cual el efecto no puede ocurrir y es suficiente para una condición con el cual deba ocurrir el efecto(Parascandola y Weed ,2001; citado por Lip y Rocabado, 2006,p.17).

Modelo multicausales

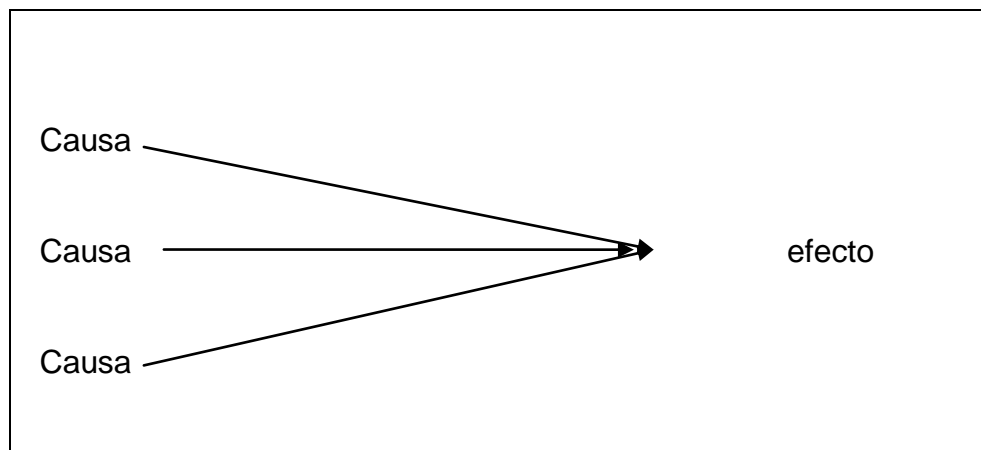


Figura 1. Modelo multicausa y efecto.

Para Susser (2001) citado por Lip y Rocabado (2006) señalaron: Que a los modelos multicausales se les denominan a los factores causales, también denominado factor de riesgo. Siendo una característica o atributos individuales para la cual se ha encontrado una asociación positiva, con el aumento de la frecuencia de una enfermedad (p.12). El factor de riesgo está asociado con la probabilidad desencadenar alguna enfermedad, el aumento de la enfermedad se tendría que producir por alguna causa o estímulo desencadenante además los

diversos factores casuales no tendrían el mismo peso relativo para estimular una enfermedad .Bunge (1978) citado por Lip y Rocabado (2006) manifiesta que es un concepto que se tiende a usar muchas veces como sinónimo de causación, por lo tanto el modelo anterior vendría ser una causa y que en la literatura epidemiológica suele definirse como “determinante” como sinónimo de factor de riesgo (p.14).

Susser (2001) citado por Lip y Rocabado (2006) indica que:

Que el término “determinación” se usa en 3 connotaciones la primera en una propiedad o característica, la segunda es la más usada en la ciencia y corresponde a la denominación causal anteriormente mencionada y la tercera determinación en la forma de acto y proceso en que un objeto adquiere una propiedad (p.14).

La determinación en general viene ser una teoría en la cual los componentes necesarios son suficientes al principio genético porque nada puede surgir de la nada y el principio de la legalidad porque nada puede surgir de forma permanente tampoco irregular .

Morín (1998) citado por Lip y Rocabado (2016) afirma que “La salud del individuo como un nivel en la referencia sanitaria, se puede entender la salud como un proceso vital” (p.18). El concepto de salud hace referencia a la salud individual que se puede medir como referencia en medios sanitarios q a la vez se puede medir como un proceso vital, también se podría medir en el individuo y la población en un tiempo determinado.

Variable 1: Factores de riesgo

La Organización Mundial de la Salud (2016) definió el factor de riesgo” como un conjuntos de factores relacionados con la persona, el ambiente, político y social que determinan la estabilidad de la salud del individuo y de la población” (p.4). Según la OMS los factores de riesgo lo conjuga a lo personal, social, político y ambiental que determinar el estado del individuo o de la población de acuerdo a

estos conjuntos de factores se tendrían que incluir el factor económico que juega un papel importante en la determinación de en la salud.

Sobre el factor de riesgo, Luengo (1999) citado por Laespada y Iraurgi (2009) nos refiere:

El aspecto interno y externo de una persona cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno, dándole un enfoque en el comportamiento y el medio ambiente que parece que están asociados a problemas de salud.

El autor nos hace mención a la característica interna y externa de la persona esto sumado a la parte familiar y social, nos permitirían identificar el desarrollo del problema en cuestión, tenemos en cuenta que no es necesario la presencia de todos los factores para que se produzca un comportamiento inadecuada solo con la presencia de uno sola podremos determinar el desarrollo causal, siendo los factores influyentes de carácter probabilístico, partiendo de este concepto podemos decir que hay muchos factores determinantes para que se produzca una lesión o enfermedad.

Villar (2011) manifiesta que los factores “están relacionado a la probabilidad de desarrollar la enfermedad, pero no es suficiente para provocarla, en un determinado momento de la vida (p. 238). Acuerdo con lo escrito los factores están asociados a desarrollar la enfermedad pero no llegan a desencadenarla, por ello conocer las causas que lo desencadenan ayudaría a disminuir dichas enfermedades, enfermedades comunes en la salud, la conducta que llevan a resultados diversos proveniente de varias causas no es posible entenderla enfocándonos en una sola causa, las conductas es una fuente influyente como resultado probabilístico de muchos factores que relacionados entre sí, aumenta o disminuye el riesgo en las personas.

Determinación de factores de riesgo

En cada sociedad existen comunidades, grupos de individuos, familias o individuos que presentan más posibilidades que otros, de sufrir en un futuro enfermedades, accidentes, muertes prematura, se dice que son individuos o colectivos especialmente vulnerables. (Fernández y Vila, 2010, p.9) A medida que se incrementan los conocimientos sobre los diferentes procesos, la evidencia científica demuestra en cada uno de ellos que: en primer lugar las enfermedades no se presentan aleatoriamente y en segundo que muy a menudo esa "vulnerabilidad" tiene sus razones. La vulnerabilidad se debe a la presencia de cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológicas, psicosociales, que actuando individualmente o entre sí desencadenan la presencia de un proceso. Surge entonces el término de "riesgo" que implica la presencia de una característica o factor (o de varios) que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. En este sentido el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado. El término de riesgo implica que la presencia de una característica o factor aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. La medición de esta probabilidad constituye el enfoque de riesgo. (Fernández y Vila, 2010, p.10) Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.

Evaluación de riesgos

A lo largo de toda la historia el interés no solo se ha intensificado sino se ha comenzado a incluir muchas perspectivas nuevas, el campo de análisis de riesgo ha crecido rápidamente, pasando a centrarse en la definición la caracterización de la amenaza para la salud humana y para el medio ambiente, este conjunto de actividades es lo que el termino generales se llama evaluación de riesgo. Aunque

es evidente que desde hace tiempo hay un gran interés por la comparación de los riesgos que plantean distintas amenazas para la salud, hasta hace relativamente poco no se ha elaborado marco formales. La evaluación de los riesgos tiene su raíz en el sector ambiental. Ambiental, en el que se elaboró como un método sistemático para comparar problemas ambientales que plantean distintos tipos y grados de riesgos para la salud (Márquez, 2009, p. 303). Esos ejercicios de evaluación de riesgos ambientales suelen comprender cuatro elementos: Determinación del peligro: determina los tipos de efectos en la salud que pueden producirse, basándose en datos toxicológicos obtenidos en estudios epidemiológicos de laboratorio: por ejemplo, el agente químico X provoca lesiones hepáticas. Evaluación de la exposición: combina datos sobre la distribución y las concentraciones de la contaminación en el medio ambiente con información sobre el comportamiento y la fisiología a fin de estimar la cantidad de contaminante a que están expuestos los seres humanos. Para medir la magnitud de ciertas exposiciones, por ejemplo al plomo y a la dioxina, se han utilizado marcadores biológicos. Evaluación de la relación dosis-respuesta: relaciona la probabilidad de cierto efecto en la salud con la dosis de contaminante o la magnitud de la exposición. Caracterización del riesgo: combina las evaluaciones de la exposición y de la relación dosis-respuesta para calcular el riesgo sanitario estimado, como el número previsible de personas que contraerán cierta enfermedad en una población determinada. Generalmente incluye la estimación y la comunicación de la incertidumbre.

Utilización del riesgo

Fernández y Vila (2010) refirió a la utilización del riesgo:

Como el conocimiento y la información sobre los factores de riesgo tienen diversos objetivos: a. Predicción: La presencia de un factor de riesgo significa un riesgo aumentado de presentar en un futuro una enfermedad, en comparación con personas no expuestas. En este sentido sirven como elemento para predecir la futura presencia de una enfermedad. b. Causalidad: La presencia de un factor de riesgo no es necesariamente causal. El aumento de incidencias de una enfermedad entre un grupo expuesto en relación a un grupo no

expuesto, se asume como factor de riesgo, sin embargo esta asociación puede ser debida a una tercera variable. La presencia de esta o estas terceras variables se conocen como variables de confusión. Así por ejemplo el ejercicio físico se conoce como factor de protección asociado al infarto de miocardio. El efecto protector que pueda tener el ejercicio, se debe controlar por la edad de los pacientes, ya que la edad está asociada con el infarto de miocardio en el sentido de que a más edad más riesgo. Por otra parte la mayor dosis de ejercicio la realiza la gente más joven; por lo tanto parte del efecto protector detectado entre el ejercicio y el infarto de miocardio está condicionado por la edad. La edad en este caso actúa como variable de confusión. c. Diagnóstico: La presencia de un factor de riesgo aumenta la probabilidad de que se presente una enfermedad. Este conocimiento se utiliza en el proceso diagnóstico ya que las pruebas diagnósticas tienen un valor predictivo positivo más elevado, en pacientes con mayor prevalencia de enfermedad. El conocimiento de los factores de riesgo se utiliza también para mejorar la eficiencia de los programas de cribaje, mediante la selección de subgrupos de pacientes con riesgo aumentado. d. Prevención: Si un factor de riesgo se conoce asociado con la presencia de una enfermedad, su eliminación reducirá la probabilidad de su presencia. Este es el objetivo de la prevención primaria. Así por ejemplo se relacionan la obesidad y la hipertensión, la hipercolesterolemia y la enfermedad coronaria, el tabaco y el cáncer de pulmón (p.112).

Para los autores, con respecto a los riesgos para la salud. Se afirma que, aun cuando actualmente gran parte de la labor de investigación y de los recursos sanitarios van dirigidos a tratar las enfermedades más que a prevenirlas, centrarse en los riesgos para la salud es la clave de la prevención. Esos riesgos no se presentan de manera aislada, razón por la cual hay que tener en cuenta las causas tanto inmediatas como lejanas de los resultados sanitarios adversos. Las estrategias orientadas a la población entera se proponen lograr que el comportamiento saludable sea la norma, reduciéndose así los riesgos para todos

sus miembros. Pequeñas variaciones en algunos riesgos que pesan sobre toda la población pueden redundar grandemente en beneficio de la salud pública

Dimensión de la variable 1: Factores de riesgo

Es de suma importancia presentar las dimensiones de los factores de riesgo que dan un respaldo a la variable en estudio. Existen cuatro dimensiones para factores de riesgo: Biología humana, estilo de vida, medio ambiente, servicio de salud.

Lalonde (1974) citado por villar (2011) las causas determinantes de la salud publicado en el año 1974, los estudios epidemiológico que muestran las causas de muertes y enfermedades de los canadienses, Lalonde expuso cuatro grandes determinantes de salud, que marca un hito importante para la atención de la salud tanto individual y colectiva,(p.243). De acuerdo con el autor que aportó sobre el modelo determinante de salud, fue de ayuda a la población canadiense, ha sido privilegiado por la denominación epidemiología del comportamiento, el cual es el enfoque subyacente a las intervenciones que enfatizaron sobre los estilos de vida y que prosperó tras el informe Lalonde.

Han sido numerosas contribuciones de personas e instituciones a la conceptualización de la salud, a la concepción de las acciones de salud, a la elaboración de conceptos de promoción de la salud, a la estrategia de la atención primaria de salud más recientemente al movimiento de ciudades y municipios saludables. Las referencias básicas en torno a las cuales se conforma el contexto conceptual se definen en este movimiento. En 1974, Marc Lalonde ministro de salud en Canadá hizo público un documento de trabajo titulado “una nueva perspectiva en la salud de los canadienses”, el informe fue un diagnóstico de la situación de la salud del país, entre otros relevantes mostraban evidencias del gran número de muertes prematuras e incapacidades que afectaban a los canadienses que siendo evitable, no se estaba previniendo. Según Ashton y Seymour. “como consecuencia del informe se estableció un nuevo programa para una nueva era de la medicina preventiva en Canadá, puede incluso plantearse que señale un punto de inflexión en los esfuerzos para redescubrir la salud pública en los países de desarrollo y que condujo a una nueva cuarta fase de la

historia de la salud pública, (Márquez, 2009, p. 300). A partir de entonces surgió la nueva salud pública como un planteamiento que integra cambios ambientales, medidas preventivas personales e intervinientes terapéuticas adecuadas. Esta concepción se aparta de los enfoque de la biología y reconoce de la importancia de los aspecto sociales en los problemas de salud. Así muchos de los problemas de salud pueden entenderse en la actualidad como sociales más que únicamente individual, temas concretos de política social, en la nueva salud publica el ambiente se considera social y psicológico igual que el físico”. La contribución más importante del informe de Lalonde en el plano conceptual expone su modelo o concepto del campo de la salud e identifica cuatro determinantes del estado de salud población: La biología humana, el ambiente los estilo de vida y los servicios de salud.

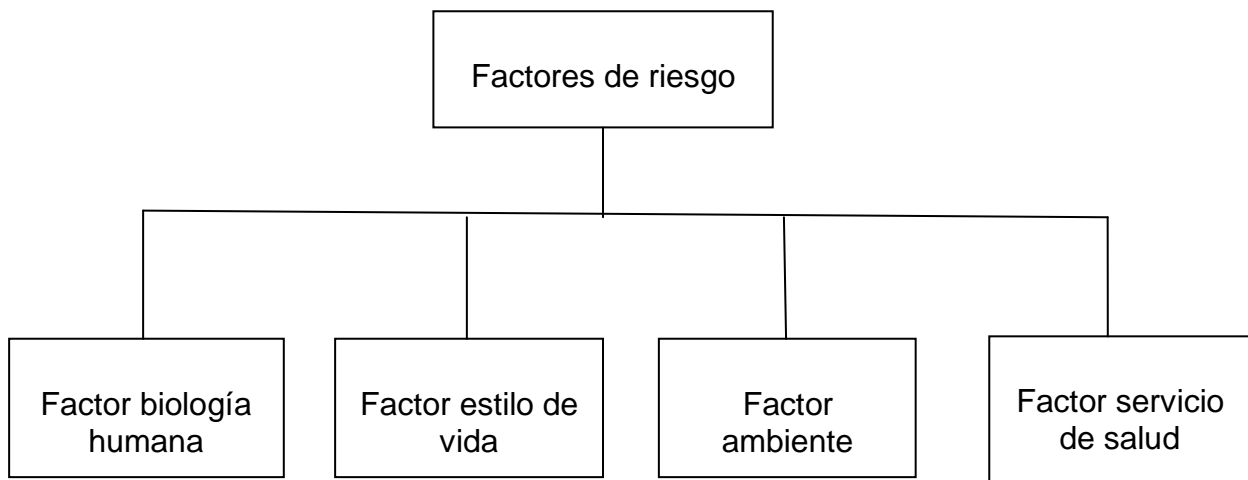


Figura 2. Determinantes de la salud según Lalonde.

Dimensión 1: Factor biología humana:

Según Lalonde (1974) citado por villar (2011) se refirió al factor biología humana “como relacionado con el aspecto genético y con la edad de la persona” (p.239). Conociendo la característica del individuo que es considerado paciente es de suma importancia ya que ayudaría a disminuir los riesgos influyentes, es por esta razón que se debe de conocer la biología humana. A la vez Valles (1998) citado por Laespada y Iraurgi (2009) determina “que en el carácter interna del individuo

siendo su forma de ser, sentir y comportarse, edad, personalidad, actitud, los valores, entre otros conforman un sujeto único” (p.17). Lo manifestado por el autores sobre la característica de la persona esto es un periodo llamado madures que se da desde la niñez hasta llegar a ser adulto con los diverso cambio biopsicosocial llegando adquirir una series de capacidades, capacidades que determina el nivel de independecia y autonomía de la persona.

Por otra parte Lamarck (1802) citado por Peyrefitte (2005) indica: “La biología humana es la ciencia de la vida, es admirable porque se le ha dado el nombre de cuerpo vivo que en objeto de estudio en una ciencia vía no fundada” (p.1). De acuerdo con el autor al ser mención de la biología que es una ciencia natural, y al implicarla al ser humano también se podría implicar como un tema social incluyendo el estudio entre la población e individuo la variación está relacionado con el consumo de alcohol, consumo de drogas, consumo de cigarro, conocimiento de la enfermedad, enfermedades relacionadas, el temor al rechazo, conducta de la persona entre otras.

Consumo de alcohol

Según Pons y Berjano (2009) señalo que “el uso de la bebida alcohólica está ligado a los acontensioniento sociales” (p9). Algunos de los pacientes las consumía en el momento que se encontraban en tratamiento de la tuberculosis, algunas personas la consumían entre la semana o en ocasiones, esto viene a contribuir al factor de riesgo relacionado con la biología humana.

Consumo de cigarro

Ayesta y Galán (2003) señalo que el consumo de cigarro “es un factor de riesgo que podría complicar el tratamiento en las personas adictivas en corto o largo plazo” (p.12). Paciente que consumían cigarro en ocasiones o a menudo siendo un factor de riesgo para la su salud, siendo uno de los factores que ponen en peligro la salud del individuo.

Consumo de drogas

Sánchez (2007) señaló que “el consumo de las sustancias psicoactivas es perjudicial para la salud (p.32). El consumo de estas sustancias es perjudicial para la salud, el consumo de estas sustancias es un factor no favorable para aquel paciente que se encuentre en tratamiento abtuberculoso.

Conocimiento de la enfermedad

Curasma (2008) señaló que “el conocimiento de la enfermedad de la tuberculosis es una facultad de entender o de saber” (p.22) paciente que tiene alguna información de la causa o proceso que dura la enfermedad, al tener conocimiento de conocer la enfermedad ayudaría al en el proceso del tratamiento.

Sensación de mejoría durante el tratamiento

Curasma (2008) señaló que “la sensación de mejoría del paciente cuando asisten puntualmente a recibir su tratamiento antituberculoso (p.22). Experimentando sensación de bienestar en momentos que se encontraban en tratamiento, viene hacer un factor favorable para el paciente y su familia.

Temor al rechazo por causa de la enfermedad

Curasma (2008) señaló que temor al ser rechazado “es la sensación que siente el paciente cuando es excluido por parte de su familia o entono social en momentos que se encontraba en el tratamiento antituberculoso” (p.22). Siendo el factor que afecta inicialmente a los pacientes cuando se encuentran en tratamiento.

Dimensión 2: Factor estilo de vida

Lalonde (1974) citado por villar (2011) se refirió al factor estilo de vida “Que está relacionado con los hábitos de la persona, su actividad física, conductas peligrosas o temerarias y la utilización de los servicio de salud (p.239). Es de suma importante conocer el estilo de vida del paciente al momento de que lleva

el tratamiento, es por esta razón que se tiene que hablar del estilo de vida que juega un papel muy importante al momento de la terapia. Egger y Binns (2017) definió el estilo de vida” como la aplicación de principios ambientales, conductuales y motivacionales” (p.19).según los autor es la expresión que se da, de alguna manera en general al estilo de vida, poco o menos es una ideología, cultura y arte que enriquece a la persona en general la actividad y comportamiento que desarrollo de la persona para satisfacer una necesidad como son el habito personal, la conducta durante la terapia farmacológica, conducta en el peligro y la utilización de los servicios de salud entre otras.

