



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS AL  
EXITO Y/O ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE LA  
TUBERCULOSIS WICHANZAO-LA ESPERANZA-2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRA EN  
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**AUTORA**

**PATRICIA CECILIA DE JESÚS QUEVEDO REAÑO**

**ASESOR**

**Dra. SONIA MARY DEL ÁGUILA PEÑA**

**TRUILLO - PERÚ**

**2018**

## Hoja de Firma del Jurado y Asesor

---

Mgtr. Elcira L. Grados Urcía  
Presidente

---

Mgtr. Mónica E. Herrera Alva  
Miembro

---

Mgtr. Aura Rivas Chiroque  
Miembro

## **Dedicatoria**

### **A Dios**

Por regalarme su gracia, amarme, guiar mis pasos y darme esa fortaleza de voluntad para seguir adelante en mi vida profesional.

### **A mi esposo: Marcos Carbajal Sánchez**

Por su comprensión y apoyo para seguir superándome en los quehaceres educativos y proyectos de mi desarrollo profesional y personal. Eres mi complemento.

### **A mis hermosas hijas: Laura y Andrea**

Quienes son la razón de mi inspiración y motivación constante, dejándoles como ejemplo de vida, el esfuerzo y la responsabilidad para la superación personal.

### **A mis queridos padres y hermanos:**

Por enseñarme que todo es posible con esfuerzo, por plasmar en mi vida los valores que hoy forman parte de mi ser y contar con ustedes en todo tiempo.

Patricia

## **Agradecimiento**

A los directivos, personal administrativo, a los docentes de la Escuela de postgrado y mis compañeras de estudio por acompañarme en la culminación de nuestra meta trazada.

De manera especial a la Dra. Sonia del Águila Peña por brindarme su asesoramiento, comprensión y empatía con sus orientaciones pertinentes para realizar la presente investigación.

La autora

## Resumen

La presente investigación tuvo por objetivo Determinar si existe asociación estadística significativa (empíricamente) entre los factores socioculturales y el éxito o abandono de tratamiento de tuberculosis en el sector Winchanzao, distrito de La Esperanza. La población – muestra estuvo conformada por los 23 pacientes registrados en el Libro de Seguimiento y Control de Tuberculosis del Centro de Salud Wichanza, como instrumentos se utilizó el Cuestionario de factores socioculturales de adherencia a enfermedad estigmatizante desarrollado por Hudelson (31) adaptado por la autora, y la ficha de observación de éxito o abandono de tratamiento. Los resultados permiten concluir que con respecto a los pacientes que acuden, los factores socioculturales presentan alta influencia en un 43.5%, media influencia presenta un 34.8% y solo un 21.7% presentan baja influencia. Con respecto a las dimensiones de los factores culturales, la que menos incidencia tuvo fue la dimensión convivencia pues esta presentó solo un 17.4% de alta influencia. La dimensión interrelación tuvo más alta influencia 47.8% seguido de factores socioculturales 43.5%. Respecto al éxito y/o abandono al tratamiento de tuberculosis el 52.2% abandono el tratamiento, solo un 47.8% tuvo éxito. Se demostró asociación estadística significativa con un nivel de confianza del 95% entre los factores socioculturales y el éxito y/o abandono de tratamiento. Asimismo, se encontró asociación estadística significativa entre las 3 dimensiones de la variable factores socioculturales (convivencia, interrelación y riesgo social) con el éxito y/o abandono al tratamiento.

Palabras Clave: Factores socioculturales – tratamiento de tuberculosis – abandono al tratamiento

## **Abstract**

The objective of this research was to determine whether there is significant statistical association (empirically) between sociocultural factors and the success or abandonment of tuberculosis treatment in the Winchanzao sector, district of La Esperanza. The population – sample was 23 patients registered in the Tuberculosis monitoring and Control Book of the Wichanzao Health Center, as instruments used the questionnaire of sociocultural factors of adherence to disease Estigmatizante Developed by Hudelson (31) adapted by the author, and the observation sheet of success or abandonment of treatment. The results make it possible to conclude that with respect to the patients who come the sociocultural factors present high influence in a 43.5%, average influence presents a 34.8% and only 21.7% have low influence. Regarding the dimensions of cultural factors, the one that had less incidence was the dimension coexistence as this present only a 17.4% high influence. The Interrelation dimension had the highest influence 47.8% followed by sociocultural factors 43.5%. Regarding the successful abandonment of tuberculosis treatment, 52.2% gave up treatment, only 47.8% were successful. Significant statistical Association was demonstrated with a confidence level of 95% between sociocultural factors and the successful abandonment of treatment. Also, significant statistical association was found between the 3 dimensions of the variable socio-cultural factors (coexistence, interrelation and social risk) with the success of treatment abandonment.

Key words: socio-cultural factors – tuberculosis treatment – abandonment to treatment

## INDICE

Hoja de firma del jurado y asesor .....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento .....	iii
Resumen .....	iv
Abstract.....	v
Índice de gráficos.....	viii
Índice de tablas .....	viii
I. Introducción .....	9
II. Marco teórico .....	14
2.1 Bases teóricas relacionadas con el estudio.....	14
2.1.1. Antecedentes: .....	14
2.1.2. Marco Teórico - conceptual: .....	19
2.2 Hipótesis.....	28
2.3 Objetivos .....	28
2.3.1 General.....	28
2.3.2 Específicos .....	28
III. Metodología.....	30
3.1 El tipo y el nivel de la investigación.....	30
3.2 Diseño de la investigación .....	31
3.3. Población - muestra .....	31
3.4 Definición y Operacionalización de las variables y los indicadores .....	33
3.5. Técnicas e instrumentos.....	34
3.5.1 Técnicas .....	34
3.5.2 Instrumentos .....	34
3.6 Plan de análisis .....	34
3.7 Matriz de consistencia .....	36
3.8 Aspectos éticos.....	37
IV. Resultados .....	38

4.1 Resultados.....	38
4.2 Análisis de resultados .....	45
V. Conclusiones y recomendaciones .....	48
5.1 Conclusiones.....	48
5.2 Recomendaciones .....	49
Referencias Bibliográficas.....	50
Anexos .....	55
Anexos 01: Cuestionario de factores socioculturales de adherencia a enfermedad estigmatizante desarrollado por Hudelson .....	55



## Índice de Gráficos

Grafico 1 Nivel de influencia de los factores socioculturales relacionados al éxito abandono .....	41
--	----

## Índice de Tablas

Tabla 01 Nivel de influencia de los factores socioculturales relacionados al éxito o abandono .....	40
Tabla 02 Determinación de pacientes con éxito o abandono al tratamiento de Tuberculosis.....	41
Tabla 03 Asociación estadística entre los factores socioculturales y el éxito o abandono al tratamiento de tuberculosis sin nombre.....	43
Tabla 04 Asociación estadística entre la dimensión convivencia y el éxito o abandono al tratamiento de tuberculosis .....	44
Tabla 05 Asociación estadística entre la dimensión interrelación y el éxito o abandono al tratamiento de tuberculosis.....	45
Tabla 06 Asociación estadística entre la dimensión riesgo social el éxito o abandono al tratamiento de tuberculosis .....	45

## I. Introducción

La tuberculosis (TB) se ha mantenido hasta el siglo XXI como un importante problema de salud. Ha sido objeto de esfuerzos mundiales notables para su “erradicación” entendida ésta como la total supresión de la transmisión de *Mycobacterium tuberculosis* (1).

La sociedad mundial continúa su batalla para alcanzar las metas del año 2015 y más allá, pero el progreso ha sido lento en muchos países y se vislumbran cambios en las estrategias de control. La estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha venido dando cabida a la meta de erradicación, primero, y de eliminación de la tuberculosis (2).

Además, la Organización Mundial de la salud (OMS) manifiesta que la incidencia anual de TB en todo el mundo se está desacelerando lentamente, aproximadamente 1,5% desde el año 2000; Sin embargo, el número absoluto de casos de tuberculosis ha aumentado. Para el año 2015, se estima que hubo: 10,4 millones casos de TB, 580.000 casos de TB Multidrogorresistente (MDR TB), 1,2 millones de nuevos casos de TB/VIH y 1,8 millones muertes, por lo que *Mycobacterium tuberculosis* se convirtió en el agente de enfermedades infecciosas que causan más Muertes, sobre el VIH y la malaria (2).

Así, como respuesta global a la epidemia de tuberculosis, que desarrolló la estrategia de "fin de la tuberculosis" en la prevención y la atención integral de la TB enfocada en el paciente; Políticas audaces, sistemas de apoyo e investigación y una intensificación de la innovación cuyos objetivos para 2035, en comparación con 2015, reducen el 95% de las muertes por tuberculosis; disminuir la tasa de incidencia de TB en un 90% y alcanzar una tasa de < 10 casos por 100.000 habitantes (3).

En el Perú, la Ley 30287, Ley de Control y Prevención de la Tuberculosis en el Perú y su Reglamento (Decreto Supremo 021-2016), declara de interés nacional la lucha contra la TB en el país, logrando, de esta forma, que el control de la TB sea una política de Estado, independiente a los gobiernos de turno (4).

Las personas afectadas por TB en el Perú son diagnosticadas y tratadas de manera gratuita por las instituciones del sistema de salud del país: el 73% se atienden en el MINSA, el 19% en la Seguridad Social (ESSALUD), el 7% en el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y el 1% en las Sanidades de la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas (4).

En relación con el cuidado privado de los pacientes con tuberculosis para confirmar es limitado, dada la prohibición de la venta libre de drogas anti-TBC en Perú. Los pacientes diagnosticados en el sector privado son tratados en coordinación con la salud y el MINSA, es decir ,las formas sensibles y resistentes de TBC(2).

Aproximaciones en las estimaciones de la Organización Mundial de la salud (OMS), datan que la incidencia anual de TB en todo el mundo está disminuyendo lentamente, aproximadamente 1,5% desde 2000; Sin embargo, el número absoluto de casos de tuberculosis ha aumentado. Hacia el año 2015, se estima que hubo: 10,4 millones casos de TB, 580.000 casos de TB Multidrogorresistente (MDR TB), 1,2 millones de nuevos casos de TB/VIH y 1,8 millones muertes, por lo que la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* se convirtió en el agente de enfermedades infecciosas que causan más Muertes, sobre el VIH y la malaria(5).

La tuberculosis en el Perú ocupa el décimo quinto lugar de las causas de muerte, y la vigésima séptima carga de la enfermedad medida por años de vida sana perdida. Afecta principalmente a los estratos sociales más pobres de las principales ciudades del país. Las tasas de incidencia reportadas (casos nunca tratados por cada 100.000 habitantes) y la morbilidad total (nueva y previamente tratada por cada 100.000 habitantes) disminuyeron de 2 a 3% por año entre 2011 a 2015, 97,4 a 87,6 en incidencia y 109,7 a 99,5 en morbilidad y mortalidad (3), (6).

