



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TÍTULO DEL TEMA

**FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA DEL
TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN
PACIENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD SAN JUDAS
TADEO. SALINAS – 2020**

**TRABAJO INVESTIGATIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADO DE ENFERMERÍA**

AUTORA

BORBOR DEL PEZO SANDRA CAROLINA

TUTORA

LIC. YANEDSY DÍAZ AMADOR, MSc.

PERIODO ACADÉMICO

2022-1

TRIBUNAL DE GRADO



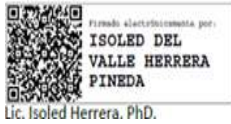
Firmado electrónicamente por:
**MILTON MARCOS
GONZALEZ SANTOS**

Lcdo. Milton González Santos, Mgt.
**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA
SALUD**



Firmado electrónicamente por:
**NANCY MARGARITA
DOMINGUEZ
RODRIGUEZ**

Lic. Nancy Domínguez Rodríguez, Mgt.
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE
ENFERMERÍA**



Firmado electrónicamente por:
**ISOLED DEL
VALLE HERRERA
PINEDA**
Lic. Isoled Herrera. PhD.

Lic. Isoled del Valle Herrera Pineda, PhD.
DOCENTE DEL ÁREA



Firmado electrónicamente por:
**YANEDSY
DIAZ**

Lic. Yanetsy Díaz Amador, MSc.
TUTORA



Firmado electrónicamente por:
**VICTOR MANUEL
CORONEL ORTIZ**

Ab. Víctor Coronel Ortiz, Mgt.
SECRETARIO GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR

La Libertad, 28 de mayo del 2022

En mi calidad de Tutora del Proyecto de Investigación: **FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD SAN JUDAS TADEO. SALINAS – 2020.** Elaborado por la Sra. **BORBOR DEL PEZO SANDRA CAROLINA**, estudiante de la CARRERA DE ENFERMERIA, FACULTAD DE CIENCIA SOCIALES Y DE LA SALUD perteneciente a la UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA, previo a la obtención del Título de **LICENCIADA EN ENFERMERIA**, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, lo **APRUEBO** en todas sus partes.

Atentamente.



Lic. Yanetsy Díaz Amador, MSc.

TUTORA

DEDICATORIA

Dedico este tema de tesis a la carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, a los docentes que brindaron sus enseñanzas, a mi familia que me dieron las fuerzas para seguir luchando contra las adversidades y esforzándome cada día, a mis padres que me inculcaron buenos valores que me han forjado a ser la persona que soy, a mis hermanos y amigos que de una u otra manera han formado parte fundamental en mi crecimiento profesional y espiritual.

Borbor Del Pezo Sandra Carolina

AGRADECIMIENTO

A la universidad que me facilitó sus instalaciones para recibir instrucción académica y poder crecer profesionalmente.

Agradezco a los docentes de la Universidad Estatal Península de Santa Elena por sus oportunos y sabios consejos que me han servido para crecer de manera profesional; además de sus enseñanzas que durante los años de estudios han aclarado y formado todos los conocimientos necesarios que me permitan desarrollarme en el campo laboral.

Agradezco a Dios y a mi familia que me brindaron su apoyo incondicional y me supieron comprender durante todo el proceso de mi formación profesional, a mis padres que han sabido guiarme sabiamente hacia el camino del bien con sus consejos y buen ejemplo en todas las circunstancias buenas y malas de mi vida, gracias a por todo su amor y el apoyo que siempre me han brindado para seguir luchando por mis ideales y cumplir con mis objetivos.

Borbor Del Pezo Sandra Carolina

DECLARACIÓN

El contenido del presente estudio de graduación es de mi responsabilidad, el patrimonio intelectual del mismo pertenece únicamente a la Universidad Estatal Península De Santa Elena.



Borbor Del Pezo Sandra Carolina

CI: 0927668319

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO	I
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO	IV
DECLARACIÓN	V
ÍNDICE DE TABLAS	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	IX
RESUMEN.....	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. Descripción del problema.....	3
1.2. Formulación del problema.....	5
2. OBJETIVOS.....	5
2.1. Objetivo general	5
2.2 . Objetivos específicos.....	5
3. JUSTIFICACIÓN.....	6
CAPÍTULO II	7
1. Marco teórico	7
2.1 Fundamentación referencial.....	7
2.2 Fundamentación teórica.....	9
2.2.1. Adherencia al tratamiento	11
2.2.2. Factores sociales	16
2.2.3. Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem	19
2.3 Fundamentación legal.....	20
2.4. Formulación de hipótesis.....	22
2.5. Identificación y clasificación de variables.....	23
2.5.1. Variable independiente:	23
2.5.2. Variable dependiente:	23
2.6. Operacionalización de variables	24
3. Diseño metodológico.....	26