Según Contreras (2009) determina “el factor terapéutico como la determinación de decisiones personales en la cual el individuo tiene el control, corriendo riesgo poco saludable que pude decir que contribuyen a la causa, enfermedad o muerte” (p.6). Según la autor hace la mención de la decisiones que la persona toma en la vida dependiendo del caso que sea, al tener el control de las cosas en el bien o un mal en la salud del individuo, los riesgos que se toman le pueden llevar a la enfermedad o muerte, es por eso la importancia de detectar el factor de riesgo a tiempo.

Duración del tratamiento

Fernández y Alonso (2015) se refirió que “la duración del tratamiento antituberculoso fue esencial al momento que asistieran al tratamiento” (p.34). El tiempo que duro el tratamiento sirvió para realizar su control mensual para ver el avance positivo o negativo que tenían los pacientes durante el tratamiento.

Cantidad de pastillas que consumía

Fernández y Alonso (2015) se refirió que la cantidad de pastillas son activos terapéuticas que los pacientes al participar en el programa control de tuberculosis debería de consumir (p.65), la cantidad de medicamentos que recibió el paciente son fundamental al momento de la recuperación del paciente.

Molestias en momento de la aplicación de la inyección

Fernández y Alonso (2015) se refirió que “la molestia o incomodidad del paciente en momentos que se le aplicaba la inyección (p.43). Molestia que eran pon muchas causa las inyecciones se aplicaban durante varios días seguidos, el tiempo y la molestia jugaron un papen importante durante el tratamiento.

Dimensión 3: Factor ambiente:

Lalonde (1974) citado por villar (2011) manifiesto sobre los factor ambiente “que está relacionado con el ambiente físico, bilógico, tanto como el suelo y el agua, factor sociocultural y la vida en común” (p.239). Según el autor hace manifestación sobre los factores relacionados con el ambiente y que está relacionado con nuestro entorno familiar y social que juega un papel importante en nuestra vida, Lalonde busca identificar la causa de la enfermedad y muerte de la persona o población.

Según Levy (2008) señala al medio ambiente:

Como una preocupación reciente como palabra ecología, que es desconocida por la gente, la ecología. La ciencia aplicada que ayuda al hombre a adaptarse a su medio ambiente doblándose a nuevo objetivo completando la ayuda al hombre a crearse un marco de vida adecuada a sus necesidades.

El autor hace mención a la parte aplicada del medio ambiente que es un aspecto a creer en la salud, son determinantes por el factor ambiente, Influyen en el ambiente físico, biológico y los factores socioculturales que están relacionados con la vida y la salud, como es el caso del entorno familiar, social y centro de salud.

Apoyo familiar

Quevedo y Sánchez (2015) refiere que el apoyo familiar son grupos de personas que se relacionan entre sí, la familia juega un papel muy importante en el momento que el paciente se encontraba en el tratamiento (p.25). La familia se preocupa por el avance positivo que tiene el paciente en los momentos que se encontraba en tratamiento antituberculoso eso favorece al recuperación pronto del paciente

Apoyo en el trabajo

Quevedo y Sánchez (2015), El trabajo es una actividad que el paciente desarrolla durante el tiempo que se encuentre en tratamiento (p.54). El apoyo que el empleador o persona encargada da a su trabajador o colaborador que se encontraba en el programa control de tuberculosis es de suma importancia ya que esto permite que el paciente vaya a la toma de su tratamiento y se recupere pronto.

Apoyo del centro de salud

En el centro de salud donde el paciente acudió a consumir sus medicamentos antituberculosos juega un papel importante para su recuperación (Caldas 2014, p.15) el apoyo que el PCT designa al paciente con la asistencia al psicólogo durante el tratamiento ya que algunos pacientes por la baja autoestima lo necesitaban. Y la facilidad de consumir sus medicamentos a la hora que asistan al centro de salud fue importante como apoyo del centro de salud así el paciente.

Apoyo centro de rehabilitación

Centro de rehabilitación donde los pacientes participaban o asistían por diversos factores drogadicción, alcoholismo entre otro, (Quevedo y Sánchez, 2015, p.34) los centros de rehabilitación dejaban que las personas con tuberculosis asistan al

PCT siempre acompañado por un vigilante (hermano mayor), facilitando al tratamiento y su control cuando se debía.

Dimensión 4: Factor servicio de salud

Lalonde (1974) citado por villar (2011) sobre el servicio de salud” tiene que ver con la calidad comprensible y financiamiento de los servicios de salud que atiendan a las personas, familias y población (p.239) para el autor la calidad de atención del individuo y población es el inicio fundamental de la salud pública, acompañado de un financiamiento que es ideal y adecuada para el servicio de la población, teniendo un servicio de salud implementado de materiales y accesorios adecuados para la atención del población.

Según la OMS (2017) define la atención en salud” como la asistencia accesible que se brinda a los individuos, familias y comunidad con plena participación, siendo el costo aceptable para la población (p.9) lo manifestado por la OMS manifiesta que la asistencia de la población control de salud es aceptable para todos con un costo menor, el programa de TBC es un servicio gratuito que el estado está aparando, con decreto ley que fue publicado en el diario “El peruano”, involucra a la relación del personal de salud con el paciente, las visitas domiciliarias entre otras .

Todas las definiciones señaladas por los autores tienen un punto de coincidencia que sirve como relación determinante. Por lo tanto es de privilegio por la denominación epidemiológica del comportamiento del paciente o individuo y población, en el cual se da un enfoque marcado a las intervenciones enfatizadas a trabajar, sobre los estilos de vida que se prospera tras el informe de Lalonde que publico en el año 1974.

Adecuada relación con el personal del programa control tuberculosis

Para Fica y Cifuentes (2008), Las personal de programa de control de tuberculosis están conformada por médico, la licenciada de enfermería y la técnica de enfermería (p.56), cada personal de salud tiene una función diferente con los

pacientes, la buena relación interpersonal que tenía el paciente con el personal de salud, juego un papel importante al momento de la recuperación del paciente.

Vista domiciliaria

Las visitas domiciliaria que tiene el personal de salud hacia los pacientes es importante porque permitió conocer sus realidad personal, las visita cuando el paciente es captado como positivo (caldas, 2016, p.17), cuando el paciente no asiste as u tratamiento se les realizo un seguimiento, en otras ocasiones, para conocer a la familia del paciente y detectar posibles contagios.

Charla educativa

La charla educativa que se les daba a los pacientes permitía para que los pacientes tengan conocimiento sobre la enfermedad y como tendrían que seguir el tratamiento también para que tengan una alimentación adecuada (Caldas, 2014, p.54). Les permitía educar a la familia sobre estos temas que es un problema que involucra a la familia o a las personas que rodeo al paciente en momentos que se encontraba en el programa control de tuberculosis.

Bases teóricas de la variable abandono del tratamiento antituberculoso

Es importante saber que cada teoría estudia un aspecto limitado en la realidad del estudio, este trabajo de investigación se apoyado en conjeturas relacionadas a nuestra exploración como la relación que existe entre los factores de riesgo y el abandono del tratamiento.

Teorías de la tisis

Según Lederman (2003) hace mención:

Antiguamente se conoció a la tuberculosis con el término de tisis, apareciendo por primera vez en la literatura griega. Hipócrates identifico la tisis como la causa frecuente de muchas enfermedades, en esos tiempos, llego a prevenir a médicos que visiten a pacientes

con sitis, Aristóteles opinaba que la enfermedad era contagiosa, Galeno medico griego definió la tisis como ulcera de los pulmones, acompañado de tos, fiebre y cansancio del cuerpo (P.7).

Según el autor las teorías acerca de la tuberculosis que antiguamente llamada tisis, era muy contradictorio, mientras unos se consideraban que la enfermedad era hereditaria no infecciosa, otros creían que la enfermedad era interna y anormal en el organismo. Aunque varios investigadores probaron que la enfermedad era contagiosa. La situación cambió por completo cuando Koch hizo público sus descubrimientos: “las bacterias que yo denomino bacilos tuberculoso que se encuentra en todo hombre y animal”. Hoy en día el organismo mundial de la de salud, la tuberculosis sigue siendo una de las grandes plagas que azotan a la humanidad.

Teoría de Dorothea Orem

Navarro y castro señalan:

Dorothea Orem presento su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener. Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este defino los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud. Dorothea Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la

salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona. Para aplicar el Modelo de Orem a través de proceso de enfermería, es necesario también definir los conceptos manejados en esta teoría, para asegurar así su comprensión y correcta utilización, conceptos como el de autocuidado, requisitos de autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia de enfermería y sistemas de enfermería, los cuales se encuentran definidos en la cuarta edición de su modelo publicada en 1991 de la siguiente forma: Autocuidado: Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo (2010, p. 4).

Las teorías y modelos conceptuales no son nuevos para el personal de salud, es una definición de auto cuidado como contribución constante del ser humano a su propia existencia, en su salud y bienestar. El auto cuidado son prácticas de actividades que los individuos realizan a favor de sí mismo para mantener su vida saludable, el ser humano tiene función biológica, simbólica y social y que cuenta con potencia para aprender a desarrollar, la capacidad de auto conocerse, y que pueda a satisfacer los requisitos de auto cuidado la aplicación en el estudio permitirá fomentar el auto cuidado enseñándose frente a la enfermedad de la tuberculosis.

Teoría de Nola pender

Cisneros señala:

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria. Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general. Persona: Es el individuo y el centro de la teoría. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables. Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud. Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal (2010, p.11).

La teoría de Nola es una conducta motivada por el deseo de alcanzar un bienestar en el potencial humano, se interesó en crear un modelo que diera respuesta a la forma como la persona adopta decisiones acerca del cuidado de su propia salud. El modelo de la promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de salud y para integrar los hallazgos de investigación en tal manera que faciliten la generación de la hipótesis comprobable. El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

Tuberculosis

Minsa, señala:

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa granulomatosa crónica producida por el *Mycobacterium Tuberculosis* o bacilo de Koch, que se localiza generalmente en el pulmón, aunque puede afectar otros órganos. Se transmite de persona a persona por inhalación de aerosoles contaminados por el bacilo, que han sido eliminados por los individuos enfermos al toser, hablar o estornudar. A pesar de que el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado lograría la curación en la mayoría de los pacientes, con la consiguiente disminución de las fuentes de infección y el riesgo de contraer la enfermedad en la población, debido a algunos problemas de funcionamiento del sistema de salud en el manejo de la enfermedad, como la falta de detección de los casos existentes, los abandonos del tratamiento y, más recientemente la aparición de resistencia a los fármacos antituberculosos tradicionales, la tuberculosis en la actualidad sigue siendo un importante problema de salud pública, por el daño que provoca, principalmente, como causa de enfermedad y, en menor medida, también como causa de mortalidad (2006, 15).

Según la Minsa, el control de la tuberculosis procura reducir la diseminación de la infección. El método más eficaz para prevenir la transmisión es la identificación (mediante la detección de casos y el diagnóstico) y la curación de los pacientes con tuberculosis pulmonar que excretan bacilos tuberculosos y que constituyen las fuentes más potentes de contagio. Además, el control de la tuberculosis apunta a curar todas las formas de la enfermedad a fin de reducir la mortalidad y el sufrimiento humanos. Por lo tanto, a los fines de los programas de control de la tuberculosis, “un caso” se define como un paciente en el que la tuberculosis se ha confirmado bacteriológicamente o ha sido diagnosticada por un clínico.

Tuberculosis pulmonar

Toman (2008) se refiere:

Es la más frecuente y la más contagiosa de las formas de tuberculosis, representa alrededor del 80 al 85% del total de los casos. Se presenta con signos respiratorios como tos seca o productiva, expectoración con o sin hemoptisis, dolor torácico y síntomas generales: anorexia, astenia, adinamia, sudoración nocturna, pérdida de peso y a veces fiebre prolongada. El examen del aparato respiratorio de los pacientes con tuberculosis suele ser normal, a pesar de lo extensa que pueda ser la afección a nivel radiológico (p.43).

Acuerdo con el autor los pulmones son los órganos más comúnmente afectados. La enfermedad puede comprometer también los riñones, huesos, ganglios linfáticos, sistema nervioso central, órganos genitales, pericardio, peritoneo, articulaciones o diseminarse por todo el organismo. La transmisión se efectúa por vía aérea al inhalar la persona sana las partículas de esputo que exhala el enfermo al toser, hablar o estornudar, la tos es la forma más efectiva de transmisión del bacilo, es el síntoma más precoz, la tuberculosis pulmonar, tiene una incidencia del 90% que la extra pulmonar.

Etapas inicial del tratamiento

Toman refiere:

La etapa intensiva inicial de la quimioterapia está pensada para matar a los bacilos que crecen activamente y a los semiactivos. Ello implica una menor duración del período de contagiosidad, generalmente con rápida conversión del frotis, después de dos a tres meses de quimioterapia. La etapa inicial de los regímenes con rifampicina siempre debe ser observada directamente para garantizar la adherencia. Esta etapa por lo común comprende entre tres y cinco fármacos. Si las tasas de resistencia iniciales son altas,

el empleo de un régimen con tres fármacos supone el riesgo de un régimen con tres fármacos supone el riesgo de seleccionar mutante farmacorresistentes, sobre todo en pacientes con cargas bacilares altas, es decir, con tuberculosis pulmonar baciloscópicamente positiva. La utilización de un régimen de cuatro componentes reduce el riesgo de desarrollar farmacorresistencia y de fracasos y recaídas. Si un paciente abandona el tratamiento después de la etapa intensiva inicial, la posibilidad de recaída es menor (2008, p.141).

El riesgo de abandono de la medicación para la tuberculosis, genera no solo la persistencia de la tuberculosis en el enfermo con lo siguiente la posibilidad de seguir transmitiendo la misma, sino es una de la causa de resistencia de los bacilos a los fármacos, tanto para el paciente que abandone, como para todos sus contactos. Por eso el tratamiento siempre debe ser supervisado por un integrante del equipo de salud, o en caso que esto no sea posible por un referente (religioso, docente, líder etc.).

Casos nuevos de tuberculosis

Minsa, refiere:

Los regímenes quimioterápicos consisten en una etapa inicial (intensiva) de dos meses y una etapa de continuación de generalmente entre cuatro y seis meses. Durante la etapa inicial, por lo común con cuatro fármacos, existe una rápida destrucción de bacilos tuberculosos y los pacientes contagiosos pierden su contagiosidad en pocas semanas. Los síntomas mejoran y muchos pacientes se tornan asintomáticos después de cuatro a ocho semanas; la mayor parte de los pacientes con tuberculosis pulmonar baciloscópicamente positiva negatividad su frotis dentro de los dos meses. La pirazinamida se administra durante la etapa inicial y ejerce su máximo efecto esterilizador en ese lapso. Continuar con su empleo por más tiempo en pacientes con bacilos farmacosensibles no logra beneficios adicionales, razón por la cual el fármaco no se

usa en la etapa de continuación. En esta última se utilizan por lo general dos fármacos (2008, p.145).

Los pacientes con tuberculosis pulmonar baciloscópicamente negativa o tuberculosis extrapulmonar albergan pocos bacilos en sus lesiones, por lo tanto existe menor probabilidad de seleccionar mutantes resistentes. Los regímenes quimioterápicos de corta duración con tres fármacos durante la etapa inicial y dos en la de continuación poseen una eficacia probada y son recomendados por la organización mundial de la salud.

Casos de retratamiento

Vargas refiere:

Retratamiento a los pacientes que han tenido la oportunidad de haber recibido tratamiento y hacen abandono de este tratamiento. Los pacientes tuberculosos tratados antes albergarán y excretarán bacilos resistentes por lo menos a la Isoniacida más probablemente que los pacientes nuevos. El régimen de retratamiento consta de cinco fármacos inicialmente, con al menos tres en la etapa de continuación. En la etapa inicial, el paciente debe recibir por lo menos dos fármacos que continúen siendo eficaces para reducir el riesgo de seleccionar bacilos resistentes adicionales (2012, p.16).

Según el autor hace referencia a la pauta farmacoterapia en un enfermo, estos pacientes al reingresan al retratamiento tendrían que tener un buen tratamiento porque podrían haber adquirido farmacorresistencia y también albergar y excretar microbios resistentes causando contagios, con mayor probabilidad los pacientes nuevos

Resistencia a fármacos antituberculoso

Análisis de la situación epidemiológica manifiesta:

La resistencia es un problema emergente y un reto importante en el control de prevención de la tuberculosis a nivel mundial. La resistencia a los antimicrobios es una ocurrencia biológica natural,

las mutaciones cromosómicas son individuales e irreversibles para cada fármaco (2015, p.51).

Para el autor la resistencia a los fármacos antituberculosos se define: TB MDR: tuberculosis causada por cepas de tuberculosis, resistente a Isoniacida, rifampicina; TB XDR: causado por sepas tuberculosis, resistente a Isoniacida, rifampicina, una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea. En el Perú en los décadas de los 90 se observa el incremento del fracaso al tratamiento antituberculoso, sin embargo la magnitud de la TB MDR, la cual no permite la intervención adecuada para el diagnóstico y tratamiento. Las políticas terapéuticas adoptadas para el tratamiento de los fracasos, probable casos TB MDR y sus contactos no fueron las más adecuadas.

Prueba de esputo

Para Tomas (2016) determina:

La prueba de esputo es una de las pruebas más eficaz que identifica la tuberculosis. Empleándose en individuos con presunta enfermedad pulmonar y para identificar a personas que son sintomático respiratorios. También se utiliza como seguimiento y monitorio del progreso de paciente con esquema retratamiento durante la fármaco terapia y cuando se confirma la curación (p.8).

Según la OMS la prueba de esputo es una de la pruebas eficaz que ayudaría a controlar como prueba mensual al paciente en retratamiento, la prueba de esputo es de suma importancia ya que al controlar la enfermedad disminuiríamos los riesgos a la familia y el entorno del paciente.

Condición de ingreso según antecedente.

Según MINSA (2013, p.14) Hace mención a las definiciones de ingreso de los pacientes al PCT: Caso nuevo: Es considerado cuando se tiene un diagnóstico de TB que nunca ha recibido el tratamiento TB o paciente que recibió el tratamiento por lo menos treinta días continuo. Caso antes tratado: Es

considerado aquel paciente con un diagnóstico de TB con antecedente de haber recibido tratamiento TB por 30 días o más. Se clasifican en: Recaída: Son aquellos pacientes que presentan otros tipos de episodio de TB diagnosticado después de haber sido declarado como término o como curado del PCT. Abandono recuperado: Son aquellos pacientes que no asisten a recibir su tratamiento por más de treinta días y es considerado como abandono y es captado nuevamente por el PCT para reiniciar. Fracaso: Es considerado aquel paciente que ingresa a un nuevo tratamiento después de haber sido declarado como un fracaso terapéutico de un esquema con medicamentos de primera línea.

Las definiciones que se menciona que el autor hace mención en el libro de norma técnica para la salud en pacientes de tuberculosis, fue publicado el año 2013, las definiciones en general son términos que se utilizan para llenar los registros o cuadernos, al tener conocimiento de estas definiciones nos permitirá entender cómo trabaja minsa en todo el territorio peruano, acerca del tema de la tuberculosis.