A su vez, en nuestro País la tuberculosis presenta las tasas más altas de morbilidad y mortalidad siendo los jóvenes y adultos los más afectados. Reportándose casos en todos los departamentos del País con un 82%. Y se concentra principalmente por regiones Selva (30.3%), Sierra (3.5%) y la Costa (25.6%) (7).

La OMS describe que la perspectiva no es alentadora para el Perú, porque el desarrollo económico dio lugar a otras consecuencias, tales como: 18 empleos precarios, pobres ingresos que generan pobreza extrema, condicionan el país para el aumento de varios factores, este Amplía la permanencia del foco infeccioso, que son el déficit de saneamiento, el hacinamiento, la escasa accesibilidad a los servicios básicos y dentro de ellos la salud, la falta de educación para proteger su salud. Dado que la tuberculosis y la pobreza tienen una relación mutua, la pobreza puede estar relacionada con condiciones precarias de salud, formando un círculo vicioso que tiende a agravar(7).

A nivel local, según el informe estadístico de Lima, el 86% de los casos de tuberculosis se presentan en Lima Metropolitana y se reportan en 13 distritos, que tienen altas tasas de mortalidad, donde los casos de tuberculosis multidrogo resistente en Lima son Reportado Metropolitano como San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres, La victoria ate, Lima cercado, San Juan de Miraflores, comas, el Agustino, Santa Anita, Villa María del triunfo, Villa el Salvador, independencia y los olivos. Bonilla (2008) argumenta que los últimos dos años entre los años 2013 y 2014 los 5 departamentos que presentaron incidencia de tuberculosis, por encima del nivel nacional 19 (madre de Dios, Ucayali, Loreto, Lima e ICA).

Además, estos departamentos informaron 72% de los nuevos casos notificados en el país. Lima es el Departamento que presenta el 60% de los casos en el Perú y es el tercer departamento con mayor incidencia; Y los casos en los que se centra están en mayor proporción en la provincia de Lima Metropolitana, continuando los distritos de San Juan de Lurigancho, Rímac, la victoria, el Agustín, ate, San Anita y Barranco (8)

En términos de morbilidad y mortalidad por tuberculosis (TB) se han vinculado a múltiples determinantes biológicos, ambientales, económicos y culturales, y su control exige complejas acciones sociales, preventivas y medidas terapéuticas. Desde 1982, se ha mostrado que la tuberculosis iba desapareciendo en Europa mucho antes del descubrimiento de la quimioterapia, lo que sugiere que su control depende en gran medida de las condiciones económicas y sociales. La prevención de la infección y la enfermedad se basa en la mejora de las condiciones materiales de vida, la vacunación con BCG, el estudio y la protección de los contactos en el domicilio de los pacientes y el uso de terapia profiláctica para contactos sanos, en los casos indicados(9).

Otro aspecto a observar es la adherencia al tratamiento, es así que 43 estudios de investigación en países de alto, medio y bajo ingreso (Estados Unidos, Canadá, Portugal, España, Alemania, Singapur, Hong Kong, Nicaragua, Colombia, Perú, Brasil y Chile) presentan en sus resultados que la inclinación a abandonar el tratamiento aumenta fuertemente a medida que aumenta la condición de indigencia, precariedad y marginalidad social, por ejemplo en el caso de aquellos que están desempleados o tienen empleos muy precarios, los analfabetos, las personas que viven en una situación de la calle o en residencias temporales, pacientes alcohólicos y drogadictos ilegales. Como resultado de esta revisión, es posible elaborar un perfil de no adhesión, marcado por la

desigualdad socio-económica, la vulnerabilidad psico-afectiva, la exclusión social, la desigualdad en el acceso a la atención sanitaria con el concepto negativo de la atención recibida(10).

En relación con el diagnóstico actualmente en el Perú, se diagnostican 32,477 casos de (tuberculosis en todas sus formas), de los cuales 28,297 han sido nuevos casos, correspondiendo a ellos 17,264 a casos de tuberculosis pulmonar con frotis positivo, cifras traducidas a Los términos de las tasas (por 1000, 000Hab) correspondieron, respectivamente, a la morbilidad total (110,2), la incidencia total (96,1) y la incidencia de la tuberculosis pulmonar BK + (58,6)(10).

Uno de los problemas más crítico en relación con la tuberculosis es que es una enfermedad curable y evitable del 100%, sin embargo, se ha transformado en la infección transmisible más importante en los seres humanos. Muchos factores explican esta situación, especialmente demográfica, económica y sociocultural, que favorece la migración, la presencia de determinantes sociales inadecuados y estilos de vida, la escasa atención que se presta al control de la tuberculosis mediante el suministro de los canales de comunicación y responsabilidad compartida con la persona con tuberculosis y con la peligrosa comorbilidad con la epidemia del VIH, pero lo más grave es el hecho de que cuando lo reciben, la prescripción inadecuada y la falta de adherencia al tratamiento, promueve una mayor Tuberculosis pulmonar y tuberculosis Multidrogorresistente(10).

Por lo tanto, el tratamiento antituberculoso es un proceso complejo que requiere un régimen terapéutico prolongado, referido a meses. Durante este proceso, varios factores pueden contribuir a la decisión de continuar o dejar(10).

Es importante señalar que los recursos de salud humana, como las enfermeras, juegan un papel importante en la recuperación de la salud de estos pacientes, involucrados en este proceso; Con una gran tarea de educar y acompañar al paciente y su familia en este difícil proceso que es el tratamiento, el problema de la tuberculosis es multidimensional, pero a pesar de ello se sabe de la entrega y mística de muchos profesionales que dan su esfuerzo día a día P para Luchar contra esta enfermedad social.

A su vez, el conocimiento del paciente acerca de la patología y la actitud positiva hacia el tratamiento es esencial para su recuperación, porque no son hospitalizados y pacientes ambulatorios que no son supervisados por el equipo de salud las 24 horas del día y

depende principalmente de ellos para mejorar su salud y comunidad. A su vez, la identificación de grupos de pacientes con mayor riesgo y sus factores socioculturales permitirá establecer formas más estrechas de seguimiento y una toma de decisiones oportuna para reducir este problema y emprender medidas que aumenten la Efectividad de las actividades de control de enfermedades.

### **Enunciado del problema**

¿Qué relación existe entre los factores socioculturales al éxito o abandono al tratamiento de tuberculosis Wichanza-La Esperanza 2018?

## **II. Marco teórico**

### **2.1 Bases teóricas relacionadas con el estudio**

#### **2.1.1. Antecedentes:**

En Brasil, De Almeida(11) (2016) destaca los factores socioculturales en el proceso de estigmatización asociado con la tuberculosis ha sido subvalorado en las encuestas nacionales, y este es un aspecto social importante para el control de las enfermedades, especialmente en las poblaciones marginadas. En este artículo se presentan las fases del proceso de adaptación cultural a Brasil de la escala de estigmas relacionados con la tuberculosis para los pacientes tuberculosos. Se trata de un estudio metodológico, en el que la traducción y la parte posterior de los ítems de la escala y validación semántica se realizaron con 17 sujetos de la población destinataria. Después de la observación, la versión reconciliada fue comparada con la versión original por el Coordinador del proyecto en el sur de Tailandia, que dio su opinión favorable a la versión final en portugués de Brasil. A partir de los resultados de la validación semántica, llevada a cabo con enfermos de tuberculosis, se puede identificar que, en general, la escala fue bien aceptada y fácil de entender por parte de los participantes. Según las publicaciones publicadas sobre el impacto del estigma asociado a la TB y la experiencia práctica en el proceso de adaptación cultural de la escala, hay una escasez de evaluación del estigma de la TB en comparación con otras condiciones de salud. Las escalas adaptadas y validadas pueden contribuir a la investigación de las poblaciones afectadas por el estigma de la TB y asistir en intervenciones de acciones de salud que reflejan la experiencia de vida de las personas afectadas por esta enfermedad. Por lo tanto, hacer posible el estigma relacionado con la tuberculosis en Brasil podría permitir la comparación de los resultados de la investigación entre dos países y promover discusiones sobre estrategias para reducir el estigma en las diferentes realidades sociales.

En India, McArthur(12) (2016), en la India, sólo una mujer es diagnosticada con tuberculosis (TB) por cada 2,4 hombres. Estudios previos han indicado disparidades de género en el comportamiento de búsqueda de cuidados y diagnóstico de TB; sin embargo, poco se sabe sobre las barreras específicas que

enfrentan las mujeres. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar las barreras socioculturales y basadas en el conocimiento que afectaron el diagnóstico de TB para las mujeres en Bhopal, India. Se realizaron entrevistas en profundidad con 13 mujeres afectadas y 6 profesionales de la salud. El registro del laboratorio de la microscopia diagnóstica de Bhopal (n = 121) y el informe del distrito de Bhopal (n = 261) fueron examinados para las tendencias de diagnóstico y cuidado-que buscaban. Las mujeres, especialmente las mujeres más jóvenes, se enfrentan a barreras socioculturales y estigma, causando que muchos oculten sus síntomas. Las mujeres mayores tenían poca conciencia acerca de la tuberculosis. Las mujeres a menudo buscan tratamiento de los médicos privados, lo que resulta en un diagnóstico tardío. Comprensión de estos comportamientos diagnósticos y de búsqueda de ayuda las barreras para las mujeres son fundamentales para el desarrollo de un programa de control de la tuberculosis sensible al género.

Por su parte, en México Martínez et al(13) (2014) en su artículo “Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar” que tuvo por objetivo determinar los factores familiares que favorecen el apego y tratamiento de la tuberculosis, concluyó que un 56% son de sexo masculino y que la edad mínima fue de 18 y la máxima de 83 años, donde un 85% de los pacientes inicio tratamiento acortado estrictamente supervisado y solo un 66,6% logro curación final del tratamiento, 19,2% continuó retratamiento, 12% abandonó el tratamiento y un 92,2% refirió afectación en su vida personal después del diagnóstico de tuberculosis, 75% presentó un grado disfunción familiar. Las conclusiones abordadas fueron que las prevalencias de la TB fueron e 15 por cada cien mil habitantes y se contempló niveles altos de disfunción familiar y rechazo social en los pacientes con abandono al tratamiento.