Paciente curado

Según Friden (2004) hace referencia sobre los pacientes curados, “paciente curado del tratamiento TB es cuando su esputo es negativo en el último días de su farmacoterapia” (p, 6). Lo manifestado por Friden que resalta sobre cómo tiene que estar o debe de ser considerado un paciente cuando termine su tratamiento de TB, dicho pacientes se les realiza un examen mensual de esputo como control, y al terminar el esquema, los pacientes realizan un examen para que sean dado de alta los exámenes son una radiografía pulmonar y su prueba de esputo para ser considerado de alta en el tratamiento TBC, el médico es responsable de PCT es el encargado de decir que paciente es considerado de alta.

Variable 2: Abandono del tratamiento

La investigación se fundamenta científicamente con el desarrollo de la segunda variable: se iniciara con la definición del variable abandono del tratamiento

antituberculoso, Norma técnica de la salud (2013), lo define “como aquel paciente que tiene inasistencia continuas al momento de recibir el tratamiento en un tiempo de 30 días seguidos”. (p.15). De acuerdo con la institución en mención, define al abandono del tratamiento, a todo paciente que no asiste al Programa control de tuberculosis a recibir su farmacoterapia por el periodo de 30 día, a veces hay pacientes que cambian de domicilios sin informar al personal del PCT y por este motivo son considerados abandonadores del PCT.

Según Molina (2012), explica que “los paciente que no asistieron a su tratamiento antituberculoso, en un periodo de 1 meses a mas, sin que se realice a una prescripción médica o paciente perdido mucho antes que finalice su tratamiento” (p.45) El autor hace mención al interrupimiento de la farmacoterapia, lo mencionado es otras de las formas de ser abandonador del tratamiento estos pacientes ingresarían a un esquema de retratamiento dependiendo del grado de resistencia al fármaco.

Dimensión de la variable 2: Abandono del tratamiento

Dimensión 1: Ausencia a la toma del tratamiento

MINSA (2013) refiere “paciente que no acude a tomar su medicamento antituberculoso por diferentes motivos empeorando su salud,” (p.16). Paciente que no acude a tomar su medicamento en un tiempo determinado es considerado como ausente del tratamiento antituberculoso.

Según verduga (2014) manifiesta:

Es la incapacidad o la oposición del paciente a cumplir con todos los componentes del tratamiento descritos anteriormente. Cuando un tratamiento se complica o dura un largo periodo, como en el caso de la tuberculosis, a menudo los pacientes se cansan o se desaniman de continuar con el tratamiento. Esta conducta es uno de los más grandes problemas en el control de la tuberculosis y puede provocar serias consecuencias. Un paciente no adherente a todo el proceso de Tratamiento puede: Permanecer enfermo por más tiempo o agravar su enfermedad (p.35).

El autor considerado al abandono es la incapacidad de los pacientes que se oponen a cumplir el tratamiento, los paciente que tienen un tratamiento de muchos meses hasta años según sea el caso. En estos casos los pacientes tienen mucho tiempo de tratamiento y hacen abandono poniendo en riesgo su vida enfermando agravando su enfermedad.

Arrosis y Herrero (2012) indica:

Que los pacientes con peores condiciones de vida, de menor nivel socioeconómico, fundamentalmente los hombres, desempleados y de mayor edad son los que menos probabilidad tienen de poder asistir al tratamiento, considerándose la primera barrera para el control de la enfermedad debido a las consecuencias de interrupción, la progresión de la enfermedad y la muerte.

Para el autor los pacientes con condición de bajo nivel son las personas idóneas a fracasar en el tratamiento de la tuberculosis, posiblemente al ausentarse le podría llevar la morbilidad, es de suma importancia la asistencia a la toma de medicamentos así se disminuirá el abandono de tratamiento.

Abandono del tratamiento mayor a 30 días.

MINSA (2013) considero al abandonó “aquel paciente que inicia el tratamiento y lo discontinua en un periodo de 30 días consecutivos o más, incluyendo a los pacientes que toman tratamiento por menos de 30 días y lo discontinua” (p.14) según el autor hace referencia del grupo caso a los pacientes que abandono el tratamiento en un tiempo determinado, paciente que no acuden a tomar su tratamiento por muchos factores, factores que complican la salud del paciente de su familia y entorno, en el centro de salud el personal de salud esta capacitados para tratar a estos tipos de pacientes e incentivar que continúen el tratamiento

La organización mundial de la salud (2013) refiere sobre al abandono: Paciente que habiendo iniciados tratamiento de al menos 1 mes, interrumpe su

tratamiento sin indicación médica por un mes o más. Abandono recuperado positivo: paciente que, habiendo iniciado tratamiento si indicación medica

1.3 Justificación del estudio

1.3.1 Justificación teórica

El presente estudio se basa en la justificación teórica, dando interés en determinar la relación que existe entre los factores de riesgos y el abandono del tratamiento TBC en pacientes en retratamiento, radica en que existe una escasa investigación referente al tema, estudio que permitirá gestionar estrategias que permitirán disminuir el abandono al tratamiento TBC y así disminuir las consecuencias para el paciente, familiar y de las personas que lo rodean, teniendo concordancia con los lineamientos políticos más importante del Estado que es plasmado en el Decreto Supremo N° 30287 – TB, así como otras normas complementaria donde se incentiva nuevas gestiones en las diferentes áreas administrativas.

En tal sentido, la investigación se encarga de buscar y determinar el nivel de conocimiento que se tiene desde los fundamentos teóricos dado en el ámbito académico.

El peruano (2014, p.2) Hace selección del paciente:

De acuerdo al patrón de sensibilidad, la tuberculosis puede ser sensible o resistente a medicamentos contra TBC de primera o segunda línea, y entre estas formas se hallan la multidrogoresistente (MDR), la extensamente resistente (XDR) y otras formas de drogorresistencia.

De ahí la importancia de la investigación que contribuirá a realizar importantes resultados que permitan determinar la relación que existe entre los factores de riesgos y el abandono del tratamiento contra la TBC en pacientes en retratamiento. Además se mostrara posibles estrategias para que el servicio de salud deba implementar para el cuidado del paciente de mismo modo fomentar

de esta manera la eficiencia y eficacia en la atención a fin en favorecer la asistencia al tratamiento de la TB.

1.3.2 Justificación practica

La justificación práctica comprende la relación entre factores de riesgo y el abandono del tratamiento antituberculosos en pacientes en retratamiento, lo que se busca es disminuir los abandono de tratamiento antituberculoso y así el PCT obtendrá resultados positivos en la problemática, ayudando a proteger la salud del paciente, la familiar y el entorno social.

El estudio partió por observar el aumento del abandono del tratamiento antituberculoso, problema que está relacionado al factor de riesgo que es motivo de la investigación, los resultados de la investigación será una respuesta a la problemática social y al aplicarlo nos permitirá gestionar estrategias para que los pacientes acudan al tratamiento antituberculoso en los PCT.

Justificación metodológica

Por otro lado la justificación metodológica nos permitirá obtener resultados y al termino del presente trabajo de investigación , servirá como referencia a investigadores futuros y a la vez como guía para direccionar una gestión certera en los programa de control de tuberculosis que conforman la Micro Red Ganimedes y como ayuda a futuros estudiantes que incursionen en el tema.

1.4 Problema

El abandono al esquema retratamiento antituberculoso es un serio problema de salud social que todo el personal de salud debe de participar para así poder hacer una disminución de este problema social , este problema está ligado a la pobreza, falta de cultura, violencia social, ambiental y política, problemas que se presenta en el distrito de San Juan de Lurigancho.

Considerando la solidez y el buen trabajo del personal del programa control de tuberculosis de los centros de salud de la Micro red Ganimedes, la tasa de abandono al esquema retratamiento en nuestra población sigue siendo alta. Por todo lo expuesto se propuso investigar y determinar la relación que existe entre los factores de riesgo y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, para poder contribuir y buscar estrategias sanitarias para disminuir la tasa de abandono e incrementar la eficiencia en el retratamiento antituberculoso y disminuir los riesgos en la salud de la comunidad.

Formulación del problema

1.4.1 Problema general

¿Qué relación existe entre los factores de riesgos y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017?

Problema específico

Problema específico 1

¿Qué relación existe entre el factor biología humana y el abandono del tratamiento antituberculoso en los pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017?

Problema específico 2

¿Qué relación existe entre los factores estilo de vida y el abandono del tratamiento antituberculosos en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017?

Problemas especifica 3

¿Qué relación existe entre los factores ambientales y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017?

Problema específico 4

¿Qué relación existe entre los factores servicio de salud y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017?

1.5 Hipótesis

1.5.1 Hipótesis generales

Existe relación directa entre los factores de riesgo y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

Hipótesis específicas

Hipótesis especifica 1

Existe relación directa entre el factor biología humana y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

Hipótesis especifica 2

Existe relación directa entre los factores terapéuticos y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

Hipótesis específica 3

Existe relación directa entre los factores ambientales y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

Hipótesis específica 4

Existe relación directa entre los factores servicio de salud y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo generales

Determinar la relación que existe entre los factores de riesgos y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

Objetivos específico 1

Determinar la relación que existe entre el factor biología humana y el abandono del tratamiento antituberculoso en los pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

Objetivo específico 2

Determinar la relación que existe entre los factores estilo de vida y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

Objetivo específico 3

Determinar la relación que existe entre los factores ambientales y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

Objetivo específico 4

Determinar la relación que existe entre los factores servicio de salud y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

II. METODOLOGÍA

2.1 Variables

2.1.1 Definición conceptual

Variable 1: Factores de riesgo

OMS (2016) define factores “como un conjuntos de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determina el estado de salud del individuo y de la población” (p.4). Según el organismo mundial en la salud los factores de riesgo están relacionados por varios determinantes pero todo esto se encierra en el determinante biopsicosociocultural determinantes unidos que están relacionados con la salud del individuo o población.

Variable 2: Abandono del tratamiento

MINSA (2008) define el abandono del tratamiento a “paciente que no acude a recibir su tratamiento por más de 30 días consecutivos. (p. 15). De lo manifestado por el MINSA se considera abandono a la persona que no acude a cumplir su tratamiento antituberculoso, sumando también a los pacientes que cambian de establecimiento sin avisar, los pacientes del programa hacen abandono del tratamiento por diversos factores, que es el tema a investigar

2.2.2 Definición operacional

Variable 1: Factores de riesgo

Se aplicó un cuestionario de 32 ítems para recoger la información sobre el factor biología humana, factor estilo de vida, factor medio ambiente y factor servicio de salud. Se utilizó en el cuestionario con valor dicotómico.

Variable 2: Abandono al tratamiento antituberculoso

Se utilizó la técnica de observación, se utilizó como instrumento la lista de cotejo que es representado por libro de registro y seguimiento de pacientes con esquema retratamiento documento que fue estructurado por MINSA, permitiendo recoger información de los pacientes que abandonaron y los que terminaron el tratamiento.

2.2 Operacionalizacion de variable

Tabla 1.

Matriz de operacionalizacion de la variable factores de riesgo

Dimensiones	Indicadores	items	Escala de valores	Niveles de rango
Factores Biología humana	Alcohol	1 y 2	No (0) Si (1)	Alta 7 – 8 Media 4 – 6 Baja 0 - 3
	Cigarro	3		
	Droga	4		
	Enfermedades	5 y 6		
	Mejoria temor	7 y 13 8		
Factores Estilo de vida	Duracion	9	No (0) Si (1)	Alta 7 – 8 Media 4 – 6 Baja 0 - 3
	Pastilla	10, 14, 15 y 16		
	molestia	11 y 12		
Factores ambientales	Familia	17, 19 y 24	No (0) Si (1)	Alta 7 – 8 Media 4 – 6 Baja 0 - 3
	Trabajo	18 y 23		
	Centro de salud	22		
	Centro de rehabilitacionen	20 y 21		
Factores Servicio de Salud	Adecuado para su salud	29	No (0) Si (1)	Alta 7 – 8 Media 4 – 6 Baja 0 - 3
	Adecuada relacion	25,26, 27 y 28		
Servicio de Salud	Visita domiciliaria	30 y 31	Si (1)	Media 4 – 6 Baja 0 - 3
	Charla educativa	32		

Tabla 2

Matriz de operacionalización de la variable abandono del tratamiento

Dimensión	Indicador	Escala
Ausencia a la toma de tratamiento	Abandono del tratamiento mayor a 30 días	si (1) no (0)

Fuente: elaboración propia

2.3 Metodología

La metodología empleada fue hipotético deductivo, Bernal (2006) sobre el método hipotético deductivo refiere “a un procedimiento que permite probar la calidad de la hipótesis y busca confrontar o aceptar las probables hipótesis, en conclusión se debe de refutar con hechos” (p.56). Al aplicar este método se sigue los siguientes pasos a realizar, observacional y analítico en estudio a investigar, se propuso a formular una hipótesis para explicar a respondernos los problemas y objetivos en estudio, probando la verdad o falsedad de la hipótesis y comparándola con la experiencia. En este caso relacionado a los factores de riesgo y abandono del tratamiento antituberculoso, en el cual los sujetos se seleccionan en función de abandono al tratamiento (casos) y culminación del tratamiento (control).

2.4 Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación es de tipo aplicada, Carrasco (2009) citado por soto (2015) refiere: “la investigación aplicada se distingue por tener propósitos inmediatos bien definidos, es decir se investiga para actuar, transformar, modificar o producir cambios en un determinado sector de la realidad” (p.43). El propósito de este trabajo de investigación es dar solución al problema, identificando los factores de riesgos que influyen en el abandono de tratamiento.

2.5 Diseño de investigación

Esta investigación presenta un diseño no experimental de corte transversal, correlacional. Es no experimental porque no se manipula las variables, se va observar los fenómenos de la manera natural, para luego ser analizadas.

Hernández, Fernández y Baptista (2010) citado por Soto (2015) sobre el corte transversal manifiesta “los diseños de investigación transversal recolectan datos en un solo momento, que es en un tiempo único el propósito es describir las variables y analizar su incidencia luego interrelacionarla en un momento dado” (p.151). El presente estudio es de corte transversal porque los datos se recolectaron en un solo momento en un tiempo. Sobre el estudio correlacional Sánchez y Reyes (1998) citado por Soto (2015) indican” que están orientado a la determinación del grado de relación existente entre dos o más variables de interés de una misma muestra de sujeto entre dos fenómenos” (p.79) Es correlacional, porque el propósito es determinar si las variables factores de riesgo y el abandono del tratamiento están correlacionadas, midiendo y evaluando conceptos de un contexto.



Fuente: elaboración propia

Figura 3: Esquema del diseño de investigación

Dónde:

- M : Muestra
 V₁ : factores de riesgo
 V₂ : abandono del tratamiento antituberculoso
 r : correlación entre V₁ y V₂

2.6 Población, muestra y muestreo.

2.6.1 Población

En concordancia con Bernal (2006) manifiesta que: “la población es un conjunto de elemento grande que se pueden tomar un elemento representativo de un

problema” (p.95) La población de este estudio está constituida por 393 pacientes que estuvieron con esquema de retratamiento para tuberculosis en los centros de salud de la Micro Red Ganimedes en el periodo 2013 – 2017. Los centros de salud corresponden a la red de San Juan de Lurigancho, DISA IV, Lima Este.

Tabla 3:

Distribución de la población en retratamiento antituberculoso

Centro de salud	N° de pacientes en retratamiento
C.S Huáscar II.	84
C.S Huáscar XV.	88
C.S Medalla milagrosa	70
C.S Ayacucho.	72
C.S Ganimedes.	79
TOTAL	393

Nota: La fuente se obtuvo del registro control de tratamiento en los centros de salud.

2.6.2 Muestra

La muestra estuvo constituida por 324 pacientes de los centros de salud que conforman la Micro Red Ganimedes. Curados (control): 225 pacientes, abandonaron el retratamiento (casos): 99 pacientes, fallecidos 31 pacientes, transferencia sin confirmar: 38 pacientes.

Tabla 4:

Distribución de la muestra en retratamiento antituberculoso

Centro de salud	Abandono del tratamiento		total
	N° Casos	N° Control	
Huáscar II.	21	46	67
Huáscar XV.	25	42	67
Medalla milagrosa.	18	39	57
Ayacucho.	18	44	62
Ganimedes.	17	54	71
Total			324

Nota: La fuente se obtuvo del libro de registro y seguimiento de pacientes con esquema de retratamiento.

2.6.3 muestreo

Se utilizó la técnica del muestreo no probabilístico- por conveniencia. En este tipo de muestreo se busca seleccionar según los criterios de inclusión.

2.6.3.1 Criterios de selección:

Para diferenciar la selección en la muestra poblacional de la investigación, determinamos los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- a) Pacientes que abandonaron el retratamiento (grupo casos).
- b) Pacientes curados con indicación de alta (grupo control).

Criterios de exclusión:

- a) Historias clínicas perdidas e incompleta.
- b) Pacientes que no accedan en participar en la investigación.
- c) Pacientes que no se encuentren en su domicilio

2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

Kuznik y hurtado (2010) define la encuesta: “Como una técnica que recoge datos de la manera concreta, particular y practica de un procedimiento de investigación” (p, 3).Según estos autores la técnica de la encuesta permitirá recoger de la manera sencilla datos que puedan servir para la investigación, pero a la vez nos va a permitir a profundizar en la investigación y a la vez conocer a nuestra población en estudio. Se aplicó la técnica de la encuesta que fue construida y modificada para el registro de la problemática existente, se usaron términos apropiados para emitir información precisa.

Instrumento

El instrumentó que se empleó para el estudio de investigación fue el cuestionario.

Tabla 5

Técnicas e instrumento de recolección de datos

Variable	técnica	instrumento
Factores de riesgo	encuesta	Cuestionario de factores de riesgo

Ficha técnica para medir factores de riesgo

Nombre: Cuestionario para medir los factores de riesgo y abandono del tratamiento antituberculoso

Autor: Wilfredo Vargas Onofre

Modificado: Jorge Rivera Chuchon.

Forma de Aplicación: Individual

Ámbito de Aplicación: Paciente que ingresaron al retratamiento antituberculoso.

Duración: Aproximadamente 15 minutos

Objetivo: Determinar la relación que existe entre los factores de riesgos y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento de la Microrred Ganimedes del distrito de san juan de Lurigancho, 2017.

Significación: el cuestionario de factor de riesgo, presenta las siguientes dimensiones: Factor paciente, factores terapéutico, factores ambientales, factor servicio de salud.

Cantidad de Ítems: 32 ítems.

Puntuación: se utilizó la prueba KR20 que es usado para valores dicotómicos.

1 = si

0 = no

Tabla 6

Técnicas e instrumento de recolección de datos

Variable	técnica	instrumento
Abandono del tratamiento	observación	lista de cotejo

Fuente: Elaboración propia

Ficha técnica para medir el esquema retratamiento

Nombre: Libro de registro de pacientes en esquema retratamiento

Autor: MINSA

Forma de Aplicación: Individual - Colectivo

Ámbito de Aplicación: Paciente que ingresaron al esquema retratamiento.

Objetivo: Determinar la relación que existe entre los factores de riesgos y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento de la Micro Red Ganimedes del distrito de san juan de Lurigancho, 2017.