En Estados Unidos Courtwright(14)(2010) en su artículo "Tuberculosis y estigmatización: vías e intervenciones" se cree que las normas institucionales y comunitarias que conducen a la estigmatización de la tuberculosis (TB) dificultan el control de la tuberculosis. Se realizó una revisión sistemática de la bibliografía sobre el estigma de la tuberculosis para identificar las causas y evaluar el impacto del estigma en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Varios temas emergieron: el miedo de la infección es la causa más común del estigma de la



tuberculosis; El estigma de la tuberculosis tiene graves consecuencias socioeconómicas, en particular para las mujeres; los enfoques cualitativos para medir el estigma de la tuberculosis se utilizan más comúnmente que los estudios cuantitativos; Se percibe que el estigma de la TB aumenta el retraso de diagnóstico de TB y el incumplimiento del tratamiento, aunque los intentos de cuantificar su impacto han producido resultados mixtos; y existen intervenciones que pueden reducir el estigma de la tuberculosis.

Las investigaciones futuras deben seguir caracterizando el estigma de la tuberculosis en diferentes poblaciones; utilizar instrumentos de encuestas validados para cuantificar el impacto del estigma de TB en el retraso de diagnóstico de la TB, el cumplimiento del tratamiento y la morbilidad y la mortalidad; y desarrollar estrategias adicionales para reducir el estigma de la TB. Mientras que varios temas claros emergieron de nuestra revisión de literatura, es importante notar sus limitaciones. En primer lugar, aunque el estigma es conceptualmente diferente de las experiencias conexas, como la discriminación, el sesgo y los prejuicios, no todos los autores hacen estas distinciones de la misma manera. Dada nuestra estrategia de búsqueda estrechamente adaptada, es posible que hayamos omitido artículos relacionados con el estigma de la tuberculosis porque se categorizaron como la discriminación, el sesgo o los prejuicios de la TB. En segundo lugar, debido a que nos centramos en la literatura biomédica sobre el estigma de la tuberculosis como se encuentra vía PubMed y a través de la revisión de las secciones de referencia de los artículos identificados, es posible que hayamos omitido artículos sobre el estigma de la tuberculosis de recursos sociológicos o psicológicos no indexados. Basándonos en nuestra revisión de la literatura disponible sobre el estigma de la tuberculosis, identificamos varias áreas donde se necesita investigación adicional

En Pakistán, Khan (15) Este estudio explora hasta qué punto los factores relacionados con los individuos, el proceso de la disposición del cuidado, y el contexto cultural influyen el comportamiento de los pacientes de la tuberculosis que asisten a clínicas de la TB en Paquistán rural, y examina los efectos de la enfermedad en su vidas personales. 36 pacientes que asistieron a tres clínicas de tratamiento de TB fueron entrevistados en profundidad. Estos pacientes fueron

estratificados por estadio de tratamiento (procedimiento de tratamiento, tratamiento completado, por defecto), sexo y por estado rural/urbano. Los resultados indican que la mayoría de los pacientes eran muy pobres, pero sin embargo inicialmente eligieron asistir a practicantes privados. Normalmente, su enfermedad fue diagnosticada correctamente como tuberculosis sólo después de repetidas visitas a una sucesión de proveedores de atención médica. El conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad era limitado, y los doctores dieron la educación de salud incorrecta o solamente muy limitada. La mayoría de los pacientes reportaron insatisfacción con cuidado proporcionado. Casi todos los pacientes reportaron problemas con el acceso al tratamiento, tanto en términos de tiempo como de dinero; Esto era particularmente cierto en las mujeres, cuya libertad para viajar en Pakistán es limitada. Las causas potenciales de incumplimiento parecieron estar más estrechamente vinculadas a las deficiencias en la provisión de tratamiento en lugar de la falta de voluntad de los pacientes de cumplir. En gran medida debido a la percepción de que la tuberculosis era incurable, los encuestados generalmente no estaban dispuestos a revelar que estaban sufriendo o habían recibido tratamiento contra la tuberculosis. Por razones relacionadas con el acceso confidencial al tratamiento, esto podría llevar al impago, perpetuando la percepción de inexistencia, y por lo tanto causando un círculo vicioso. Para que los programas de TB tengan éxito en el Pakistán, es esencial que este círculo se rompa; y esto sólo se puede hacer a través de la provisión de la buena calidad de la tuberculosis y la educación para mejorar la comprensión de la población de que la tuberculosis se puede curar. Además, la falta de voluntad de los pacientes de revelar a los proveedores de atención médica que ya habían recibido tratamiento previo significaba que a muchos pacientes se les habían recetado regímenes de tratamiento incorrectos, lo que podría conducir a la aparición de la tuberculosis resistente a los fármacos. En común con los hallazgos de otros investigadores, no se encontraron diferencias claras entre los que habían completado el tratamiento y los que habían cesado el tratamiento. Este estudio se realizó para proporcionar información para ayudar a los investigadores a diseñar estrategias potenciales de tratamiento de la TB, y ha demostrado ser muy valiosa para este propósito. Las estrategias basadas en los hallazgos del estudio se están evaluando actualmente mediante un ensayo controlado aleatorio.

En nuestro país, Anduaga et al (16)(2016) realizó un estudio de Artículo de Investigación en Lima “Factores de riesgo para el abandono al tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. Estudio de casos y controles retrospectivo no pareado. Obteniendo como resultado que se incluyó 34 controles y 102 casos. En el análisis multivariado se encontró que quienes cursaron 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. Y concluye que el abandono del tratamiento antituberculoso está asociado con tener menos de seis años de educación y un score mayor a 22 puntos en la prueba de abandono de tratamiento antituberculoso.

Siguiendo en Perú, Girón(17) (2014) tuvo como objetivo general fue establecer la relación entre el nivel de auto cuidado en el adulto multidrogo resistente en tuberculosis pulmonar y la actitud del cuidador familiar frente a la enfermedad de la Red 1 La Caleta – Chimbote, durante los meses de Enero - Diciembre 2008. Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de datos: Escala de autocuidado en el adulto multidrogo resistente en tuberculosis pulmonar y la escala de actitud del cuidador familiar. Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS versión 15.00 software. Describiendo a las variables en tablas simples y de doble entrada determinándose posteriormente a través de la prueba de CHI cuadrado, considerando el nivel de dependencia  $p < 0,05$ . Se llegó a las siguientes conclusiones: el 88,6 % de las personas afectadas por tuberculosis multidrogoresistentes, tienen un nivel Bueno de autocuidado y un 11,4% un nivel Regular de autocuidado. Mientras la actitud del cuidador familiar frente a la enfermedad, el 65,7 % es de aceptación y el 28,6 % de indiferencia, existiendo una relación estadística mínima entre el nivel de autocuidado y la actitud del cuidador familiar  $p=0.3$ .

En tacana Ortiz et al (18) concluye que la mayoría de pacientes con tuberculosis y con edades fluctuantes entre 18 a 29 años en el Centro de Salud Ciudad, no son cumplidores al tratamiento con respecto al régimen terapéutico por lo tanto tuvieron mala adherencia. A modo de recomendación podemos sugerir que el programa de

Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, debe implementar las medidas necesarias para mejorar la adherencia terapéutica en los pacientes con tuberculosis; involucrando a todo el personal de salud, los factores familiares, laborales y de entorno del paciente, toda vez que la pobreza exacerba las repercusiones sociales y culturales con alta incidencia en prejuicios y temores, por lo que recomienda que en cada uno de los Establecimientos de Salud, se deben promover prácticas de autocuidado en el paciente con tuberculosis con el fin de mejorar su calidad de vida y la de sus familias.

### **2.1.2 Marco Teórico - Conceptual:**

La tuberculosis es una enfermedad crónica, contagiosa e infecciosa, ocasionada por una bacteria llamada *Mycobacterium* o bacilo de Koch, que se localiza especialmente en el parénquima pulmonar y también puede comprometer a distintas partes del organismo(19).

El MINSA precisa que la tuberculosis es infecciosa y aérea, producida por una bacteria de una persona inmunosuprimido por el *Mycobacterium tuberculosis* que mide 0.5 por 3 micras y esta patología es un problema de salud pública mundial que se vincula de forma estrecha con pobreza, desnutrición, hacinamiento, vivienda de bajo estándar y atención inadecuada a la salud(20).

El ser humano enfermo o infectado es el principal reservorio del bacilo. La fuente de contagio casi exclusiva es la persona enferma de tuberculosis respiratoria (pulmonar, bronquial o laríngea). La transmisión habitual ocurre a partir de una persona afecta de tuberculosis bacilífera que, al toser, estornudar, reír, cantar o hablar expulsa partículas de secreciones respiratorias que contienen bacilos. La capacidad de contagio de un enfermo está determinada por la comunicación de sus lesiones con las vías aéreas y es superior en los enfermos que tienen mayor número de microorganismos en sus lesiones y que los eliminan abundantemente con las secreciones respiratorias. Existen factores que aumentan el riesgo de infección, entre los cuales se encuentra la convivencia con un caso contagioso y la edad de las personas expuestas (21).

El profesional de enfermería brinda cuidados a los pacientes con tuberculosis con necesidades, problemas o riesgo de salud común teniendo en cuenta que la unidad

de atención es la familia y la comunidad para lograr su bienestar. Por ello enfatiza la educación, control de tratamiento y seguimiento de las personas con tuberculosis y sus contactos(22).

A su vez el profesional de enfermería realiza la visita domiciliaria a la casa o lugar de residencia de los usuarios, para conocer los factores sociales, culturales y económicos de la salud que rodean al usuario, familia; a su vez para comprometerlos en el tratamiento hasta su termino con el objetivo de lograr su recuperación y curación; aceptando su tratamiento y no al rechazo.(23).

Teniendo en cuenta que la prevención tiene como finalidad evitar la infección de la tuberculosis y, en caso de que esta se produzca, tomar medidas para evitar el paso de infección a enfermedad. Estas medidas preventivas están dirigidas a evitar la diseminación del bacilo de Koch. Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la tuberculosis pulmonar frotis positivo. La medida preventiva más eficaz es evitar el contagio, eliminando las fuentes de infección que se encuentran en la comunidad a través de la detección, el diagnóstico temprano, así como el cumplimiento del tratamiento de los casos de tuberculosis pulmonar frotis positivo(24).

El tratamiento medicamentoso es importante y fundamental para eliminar a los bacilos en sus diferentes fases y crecimiento *Micobacteria tuberculosis*; el tratamiento actual de la tuberculosis inicial o nunca tratada es guiado por las bases bacteriológicas y por los numerosos ensayos terapéuticos. Tomando en cuenta el régimen terapéutico como condiciones para ser utilizado cuando cura a más de un 95% de los pacientes. Menciona que los tratamientos farmacológicos del esquema de primera línea son esenciales y efectivos como: Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol ya que logra la curación de las personas que tienen tuberculosis en un periodo de seis meses (25).