2.7.1 Validez y confiabilidad del instrumento.

Validez del instrumento factores de riesgo

Tabla 7

Resultados de validez del instrumento

Validador	Resultado
Dra. Karen Zevallos Delgado	Aplicable
Mg Alexander Ríos Ríos	Aplicable
Dr. Manuel Espinoza Cruz	Aplicable

Nota: la fuente se obtuvo de los certificados de validez del instrumento

Como se observa en la tabla 6, los resultados obtenidos en la evaluación del instrumento de trabajo y el juicio crítico en el área de salud realizada por diferentes expertos, permite aplicar en este proceso de investigación, permite evaluar las variables de estudio. La evaluaciones del instrumento es de carácter claro, pertinente y relevante y en cada criterio los tres jueces, concluyeron que el instrumentó es aplicable, podemos decir que el instrumento es valiosos partiendo de su valiosa construcción, mide los aspectos a analizar.

Confiabilidad del instrumento

El instrumento fue sometido a juicio de expertos, para la confiabilidad se aplicó una prueba piloto en 30 pacientes del programa de tuberculosis, en la obtención

de resultado de confiabilidad se utilizó la prueba de Kuder- Richardson (usado en valores dicotómicos). El resultado de la validez del cuestionario fue aplicable, mientras que el resultado de la confiabilidad fue de alta confiabilidad.

Tabla 8

Resultados de la confiabilidad del instrumento

Encuesta	Kuder Richardson	Nº de ítems
Cuestionario	0.953	32
Factores de riesgo		

Nota: la fuente se obtuvo de los resultados de la prueba piloto

La fiabilidad de la variable factores de riesgo se situó en un nivel alto, teniendo un valor de 0.953, siendo un instrumento confiable.

2.8 Métodos de análisis de datos

Posterior a la recolección de datos se realizó en primer lugar un análisis de los datos que sirvió para conocer detalladamente los valores en cada una de las dimensiones para luego identificar si hubiera errores en los datos, datos que se clasifico, codifico y se designó un valor a cada variable en estudio, los datos se procesaron empleando el software SPSS. El estadígrafo que se utilizó fue no paramétrico: coeficiente de correlación Rho de Spearman. El nivel de significancia fue 0.05, con un grado de confianza del 95%.

Correlación de Spearman

El coeficiente de correlación Rho de Spearman se utiliza para describir la relación entre dos variables ordinales, o entre una ordinal y otra de razón, o en los casos en los que las variables cuantitativas no provienen de la distribución normal.

Formula de Rho de Spearman

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum D^2}{N(N^2 - 1)}$$

D: diferencia entre los correspondientes estadísticos de orden de x - y.

N: número de parejas.

Al término del estudio se pasara a realizar las conclusiones respectiva de acuerdo a los resultados obtenidos y se suscribirá las sugerencias que corresponden para así gestionar estrategia que ayuden a disminuir abandono al tratamiento antituberculoso.

2.9 Aspecto éticos

El aspecto ético será aplicado desde el primer momento de la investigación, el consentimiento informado que fue revisado por el comité de ética del Hospital de San Juan de Lurigancho dando su aprobación. Se respetó y se respetara en todo momento el anonimato de los pacientes que ingresaron a la investigación, a los pacientes antes de que lean la encuesta se le explico el valor del trabajo de investigación a la vez se les invito a firmar un consentimiento informado autoricé su colaboración voluntaria.

III. RESULTADOS

3.1 Descripción de resultados

3.1.1 Resultados de la variable: Abandono del tratamiento.

Tabla 9

Distribución de frecuencias y porcentajes de la variable abandono del tratamiento

Abandono	Frecuencia	Porcentaje
No	130	75,6%
Sí	42	24,4%
Total	172	100,0%

Fuente: base de dato del autor

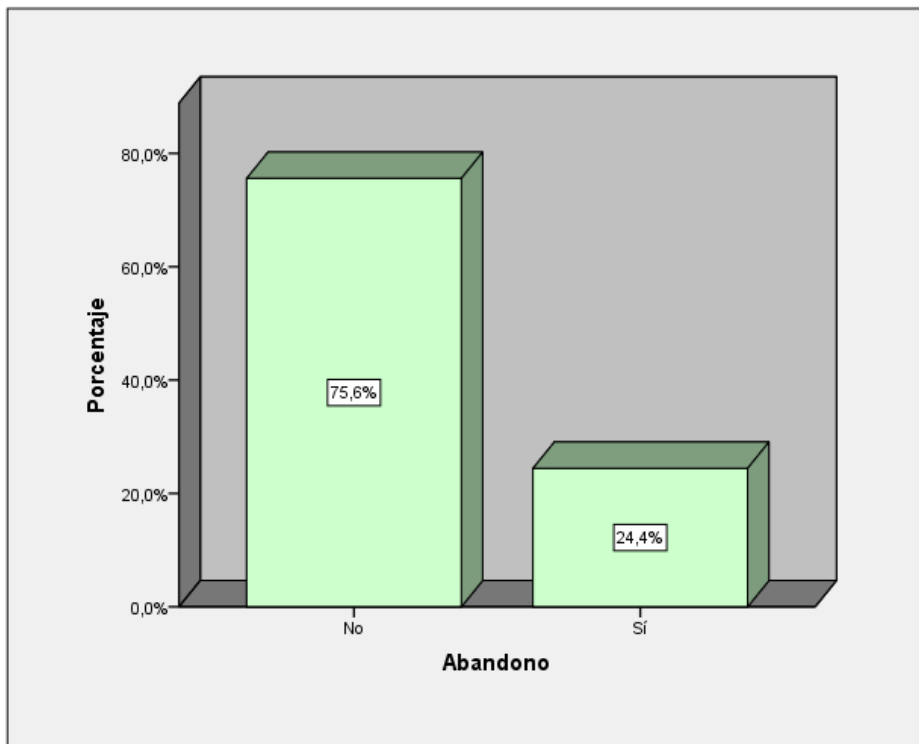


Figura 4. Distribución porcentual de la variable abandono del tratamiento

Fuente: base de datos del autor

Interpretación:

De la tabla 9 y figura 4 observamos, según la percepción, que en el nivel abandono del tratamiento alcanzó un nivel bajo en el 24.4% y medio en el 75.6%, habiendo un mayor porcentaje en el nivel medio, el cual quiere decir que hay un nivel eficiente.

3.1.2 Resultados de la variable factores de riesgo

Tabla 10.

Distribución de frecuencia y porcentaje de la variable factores de riesgo

Factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Alto	0	0,0%
Medio	10	5,8%
Bajo	162	94,2%
Total	172	100,0%

Fuente: base de datos del autor

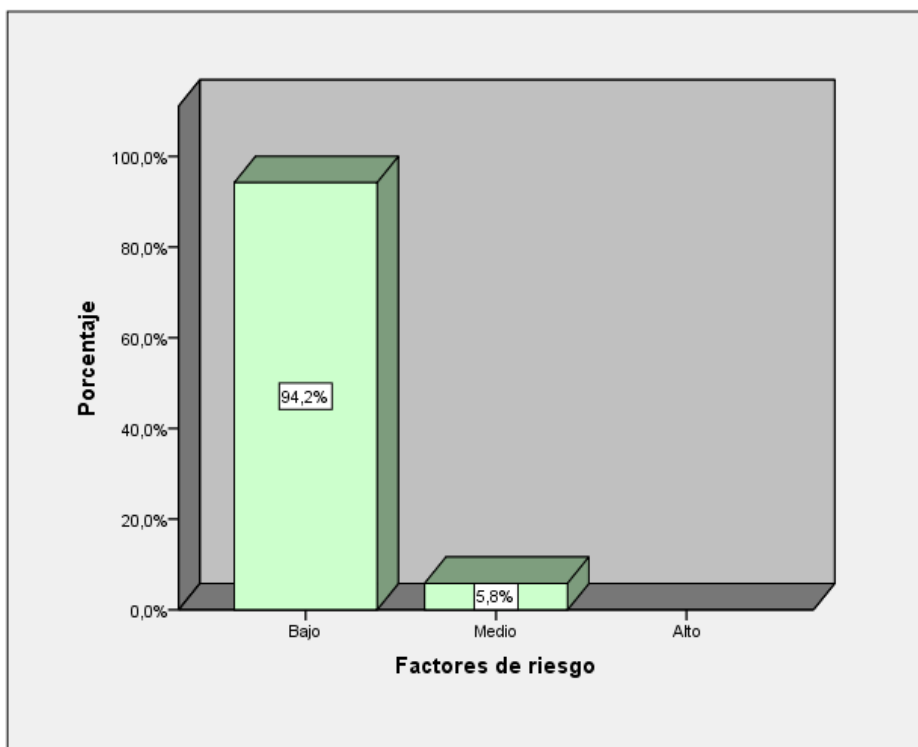


Figura 5. Distribución porcentual de la variable factores de riesgo

Fuente: base de datos del autor

Interpretación:

De la tabla 10 y figura 5 observamos que el nivel factor de riesgo alcanzó un nivel bajo en 94,2% y el nivel medio 5,8%, habiendo un mayor porcentaje en el nivel bajo, el cual quiere decir que factores de riesgo presenta un nivel eficiente.

3.1.3 Resultados de la dimensión factor biología humana

Tabla 11

Resultado de la dimensión factor biología humana

Factor biología humana	Frecuencia	Porcentaje
Alto	0	0,0%
Medio	30	17,4%
Bajo	142	82,6%
Total	172	100,0%

Fuente: base de datos del autor

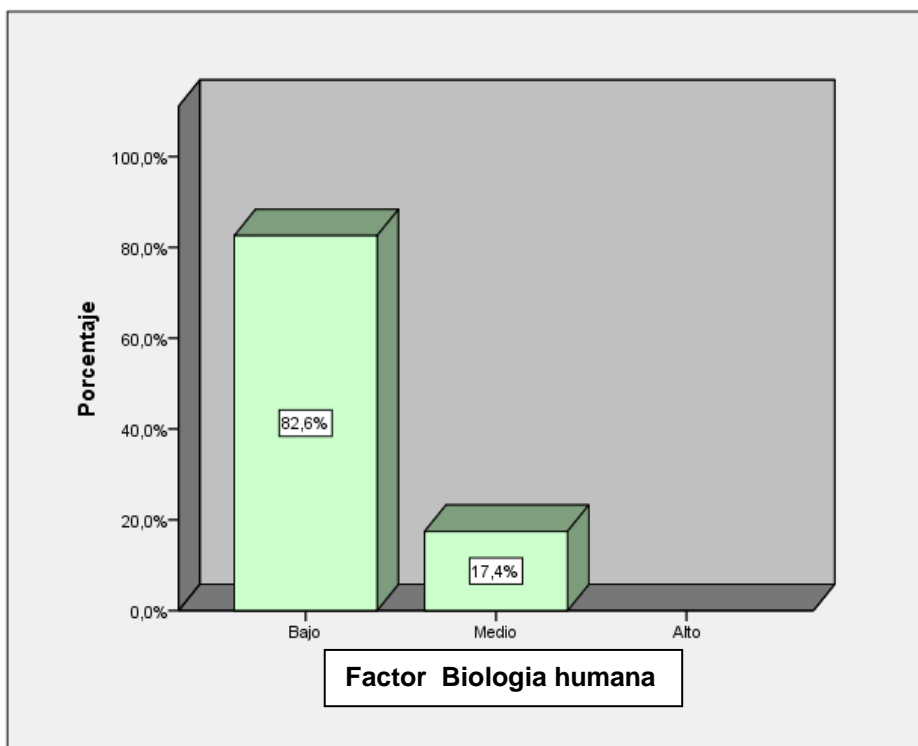


Figura 6. Resultado de la dimensión factor biología humana

Fuente: base de datos del autor

Interpretación:

De la tabla 11 y figura 6 observamos que el nivel del factor biología humana alcanza un nivel medio en el 17,4% y un nivel bajo de 82,6%. Habiendo un menor porcentaje entre los encuestados que refiere, que si presenta riesgo.

3.1.4 Resultados de la dimensión factor estilo de vida

Tabla 12

Resultados de la dimensión factor estilo de vida.

Factor estilo de vida	Frecuencia	Porcentaje
Alto	0	0,0%
Medio	113	65,7%
Bajo	59	34,3%
Total	172	100,0%

Fuente: base de datos del autor

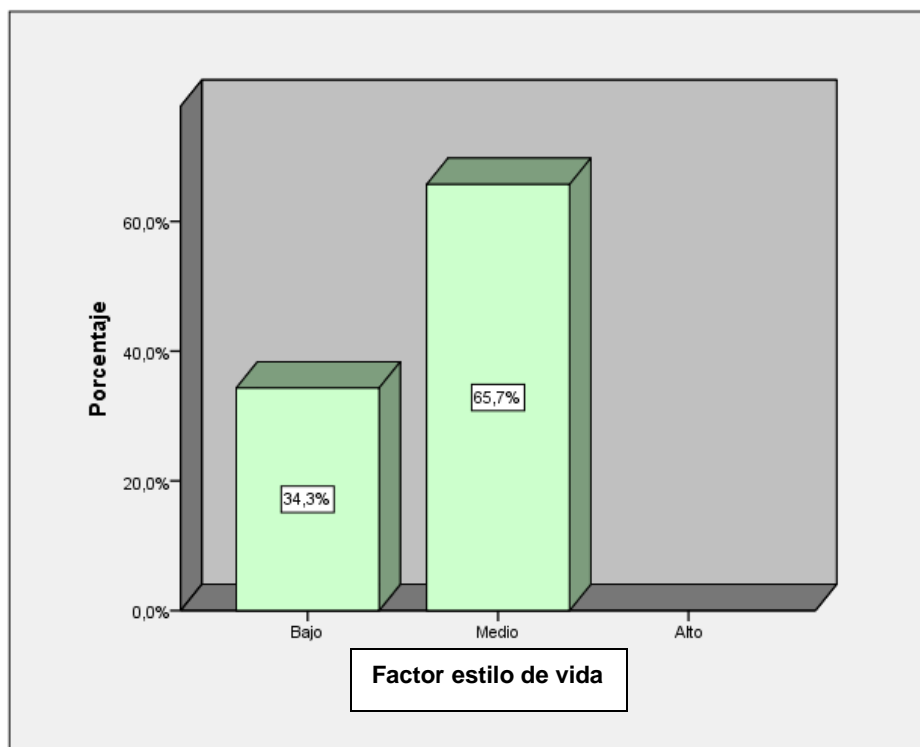


Figura 7. Resultado de la dimensión factor estilo de vida.

Fuente: base de datos del autor

De la tabla 12 y figura 7 observamos, el nivel bajo en el 34,3% y el nivel medio 65,7%. Habiendo un mayor porcentaje de encuestados que ubican al factor estilo de vida en un nivel intermedio, el cual refiere que si presenta riesgo.

3.1.5 Resultados de la dimensión factor ambiente

Tabla 13

Resultados de la dimensión factor ambiente

Factor ambiente	Frecuencia	Porcentaje
Alto	0	0,0%
Medio	3	1,7%
Bajo	169	98,3%
Total	172	100,0%

Fuente: base de datos del autor

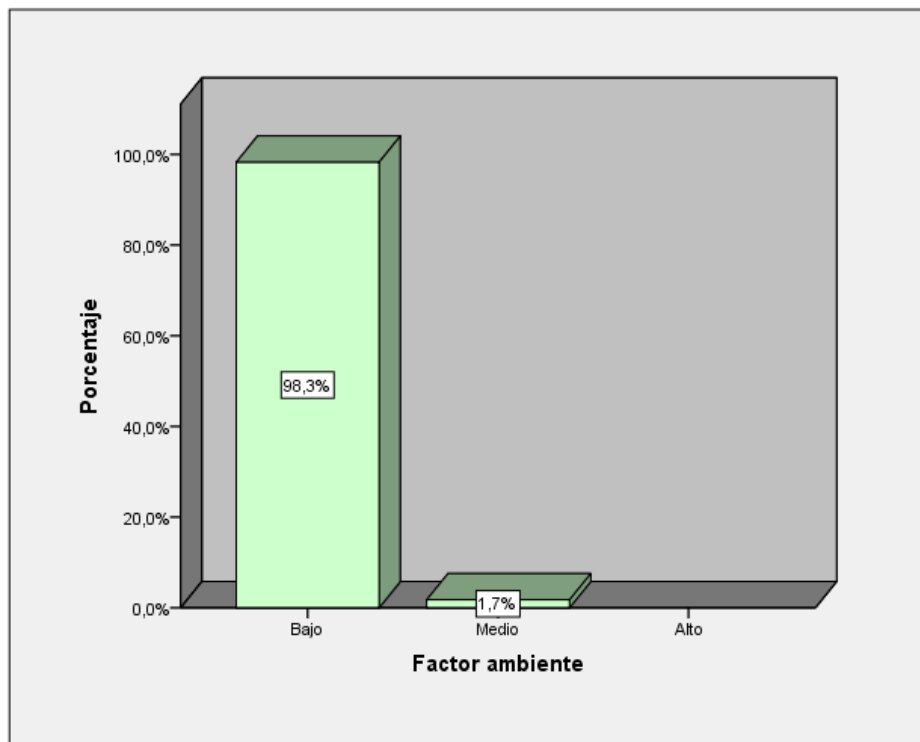


Figura 8. Resultado de la dimensión factor ambiente

Fuente: base de datos del autor

Interpretación:

De la tabla 13 y figura 8 observamos que el nivel factor ambiente alcanzó un nivel medio de 1,7% y un nivel bajo de 98,3%. Habiendo un mayor porcentaje entre los encuestados que aducen que el factor ambiente, no presenta riesgo.

3.1.6 Resultados de la dimensión factor servicio de salud

Tabla 14

Resultados de la dimensión factor servicio de salud

Factor servicio de salud	Frecuencia	Porcentaje
Alto	0	0,0%
Medio	20	11,6%
Bajo	152	88,4%
Total	172	100,0%

Fuente: base de datos del autor

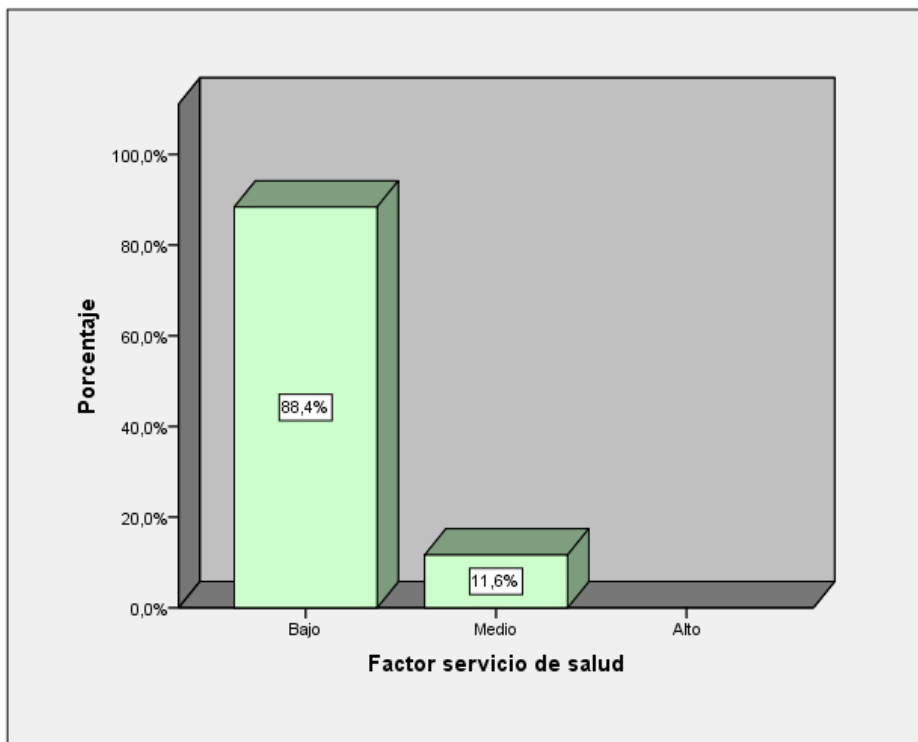


Figura 9. Resultados de la dimensión factor servicio de salud

Fuente: base de datos del autor

Interpretación:

De la tabla 14 y figura 9 observamos que el nivel bajo es el 88,4% y el nivel medio es el 11,6%. Habiendo un porcentaje entre los encuestados que aducen que el factor servicio de salud no presenta riesgo.