Por otro lado, la ESN-PCTB en el Perú, define al abandono del tratamiento antituberculoso esquema I, como “la no asistencia a tomar tratamiento por 30 días consecutivos o más; incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo descontinúa” Es una medida operacional de calidad del tratamiento que se brinda en los establecimientos de salud (EE.SS.), midiendo indirectamente la

eficiencia y la eficacia de las actividades y medidas de control de este. Se considera que cuando el porcentaje de abandono supera el 5% este problema es atribuible al sistema sanitario y amerita una investigación(26).

El abandono del tratamiento antituberculoso tiene consecuencias graves como son el deterioro físico de la salud del paciente por la enfermedad, la susceptibilidad a contraer otras enfermedades, la posibilidad de estimular los mecanismos de resistencia bacteriana a los fármacos, la continuación de la propagación de la infección y la perpetuación de la existencia de la tuberculosis en la humanidad(27).

Al estimularse los mecanismos de resistencia bacteriana, el manejo del tratamiento se complica por incremento de la toxicidad de los fármacos, el tiempo de exposición prolongado a los mismos, el costo de la terapia y el riesgo de no lograr la cura con la consecuente mortalidad precoz(28).

Asimismo, un paciente que abandona el tratamiento tiene posibilidad de infectar de 10 a 15 personas por año, hecho que se multiplica en el distrito por tener una densidad poblacional elevada con gran crecimiento urbano urbano-marginal. Entonces si la mala adherencia y abandono se mantiene en un contexto de hacinamiento, la generación y propagación de la TB MDR y TB XDR va a ser mayor generando pronta mortalidad y pérdida de años de vida saludable, así como incremento de los costos directos e indirectos por la enfermedad tanto en el orden individual, familiar y sanitario. El elevado porcentaje de abandono (11.2%) rebasa los parámetros permitidos por OMS/OPS del 5%, quienes consideran que cuando el porcentaje de abandono supera el 5%, el problema es atribuible a deficiencias en la calidad de atención del servicio sanitario(29).

Por ello el abandono o la no adherencia al tratamiento es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco grupos de factores: los socioeconómicos, los relacionados con el paciente, los ligados a la enfermedad en sí, los relacionados con el tratamiento, y los relacionados con el sistema o equipo de asistencia sanitaria(30).

En relación de los factores culturales son los valores, creencias, modos de vida aprendidos, asumidos y transmitidos por determinados grupos que guían sus

pensamientos decisiones o patrones de comunicación y que difícilmente pueden cambiarse; que el paciente atribuye a la experiencia de sufrir la enfermedad de la tuberculosis pulmonar y cómo le permite interactuar con los demás en su sistema social (31).

Teniendo en cuenta que la cultura se manifiesta en dos maneras; primero, la cultura provee de un contexto incuestionable dentro del cual tiene lugar la acción y la reacción individual, aun cuando la acción racional está sujeta a la definición cultural de qué es una meta significativa y cuáles son los medios a la mano, las reacciones emocionales están gobernadas por normas culturales que prescriben formas selectivas de emoción, tales como sentimientos apropiados de dolor, orgullo herido, o amor romántico y las reacciones determinadas culturalmente son incorporadas en la fisiología del organismo; y segundo, la cultura penetra en las actividades e instituciones sociales; en una disposición hacia la consistencia de la cultura, consistencia de percepción y estilo así como de valores(12).

Asimismo, los factores, sociales influyen sobre la conducta de una población, las personas no se enferman o abandonan tratamientos porque así lo quieren, si no que existan factores de riesgo asociados, que aumenten su vulnerabilidad. Sin embargo, la perspectiva del biologismo en la atención sanitaria que predomina en muchos sistemas de salud considera al paciente tuberculoso y su a familia como sujetos biológicos ‘vacíos culturalmente’, subestimando el valor que significa este conocimiento para hacer más efectivo el programa de control(14).

Desde el punto de vista social no puede dejarse de reconocer que los problemas de desorganización individual y familiar pueden incrementarse conforme avanza la pobreza, aumentando los niveles de ausentismo escolar, alcoholismo, drogadicción y delincuencia; esta condición, sumada a la carencia de habilidades y falta de educación, hace que se reduzca la posibilidad a los pacientes con tuberculosis pulmonar de obtener empleo. La marginalidad de este tipo de familias representa serios problemas para su salud y la salud colectiva en los pacientes(11).

Siendo la familia el ambiente más cercano en donde el paciente con tuberculosis pulmonar recibe apoyo, si hay desintegración y se margina a la persona enferma, se le hace sentir inútil y culpable, el paciente enfermo se sentirá rechazado y no

tendrá motivación para continuar el tratamiento. La importancia del contexto social es más evidente cuando interviene la pobreza. Las condiciones son otras, porque los jefes de familia deben preocuparse más por llevar el sustento diario al hogar, en algunos casos, son las madres las que deben cumplir ambos papeles. Muchas veces estas personas no disponen de tiempo para preocuparse por los detalles importantes de la salud, no habiendo recibido ni tenido la oportunidad de recibir la educación correspondiente, No cabe duda de que estas condiciones pueden presionar al paciente a abandonar definitivamente o no adherirse por momentos al tratamiento. Estas condiciones escapan casi absolutamente a las posibilidades de control que tiene el paciente, la familia y desde luego los propios servicios de salud. Se convierte así en una evidencia muy clara de la responsabilidad colectiva de la sociedad en el control del problema de salud (32).

Podemos referir que el apoyo familiar es un factor importante que influye en la adherencia, incentivo para que el paciente se hiciera responsable con los medicamentos, sobre todo en los casos en que el padre contagió a alguno de sus hijos o nietos. Pero también influye de forma negativa, cuando la familia o el equipo de salud aíslan al paciente y lo estigmatiza. Todo ello se refiere a formas cotidianas de vivir que se aplican para las distintas esferas o áreas de funcionamiento del campo vital de una persona, satisfaciendo adecuadamente sus propias necesidades y optimizando su calidad de vida.

Existe una asociación íntima de la tuberculosis con los determinantes sociales generados por las diversas dinámicas sociales y económicas en el desarrollo de los países. Esa asociación determina una gran inequidad entre y dentro de las naciones por el incremento de la pobreza, la exclusión social y la discriminación(33)

Estos factores predisponen a las poblaciones más desfavorecidas no solo a padecer tuberculosis, sino que también cierran las barreras de acceso a la atención de salud de calidad. El cumplimiento terapéutico de los pacientes con Tuberculosis es uno de los pilares en los que se basan los programas de control de la enfermedad. La curación de los enfermos, y con ello la eliminación de la posibilidad de transmisión de la enfermedad a terceros, atribuye a que el paciente siga el



tratamiento tomando la medicación de manera correcta durante todo el tiempo prescrito(34).

Si bien es imposible predecir si un enfermo concreto va a ser cumplidor con las tomas de medicamentos, existen estudios que han buscado factores predictivos de riesgo de no cumplimiento al tratamiento. Los pacientes con aislamiento social y los inmigrantes presentan en estos estudios mayores tasas de abandono de la medicación antituberculosa. Sobre este grupo de pacientes se debe centrar los esfuerzos de los programas de control de la enfermedad, de manera que se procure en ellos el cumplimiento terapéutico con distintas medidas, como el cumplimiento de la toma de la medicación mediante la observación directa de la ingesta de fármacos por parte de personal específicamente preparado y capacitado para ello(17)

El abandono del tratamiento antituberculoso es la principal limitación para lograr la cura de esta enfermedad. Además de que imposibilita la curación, el abandono, guarda una relación estrecha con una pronta recaída y, no obstante ser una causa reversible, constituye el mayor factor determinante del fracaso terapéutico. Es también un antecedente común en pacientes que mueren de tuberculosis. De igual forma, el abandono del tratamiento es uno de los factores más importantes que condicionan la aparición de cepas resistentes y es un factor que determina la transmisión prolongada de *M. tuberculosis*. Lo anterior se traduce en un aumento en la incidencia y mortalidad por esta enfermedad. (17)

La enfermería desde sus inicios se ha considerado como el resultado social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando éstas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen de ellas, la cantidad y calidad de cuidados sean reales o potenciales del individuo, familia y comunidad.

Las teorías y modelos conceptuales existen desde Florence Nightingale, desde que expresó sus ideas acerca de la enfermería. Actualmente cada profesional de enfermería tiene su propia visión sobre la enfermería que influye en las decisiones a tomar para satisfacer las necesidades de cada ser humano. Cabe recalcar que los profesionales de enfermería no pueden utilizar los modelos y teorías en todas las

situaciones, sino la que responda a la necesidad de ayudar a las personas. Los modelos y teoría de enfermería se utilizan para guiar y facilitar las acciones de cada enfermero.

Dentro de las clasificaciones para el estudio de diferentes teorías y modelos, se encuentran los modelos de sustitución o ayuda, donde el papel clave de la enfermera es complementario o ayudar a llevar a cabo acciones que la persona no puede realizar sola, uno de los representantes más importantes de esta tendencia es la teorista Dorothea Orem, estableciendo la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres subteorías relacionadas(35): La teoría del Autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería Dorothea Orem desarrolla su trabajo en colaboración solitaria con algunos colegas que le permitieron desarrollar la teoría del déficit de autocuidado; Aunque no acepta la influencia directa de ninguna fuente teórica en su trabajo, cita el trabajo de muchos autores que contribuyeron a la base teórica de la enfermería, como Abdellah, Henderson et al(36). En su teoría, el individuo es abordado de forma integral, con el fin de emplazar la atención básica como el centro de la ayuda al ser humano para vivir feliz más tiempo, o sea, para mejorar su calidad de vida. De la misma manera, la enfermería conceptual como el arte de actuar por la persona discapacitada, ayudando a actuar y/o suministrando apoyo para aprender a actuar por su cuenta, con el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de auto-cuidado para conservar la salud y la vida , recuperarse de la enfermedad y/o enfrentar las consecuencias de tal enfermedad, incluyendo la competencia de su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde deben respetar la dignidad humana, la práctica de la tolerancia , cumpliendo con el principio de consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo al paciente participar en la planificación y ejecución de su propia atención sanitaria, si tuviera la capacidad de hacerlo, tomando en cuenta los avances científico-técnicos que proporcionan el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, los códigos ético-legales y morales que desarrollan la profesión(37).

Dorotea Orem definió los siguientes meta-conceptos paradigmáticos (38): **persona:** concibe al ser humano como un cuerpo biológico, racional y de pensamiento. Como una integral dinámica con la capacidad de conocerse, utilizar ideas, palabras y símbolos para pensar, comunicar y orientar sus esfuerzos, la capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y eventos colaterales para llevar a cabo acciones de Dependiente del Self-Care.

**Salud:** la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus diferentes componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; Ausencia de un defecto que implique el deterioro de la persona; Desarrollo progresivo e integrado del ser humano como unidad individual, acercándose a niveles cada vez más altos de integración. Por lo tanto, él considera que es la percepción del bienestar de una persona.

**Enfermería:** servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidar de sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por lo tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos de asistencia directa en su propio cuidado, de acuerdo a sus necesidades, debido a las deficiencias que se dan por sus situaciones personales. Aunque no define el **entorno** como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen en la decisión de la persona de entablar el autocuidado o su capacidad para ejercerlo.

Orem argumenta que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y se ve afectada por las creencias, la cultura, los hábitos y las costumbres de la familia y la sociedad. La edad, el desarrollo y el estado de salud pueden además afectar la capacidad del individuo para realizar sus propias actividades. Para alcanzar el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos básicos y comunes, según la teorista, identifica tres categorías de requisitos del autocuidado para el desarrollo de la actividad de enfermería teniendo en cuenta que estos requisitos de la autocuidado formulados y expresados simbolizan los objetos formalizados en el cuidado. Estas son las razones por las que se utiliza el Autocuidado, expresando los resultados deseados(39).

1. Universales: son aquellos que requieren que todos los individuos conserven y mantengan su funcionamiento integral como persona e incluyan la conservación del aire, agua, alimento, eliminación, actividad y reposo, soledad e interacción social, evitando Riesgos y la promoción de la actividad humana.

2. Atención al desarrollo personal: surgen como consecuencia de procesos o Estados que afectan al desarrollo humano.

3. Cuidado personal de los trastornos de salud: Estos incluyen los derivados del trauma, la discapacidad, el diagnóstico y el tratamiento médico e implica la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida. Con la aplicación de esta categoría el cuidado es intencional, iniciado por la propia persona, siendo eficaz y fomenta la independencia.

Teoría del auto déficit esta teoría es el núcleo del modelo Orem, fundamenta que las personas están sujetas a limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que están incapacitadas para la auto atención continua, o que hacen el autocuidado ineficaz o incompleto. Hay un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no quiere emprender las acciones necesarias para satisfacer las demandas de autocuidado. La existencia de un déficit de autoservicio es la condición que legitima la necesidad de atención de enfermería. Las personas que son limitadas o discapacitadas para cubrir su ser son los pacientes legítimos de las enfermeras. Las enfermeras determinan qué requisitos son requeridos por el paciente, seleccionan las maneras apropiadas de cubrirlos y determinan el curso de acción apropiado, evalúan las habilidades y las capacidades del paciente para cubrir sus necesidades, y el potencial de Paciente desarrolle las habilidades necesarias para la acción(40).

Cuando hay un déficit de autocuidado, las enfermeras pueden compensarlo a través del sistema de enfermería, que puede ser: apoyo totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y educativo. El tipo de sistema informa sobre el grado de participación del individuo para realizar el autocuidado, para regular o para rechazar la atención terapéutica. Una persona o grupo puede pasar de un sistema

de enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo. Teoría de los sistemas de enfermería(41)

Sistema parcialmente compensatorio: cuando el individuo presenta ciertas necesidades de auto-cuidado por parte de la enfermera, ya sea por razones de limitación o incapacidad, por lo tanto, el paciente y la enfermera interactúan para cubrir las necesidades de Autocuidado en dependencia de la condición del paciente, las limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentarse, pero dependen de la enfermera: ir al baño, bañarse o vestirse.

Sistema completamente compensatorio: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad propia, implica una dependencia total

Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el cuidado personal; Por lo tanto, la enfermera ayuda al paciente con el asesoramiento, el apoyo y las enseñanzas de las medidas necesarias para que el individuo pueda realizar el auto-cuidado.

## **2.2 Hipótesis**

Ha: Existe asociación estadística significativa entre los factores socioculturales y el éxito o abandono al tratamiento de tuberculosis.

Ho: No existe asociación estadística significativa entre los factores socioculturales y el éxito o abandono al tratamiento de tuberculosis.

## **2.3 Objetivos**

### **2.3.1 General**

Determinar si existe asociación estadística significativa (empíricamente) entre los factores socioculturales y el éxito o abandono al tratamiento de Tuberculosis.

### **2.3.2 Específicos**

Determinar los factores socioculturales relacionados al éxito o abandono al tratamiento de tuberculosis

Determinar el éxito o abandono al tratamiento de tuberculosis.

Determinar si existe asociación estadística significativa (empíricamente) entre las dimensiones de los factores socioculturales y el éxito o abandono al Tratamiento de Tuberculosis

### **III. Metodología**

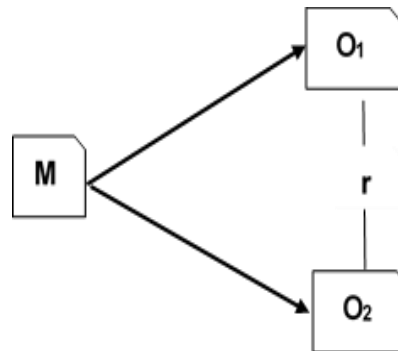
#### **3.1 El tipo y el nivel de la investigación**

La presente investigación es empírica cuantitativa, la investigación empírica es un modelo de investigación científica, que se basa en la lógica empírica que junto a la observación de fenómenos cuantificables numéricamente y su análisis estadístico, es el más usado en el campo de las ciencias sociales y en las ciencias naturales(42), Su aporte al proceso de investigación es resultado fundamentalmente de la experiencia. Estos métodos posibilitan revelar las relaciones esenciales y las características fundamentales del objeto de estudio, accesibles a la detección sensorial, a través de procedimientos prácticos con el objeto y diversos medios de estudio. Su utilidad destaca en la entrada en campos inexplorados o en aquellos en los que destaca el estudio descriptivo.

El enfoque de investigación es aplicado, La investigación científica aplicada se propone transformar el conocimiento 'puro' en conocimiento útil. Tiene por finalidad la búsqueda y consolidación del saber y la aplicación de los conocimientos para el enriquecimiento del acervo cultural y científico, en el caso particular de nuestra investigación, aplica el conocimiento de las ciencias puras (bases teóricas) en casos particulares, generando antecedentes de aplicación de estos(43). El nivel de investigación del presente proyecto es descriptivo. La Investigación descriptiva, también conocida como la investigación estadística, porque estudia sus variables en poblaciones y por tanto su descripción requiere de herramientas estadísticas.

### 3.2 Diseño de la investigación

El diseño utilizado en este estudio fue descriptivo Correlacional. (44) porque se demostrará la asociación estadística entre los factores socioculturales con el éxito y/o abandono en la población de estudio.



Donde:

M = Muestra

O<sub>1</sub> = Los factores socioculturales

O<sub>2</sub> = Éxito o Abandono al tratamiento de tuberculosis

r = asociación entre variables

### 3.3. Población - muestra

La población muestra estuvo conformada por todos los pacientes registrados en el Libro de Seguimiento y Control de Tuberculosis correspondiente al Centro de Salud Wichanza, del Distrito de La Esperanza desde enero 2017 a marzo 2018 que fueron 23 pacientes.

#### **Unidad de análisis.**

Paciente que se registró en el libro de seguimiento y control de tuberculosis en el Centro de Salud Winchanza.



**Los criterios de inclusión:**

- Pacientes registrados en el libro de la Estrategia de Prevención y Control de Tuberculosis del C.S. Wichanza, mayores de 15 años.
- Pacientes con diagnóstico de Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar registrados en el libro de la Estrategia de Prevención y Control de Tuberculosis del C.S. Wichanza
- Pacientes con diagnóstico en el establecimiento y derivados de otro efector registrados en el libro de la Estrategia de Prevención y Control de Tuberculosis del C.S. Wichanza

**Los criterios de exclusión:**

- Pacientes que tengan algún trastorno mental.
- Pacientes que presenten problemas de comunicación.

### 3.4 Definición y operacionalización de las variables y los indicadores

<b>VARIABLES</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala</b>
<b>INDEPENDIENTE</b>  FACTORES SOCIOCULTURALES	Proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de la persona teniendo que ver exclusivamente con las realizaciones de la persona que puedan servir tanto para organizar la vida comunitaria como para darle significado a la misma(45)	Categoría alcanzada en el instrumento  Baja influencia Mediana influencia Alta influencia	Convivencia	Incapacidad para hacer vida social Marginación en la familia Es percibido como amenaza	<b>Ordinal</b>  <b>Liket</b>
			Interrelación	Influencia en autoimagen Sentimiento de marginación Marginación social Incapacidad para relacionarse	
			Riesgo social	Reacciones en contra Percepción de temor a contagio Peligro de salud social	
<b>VARIABLES</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala</b>
<b>DEPENDIENTE</b>  <b>Éxito o abandono al tratamiento TBC</b>	Abandono es la interrupción del tratamiento contra la tuberculosis durante 30 días o mas  Éxito es la curación de los pacientes al concluir con un tratamiento prescrito según esquema	Resultado de libro de seguimiento de pacientes TBC	Es el resultado de la observación en ficha de seguimiento de Tratamiento de tuberculosis	ÉXITO al tratamiento de tuberculosis  ABANDONO al tratamiento de tuberculosis	Nominal

### **3.5. Técnicas e instrumentos**

#### **3.5.1 Técnicas**

Encuesta

Observación

#### **3.5.2 Instrumentos**

- Para la variable factores socioculturales  
Cuestionario de factores socioculturales de adherencia a enfermedad estigmatizante desarrollado por Hudelson (31).
  
- Para la variable Éxito o abandono al tratamiento TBC  
Ficha de observación de adherencia al tratamiento.

### **3.6. Plan de análisis**

#### **Análisis estadístico descriptivo.**

Los resultados de los instrumentos se trasladarán a una base de datos donde cada participante será un registro (fila) y los valores de los indicadores en los instrumentos para ambas variables constituirán las columnas, donde se totalizarán por dimensión y variable, pudiendo a través del software (MS Excel) el mismo que permite manipular estadísticamente en forma descriptiva las variables.

El análisis descriptivo cualitativo se usará para describir las variables de estudio en la muestra y se utilizará:

- Medidas de tendencia central para determinar el promedio y dispersión de este en los casos de predicción tanto utilizando el índice de pulsatilidad en el grupo de experimental y con los métodos convencionales en el grupo de control.
- Medidas de frecuencia.

### **Análisis estadístico inferencial**

Para la demostración de la hipótesis se aplicará la estadística inferencial. Los datos calculados de la variable y sus dimensiones obtenidos del análisis descriptivo son trasladados al software SPSS, en donde se los someterá a la prueba estadística para confirmar la hipótesis de investigación.

Por ser las variables ordinales, se utilizará el estadístico Chi Cuadrado para muestras independientes.