3.2 Tabla de contingencia de las variables de estudio

Tabla 15
Distribución de frecuencias y porcentajes de Factores de riesgo y abandono del tratamiento

		Abandono					
		No		Sí		Total	
		f	%	f	%	F	%
Factores de riesgo	Alto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Medio	0	0,0%	10	5,8%	10	5,8%
	Bajo	130	75,6%	32	18,6%	162	94,2%
Total		130	75,6%	42	24,4%	172	100,0%

Nota: la fuente se obtuvo de la base de datos de los cuestionarios.

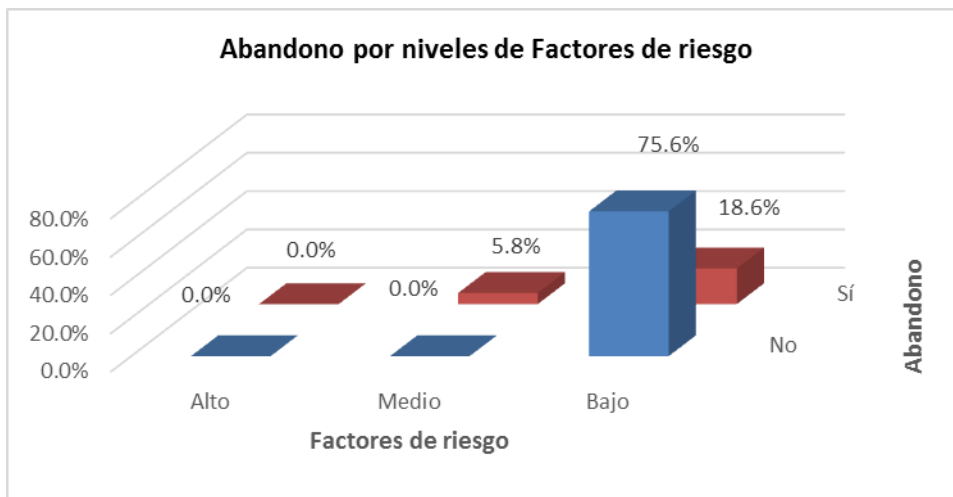


Figura 10. Distribución porcentual de pacientes según nivel de factores de riesgo y Abandono del tratamiento antituberculoso.

Interpretación:

De acuerdo a la tabla 15 y figura 10, observamos que existe un grupo representativo de 75,6 % de pacientes que presentan nivel *bajo* en factores de riesgo y a la vez en nivel *no abandono* en cuanto al tratamiento antituberculoso; así mismo el 5,8% alcanza el nivel *medio* en factores de riesgo y a la vez en nivel *sí* abandono en cuanto al tratamiento antituberculoso.

De los resultados descriptivos presentados en la tabla 15 y figura 10 se interpreta que la relación entre variable es positiva.

3.2.1 Tabla de contingencia para abandono del tratamiento antituberculoso y factor biología humana

Tabla 16

Distribución de frecuencia y porcentaje de pacientes según Abandono del tratamiento antituberculoso y Factor biología humana

		Abandono					
		No		Sí		Total	
		f	%	f	%	F	%
Factor biología humana	Alto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Medio	5	2,9%	25	14,5%	30	17,4%
	Bajo	125	72,7%	17	9,9%	142	82,6%
Total		130	75,6%	42	24,4%	172	100,0%

Nota: la fuente se obtuvo de los cuestionarios.

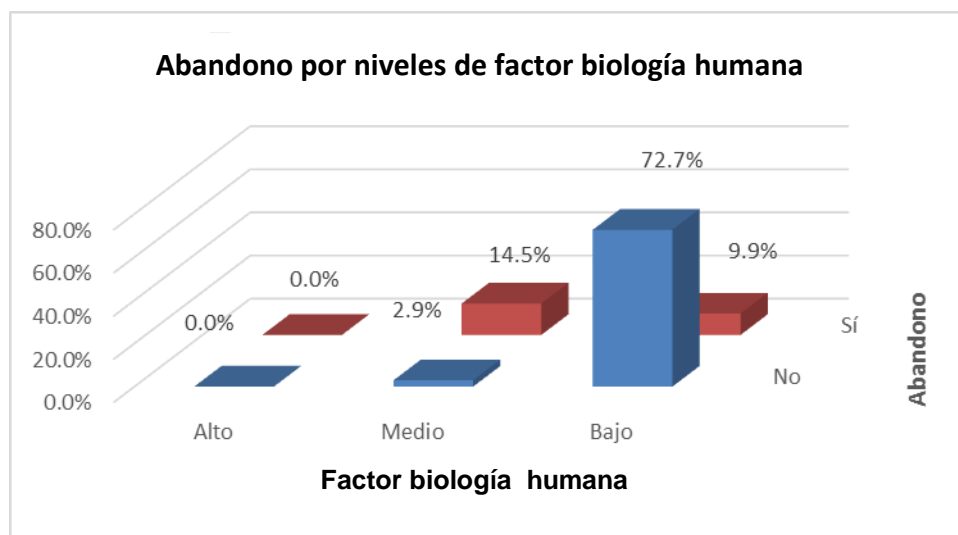


Figura 11. Distribución porcentual de Abandono del tratamiento antituberculoso y niveles del Factor biología humana

Interpretación:

De acuerdo a la tabla 16 y figura 11, observamos que existe un grupo representativo de 72,7 % de pacientes que presentan nivel *bajo* en factor biología humana y a la vez en nivel *no abandono* en cuanto al tratamiento antituberculoso; así mismo el 14,5% alcanza el nivel *medio* en factor biología humana y a la vez en nivel *si abandono* en cuanto al tratamiento antituberculoso.

De los resultados descriptivos presentados en la tabla 16 y figura 11 se interpreta que la relación entre variable es positiva.

3.2.2 Tabla de contingencia para abandono del tratamiento antituberculoso y factor estilo de vida

Tabla 17

Distribución de frecuencia y porcentaje de pacientes según Abandono del tratamiento antituberculoso y Factor estilo de vida

		Abandono					
		No		Sí		Total	
		f	%	f	%	F	%
Factor estilo de vida	Alto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Medio	75	43,6%	38	22,1%	113	65,7%
	Bajo	55	32,0%	4	2,3%	59	34,3%
Total		130	75,6%	42	24,4%	172	100,0%

Fuente: base de datos del autor

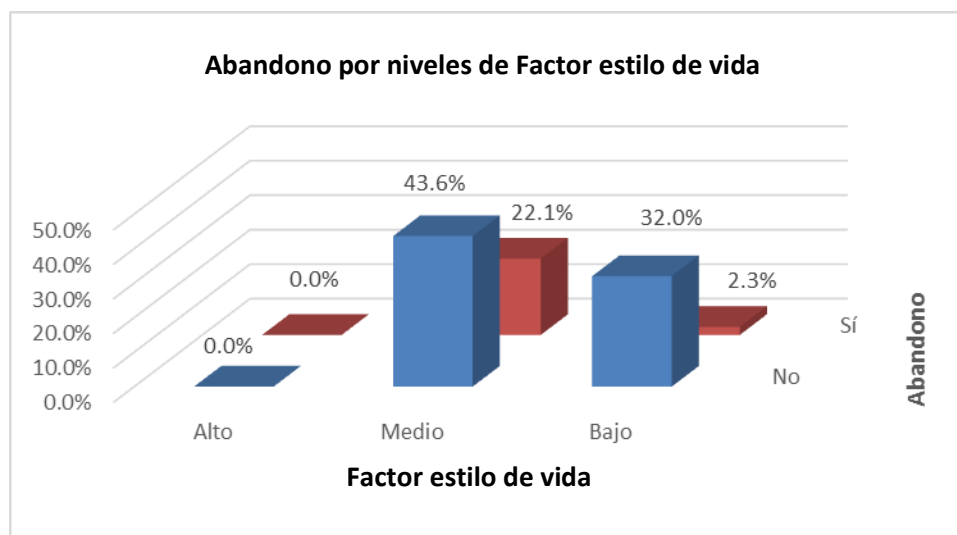


Figura 12. Distribución porcentual Abandono del tratamiento antituberculoso y niveles de Factor estilo de vida

Interpretación:

De acuerdo a la tabla 17 y figura 12, observamos que existe un grupo representativo de 43,6% de pacientes que presentan nivel *medio* en factor estilo de vida y a la vez en nivel *no abandono* en cuanto al tratamiento antituberculoso;

así mismo el 22,1% alcanza el nivel *medio* en factor estilo de vida y a la vez en nivel si abandono en cuanto al tratamiento antituberculoso.

De los resultados descriptivos presentados en la tabla 17 y figura 12 se interpreta que la relación entre variable es positiva

3.2.3 Tabla de contingencia para abandono del tratamiento y factor ambiente

Tabla 18

Distribución de frecuencia y porcentaje de pacientes según Abandono del tratamiento antituberculoso y Factor ambiente

		Abandono					
		No		Sí		Total	
		F	%	f	%	F	%
Factor ambiente	Alto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Medio	1	0,6%	2	1,2%	3	1,7%
	Bajo	129	75,0%	40	23,3%	169	98,3%
Total		130	75,6%	42	24,4%	172	100,0%

Fuente: base de datos del autor

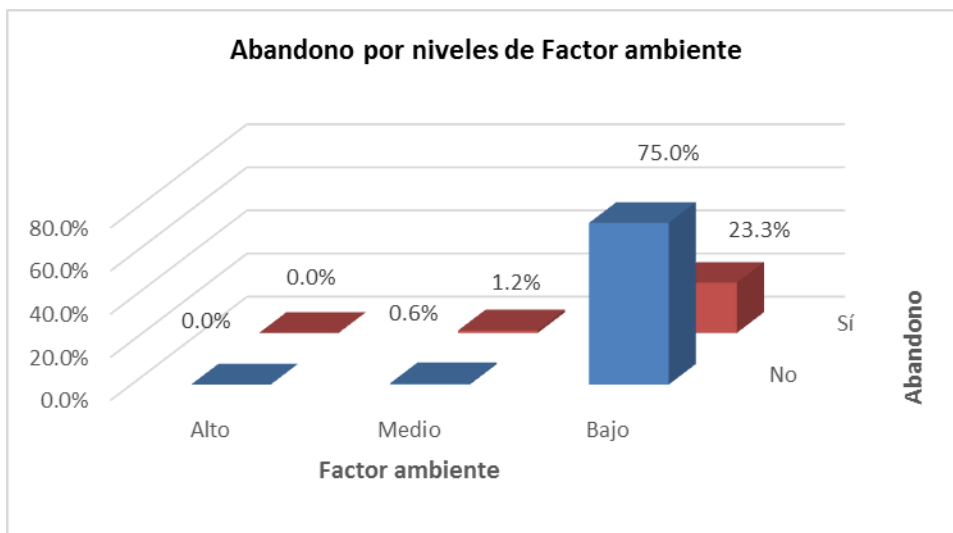


Figura 13. Distribución porcentual de Abandono del tratamiento antituberculoso y niveles del Factor ambiente

Interpretación:

De acuerdo a la tabla 18 y figura 13, observamos que existe un grupo representativo de 75,0 % de pacientes que presentan nivel *bajo* en factor ambiente y a la vez en nivel *no abandono* en cuanto al tratamiento

antituberculoso; así mismo el 1,2% alcanza el nivel *medio* en factor ambiente y a la vez en nivel si abandono en cuanto al tratamiento antituberculoso.

De los resultados descriptivos presentados en la tabla 18 y figura 13 se interpreta que la relación entre variable es positiva.

3.2.4 Tabla de contingencia para el abandono del tratamiento y factor servicio de salud

Tabla 19

Distribución de frecuencia y porcentaje de pacientes según Abandono del tratamiento antituberculoso y Factor servicio de salud

		Abandono					
		No		Sí		Total	
		f	%	f	%	F	%
Factor servicio de salud	Alto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Medio	2	1,2%	18	10,5%	20	11,6%
	Bajo	128	74,4%	24	14,0%	152	88,4%
Total		130	75,6%	42	24,4%	172	100,0%

Fuente: base de datos del autor

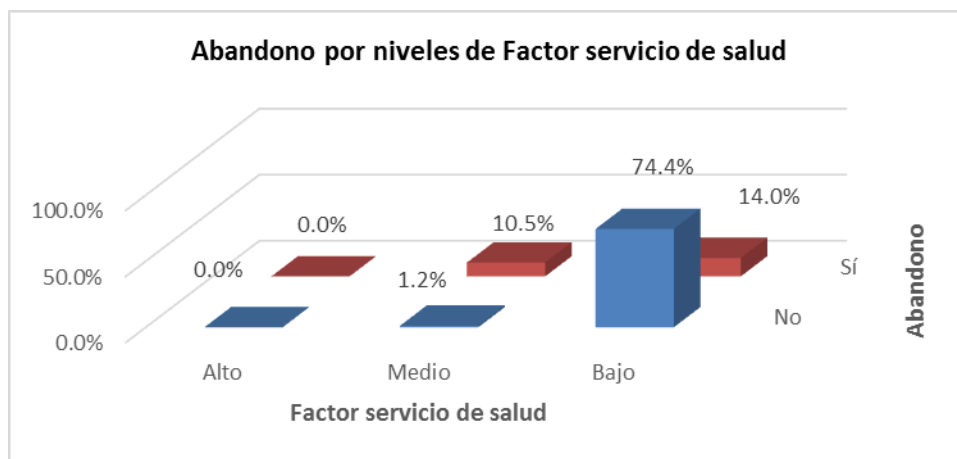


Figura 14. Distribución porcentual de Abandono del tratamiento antituberculoso según niveles del Factor servicio de salud

Interpretación:

De acuerdo a la tabla 19 y figura 14, observamos que existe un grupo representativo de 74,4 % de pacientes que presentan nivel *bajo* en factor servicio

de salud y a la vez en nivel *no abandono* en cuanto al tratamiento antituberculoso; así mismo el 10,5% alcanza el nivel *medio* en factor servicio de salud y a la vez en nivel *si abandono* en cuanto al tratamiento antituberculoso.

De los resultados descriptivos presentados en la tabla 15 y figura 10 se interpreta que la relación entre variable es positiva.

3.3 Prueba de hipótesis general

3.3.1 Hipótesis general

Ho: No existe relación directa entre los factores de riesgo y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

Ha: Existe relación directa entre los factores de riesgo y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

Nivel de confianza: 95% ($\alpha = 0,05$)

- Regla de decisión: $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula Ho
 $p < \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis alterna Ha

Prueba Estadística: Prueba de correlación de Spearman

Tabla 20

Coeficiente de correlación de Spearman de las variables: Abandono del tratamiento y Factores de riesgo

		Abandono	Factores de riesgo
Abandono	Coeficiente de correlación	1,000	0,616**
	Sig. (bilateral)		0,000
Rho de Spearman	N	172	172
	Factores de riesgo	Coeficiente de correlación	0,616**
	Sig. (bilateral)	0,000	1,000
	N	172	172

**La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

Descripción del grado de relación entre variables:

Los resultados del análisis estadístico dan cuenta de la existencia de una relación $r: 0,616$ entre las variables: abandono del tratamiento y factores de riesgo. Este grado de correlación indica que la relación entre las variables es positiva y tiene un nivel de correlación moderada.

Decisión estadística:

La significancia de $p= 0,000$ muestra que p es menor a $0,05$ lo que permite señalar que la relación es significativa, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

Se concluye que: Existe relación directa entre los factores de riesgo y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

3.3.2 Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

H_0 : No existe relación directa entre el Factor paciente y el Abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

H_a : Existe relación directa entre el Factor paciente y el Abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

Regla de decisión:

- Nivel de significancia: $\alpha = 0,05 = 5\%$ de margen máximo de error.
- Regla de decisión: $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H_0
 $p < \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis alterna H_a

Prueba Estadística: Prueba de correlación de Spearman

Tabla 21

Coefficiente de correlación de Spearman de la variable Abandono del tratamiento y Factor biología humana

			Abandono	Factor biología humana
		Coefficiente de correlación	1,000	0,417**
	Abandono	Sig. (bilateral)		0,000
Rho de		N	172	172
Spearman	Factor	Coefficiente de correlación	0,417**	1,000
	biología	Sig. (bilateral)	0,000	
	humana	N	172	172

**la correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

Descripción del grado de relación entre variables:

Los resultados del análisis estadístico dan cuenta de la existencia de una relación $r: 0,417$ entre la variables: abandono del tratamiento y factor biología humana. Este grado de correlación indica que la relación entre las variables es positiva y tiene un nivel de correlación moderada.

Decisión estadística:

La significancia de $p= 0,000$ muestra que p es menor a $0,05$ lo que permite señalar que la relación es significativa, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

Se concluye que: Existe relación directa entre los factor biología humana y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

3.3.3 Hipótesis específica 2

H_0 : No existe relación directa entre los factores terapéuticos y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

Ha: Existe relación directa entre los factores terapéuticos y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

Regla de decisión:

- Nivel de significancia: $\alpha = 0,05 = 5\%$ de margen máximo de error.
- Regla de decisión: $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H_0
 $p < \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis alterna H_a

Prueba Estadística: Prueba de correlación de Spearman.

Tabla 22

Coeficiente de correlación de Spearman de las variables Abandono de tratamiento y Factor estilo de vida

			Abandono	Factor terapia
Rho de Spearman	Abandono	Coeficiente de correlación	1,000	0,447**
		Sig. (bilateral)		0,000
	Factor estilo de vida	N	172	172
		Coeficiente de correlación	0,447**	1,000
		Sig. (bilateral)	0,000	
		N	172	172

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Descripción del grado de relación entre variables:

Los resultados del análisis estadístico dan cuenta de la existencia de una relación $r: 0,447$ entre la variables: abandono del tratamiento y factor estilo de vida. Este grado de correlación indica que la relación entre las variables es positiva y tiene un nivel de correlación moderada.

Decisión estadística:

La significancia de $p= 0,000$ muestra que p es menor a $0,05$ lo que permite señalar que la relación es significativa, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

Se concluye que: Existe relación directa entre los factor estilo de vida y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

3.3.4 Hipótesis especifica 3

Ho: No existe relación directa entre los factores ambientales y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

Ha: Existe relación directa entre los factores ambientales y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

Regla de decisión:

- Nivel de significancia: $\alpha = 0,05 = 5\%$ de margen máximo de error.
- Regla de decisión: $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula Ho
 $p < \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis alterna Ha

Prueba Estadística: Prueba de correlación de Spearman.

Tabla 23

Coeficiente de correlación de Spearman de la variable Abandono del tratamiento y Factor ambiente

			Abandono	Factor ambiente
Rho de Spearman	Abandono	Coeficiente de correlación	1,000	0,617**
		Sig. (bilateral)		0,000
		N	172	172
	Factor ambiente	Coeficiente de correlación	0,617**	1,000
		Sig. (bilateral)	0,000	
		N	172	172

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Descripción del grado de relación entre variables:

Los resultados del análisis estadístico dan cuenta de la existencia de una relación $r: 0,617$ entre las variables: abandono del tratamiento y factor ambiente. Este grado de correlación indica que la relación entre las variables es positiva y tiene un nivel de correlación moderada.