### 3.7. Matriz de consistencia

#### **FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS AL ÉXITO O ABANDONO AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS WICHANZAO- LA ESPERANZA-2018**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	Dimensiones	Indicadores	Escala
<b>PROBLEMA GENERAL</b> ¿En qué medida los factores socioculturales están relacionados al éxito o abandono al tratamiento de tuberculosis Wichanza- La Esperanza 2018?	<b>OBJETIVO GENERAL</b> Determinar si los factores socioculturales están relacionados al éxito y/o abandono del tratamiento de tuberculosis Wichanza- La Esperanza 2018.  <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> -Determinar los factores socioculturales relacionados al éxito abandono - Determinar el éxito o abandono al tratamiento de tuberculosis Wichanza- La Esperanza 2018 -Determinar si existe asociación estadística significativa (empíricamente) entre las dimensiones de los factores socioculturales y el éxito o abandono al Tratamiento de Tuberculosis	<b>HIPÓTESIS GENERAL</b>  Los factores socioculturales están relacionados al éxito y/o abandono del tratamiento de tuberculosis Wichanza- La Esperanza 2018.	Factores socioculturales: proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de la persona teniendo que ver exclusivamente con las realizaciones de la persona que puedan servir tanto para organizar la vida comunitaria como para darle significado a la misma(45)	Convivencia	Incapacidad para hacer vida social Marginación en la familia Es percibido como amenaza	Ordinal
				Interrelación	Influencia en autoimagen Sentimiento de marginación Marginación social Incapacidad para relacionarse	
				Riesgo social	Reacciones en contra Percepción de temor a contagio Peligro de salud social	
			Éxito o abandono al tratamiento TBC  Abandono es la interrupción del tratamiento contra la tuberculosis durante 30 días o mas  Éxito es la curación de los pacientes al concluir con un tratamiento prescrito según esquema	Es el resultado de la observación en ficha de seguimiento de TTO		Nominal

### 3.8 Aspectos Éticos

Los aspectos éticos considerados en el presente trabajo estuvieron basados en la Declaración de Helsinki (46), siendo los que se aplicaron:

- El principio básico es el respeto por el individuo (Artículo 8): llevado a cabo con la solicitud de la autora de la autorización del jefe del establecimiento para la ejecución de la investigación
- Derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación, se llevó a cabo el presente principio a través de la solicitud de permiso a cada paciente para la ejecución del cuestionario.
- El bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), considerando siempre el principio de Beneficencia, se llevó a cabo a través del buen trato y la inclusión en la entrevista a cada paciente.
- La investigación se debe basar en un conocimiento cuidadoso del campo científico (Artículo 11), una cuidadosa evaluación de los riesgos y beneficios (Artículos 16 y 17), es decir principio de NO maleficencia en los pacientes y familias considerando el anonimato de la información obtenida.

## IV. Resultados

### 4.1 Resultados

#### 4.1.1 Con respecto a la determinación de los factores socioculturales relacionados al éxito o abandono al tratamiento de tuberculosis

TABLA N° 01

*Nivel de influencia de los factores socioculturales relacionados al éxito abandono*

Categoría	Dimensión Convivencia		Dimensión Interrelación		Dimensión Riesgo Social		Factores Socioculturales	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Baja influencia	5	21.7%	5	21.7%	5	21.7%	5	21.7%
Media influencia	14	60.9%	7	30.4%	8	34.8%	8	34.8%
Alta influencia	4	17.4%	11	47.8%	10	43.5%	10	43.5%
Total	23	100.0%	23	100.0%	23	100.0%	23	100.0%

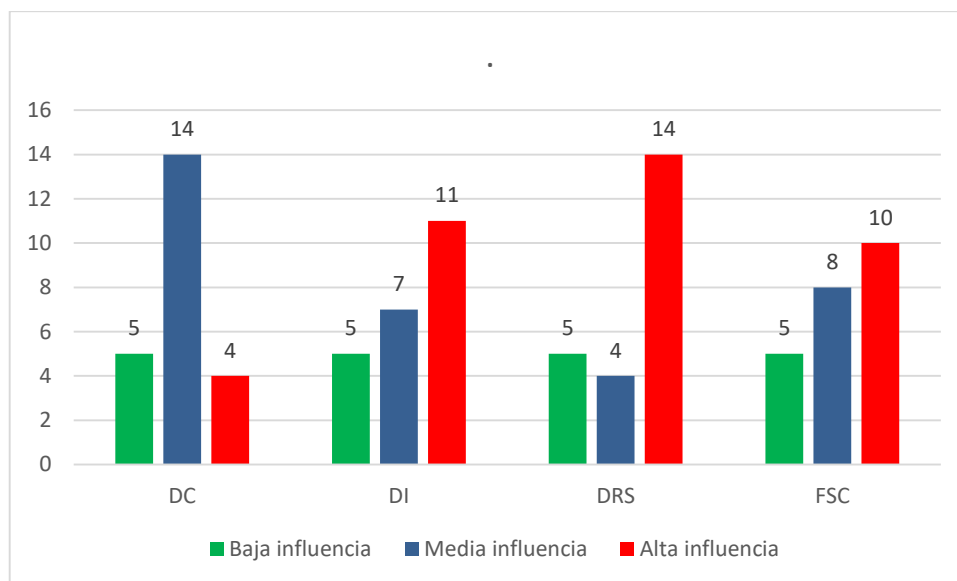
Fuente: Encuesta realizada

Los resultados respecto a los factores socioculturales muestran que estos presentan baja influencia en un 21.7% (5 participantes), media influencia 34.8% (8 participantes) y 43.5% (10 participantes).

Con respecto a las dimensiones, en la dimensión convivencia, presenta baja influencia en un 21.7% (5 participantes), media influencia 60.9 % (14 participantes) y 17.4 % (4 participantes). en la dimensión interrelación, presenta baja influencia en un 21.7% (5 participantes), media influencia 30.4 % (7 participantes) y 47.8 % (11 participantes). en la dimensión riesgo social, presenta baja influencia en un 21.7% (5 participantes), media influencia 30.8 % (8 participantes) y 43.5% (10 participantes). Estos resultados se aprecian en la figura

## GRAFICO N° 01

*Determinación de los factores socioculturales relacionados al éxito o abandono al tratamiento de tuberculosis*



Fuente Tabla 1

### 4.1.2 Con respecto a la determinación del éxito o abandono al tratamiento de tuberculosis Wichanza- La Esperanza 2018

#### TABLA N° 02

*Determinación de pacientes con éxito o abandono al tratamiento de Tuberculosis*

Categoría	F	%
abandono	1	4.3%
Éxito	22	95.6%
Total	23	100.00%

Fuente: Observación realizada CS Winchianza

Con respecto al éxito o abandono al tratamiento de tuberculosis en la población estudiada, un 4.3% (1 participante) estuvieron en abandono al tratamiento, mientras que un 95.6 % (23 participantes) presentaron éxito. El porcentaje de abandono en la población en estudio refleja la estadística aceptada por la OMS donde se espera que hasta el 5% de pacientes ingresados al registro de paciente en tratamiento con



tuberculosis, ya que considera que cuando el porcentaje de abandono supera el 5% este problema es atribuible al sistema sanitario y amerita una investigación, la cual debería ser materia de una nueva investigación.

#### **4.1.3 Con respecto a la determinación si existe asociación estadística significativa (empíricamente) entre los factores socioculturales y el éxito o abandono al tratamiento de tuberculosis**

Para demostrar empíricamente si existe relación entre los factores socioculturales y el éxito o abandono al tratamiento de tuberculosis, la herramienta usada para validar y descartar coincidencias, casualidades es la inferencia estadística y someter a los datos a esta herramienta que determina con un nivel de confiabilidad determinado la existencia de asociación entre estas variables, por lo que se procederá a someter los datos de la variable factores socioculturales y el éxito o abandono al tratamiento y posteriormente las dimensiones de la variable factores socioculturales y la variable éxito o abandono al tratamiento de tuberculosis. A continuación, se detalla.

##### **4.1.3.1 Respecto a la relación entre las variables**

###### **Hipótesis Estadística**

Ha: Existe asociación estadística significativa entre los factores socioculturales y el éxito o abandono al tratamiento de Tuberculosis

Ho: NO existe asociación estadística significativa entre los factores socioculturales y el éxito o abandono al tratamiento de Tuberculosis

###### **Estadístico de contraste**

Por ser la cantidad pequeña ( $n < 30$ ) y la escala de las variables ordinal y nominal corresponde a la prueba de Chi Cuadrado con un nivel de confiabilidad del 95%

## Resultado

TABLA N° 03

*Asociación estadística entre los factores socioculturales y el éxito o abandono al tratamiento de Tuberculosis*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,573	2	,014
Razón de verosimilitud	10,743	2	,005
Asociación lineal por lineal	8,008	1	,005
N de casos válidos	23		

### Conclusión estadística

Dado que p valor es menor que 0.05 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, es decir “Existe asociación estadística significativa entre los factores socioculturales y el éxito o abandono al tratamiento de Tuberculosis”

#### 4.1.3.2 Respecto a la relación entre la dimensión convivencia y el éxito o abandono

##### Hipótesis Estadística

Ha: Existe asociación estadística significativa entre la dimensión convivencia y el éxito o abandono al tratamiento de Tuberculosis

Ho: NO existe asociación estadística significativa entre la dimensión convivencia y el éxito o abandono al tratamiento de Tuberculosis

##### Estadístico de contraste

Por ser la cantidad pequeña ( $n < 30$ ) y la escala de las variables ordinal y nominal corresponde a la prueba de Chi Cuadrado con un nivel de confiabilidad del 95%

## Resultado

TABLA N° 04

*Asociación estadística entre la dimensión convivencia y el éxito o abandono al Tratamiento de Tuberculosis*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,260 <sup>a</sup>	2	,010
Razón de verosimilitud	12,720	2	,002
Asociación lineal por lineal	8,751	1	,003
N de casos válidos	23		

### Conclusión estadística

Dado que p valor es menor que 0.05 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, es decir “Existe asociación estadística significativa entre la dimensión convivencia y el éxito o abandono al tratamiento de Tuberculosis”

#### 4.1.3.3 Respecto a la relación entre la dimensión interrelación y el éxito o abandono

##### Hipótesis Estadística

Ha: Existe asociación estadística significativa entre la dimensión interrelación y el éxito o abandono al tratamiento de Tuberculosis

Ho: NO existe asociación estadística significativa entre la dimensión interrelación y el éxito o abandono al tratamiento de Tuberculosis

##### Estadístico de contraste

Por ser la cantidad pequeña ( $n < 30$ ) y la escala de las variables ordinal y nominal corresponde a la prueba de Chi Cuadrado con un nivel de confiabilidad del 95%

## Resultado

TABLA N° 05

*Asociación estadística entre la dimensión Interrelación y el éxito o abandono al Tratamiento de Tuberculosis*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,572 <sup>a</sup>	2	,008
Razón de verosimilitud	11,849	2	,003
Asociación lineal por lineal	9,149	1	,002
N de casos válidos	23		

### Conclusión estadística

Dado que p valor es menor que 0.05 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, es decir “Existe asociación estadística significativa entre la dimensión interrelación y el éxito o abandono al tratamiento de Tuberculosis”

#### 4.1.3.4 Respecto a la relación entre la dimensión riesgo social y el éxito o abandono al tratamiento de tuberculosis

##### Hipótesis Estadística

Ha: Existe asociación estadística significativa entre la dimensión riesgo social y el éxito o abandono al tratamiento de Tuberculosis

Ho: NO existe asociación estadística significativa entre la dimensión riesgo social y el éxito o abandono al tratamiento de Tuberculosis

### Estadístico de contraste

Por ser la cantidad pequeña ( $n < 30$ ) y la escala de las variables ordinal y nominal corresponde a la prueba de Chi Cuadrado con un nivel de confiabilidad del 95%

### Resultado

**TABLA N° 06**

***Asociación estadística entre la dimensión Riesgo Social y el éxito o abandono al Tratamiento de Tuberculosis***

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,542 <sup>a</sup>	2	,023
Razón de verosimilitud	9,545	2	,008
Asociación lineal por lineal	6,968	1	,008
N de casos válidos	23		

### Conclusión estadística

Dado que p valor es menor que 0.05 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, es decir “Existe asociación estadística significativa entre la dimensión riesgo social y el éxito o abandono al tratamiento de Tuberculosis”

## 4.2 Análisis de resultados

Los resultados muestran que los factores socioculturales tienen alta influencia 43.5 % casi la mitad, mientras que media influencia un 34.8%, es decir en casi un 75% tiene influencia en el éxito o abandono al tratamiento. Por otro lado, el abandono de tratamiento es de 4.3%, porcentaje aceptable según la OMS, considerando que cuando este supera el 5%, este es atribuible a un problema de sistema sanitario, es decir de acciones incluidas dentro del establecimiento de salud. Por otra parte, se demostró que los factores socioculturales están asociados al abandono del tratamiento al igual que sus dimensiones convivencia, interrelación y riesgo social.

Estos resultados guardan paralelo con los obtenidos por De Almeida(11) quien señala que uno de los aspectos culturales influyente es la estigmatización, producto de la ignorancia y los pre juicios, lo que es exacerbado por la pobreza, hacinamiento, el estrés de la vida difícil de los miembros, las penurias del trabajo, pues muchos de ellos ganan poco dinero, se trasladan a pie, su trabajo de esfuerzo físico, aspecto que afecta el pulmón enfermo. La estigmatización como factor sociocultural afecta no solo al paciente, sino a su familia, pues se presume que ellos también pueden estar contagiados, lo que puede afectar su trabajo, sus relaciones sociales que dan sostén a la vida del enfermo y sus parientes.

En esta misma línea de ideas, McArthur (12) señala que el hombre tiene mas incidencia y mas fracaso de tratamiento por las exigencias del trabajo, la necesidad de trabajar y la precariedad del trabajo (trabajos de esfuerzo físico y fatiga) determina que los varones tengan menos adherencia. Por otro lado, el autor señala una actitud favorable de esfuerzo y actitud de los afectados hacia el tratamiento pues su prioridad es evitar los síntomas, sobre todo la tos y flema.

Martínez et al (13) señala que los factores familiares (convivencia e interrelación) pueden jugar a favor o en contra, en familias unidas juegan a favor, mientras que en familias desunidas juegan en contra, esto es de particular importancia en la tercera edad, por otro lado, el diagnostico de tuberculosis es muchas veces causal de disfunción familiar y rechazo de sus parientes, en particular en los sectores azotados por la pobreza.

Los factores socioculturales no es solo de países de extrema pobreza, en Estados Unidos Courtwright(14) señala como principal factor sociocultural la estigmatización, a misma que tiene consecuencias socioeconómicas y aumenta con la presencia de los síntomas, que tras afectar la economía afecta el cumplimiento del tratamiento. Por otro lado, el cansancio típico y la inhabilitación del trabajo físico que exige mas esfuerzo del pulmón, y es inocultable en trabajos que exigen esfuerzo, vigilia. No obstante, buenos resultados ha llevado al hecho de aumentar la autoestima, y la promesa de que la adherencia al tratamiento eliminara los síntomas, y podrá la persona retomar su vida normal, por otra parte, consejo adecuado que mitigue el hacinamiento (como la ventilación e iluminación natural) mejora la convivencia, la interacción y el riesgo social dentro de la familia, siendo la orientación en la familia un arma eficaz contra la estigmatización, producto de patrones culturales vinculados a la ignorancia.

En Pakistán, Khan(15) señala los factores personales limitantes para el tratamiento, el rol de los servicios médicos (deficientes en su estudio) la lejanía de los servicios, y el costo hace percibir como incurable. En nuestro país, aunque es gratuito y en general en las grandes ciudades esta relativamente cerca como es el caso de Winchanzao donde se realizo este estudio, que es cerca y en general en Trujillo es relativamente cercano, a diferencia de otros países, por otro lado, las condiciones de pobreza del Perú, en particular de Winchanzao distrito de La Esperanza sector urbano marginal, guardan mucha distancia de la realidad de la India, Pakistán, Brasil. Este antecedente de Khan destaca es un factor muy importante, es la educación, esta elimina muchos prejuicios, temores y ayuda a organizarse a enfrentar la enfermedad, evitando que se llegue a una disfunción.

Estos resultados coinciden con los obtenidos en nuestro país por Anduaga et al(16) quien demostró mediante casos y controles que el bajo nivel de educación es un factor determinante en el abandono del tratamiento, esto en parte porque pocos años de estudio, significan poca interacción social y acceso a la cultura, mas bien implica circulo social pequeño, desconocimiento de instituciones, apego a creencias, tradiciones y a consultar dentro de su entorno, que generalmente es pobre e ignorante.

Con respecto al antecedente de Ortiz et al (18) destaca los factores de convivencia e interrelación como de impacto en la adherencia al tratamiento, por lo que propone como estrategia, que debe haber una intervención familiar en el entorno del paciente, esto redundaría en mejor autocuidado del paciente y bienestar y previsión en su entorno.

Es importante destacar que en nuestro estudio la dimensión convivencia es la que menos influencia ha tenido (solo un 14.7% tuvo alta influencia), mientras que la dimensión interrelación y riesgo social tuvieron altos índices de elevada influencia (47.8 y 43.5 respectivamente), esto en parte se debe a factores de enfermedad que limitan al paciente, elevado nivel de estigmatización, negatividad, egoísmo del entorno. Por otro lado, la amenaza en caso de vivir en entornos tucurizados muchas veces es casa compartida, o de parientes, donde el enfermo es la persona menos aportante a la casa y que más riesgo genera.

También es importante reconocer que las acciones del personal de salud especialmente enfermeros quienes tienen mayor contacto con los pacientes que reciben el tratamiento de tuberculosis deben estar dirigidas en su práctica fundamentada en teoría de enfermería como la de Dorothea Orem, quien en su teoría de Déficit del Autocuidado , describe y explica las causas que pueden atribuir a dicho déficit, considerando al afectado con tuberculosis quien afronta una triple experiencia: la propia patología, sus afectaciones personales y su entorno.



## V. Conclusiones y Recomendaciones

### 5.1 Conclusiones

Con respecto a los pacientes que acuden los factores socioculturales presentan alta influencia en un 43.5%, media influencia presenta un 34.8% y solo un 21.7% presentan baja influencia. Con respecto a las dimensiones de los factores culturales, la que menos incidencia tuvo fue la dimensión convivencia pues esta presento solo un 17.4% de alta influencia. La dimensión interrelación tuvo más alta influencia 47.8% seguido de factores socioculturales 43.5%.

Se demostró asociación estadística significativa con un nivel de confianza del 95% entre los factores socioculturales y el éxito abandono de tratamiento. Asimismo, se encontró asociación estadística significativa entre las 3 dimensiones de la variable factores socioculturales (convivencia, interrelación y riesgo social) con el éxito abandono al tratamiento.

La teoría de Dorothea Orem es un punto de partida que permite a los profesionales de enfermería brindar una atención de calidad en cualquier situación relacionada con el binomio salud – enfermedad, como en el caso de pacientes con tuberculosis. Este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos y definiciones para dirigir las acciones de enfermería relacionados al cuidado de la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermera que atiende a los paciente con tratamiento de tuberculosis.

## **5.2 Recomendaciones**

Se recomienda tomar medidas más allá de la prescripción de tratamiento y autocuidado, siendo adecuado implementar soporte para que el paciente maneje su interacción social y riesgo social y esto no incida en su abandono de tratamiento.

Es recomendable en pacientes que empiezan el abandono hacer una intervención familiar a fin de que mejore su soporte familiar e interrelación familiar.

En la medida de lo posible, una intervención psicológica sería muy adecuada, toda vez que es una enfermedad propia de una población vulnerable, frecuentemente con limitada autoestima, temor, actitud de ignorar el problema, por lo que un apoyo psicológico sería muy oportuno.

## Referencias Bibliográficas

1. OMS. Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015. Ginebra - Suiza; 2013.
2. Alarcon V, Alarcon E, Figueroa C, Mendoza A. Tuberculosis in Peru: epidemiological situation, progress and challenges for its control. *Med Exp Salud Publica*. 2017;34(2):299-310.
3. MINSA Perú. Principales causas de mortalidad por sexo Perú, año 2014 [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadísticas/mortalidad/macros.asp?00>
4. Congreso - Perú. Ley No 30287 Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú. Congreso de la República del Perú; 2015.
5. Wingfield T, Tovar MA, Huff D, Boccia D, Saunders MJ, Datta S. Beyond pills and tests: addressing the social determinants of tuberculosis. *Clin Med*. 16(6):79-91.
6. MINSA Perú. Carga de enfermedad en el Perú, estimación de los años de vida saludables perdidos 2012. Lima - Perú: 7. Ministerio de Salud -Dirección general de Epidemiología; 2012.
7. OMS. Informe mundial sobre la tuberculosis 2016 [Internet]. 2016. Disponible en: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/gtbr2016\\_executive\\_summary\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2016_executive_summary_es.pdf?ua=1)
8. Asalde C. Situación de la tuberculosis en el Perú. Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis del Ministerio de Salud (MINSA). *Acta Méd Perú*. 2013;25(3).
9. Fontalvo D, Gómez D, Gómez R. Análisis de la política para el control de la tuberculosis en Colombia. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2014;31(4):775-80.
10. Arrossi, S, Herrero M, Greco, A, Ramos, S. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis: Revisión de la literatura. Buenos Aires - Argentina: CEDES - CONICET; 2011.