Decisión estadística:

La significancia de $p= 0,000$ muestra que p es menor a $0,05$ lo que permite señalar que la relación es significativa, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

Se concluye que: Existe relación directa entre los factores del servicio de salud y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

3.3.5 Hipótesis Específica 4

H_0 : No existe relación directa entre los factores del servicio de salud y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

H_a : Existe relación directa entre los factores del servicio de salud y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

Regla de decisión:

- Nivel de significancia: $\alpha = 0,05 = 5\%$ de margen máximo de error.
- Regla de decisión: $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H_0
 $p < \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis alterna H_a

Prueba Estadística: Prueba de correlación de Spearman.

Tabla 24

Coeficiente de correlación de Spearman de la variable Abandono del tratamiento y Factor servicio de salud

		Abandono	Factor servicio de salud
Rho de Spearman	Abandono	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	0,433**
	Factor servicio de salud	N	172
		Coeficiente de correlación	0,433**
		Sig. (bilateral)	0,048
		N	172

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Descripción del grado de relación entre variables:

Los resultados del análisis estadístico dan cuenta de la existencia de una relación $r: 0,433$ entre las variables: abandono del tratamiento y factor servicio de salud. Este grado de correlación indica que la relación entre las variables es positiva y tiene un nivel de correlación moderada.

Decisión estadística:

La significancia de $p= 0,000$ muestra que p es menor a $0,05$ lo que permite señalar que la relación es significativa, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

Se concluye que: Existe relación directa entre el factor servicio de salud y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017.

IV. DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados establecidos, los cuales han sido corroborados y comparados con los resultados, conclusiones de los antecedentes y autores del marco teórico para tener una perspectiva directa de otros autores que desarrollaron en otros ámbitos.

Se comprueba que el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis fue 75% siendo mayor como pacientes contributivos. El incumplimiento del tratamiento fue 24% siendo el factor biología humana y el factor estilo de vida en porcentaje mayor en el grupo de quienes no cumplieron el tratamiento. El consumo de alcohol, el cigarro no tener información sobre el tema de la tuberculosis, el tiempo de duración del tratamiento y el miedo a ser señalado, fueron factores influyentes a la hora del incumplimiento del tratamiento.

Según planteado en el objetivo e hipótesis general se logró demostrar que los factores de riesgo y el abandono del tratamiento tiene una relación directa y significativa entre los pacientes de la Micro Red de salud Ganimedes (Rho Spearman 0.616), así mismo, una significancia menor de 0.05, por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula.

Los resultados de la investigación dan cuenta que un 75,6% de pacientes en retratamiento antituberculoso de la Micro Red de salud Ganimedes 2017 tiene un nivel bajo de factor de riesgo, seguido de un 5,8% de pacientes en retratamiento que tiene un nivel moderado de factor de riesgo. Esto significa que la gran mayoría de los pacientes no están propensos a los factores de riesgo (tabla 15). Al respecto, Cardona (2015) demostró la influencia negativa en los factores de riesgo en pacientes. El régimen al afiliarse a un sistema de salud y la tolerancia al medicamento son los factores que se determinó como factor relacionando con el cumplimiento al tratamiento, el peso social y la economía.

De otro lado, se demostró que el abandono del tratamiento y el factor biología humana tienen una relación directa y significativa entre los pacientes de la Micro Red de salud Ganimedes (Rho Spearman 0,417), así mismo una significancia menor de 0.05, por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, los datos que se muestran en la tabla de frecuencias dan cuenta

que el 72,7% de los pacientes de la mencionada institución de salud Micro Red de salud presenta un bajo nivel de factor biología humana; en tanto, 14,5% presenta un nivel medio. En tal sentido, hay un grupo menor de pacientes abandonadores que presentan un nivel medio en riesgo (tabla 16). En ese sentido, Dueñes (2016) en su investigación sobre los factores de riesgo relacionado con el cumplimiento al tratamiento en pacientes con tuberculosis tubo el propósito determinar la relación en el cumplimiento del tratamiento contra la tuberculosis y los factores sociodemográficos, económicos y clínicos, y los relaciono con medicamentos, en pacientes mayores de 18 años. Es un estudio descriptivo, en la cual describió el abandono del tratamiento y como esto se presenta en el factor biología humana. También concuerda con torres (2015) quien al describir el abandono y la forma en que se presenta en el factor biología humana, se evidencia la existencia de vicios, donde el paciente afectado es de un porcentaje alta en la población joven, consumidores de bebida alcohólica, cigarrillos y algún tipo de drogas afectando así su tratamiento antituberculoso.

Definitivamente se demostró que el abandono del tratamiento y el factor estilo de vida tienen una relación directa y significativa entre los pacientes de la Micro Red Ganimedes (Rho Spearman 0,447%) así mismo una significancia menor de 0,05, por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. De igual forma se determinó que la variable abandono del tratamiento alcanzo un nivel medio 22,1% a su vez la dimensión factor estilo de vida alcanzo un nivel medio con el 43,6%. De acuerdo con el resultado se llega a decir que el factor estilo de vida tiene una relación directa con el abandono del tratamiento, si bien el grupo medio que termino el tratamiento no genera alarma en el abandono del tratamiento también podemos decir que hay un grupo medio en menor porcentaje pero significativo que es una alerta de emergencia de morbilidad y mortalidad (tabla 17). En ese sentido plata (2015) en su investigación sobre el abandono del tratamiento y el factor estilo de vida, tuvo como propósito describir los factores estilo de vida asociados a la no adherencia en la terapia en los pacientes inscritos al programa de tuberculosis, también Dueñes (2016) quien al describir el abandono del tratamiento relacionado a una inadecuada estilo de vida y los efectos adversos cuyo control mejoraría el cumplimiento al tratamiento al cual daría una solución al problema social. Según Dueñes indica que el

abandono del tratamiento antituberculoso se asoció a factores relacionados con el estilo de vida (cantidad de medicamentos, malestar durante el tratamiento, el tiempo que dura el esquema) entre otros cuyo control mejoraría el cumplimiento. Así mismo, es prioritario facilitar el acceso al sistema sanitario y mejorar la información recibida sobre tuberculosis. En el mismo sentido Andagua (2015) Llego a la conclusión de que el abandono del tratamiento antituberculoso está asociado el tiempo de que dura el tratamiento antituberculoso de la misma forma de tener menos de seis años de educación y un score mayor a 22 puntos en la prueba de abandono de tratamiento antituberculoso. Este resultado fortalece la idea inicial del estudio y corrobora lo escrito en el resultado donde se alcanza metas sobre esfuerzo y trabajo en un grupo multidisciplinario que refleje el trabajo en detectar pacientes en riesgo de abandono del retratamiento, así disminuir el incumplimiento al tratamiento que es un alerta de emergencia de morbilidad y mortalidad.

Se demostró que el abandono del tratamiento y el factor ambiente tienen una relación directa y significativa entre los pacientes de la Micro Red Ganimedes (Rho Spearman 0,617%) así mismo una significancia menor de 0,05, por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. De igual forma se determinó que la variable abandono del tratamiento alcanzo un nivel bajo 23,3% a su vez la dimensión factor terapia alcanzo un nivel bajo con el 75,0% (tabla 18). De acuerdo al resultado de la investigación y de antecedente consignado se puede decir que el factor ambiente juega un papel muy importante en los momento de detectar riesgo ya que hay un porcentaje mayos de encuestados que no corren riesgo, pero no se puede decir lo mismo de los pacientes que si abandono el tratamiento que fue menor grupo de encuestados y tiene un porcentaje alarmante en el factor ambiente donde la familia y el entorno social juega un papel importante. Al respecto Arriola (2011) concluyo que los factores relacionados con el ambiente como es la asistencia continúan en alta significancia: el tiempo en culminar el tratamiento, los trabajos independientes y eventuales, al no tener apoyo familiar y no tener apoyo del entorno social influye al abandono del tratamiento de la tuberculosis . De otro lado Vargas (2012) llego a la concluir la importancia del apoyo familiar en los momentos de asistir al

tratamiento de la tuberculosis, el apoyo familiar y el entorno juegan un papel muy importante en estos momentos de la vida.

Finalmente se demostró que el abandono del tratamiento y el factor servicio de salud tienen una relación directa y significativa entre los pacientes de la Micro Red de salud Ganimedes (Rho Spearman 0,433 %) así mismo una significancia menor de 0,05, por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. De igual forma se determinó que la variable abandono del tratamiento alcanza un nivel bajo 14,0% a su vez la dimensión factor servicio de salud alcanza un nivel bajo con el 74,4% (tabla 19). De tal manera Navarro (2010) concluyó en su investigación factores de riesgo y abandono del tratamiento; se identificaron una alta incidencia de tuberculosos, en la mayoría de los casos de incidencia pulmonar, afectando en un porcentaje alta a la población joven, los antecedentes dentro de la familia del paciente con tuberculosis fueron un factor frecuente, las familias de los pacientes en la mayoría eran de 5 miembros, amas de casa, estudiante, obrero y en otros casos desocupados. Por otro lado Vargas(2012) señala que la relación del paciente con el personal de salud y la relación paciente médico tratante juega un papel muy importante en la hora de seguir el tratamiento ya que ellos son las primeras personas que día a día se encuentran y tienen que tener una relación paciente personal de salud.

Como refuerzo teórico resulta interesante la definición de Villar (2011), que manifiesta que la variable factores están asociadas con la probabilidad de desarrollar una enfermedad, pero no son suficiente para provocarlas, en un determinado momento de la vida se producen alteraciones orgánicas que llegan a producir un estímulo que conllevan a la enfermedad o entra al organismo en contacto con una causa que es suficiente para que se produzca la enfermedad (p.238).para este autor el factor de riesgo está asociado con la probabilidad de desencadenar alguna enfermedad, el aumento de la enfermedad, el aumento de la enfermedad se tendría que producir por un estímulo desencadenante además los diversos factores casuales no tendrían el mismo peso relativo.

De acuerdo al resultado Molina (2012) explica sobre el abandono del tratamiento de la tuberculosis; los pacientes que no asisten a su tratamiento

antituberculoso, en un periodo de 1 mes o más sin que realice una prescripción médica o paciente que se perdió mucho antes que consuma su tratamiento. El autor hace mención al interrupimiento del tratamiento, en una de las formas de ser abandono del tratamiento, estos pacientes cuando son recuperados ingresan a un esquema de retratamiento dependiendo del grado de resistencia, de acuerdo al resultado de la investigación y del antecedente consignado hay coincidencia de naturaleza teórica y de resultados, ya que se evidencia la presencia de riesgo en los pacientes que abandonaron el tratamiento y un menor riesgo en los pacientes que culminaron su tratamiento satisfactoriamente

V. CONCLUSIONES

Conclusiones

- Primera** Con un nivel de significancia de 0,05 y un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$) y una Rho de Spearman de 0,616, se concluye que existe una relación significativa entre los factores de riesgo y abandono del tratamiento, con el cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna
- Segunda:** Con un nivel de significancia de 0,05 y un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$) y una Rho de Spearman de 0,417 se concluye que existe una relación significativa entre el abandono del tratamiento y factor biología humana, con la cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.
- Tercera:** Con un nivel de significancia de 0,05 y un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$) y una Rho de Spearman de 0,447 se concluye que existe una relación significativa entre el abandono del tratamiento y factor estilo de vida, con la cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.
- Cuarta:** Con un nivel de significancia de 0,05 y un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$) y una Rho de Spearman de 0,617 se concluye que existe una relación significativa entre el abandono del tratamiento y factor ambiente, con la cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.
- Quinta** Con un nivel de significancia de 0,05 y un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$) y una Rho de Spearman de 0,433 se concluye que existe una relación significativa entre el abandono del tratamiento y factor servicio de salud, con la cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

VI. RECOMENDACIONES

Recomendaciones

- Primera:** Proponer dé considerado pertinente al director de la Microrred de San Juan de Lurigancho, auspicie el desarrollo de normas y estrategias para disminuir el abandono del tratamiento antituberculoso en un porcentaje menor sobre todo en los riesgos de una infección resistente, morbilidad y mortalidad por la causa del abandono del retratamiento.
- Segunda:** Que el especialista del programa de control de tuberculosis de la unidad de gestión de salud de la red de san juan de Lurigancho promueva el desarrollo de seminario taller a nivel de personal de salud de la especialidad en el programa control de tuberculosis para su capacitación sobre orientación al paciente para disminuir la sensación de falta de eficacia del tratamiento cuando se encuentren en tratamiento.
- Tercero:** El éxito en la administración de los fármacos terapia dependerá del personal encargado del tratamiento, se sugiere al personal de salud a realizar charlas educativas sobre la enfermedad y las consecuencias del abandono del retratamiento
- Cuarto:** Se sugiere que los centros de salud deberían de contar con un equipo de trabajo locales multidisciplinario para el seguimiento al no abandono del tratamiento, además incorpora a la familia al equipo multidisciplinario con el fin de recuperar a la persona afectada de tuberculosis.
- Quinto:** Se sugiere capacitar al personal de salud encargados del tratamiento en seminarios de relaciones humanas, para manejo de pacientes en retratamiento, esto permitiría dar por percibir una eficiencia de calidad en los establecimientos de salud.

VII. REFERENCIAS BIOGRAFICAS

Referencias

- Análisis de situación de salud: *La tuberculosis*. (Mayo, 2013). Ministerio de salud.
Recuperado de www.limaeste.gob.pe
- Anduaga, A. Maticoren y Zevallos E. (2016). Perú. *Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria*. Acta Med Peru
- Arizábal, G. & Blanco, M (2011) *El modelo de promoción de salud de nola pender*.
Recuperado de www.readly.org/pdf/3587/3587
- Ayeste, f. & Galán, M (2003) *El consumo de tabaco como problema de salud*.
Recuperado de www.asturias.es/astursalud/imagen/consumo-tabaco
- Bernal, R (2009). *Metodología de la investigación*. México: Pearson educación
- Caldas, R (2014). *Manual de visita domiciliaria mirando y acompañando con cuidado y efecto*. Recuperado de www.mimp.gob.pe/proyecto_aprendiendo_ayudando
- Culqui, D. (2012). *Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento*.
Perú: Rev. Panamericana de salud.
- Crispín, V., Rumiche, J, y., Roque, M.,(2010). *Factores asociados a la incidencia de tuberculosis en el centro de salud urbano marginal de lima (1999 - 2008)*. Rev. Ciencia de la investigacion.13. (1) 23- 29.
- Cotillo, P (2004). *Atención farmacéutica*. Primera edición. Peru: UNMS
- Curasma, s (2008) *nivel de conocimiento sobre la tuberculosis multidrogoresistente* (tesis maestro).U.N.M.S

Dalens, E (2012). *factores de riesgo que influyen en el abandono del tratamiento en paciente con tuberculosis*. Rev. Panamericana de salud.

Dueñes, M y Cardona, D (2016) *Factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis*. Rev. Artículo original.

Eggerg, Y, y Bimms (2017) *medicina del estilo de vida*. (3ra edición) Barcelona.

El peruano. (2014). *Definición de la tuberculosis*. Perú. Diario el peruano.

Ministerio de salud (2013). *Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis*. Lima, Ministerio de Salud.

Fernández, f. & Alonso, P. *Guía práctica clínica sobre el diagnóstico y el tratamiento y la prevención de la tuberculosis*. Recuperado de www.guiasalud.es/GPC/GPC-473-tuberculosis

Fica, A. & Cifuentes, M (2008) *Tuberculosis en el personal de salud*. rev. chil infect, 10 (3),1-13. Recuperado de: repositorio.uchile.cl/bitstream/handle.

Frieden .T (2004). *Tuberculosis*. (Segunda edición) Washington: OMS.

Hernández, S., Fernández, C. y baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta ed.). México: McGraw-Hill

Instituto Nacional Estadística e Informática. (2015). *Determinante de riesgo*. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/httpwwwineigobpemediamenurecur sivopu blicaciones_digitalesestlib1151indexhtml-7561/.

Laespada, T. Iraurgi, L (2009) *factores de riesgo y de protección frente al consumo de droga*. Universidad de Deustro.

Lip, Rocabado (2005). *Determinantes sociales de la salud en Perú*. Lima: Ministerio de salud.

- Ministerio de salud (2010). *Prevalencia y riesgo anual de infección por tuberculosis*. Lima, Callao.
- Navarro, C., Rueda, J y Mendoza, J (2013). *Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en paciente con tuberculosis* (vol.10).n°1
- Minsa (2013) *norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis*. (vol1) minsa/ DGSP
- Organización mundial de la salud. (2017). *Factores de riesgo*. Recuperado de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Organismo mundial de la salud. (2017). *Departamento de salud pública* recuperado de [http://www.who.int/phe/about_us/es/..](http://www.who.int/phe/about_us/es/)
- Plata, LI. (2015). *Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis. Colombia*. Rev. Científica.
- Peyrefitte, G (2005) *principio básico de la biología humana* (1era edición) España.
- Prado, L. & Gonzales, M (2014) *La teoría déficit de autocuidado: dorothea oren punto de partida para calidad de atención*. Recuperado de: scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/
- Quevedo, L Y Sánchez, R (2015) *Relación de soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar*.
 Artículo original. 10(2),110–121. Recuperadode:<http://www.invest.org/pss/12753>
- Thomas, R (2006) *tuberculosis, detección de casos, tratamiento y vigilancia, preguntas y respuestas* (2da edición) Organización panamericana de la salud.

Torres, z y herrera, t (2015) *perfil de paciente con tuberculosis que abandonan el tratamiento*.rev.chil.enf.31:52-57.

Pons y Berjano (2009) *el consumo abusivo de alcohol en adolescentes*. Recuperado de www.cedro.sld.cu/bibli/a/a4.pdf

Risco, E (2016) *Niveles de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar asociado al abandono del tratamiento* (tesis de grado) universidad Antenor Orrego

Sánchez, H. y Reyes, C. (1998). *Metodología y diseño en la investigación científica*. Lima, Perú: visión universitaria

Sánchez, H (2007) *consumo de drogas legales e ilegales*. Recuperado de www.binasss.sa.cr/adolescencia/todas/consumo&20.

Soto, I. (2015).*la tesis de maestría y doctorado en 4 pasos*. (2da ed.)Lima, Perú.

Vargas, w. (2012) *factores de riesgos asociados al tratamiento antituberculoso en paciente en retratamiento*. (Tesis de maestro) Lima: San Marcos.

Villar, M. (2011). *Factores determinantes de la salud* .Peru. Acta Med Per. Artículo de opinión.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Título: “Factores de riesgo y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro red Ganimedes, lima este, 2017”

Autor: Br. Jorge Aniceto, Rivera Chuchon.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Nivel y Rango
<p>Problema general ¿Qué relación existe entre los factores de riesgos y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Microrred Ganimedes, 2017?</p> <p>Problemas específicos ¿Qué relación existe entre el factor biología humana y el abandono del tratamiento antituberculoso en los pacientes en retratamiento de la Micro Red Ganimedes del distrito de san juan de Lurigancho, 2017?</p> <p>¿Qué relación existe entre los factor estilo de vida y el abandono del tratamiento antituberculosos en pacientes en retratamiento de la Micro Red Red Ganimedes del distrito San Juan de Lurigancho, 2017?</p> <p>¿Qué relación existe entre los factores ambientales y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento de la Micro Red Ganimedes del distrito San Juan de Lurigancho, 2017?</p>	<p>Objetivo generales. Determinar la relación que existe entre los factores de riesgos y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento de la Microrred Ganimedes del distrito de san juan de Lurigancho, 2017.</p> <p>Objetivos específico Determinar la relación que existe entre el factor biología humana y el abandono del tratamiento antituberculoso en los pacientes en retratamiento de la Micro Red Ganimedes del distrito de san juan de Lurigancho, 2017.</p> <p>Determinar la relación que existe entre los factor estilo de vida y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento de la Micro Red Ganimedes del distrito de san juan de Lurigancho, 2017.</p> <p>Determinar la relación que existe entre los factores ambientales y el abandono del tratamiento</p>	<p>Hipótesis generales. Existe relación directa entre los factores de riesgo y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento de la Microrred Ganimedes del distrito de san juan de Lurigancho, 2017.</p> <p>Hipótesis específicas Existe relación directa entre el factor biología humana y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento de la Micro Red Ganimedes del distrito de san juan de Lurigancho 2017.</p> <p>Existe relación directa entre los factores estilo de vida y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento de la Micro Red Ganimedes del distrito de san juan de Lurigancho, 2017.</p> <p>Existe relación directa entre los factores ambientales y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento de la Micro Red Ganimedes del distrito</p>	Variable 1: FACTORES DE RIESGO				
			Factores biología humana	Alcohol Cigarro Droga Enfermedad Mejoría Temor	1 y 2 3 4 5 y 6 7 y 13 8	No (0) Si (1)	Alta [7 ; 8] Media [4 ; 6] Baja [0 ; 3]
			Factor estilo de vida	Duración Pastillas Molestias Familia Trabajo Centro de salud	9 10,14,15 y 16 11 y 12 17, 19 y 24 18 y 23 22	No (0) Si (1)	Alta [7 ;8] Media [4 ; 6] Baja [0 ; 3]
			Factor medio ambiente	Centro de rehabilitación Adecuado para su salud	20 y 21 29	No (0) Si (1)	Alta [7 ; 8] Media [4 ; 6] Baja [0 ; 3]
		Factor centro de salud	Adecuada relación Visita domiciliaria Charla educativa	25 , 26, 27 y 28 30 y 31 32	No (0) Si (1)	Alta [7 ; 8] Media [4 ; 6] Baja [0 ; 3]	
					No (0) Si (1)	Alta [7 ; 8] Media [4 ; 6] Baja [0 ; 3]	

Variable 2: Abandono del tratamiento					
Variable	dimensión	indicador	Escala y valores		
¿Qué relación existe entre los factores servicio de salud y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento de la Microrred Red Ganimedes del distrito San Juan de Lurigancho, 2017	antituberculoso en pacientes en retratamiento de la Microrred Red Ganimedes del distrito san juan de Lurigancho 2017. Determinar la relación que existe entre los factores servicio de salud y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento de la Microrred Red Ganimedes del distrito san juan de Lurigancho 2017.	de san juan de Lurigancho, 2017. Existe relación directa entre los factores servicio de salud y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento de la Microrred Ganimedes del distrito de san juan de Lurigancho, 2017	Abandono del tratamiento	Paciente que inicia tratamiento y lo descontinua	Descontinuar por 30 días consecutivos Si (1) No (0)

METODOLOGÍA

Tipo de investigación: Aplicada

Diseño: No experimental de corte transversal

Método: hipotético deductivo.

Nivel: correlacional.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: La población estará constituida por los pacientes que están registrado en el libro de registro de pacientes en esquema retratamiento.

Muestra: la muestra fue no probabilístico y se utilizó el muestreo por conveniencia, en este tipo de muestreo se busca seleccionar según los criterios de inclusión.

TECNICA Y INSTRUMENTO

Variable 1: factores de riesgo.

Técnica: encuesta.

Instrumento: cuestionario

Autor: Wilfredo Vargas Onofre.

Año: 2012.

Modificado: Jorge Aniceto Rivera Chuchon

Variable 2: abandono del tratamiento antituberculoso

Técnica: observacional

Instrumento : libro de registro de paciente en esquema retratamiento – (guía de cotejo)

Autor: MINSA.

ESTADÍSTICA A UTILIZAR

Descriptiva:

Presentación de tablas de frecuencias y gráficos de las variables y dimensiones, expresados en niveles.

Inferencial:

Aplicación del estadístico de correlación Rho Spearman para establecer la contrastación

NTS N° - MINSADGSP V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS

INSTRUCTIVO ANEXO N° 5: LIBRO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES QUE RECIBEN MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA

El presente Libro de registro y seguimiento de personas afectadas con tuberculosis que inician esquema con medicamentos de SEGUNDALÍNEA es un instrumento de información oficial de la ESN PCT que debe ser adecuadamente conservado (forrado con material transparente). Este libro de registro es fuente para la elaboración del informe operacional y estudios de cohorte.

ESTABLECIMIENTO: Anotar el nombre del Puesto de Salud, Centro de Salud, Hospital u otra institución.

Anotar el nombre de la dirección de salud, red, microrred, distrito, provincia y región donde se ubica el EESS.

COORDINADOR DE ES-PCT: Anotar el nombre del personal responsable de la ES PCT en el EESS.

N° DE CASO: Anotar los números en forma correlativa de acuerdo al ingreso de los casos de TB para iniciar tratamiento. Empezar con el N° 1 el primer día útil del mes de enero y terminar el 31 de diciembre.

HISTORIA CLÍNICA: Anotar el N° de Historia Clínica de la PATB en el EESS.

TIPO DE SEGURO: En el recuadro anotar el tipo de seguro con que cuenta el paciente: SIS; ESSALUD, Privado, etc.

LUGAR DE RESIDENCIA: Anotar el nombre de la provincia y distrito donde vive actualmente.

IDENTIFICACION NOMINAL: Escribir el número de DNI y según el mismo, los apellidos y nombres

EDAD Y SEXO: Anotar la edad en años en el casillero correspondiente, de acuerdo al sexo (M) o (F).

LOCALIZACIÓN DE LA TB: Marcar Con un aspa (X) solo en uno de los casilleros TB PULMONAR O EXTRAPULMONAR. En casos de afección pulmonar y extrapulmonar o mixta, reportarlo como localización pulmonar.

CONDICIÓN DE INGRESO: Marcar X en un solo casillero de acuerdo a las definiciones operativas: Nuevo, recaída a primera línea, recaída a retratamiento (esquemas con medicamentos de segunda línea), abandono, fracaso a primera línea, fracaso a retratamiento (esquemas con medicamentos de segunda línea), y otros no especificados.

TRANSFERENCIA RECIBIDA: Marcar con X cuando el paciente ha sido transferido de otro EESS. Este caso no se notifica en el informe operacional, porque ya fue notificado por el EESS de origen.

PRUEBA DE SENSIBILIDAD A MEDICAMENTOS (PSM): Anotar la fecha de obtención de muestra, fecha de resultado, método de la PSM y el resultado a medicamentos de. Existen dos filas para anotar dos pruebas de sensibilidad por cada paciente. Colocar R: resistente, S: sensible y C: contaminado

TIPO DE TB RESISTENTE: Anotar TB MDR (resistente a isoniazida y rifampicina) TB XDR (MDR más resistencia a una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea) u otra TB DR (drogo-resistente: mono o poli-resistente que no cumplen criterio de TB MDR)

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO:

Esquema inicial: Anotar la denominación, el esquema en siglas, la fecha de aprobación por el médico consultor o CRER y la fecha de inicio de tratamiento.

Modificación del esquema: Anotar los mismos datos si se produce modificación del esquema inicial.

TRATAMIENTO EN SIGLAS: Escribir el esquema iniciado según siglas: H, R, E, Z, S, Lfx, Mfx, Km, Am, Cm, Eto, Cs, PAS, Amx/cl, Cfz, etc.

BACTERIOLOGIA DE CONTROL MENSUAL: Anotar el mes, año y el resultado del frotis y del cultivo mensual. Los resultados positivos anotar con lapicero rojo.

RAM: Anotar si se presentó reacción adversa y el grado: leve, moderada o severa, registrando la letra inicial de la palabra: L-M-S

CO-INFECCION TB-VIH: Anotar si al momento de diagnóstico de TB tienen antecedente de VIH, si se hizo la prueba de tamizaje (fecha de ELISA o prueba rápida y resultado) y, en casos de TB-VIH, fecha de inicio de terapia preventiva con cotrimoxazol (TPC) y de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA).

DIABETES MELLITUS: Anotar si hay antecedente de DM previo, si se hizo glicemia en ayunas y si se diagnosticó DM posterior a TB.

OTRAS COMORBILIDADES: Anotar si al momento de diagnóstico de TB tiene antecedente de otras comorbilidades: insuficiencia renal, asma EPOC, alcoholismo, drogadicción, etc.

GESTACION: Anotar si al momento o durante el tratamiento la paciente está gestando

CONDICIÓN DE EGRESO: Deberá anotarse la fecha en el casillero respectivo cuando el paciente es dado de alta. Usar las definiciones operativas correspondientes.

OBSERVACIONES: Anotar datos importantes que ayuden al seguimiento del caso de TB y que no estén consignados en el formato: pertenencia étnica, hospitalización, transferencias indicar a que establecimiento se envió al paciente y otros que considere importante.



MINISTERIO DE SALUD
D.G.



Anexo 3. Cuestionario

El presente cuestionario tiene como objetivo Determinar la relación que existe entre los factores de riesgos y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento de la Microrred Ganimedes del distrito de san juan de Lurigancho, 2017. Esta encuesta es completamente confidencial

Instrucciones: Puede escribir o marcar con una (x) la alternativa que Ud. crea conveniente.

Edad:..... Sexo: Grado de instrucción:Estado civil.....

Las preguntas del cuestionario están orientadas al paciente momento que se encontraban en tratamiento.

Dimensión: Factor biología humana

1. ¿Consumió alguna bebida alcohólica (cerveza, ron, vodka, cañazo, vino, otros)?
Si..... No.....
2. ¿consumió la bebida alcohólica al menos una vez por semana?
Si..... No.....
3. ¿Consumió usted, cigarrillo?
Si..... No.....
4. ¿Consumió algún tipo de droga (PBC, cocaína, marihuana, éxtasis, otros)?
Si..... No.....
5. ¿Tenía usted, algún conocimiento de la enfermedad de la tuberculosis?
Si..... No.....
6. ¿Presento alguna enfermedad relacionada a la tuberculosis, como: hipertensión, diabetes, anemia, VIH-sida, otros?
Si..... No.....
7. ¿Durante el tratamiento, usted sintió mejoría en su estado de salud?
Si..... No.....

8. ¿Presento usted temor de ser señalado y rechazado al presentar la enfermedad de la tuberculosis?
Si..... No.....

Dimensión: Factor estilo de vida

9. ¿Considero que la duración del tratamiento es muy extensa?
Si..... No.....
10. ¿Considero usted que consumía demasiadas pastillas durante el tratamiento?
Si..... No.....
11. ¿Presento alguna molestia o incomodidad cuando le aplicaban las inyecciones?
Si..... No.....
12. ¿Dejo el tratamiento por estas molestias?
Si..... No.....
13. ¿Abandono el tratamiento porque se sentía recuperado?
Si..... No.....
14. ¿Sabía cuántas pastillas debería de tomar al día?
Si..... No.....

15. ¿Presento reacciones adversas (vomito, nauseas, picazón de piel, dolor muscular, otros) cuando consumía las pastillas?

Si..... No.....

16. ¿Dejo de tomar el tratamiento por estas molestias?

Si..... No.....

Dimension: Factor ambientales

17. ¿Tenía apoyo emocional de la familia cuando presento la enfermedad?

Si..... No.....

18. ¿Tenía apoyo en su trabajo, estudio o actividad en que se desempeñó, para acceder a los horarios del tratamiento?

Si..... No.....

19. ¿Tenía apoyo emocional en sus amigos o vecinos cuando presento la enfermedad?

Si..... No.....

20. ¿Participo en algún centro de rehabilitación?

Si..... No.....

21. ¿Si la respuesta es sí. Recibió apoyo emocional del centro de rehabilitación al presentar la enfermedad?

Si..... No.....

22. ¿Tenía apoyo emocional en el centro de salud (asesoría en psicología) cuando presento la enfermedad?

Si..... No.....

23. ¿Usted en algún momento se sentía discriminado por tener la enfermedad de la tuberculosis, en el trabajo o actividad que desempeño?

Si..... No.....

24. ¿usted cree que es importante el apoyo familiar durante el tratamiento?

Si..... No.....

Dimensión: Factores centro de salud

25. ¿Tenía una adecuada relación con la técnica de enfermería del programa de control de tuberculosis?

Si..... No.....

26. ¿Tenía una adecuada relación con la licenciada de enfermería del programa de control de tuberculosis?

Si..... No.....

27. ¿Tenía adecuada relación con el medico del programa de control de tuberculosis?

Si..... No.....

28. ¿considero que el programa de control de tuberculosis fue adecuado para su recuperación?

Si..... No.....

29. ¿Considero adecuado el horario del programa de control de tuberculosis?

Si..... No.....

30. ¿Recibió visita domiciliaria de parte del personal de salud para verificar su domicilio?

Si..... No.....

31. ¿cuándo abandono el tratamiento recibió visita domiciliaria de parte del personal de salud?

Si..... No.....

32. ¿Recibió charlas educativas sobre la tuberculosis en el centro de salud?

Sí..... No

Anexo 4. Consentimiento informado

Estudio de factores de riesgo y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, distrito San Juan de Lurigancho 2017.

Investigador

Bach. Rivera Chuchon, Jorge Aniceto.

Declaración del Investigador.

A través del presente documento se está solicitando su participación como voluntario(a) en un estudio de investigación. Por favor lea este formato cuidadosamente. Le recordamos que usted tiene el libre derecho de preguntar acerca de probables riesgos o algún beneficio que esta investigación produzca en usted y acerca de cualquier aspecto de la investigación que no le parezca claro. Cuando todas sus dudas hayan sido aclaradas, usted tiene el derecho de aceptar o no participar de este estudio.

Propósitos y beneficios.

El propósito de este estudio es determinar qué factores relacionados con el paciente, tratamiento, servicios de salud, medio ambiente, están asociados al Abandono de tratamiento en el programa de control de Tuberculosis (Hay palabras muy técnicas) El beneficio para toda la población es que se identifican factores que se asocian al abandono y se buscará posteriormente controlar estos factores para evitar el abandono.

Procedimientos.

Si acepta participar de este estudio recibirá un cuestionario el cual será llenado por un entrevistador capacitado, el cuestionario incluye preguntas acerca de los factores de riesgo que influyen al abandono del tratamiento.

No se realizarán otros estudios adicionales a los mencionados en este consentimiento informado.

Se calcula que la entrevista debe durar un promedio de 30 minutos.

Riesgos y molestias.

En el caso que usted considere que hay preguntas que invaden su privacidad puede rehusarse a contestarlas.

Información adicional.

Usted es libre de rehusarse a responder cualquier pregunta y a solicitar información en cualquier momento durante el estudio, y tiene el derecho de recibir respuestas que lo ayuden a entender sus inquietudes. Si tiene alguna pregunta respecto al estudio puede preguntar en este momento o llamar a la persona identificada como contacto.

Confidencialidad.

Toda la información recogida en este estudio será manejada con absoluta confidencialidad. Los cuestionarios serán identificados solamente con un código, y su nombre. Solo los investigadores tendrán acceso a los datos de esta investigación, la información será conservada hasta que los reportes del estudio sean publicados, y por un máximo de tres años. No se revelará su nombre en ningún informe o publicación resultante de este estudio.

Retiro del estudio.

Dejamos constancia que su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede rehusarse a participar o puede retirarse del estudio en cualquier momento que lo desee sin ninguna consecuencia para usted o pérdida de beneficio y sin afectar su cuidado médico y tratamiento.

-----	-----	-----
Nombre del entrevistado	Firma del entrevistado	Fecha
-----	-----	-----
Nombre del investigador	Firma del entrevistado	Fecha

Anexo 5. Validez de contenido a través del juicio de expertos

31	¿Cuándo abandono el tratamiento, recibí visita domiciliaria de parte del personal de salud?	✓	✓	✓		
32	¿Recibí charlas educativas sobre la tuberculosis en el centro de salud?	✓	✓	✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI HAY SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Dr/Mg: Manuel Espinoza Cruz DNI: 07272718

Especialidad del validador: Gestión y Metodología

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

11 de 3 del 2017

Manuel Espinoza Cruz

Firma del Experto Informante.

Dr 07272718

Activar Windows
 Para Configuración de PC para activar

28	¿Considero que el programa de control de tuberculosis fue adecuado para su recuperación?	✓	✓	✓		
29	¿Considero adecuado el horario del programa de control de tuberculosis?	✓	✓	✓		
30	¿Recibió visita domiciliaria de parte del personal de salud para verificar su domicilio?	✓	✓	✓		
31	¿Cuándo abandonó el tratamiento, recibió visita domiciliaria de parte del personal de salud?	✓	✓	✓		
32	¿Recibió charlas educativas sobre la tuberculosis en el centro de salud?	✓	✓	✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Alexander Nunez Rodríguez DNI: 62664145

Especialidad del validador: Química Pública / Centro de Atención de Salud

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

10 de Mar del 2017



 Firma del Experto Informante.

27	¿Tenía adecuada relación con el médico del programa de control de tuberculosis?	X		X		X	
28	¿Considero que el programa de control de tuberculosis fue adecuado para su recuperación?	X		X		X	
29	¿Considero adecuado el horario del programa de control de tuberculosis?	X		X		X	
30	¿Recibió visita domiciliaria de parte del personal de salud para verificar su domicilio?	X		X		X	
31	¿Cuándo abandono el tratamiento, recibió visita domiciliaria de parte del personal de salud?	X		X		X	
32	¿Recibió charlas educativas sobre la tuberculosis en el centro de salud?	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay Suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

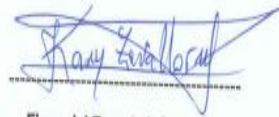
Apellidos y nombres del juez validador, Dr/ Mg: Zavilla Delgado Karen DNI: 10682519

Especialidad del validador: Metodóloga

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

25 de 02 del 2017



Firma del Experto Informante.

Anexo 6. Constancia emitida por institución que acredita la realización del estudio



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Lima, 05 de julio de 2017

Carta P. 447 – 2017 EPG – UCV LE

Señor(a)

Guillermo Luis la Rosa

Red de San Juan De Lurigancho

Atención:

Director de la Red de San Juan de Lurigancho

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para presentar a **JORGE ANICETO RIVERA CHUCHON** identificado(a) con DNI N.° **10676388** y código de matrícula N.° **7001010890**; estudiante del Programa de **Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud** quien se encuentra desarrollando el Trabajo de Investigación (Tesis):

"Factores de riesgo y abandono de de tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento en la Microrred Ganimedes 2017"

En ese sentido, solicito a su digna persona facilitar el acceso de nuestro(a) estudiante a su Institución a fin de que pueda desarrollar su investigación.

Con este motivo, le saluda atentamente,



Dr. Raúl Delgado Aronas
 Rector de la Escuela de Posgrado – Campus Lima Este

JPM/7

UCV.EDU.PE



CONSTANCIA

El Presidente del Comité Institucional de Ética (CIE) con registro CEI-148 del Hospital San Juan de Lurigancho hace constar que el Comité de Ética Institucional APROBÓ el proyecto de investigación señalado a continuación.

Título del Proyecto: "FACTORES DE RIESGO Y ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES EN RETRATAMIENTO DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2017"

Investigador Principal : BACH. JORGE RIVERA CHUCHÓN

La aprobación corresponde a los siguientes documentos:

1. Proyecto de Investigación
2. Consentimiento Informado

San Juan de Lurigancho, 04 de Julio del 2017.