11. De Almeida Crispim, Juliane. Adaptação cultural para o Brasil da escala Tuberculosis-related stigma. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016;21(7). Disponible en: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232016000702233&script=sci\\_abstract&tlng=es](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232016000702233&script=sci_abstract&tlng=es)
12. McArthur, Evonne, Bali, Surya, Khan, Azim A. Socio-cultural and Knowledge-Based Barriers to Tuberculosis Diagnosis for Women in Bhopal, India. *Indian J Community Med.* 2016;41(1):62-4.
13. Martínez Hernández, Yaneth Odalis, et al. Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar. *Aten Fam.* 2014;21(2):47-9.
14. Courtwright, Andrew, Turner, Abigail Norris. Tuberculosis and Stigmatization: Pathways and Interventions. *Public Health Rep* [Internet]. 2010;124(sup 4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2882973/>
15. Khan, Amir, et al. Tuberculosis in Pakistan: socio-cultural constraints and opportunities in treatment. *Soc Sci Med.* 2000;50(2):247-54.
16. Anduaga Beramendi, Alexander. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. 2016;33(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172016000100005](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000100005)
17. Girón Luciano, Sonia Avelina. Autocuidado en el adulto multidrogo resistente en tuberculosis pulmonar y actitud del cuidador familiar. *Crescendo Cienc Salud.* 2014;1(2).
18. Ortiz Faucheux, Ricardo Ernesto, et al. Adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis en el centro de salud Ciudad Nueva, Tacna – 2016. *Rev Médica Basadrina.* 2017;2:26-9.
19. Kasper, Denis, et al. *Harrison Principios de Medicina Interna 19 Edición.* Mexico: McGrawHill; 2016.

20. MINSA Perú. Analisis de la situación epidemiologica de la tuberculosis en el Perú, 2015 [Internet]. Lima - Perú: MINSA -Perú; 2016. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3446.pdf>
21. Pauro Deza, Heise Guadalupe, Parillo Parillo, Reyna Vilma. Factores personales, sociales y económicos que influyen en la prevalencia de tuberculosis pulmonar [Internet] [Tesis de maestria]. [Juliaca - Perú]: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2013. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/164761625/Factores-Personales-Sociales-y-Economicos-Que-Influyen-Prevalencia-Tuberculosis-Pulmonar>
22. Arciniega Gutiérrez, Estrellita, Cajamarca Viñán, César Elías. Actitudes del personal de salud de instituciones del Ministerio de Salud Pública sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de tuberculosis pulmonar en la ciudad de Loja. [Internet]. [Loja - Ecuador]: Universidad Nacional de Loja; 2015. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/11595>
23. Castellanos, M, García, M, Avena, M. Manual de Procedimientos en Tuberculosis para Personal de Enfermería [Internet]. MINSA - México; 2015. Disponible en: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/descargas/pdf/ManualEnfermeria2015.pdf>.
24. MINSA - México. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. México; 2015. (Guía de prácticas clínicas en el SNS).
25. García Ramos, R, et al. Tratamiento actual de la tuberculosis. An Med Interna [Internet]. 2003;20(2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0212-71992003000200011](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0212-71992003000200011)
26. MINSA Perú. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. Lima - Perú: Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas.; 2013.
27. Toman K. Tuberculosis: Detección de casos, Tratamiento Y Vigilancia. Preguntas Y Respuestas. Pan American Health Org; 2013.

28. OPS. Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015. Organización Panamericana de la Salud.; 2006.
29. Rodríguez E, Mondragón C. Adherencia a la terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un centro de salud de Santiago de Cali. Rev Colomb Cienc Quím Farm. 2014;43(01).
30. Rubel, A.J., Garro, L.C. Social and cultural factors in the successful control of tuberculosis. Public Health Rep. 1992;107(6):626-36.
31. Hudelson, P. Gender differentials in tuberculosis: The role of socio-economic and cultural factors. Tuberculosis. 1996;77(5):391-400.
32. Achaca Palomino, Raquel. Significado de ser enfermo de tuberculosis pulmonar para los adolescentes que acuden a la Micro Red «El Agustino»: agosto-diciembre, 2008 [Internet]. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/504>
33. Burquez Hernández, Genoveva. Conocimientos sobre medidas preventivas y creencias sobre la TBC que tienen los usuarios de la consulta externa en el Centro de salud El Pino [Internet]. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006. Disponible en: <http://sisbib-03.unmsm.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=1810>
34. Ramírez Carrascal, Henry. Las representaciones sociales del paciente multidrogo-resistente frente a la tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja. [Lima - Perú]; 2002.
35. Prado Solar Liana Alicia, González Reguera Maricela, Paz Gómez Noelvis, Karelia Romero Borges. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2014;36(6). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004)
36. Taylor SG. Modelos y teoría en enfermería. En: Dorothea E Orem, teoría del déficit de autocuidado. España: Elsevier; 2007.

37. Pereda Acosta M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. 2011;10(3):163-7.
38. Sánchez G. Dorothea E. Orem aproximación a su teoría. Rol Enferm. 22(4):309-11.
39. Marcos Espino MP, Tizón Bouza E. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. Gerokomos. 24(4).
40. Taylor SG. Defining clinical populations from self-care deficit theory (SCDT) perspective. En: Papers presented at the Fifth Annual Self-Care Deficit Theory Conference presented by School of Nursing. St Louis: University of Missouri-Columbia; 2010.
41. Taylor SG, Compton A, Donohue Eben J, Emerson S, et al. Modelos y teorías en enfermería. En: Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem. España: Ediciones Harcourt; 2000.
42. Radrigan R., Marisa. Metodología de la Investigación. México: Alianza; 2005.
43. Grawits, M. Metodos y técnicas de las ciencias sociales. Barcelona, España: Hispanoamericana; 1975.
44. Hernández, Fernández, Baptista. Metodología de la investigación. 11 va. México: McGrawHill; 2009.
45. CVC. Competencia socio cultural [Internet]. Centro Virtual Cervantes. 1997. Disponible en: [https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca\\_ele/diccio\\_ele/diccionario/competenciasociocultural.htm](https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/competenciasociocultural.htm)
46. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humano [Internet]. s/f. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

**Anexos 01: Cuestionario de factores socioculturales de adherencia a enfermedad estigmatizante desarrollado por Hudelson (25) adaptado por la autora.**



**FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS AL EXITO Y/O ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS WICHANZAO- LA ESPERANZA-2018**

Estimado participante, la presente encuesta es ANONIMA, CONFIDENCIAL, con finalidad exclusivamente académica, que servirá para mejorar la atención a los enfermos con tuberculosis.

A continuación encontraras una serie de enunciados marca la respuesta que más se ajuste a tu vivir diario durante el tratamiento.

Nunca

Circunstancialmente

Regularmente

Agresivamente

	Nunca	Circunstan cialmente	Regular mente	Agresiva mente
Me siento cansado y se me hace difícil las relaciones sociales				
Incomodo a la familia por mi enfermedad				
Noto que la familia se ha distanciado por esta enfermedad				
En mi familia tienen temor al contagio				
Hay aislamiento de mis utensilios de comida				
Hay aislamiento de mi ropa y mis efectos personales				
Siento que la gente le causo temor				
Tengo miedo contagiar a las personas				
En mi familia me evitan				
En mi trabajo se incomodan				
Los vecinos susurran negativamente de mi				
La enfermedad hace que se distancien las personas de mi				
Me siento disminuido frente a los demás, anímicamente				
Mis familiares no quieren que este con ellos,				
En mi trabajo, no desean que este con ellos por temor o asco				
En mi barrio la gente me ofende con su lenguaje no verbal				
La gente piensa que se va a contagiar				
Las personas que me rodean repudian la TBC				
Las personas evitan lo que toco, por donde me siento, evita que hable				
La gente actúa como si los contagiara				
Las personas sienten que están en peligro por mi presencia				



## Ficha técnica

### Cuestionario de factores socioculturales de adherencia a enfermedad estigmatizante desarrollado por Hudelson (25) .

Dimensiones	Indicadores	Ítems
Convivencia	Incapacidad para hacer vida social	Me siento cansado y se me hace difícil las relaciones sociales
	Marginación en la familia	Incomodo a la familia por mi enfermedad Noto que la familia se ha distanciado por esta enfermedad
	Es percibido como amenaza	En mi familia tienen temor al contagio Hay aislamiento de mis utensilios de comida Hay aislamiento de mi ropa y mis efectos personales
Interrelación	Influencia en autoimagen	Siento que la gente le causo temor  Tengo miedo contagiar a las personas
	Sentimiento de marginación Marginación social	En mi familia me evitan En mi trabajo se incomodan Los vecinos susurran negativamente de mi
	Incapacidad para relacionarse	La enfermedad hace que se distancien las personas de mi Me siento disminuido frente a los demás, anímicamente
Riesgo social	Reacciones en contra	Mis familiares no quieren que este con ellos, En mi trabajo, no desean que este con ellos por temor o asco En mi barrio la gente me ofende con su lenguaje no verbal
	Percepción de temor a contagio	La gente piensa que se va a contagiar Las personas que me rodean repudian la TBC Las personas evitan lo que toco, por donde me siento, evita que hable
	Peligro de salud social	La gente actúa como si los contagiara  Las personas sienten que están en peligro por mi presencia

### Escala por ítem

Nunca	:	0
Circunstancialmente	:	1
Regularmente	:	2
Agresivamente	:	3

### Escala por dimensión

Dimensiones	Indicadores	Ítems indicador	Items dimensión	Rango		Rango variable
				Min	max	
Convivencia	Incapacidad para hacer vida social	1	6	0	18	0-60
	Marginación en la familia	2				
	Es percibido como amenaza	3				
Interrelación	Influencia en autoimagen	2	6	0	18	
	Sentimiento de marginación	3				
	Marginación social	1				
Riesgo social	Incapacidad para relacionarse	1	8	0	24	
	Reacciones en contra	3				
	Percepción de temor a contagio	3				
	Peligro de salud social	2				
	Total		20			

### Categorías por dimensión

<b>Dimensiones</b>	<b>Rango Min---max</b>		<b>Categoria por dimensión</b>
Convivencia	0	18	Baja influencia 0-6 Medio influencia 7-12 Alto influencia 13-18
Interrelación	0	18	
Riesgo social	0	24	Baja influencia 0-8 Medio influencia 9-16 Alto influencia 17-24

### Categorías por Variable

<b>Dimensiones</b>	<b>Rango Min---max</b>		<b>Categoria por dimensión</b>
Factores socioculturales			Baja influencia 0-20 Medio influencia 21-40 Alto influencia 41-60