Élc. FLOR BLAS BERGARA

Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación
Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital San Juan De Lurigancho

Anexo 7. Matriz de datos

Variable Factores De Riesgo

id	S	E	Factor paciente								Factor Terapia								Factor Ambiente								Factor servicio de salud												
			1	2	3	4	i5	6	i7	8	9	10	11	12	13	i14	i15	16	i17	i18	i19	i20	i21	i22	i23	i24	i25	i26	i27	i28	i29	i30	i31	i32					
1	M	24	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0			
2	F	24	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0			
3	M	19	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1			
4	M	77	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0				
5	M	24	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0			
6	F	20	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0			
7	F	30	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0				
8	M	78	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
9	F	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0				
10	M	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
11	M	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0				
12	M	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0			
13	M	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		
14	M	18	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
15	M	66	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1			
16	M	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		
17	M	20	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0		
18	F	32	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1			
19	M	16	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0			
20	M	22	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0			
21	F	22	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0			
22	F	28	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0			
23	M	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
24	M	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0		
25	M	26	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
26	F	26	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0			
27	M	31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		
28	M	42	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		
29	M	37	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
30	M	18	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1		
31	M	19	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		
32	M	27	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	
33	M	72	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1		
34	M	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0		
35	F	17	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0		
36	M	19	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0		
37	F	41	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		
38	F	21	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
39	F	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0		
40	M	26	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
41	F	20	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
42	M	48	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
43	F	25	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
44	F	43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
45	F	22	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
46	M	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
47	M	18	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
48	F	24	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	
49	M	31	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
50	F	20	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
51	M	28	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
52	M	27																																					

Anexo 8. Resultados prueba piloto.

ODIG	1	2	3	4	i-5	6	i-7	8	T	1	2	3	4	5	i-6	7	8	T	i-1	i-1	i-1	i-1	i-1	i-1	i-1	i-1	T	i-1	i-2	i-3	i-4	i-5	i-6	i-7	i-8	T			
1	1	1	0	0	0	1	1	0	4	1	1	1	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2		
2	0	0	0	1	0	0	0	1	2	1	1	1	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
3	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
4	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	1	0	0	0	1	0	4	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0	2			
5	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
6	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
7	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1		
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
9	1	1	0	0	0	0	1	1	4	1	1	0	0	0	1	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	3		
10	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
11	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
12	0	0	0	1	0	1	0	1	3	1	1	1	0	0	1	1	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2			
13	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	4	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
15	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
17	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
18	1	1	0	0	0	0	1	1	4	1	1	1	0	0	1	1	0	5	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3		
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
21	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1	1	1	0	0	0	1	0	4	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	1	0	0	0	1	0	4	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	1	0	0	0	0	4	0	0
25	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
28	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
29	1	0	1	0	0	1	1	0	4	1	1	1	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
30	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	1	0	0	0	1	0	4	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0

Anexo 9. Artículo científico

Factores de riesgo y abandono del tratamiento antituberculoso en la Microrred Ganimedes, 2017

Autor: Br. Jorge Aniceto Rivera Chuchon, email: jorge2rayosx@gmail.com
Alumno de posgrado de la universidad cesar vallejo

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo Determinar la relación que existe entre los factores de riesgos y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, Micro Red Ganimedes, Lima- Este, 2017. La investigación se realizó dentro del enfoque cuantitativo, de tipo aplicada de nivel correlacional y diseño no experimental de corte transversal. La técnica empleada para recaudar información fue la encuesta, cuyo instrumento fue el cuestionario. La población lo constituyó de acuerdo a la guía de cotejo

(Libro de registro y seguimiento en pacientes esquema retratamiento) 393 pacientes ingresaron en el periodo 2013 al 2017 de los cuales la muestra final fue de 172 que están dividido de la siguiente manera 43 pacientes que no terminaron el retratamiento que son el grupo casos y 129 pacientes que terminaron el retratamiento con condición de curados (grupo control). Concluyendo que el factor de riesgo y el abandono del tratamiento tiene una relación directa y significativa entre los pacientes de la micro red Ganimedes, (Rho Spearman 0. 669).

Palabra clave: Factor de riesgo, abandono del tratamiento, tuberculosis

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between risk factors and the abandonment of antituberculosis treatment in retreatment patients from Micro Red Ganimedes in the San Juan de Lurigancho district, 2017.

The research was carried out within the Hypothesis deductive method, Basic type and correlation level, being non-experimental design in the health centers that make up the Ganymede Microrred, period 2013 - 2017. According to the Book of registration and follow-up of patients with retreatment scheme, 393 patients entered in the period from 2013 to 2017 of which the final sample was 172 which are divided as follows 43 patients who did not finish the retreat who are the group cases and 129 patients who finished the retreat with condition of cured control group). The technique used to obtain the information was the survey, the instrument being the questionnaire. The reliability of the variable risk factors presents a Kuder Richardson - KR 20 of 0.953.

Concluding that the risk factor and treatment abandonment is directly and significantly related (Rho Spearman 0,616), likewise a significance lower than 0.05, thus accepting the hypothesis of study and rejection of the null. It was found that compliance with treatment in patients with tuberculosis was 75% higher in the contributory patients. The treatment failure was 24%, being the patient factor and the therapy factor a higher percentage in the group of patients who did not comply with the treatment. Consumption of alcohol, cigar smoking, lack of information on the subject of tuberculosis, duration of treatment and fear of being mentioned were influential factors at the time of treatment failure.

Key word: risk factor, abandonment of treatment

INTRODUCCIÓN

El factor de riesgo, así como el abandono del tratamiento ha sido fuente de investigación en diversos ámbitos, si bien es cierto, la literatura y estado de arte no es muy extensa, se ha podido determinar estudios que respaldan el estudio, destacando la investigación de Dueñes (2016) quien investigo sobre los Factores asociado con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis, concluyendo que el régimen de afiliación al sistema de salud y la tolerancia a los medicamentos fueron los factores objetivos relacionados con el cumplimiento del tratamiento y la carga social y económica de la enfermedad, el factor subjetivo. Así mismo torres (2015) en su estudio sobre el perfil del paciente con tuberculosis

que abandona el tratamiento en Chile. Los hallazgos refuerzan la importancia de aplicar el “score de riesgo de abandono” en los pacientes que ingresan a tratamiento para establecer estrategias que permitan prevenirlo.

Conjuntamente a los antecedentes citados se han explorado diversas fuentes y teorías que dieron el fundamentó conceptual al estudio, destacando la definición de factor de riesgo propuesto por villar (2011) quien afirma que los factores están asociadas con la probabilidad de desarrollar una enfermedad, pero no son suficiente para provocarlas, en un determinado momento de la vida se producen alteraciones orgánicas que llegan a producir un estímulo que conllevan a la enfermedad o entra al organismo en contacto con una causa que es suficiente para que se produzca la enfermedad (p.238). Mismo autor dieron soporte a las dimensiones de estudio, estructurándolas en; a) Factor paciente: Integran diversas capacidades del paciente como comportamiento en su vida diaria en sus actividades; b) factor terapéutica: se relaciona al tratamiento que el paciente lleva como esquema de retratamiento; c) factor ambiente: indica la relación que tiene el paciente con su entorno social; d) factor servicio de salud: indica la calidad del paciente en el desarrollo en el servicio de salud. Así, se estableció la definición de abandono del tratamiento y de acuerdo a MINSA (2017) todo paciente que hace no acude a recibir su medicamentos en un lapso de 30 días es considerado abandonador del tratamiento (p,45). El estudio se justificó por su aspecto teórico ya que el estudio tuvo como uno de sus objetivos determinar la relación existente entre factor de riesgo y abandono del tratamiento en una red de salud, ello permitirá incorporar nuevos conocimientos relacionados al tema, si bien es cierto que hay diversas literaturas que han profundizado en cada una de las variables y sus dimensiones. Por otra parte se justifica en su aspecto práctico, porque el estudio partió por observar problemas relacionados al abandonó del tratamiento antituberculoso objeto de estudio, por ello se profundizó en el fenómeno a estudiar, cuyos resultados servirán para tratar de resolver el problema del abandono del tratamiento antituberculoso. De igual forma se justifica por su valor metodológico de la tesis, que respalda el proceso de la descripción del problema, revisión de lectura relacionada a factores de riesgo y abandono del tratamiento; con ello se diseñaron instrumentos que ayudaran a medir los factores de riesgo, cumpliendo la rigurosidad de un documento científico. El sustento del estudio

partió por observar un problema de estudio dentro de la Micro Red de salud Ganimedes los cuales se busca identificar que factores tiene relación para que los pacientes se ausenten o no acudan a su tratamiento antituberculoso para así poder disminuir el abandono al tratamiento y cuidar la familia o el entorno social del paciente abandonador, en función al sustento de la realidad problemática se ha propuesto el siguiente problema de estudio ¿Qué relación existe entre los factores de riesgos y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento de la Micro Red Ganimedes del distrito de san Juan de Lurigancho, 2017?

Para poder resolver el problema se han establecido los siguientes objetivos; Objetivo general: Determinar la relación que existe entre los factores de riesgos y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento de la Micro Red Ganimedes del distrito de san Juan de Lurigancho, 2017. Objetivos específicos: a) Determinar la relación que existe entre el factor biología humana y el abandono del tratamiento antituberculoso en los pacientes en retratamiento de la Micro Red Ganimedes del distrito de san Juan de Lurigancho, 2017. b) Determinar la relación que existe entre los factores estilo de vida y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento de la Micro Red Ganimedes del distrito de san Juan de Lurigancho, 2017. c) Determinar la relación que existe entre los factores ambientales y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento de la Micro Red Ganimedes del distrito san Juan de Lurigancho 2017. d) Determinar la relación que existe entre los factores servicio de salud y el abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento de la Micro Red Ganimedes del distrito san Juan de Lurigancho 2017.

METODOLOGIA

La investigación se realizó dentro de un enfoque cuantitativo, de tipo Aplica de nivel correlacional y diseño no experimental de corte transversal, la técnica empleada para recaudar la información fue la encuesta cuyo instrumento fue cuestionario de preguntas dicotómicas. La confiabilidad de la variable factor de riesgo fue de 0.951 y para la variable abandono del tratamiento se utilizó como

instrumento la lista de cotejo observacional que permitió recolectar a la población de estudio.

RESULTADO

Resultado de la variable factores de riesgo

Factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Alto	0	0,0%
Medio	10	5,8%
Bajo	162	94,2%
Total	172	100,0%

Fuente: base de datos del autor

Se estableció que el nivel de factor de riesgo alcanzo un nivel bajo en el 94,2%, y nivel medio en el 5,8%, habiendo un mayor porcentaje en el nivel bajo, el cual quiere decir que los encuestados fue el mayor porcentaje que no representa riesgo.

Resultado de la variable abandono al tratamiento

Abandono	Frecuencia	Porcentaje
No	130	75,6%
Sí	42	24,4%
Total	172	100,0%

Fuente: base de datos del autor

Se observa que en el 75,6% son los pacientes que terminaron su tratamiento antituberculoso, y el 24,4 % son los pacientes que no culminaron su tratamiento antituberculoso

Correlación de la hipótesis general

		Abandono	Factores de riesgo
Rho de Spearman	Abandono	1,000	0,616**
			0,000
	N	172	172
Factores de riesgo	Factores de riesgo	0,616**	1,000
		0,000	
	N	172	172

Fuente: base de datos del autor

La correlación entre factor de riesgo y abandono del tratamiento fue 0,616, siendo una correlación fuerte y directa, el p valor fue 0,000 y $0,000 > 0,05$ por lo tanto se rechaza H_0 , es decir existe relación directa y significativa entre el factor de riesgo y abandono del tratamiento en la Microrred de salud Ganimedes.

DISCUSIÓN

Según lo planteado en el objetivo e hipótesis general se logró demostrar que el factor de riesgo y el abandono del tratamiento tiene una relación directa y significativa entre los pacientes de la Microrred de salud Ganimedes. De igual forma se determinó que la variable abandono del tratamiento alcanzo un nivel bajo con el 24,4%. Estos resultados reflejan lo descrito en la realidad problemática que De cada 10 pacientes que termina el tratamiento hay 1 que presenta riesgo.

Según lo planteado en el objetivo e hipótesis general se logró demostrar que el factor de riesgo y el abandono del tratamiento tienen una relación directa y significativa. Con respecto navarro (2013) Llego a la conclusión que el estudio le permitió identificar las variables asociadas al abandono del tratamiento antituberculoso, clasificar los factores de riesgo y construir un instrumento que al implementarse en los servicios de salud de la región, permitiría al personal de salud detectar oportunamente a los pacientes con un posible riesgo. Dante (2012) llegó a la conclusión que el abandono del tratamiento antituberculoso se asoció a factores no modificables (sexo masculino, abandono previo) y a otros cuyo control mejoraría el cumplimiento (malestar durante el tratamiento, consumo de drogas recreativas y pobreza). Así mismo, es prioritario facilitar el acceso al sistema sanitario y mejorar la información recibida sobre tuberculosis.

Los diversos antecedentes citados coinciden con el resultado encontrados en el estudio, donde resaltan el consumo de alcohol el temor de ser señalado entre otros podrían ser la causa de que se produzca abandono del tratamiento.

CONCLUSIONES

Primera: se determinó que el factor de riesgo y abandono del tratamiento tiene relación directa y significativa entre el paciente que abandona el tratamiento del PCT de la Micro Red Ganimedes, (Rho Spearman 0,616). **Segunda:** se determinó que el abandono del tratamiento y el factor biología humana tiene relación directa y significativa entre el paciente de la Micro Red Ganimedes (Rho Spearman 0,417). **tercera** se determinó que el abandono del tratamiento y el factor estilo de vida tiene relación directa y significativa entre los pacientes de la Micro Red Ganimedes (Rho Spearman 0,447). Cuarta: se determinó que el abandono del tratamiento y el factor ambiente tiene relación directa y significativa entre los paciente de la Micro Red Ganimedes (Rho Spearman 0,617) quinta: se determina que el abandono del tratamiento y el factor servicio de salud tiene una relación directa y significativa entre los pacientes de la Micro Red Ganimedes (Rho Spearman 0,433) de permitió identificar las variables asociadas al abandono del tratamiento.

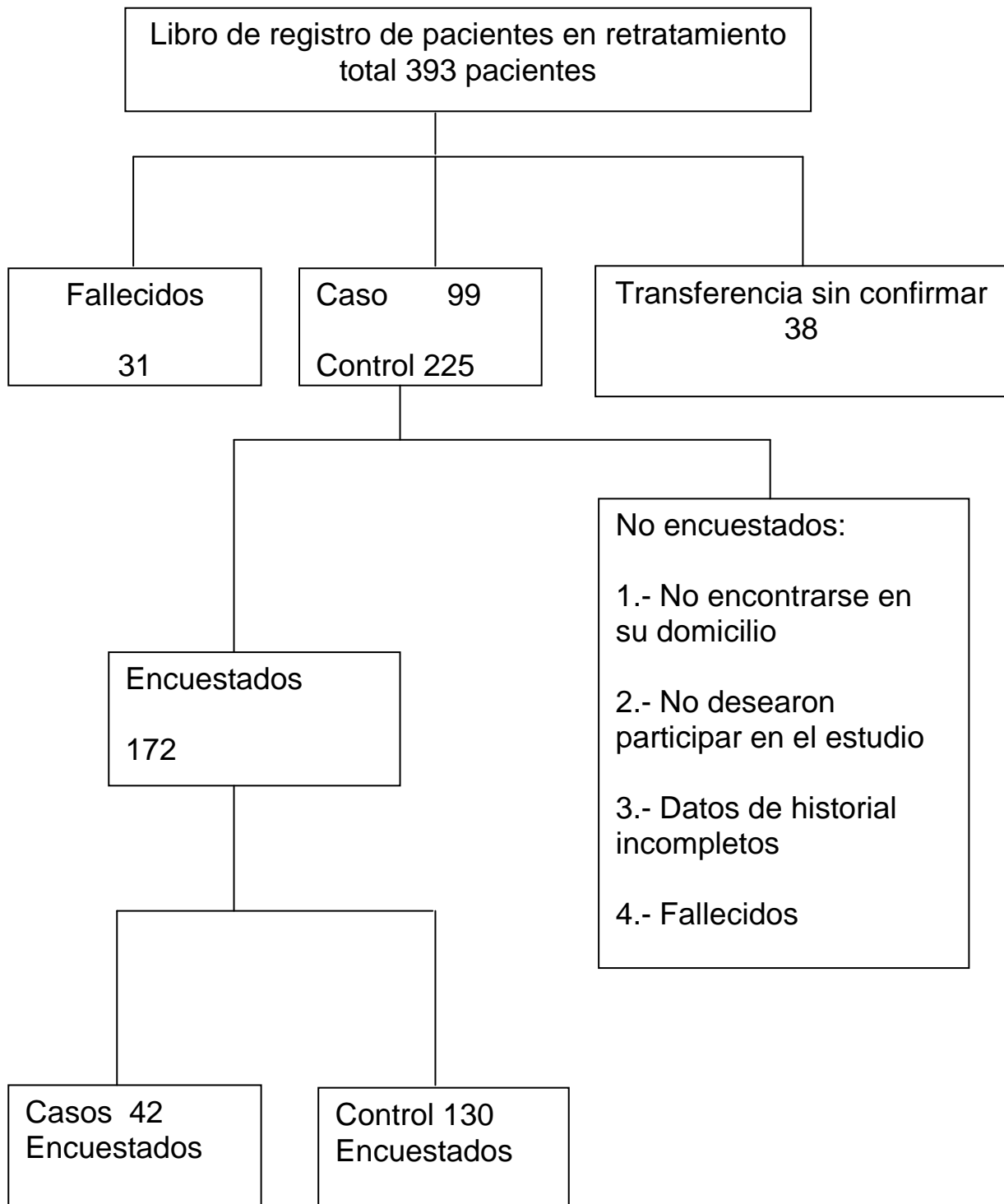
REFERENCIAS

- Dueñes, M y Cardona, D (2016) *Factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis*. Rev. Artículo original
- Ministerio de salud (2010). *Prevalencia y riesgo anual de infección por tuberculosis*. Lima, Callao.
- Navarro, C., Rueda, J y Mendoza, J (2013). *Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en paciente con tuberculosis* (vol.10).nº1
- Risco, E (2016) *Niveles de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar asociado al abandono del tratamiento* (tesis de grado) universidad Antenor Orrego.
- Torres, z y herrera, t (2015) *Perfil de paciente con tuberculosis que abandonan el tratamiento*.rev.chil.enf.31:52-57

Vargas, w. (2012) *factores de riesgos asociados al tratamiento antituberculoso en paciente en retratamiento*. (Tesis de maestro) Lima: San Marcos.

Villar, M. (2011). *Factores determinantes de la salud* .Peru. Acta Med Per. Artículo de opinión.

Anexos 10. Flujo de los participantes. Cohorte de tuberculosis, Micro Red Ganimedes, lima _ este 2013-2017.



Anexo 11. Tabla de interpretación de coeficiente de correlación de Spearman

Valores	Interpretación
De -0,9 a -1	correlación muy alta
De -0,71 a -0,90	correlación alta
De -0,41 a -0,70	correlación moderada
De -0,21 a -0,40	correlación baja
De 0 a -20	correlación prácticamente nula
De 0 a 0,20	correlación prácticamente nula
De 0,21 a 0,40	correlación baja
De 0,41 a 0,70	correlación moderada
De 0,71 a 0,90	correlación alta
De 0,92 a 1	correlación muy alta

Nota: la fuente se obtuvo de Bizquera Alzina, Rafael (2009). Metodología de la investigación educación: muralla, S.A p.212, citado por Roger Iván soto Quiroz