3.1. Tipo de investigación.....	26
3.2. Métodos de investigación	26
3.3. Población y muestra.....	26
3.4. Tipo de muestreo	27
3.5. Técnicas recolección de datos	27
3.6. Instrumentos de recolección de datos	27
3.7. Aspectos éticos	28
CAPÍTULO IV	29
4. Presentación de resultados.....	29
4.1. Análisis e interpretación de resultados	29
4.2. Comprobación de hipótesis	33
5. Conclusiones	34
6. Recomendaciones.....	35
7. Referencias bibliográficas	36
8. Anexos.....	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tratamiento de TB pulmonar sensible	12
Tabla 2. Dosificación de la TB pulmonar	12
Tabla 3. Tratamiento de TB sensible infantil con drogas de primera línea.....	13
Tabla 4. Dosificación de drogas de segunda línea según el peso del niño/a	14
Tabla 4. Dosificación de drogas de segunda línea en niños y reacciones adversas	14
Tabla 7. Matriz de operacionalización de la variable independiente	24
Tabla 8. Matriz de operacionalización de la variable dependiente	25
Tabla 9. Resumen de procesamiento de casos.....	29
Tabla 10. Estadísticas de fiabilidad.....	29

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución por edad, sexo y estado civil	30
Gráfico 2. Distribución por zona de procedencia, nivel educativo y nivel socioeconómico .	30
Gráfico 3. Tipo de TB	31
Gráfico 4. Condición de la TB y tiempo con el tratamiento	32
Gráfico 5. Escala de Morisky Green	32

RESUMEN

La tuberculosis pulmonar (TB) resulta ser una enfermedad bacteriana infecciosa, potencialmente grave, que afecta principalmente a los pulmones al generar un gran impacto en la salud de una comunidad. El objetivo del estudio recae en poder determinar la influencia de los factores sociales en la adherencia del tratamiento de la tuberculosis en pacientes que asisten al Centro de Salud San Judas Tadeo de Salinas en el 2020. La metodología empleada resultó ser cuantitativa no experimental, de corte transeccional con alcance descriptivo y método hipotético – deductivo; la muestra la conformaron 25 pacientes considerando los criterios de inclusión y exclusión, así como también se descartó a 5 individuos. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia y se usó además la escala de Morisky Green a la cual se le aplicó el coeficiente de Cronbach que puntuó 0,873 lo cual indica muy buena fiabilidad. Los resultados demostraron que el 60% de la participación fueron jóvenes entre 19 a 40 años de edad con una prevalencia en hombres del 65%, el 50% de la muestra se halló con estado civil unido mientras que el 95% viven en la zona urbana. El nivel educativo y socioeconómico fue medio con el 65% y 70% respectivamente; de acuerdo a las características patológicas, el 55% tuvo TB sensible, el 25% resistente y el 20% multidrogorresistente, mientras que el 60% tuvo TB por primera vez y el 40% era recurrente; el 95% de los encuestados tenían más de 3 meses con el tratamiento y finalmente el 75% de la muestra resultó no adherente al tratamiento de la TB mediante la escala de Morisky Green. Se concluye que los factores sociales influyen de manera directa en la adherencia del tratamiento de la tuberculosis en los usuarios diagnosticados con TB que acuden al Centro de Salud San Judas Tadeo.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento; factores sociales; tuberculosis

ABSTRACT

Pulmonary tuberculosis (TB) turns out to be a potentially serious infectious bacterial disease that mainly affects the lungs, generating a great impact on the health of a community. The objective of the study lies in being able to determine the influence of social factors on adherence to tuberculosis treatment in patients attending the San Judas Tadeo de Salinas Health Center in 2020. The methodology used turned out to be quantitative, non-experimental, transactional with descriptive scope and hypothetical-deductive method; the sample was made up of 25 patients considering the inclusion and exclusion criteria, as well as 5 individuals were discarded. The sampling was non-probabilistic for convenience and the Morisky Green scale was also used, to which the Cronbach coefficient was applied, which scored 0.873, which indicates very good reliability. The results showed that 60% of the participation were young people between 19 and 40 years of age with a prevalence in men of 65%, 50% of the sample was found with united marital status while 95% live in the urban area. . The educational and socioeconomic level was medium with 65% and 70% respectively; According to the pathological characteristics, 55% had sensitive TB, 25% resistant and 20% multidrug-resistant, while 60% had TB for the first time and 40% recurrent; 95% of those surveyed had been on treatment for more than 3 months and finally 75% of the sample was non-adherent to TB treatment using the Morisky Green scale. It is concluded that social factors directly influence adherence to tuberculosis treatment in users diagnosed with TB who attend the San Judas Tadeo Health Center.

Keywords: Adherence to treatment; social factors; tuberculosis

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), 1.5 millones de personas murieron por tuberculosis pulmonar (TB) en el 2020, el 14.26% tenían virus de inmunodeficiencia humana (VIH); además, la TB es la decimotercera razón de muerte en el mundo y la más letal después del covid-19; en cuestiones de morbilidad, en 2020 en todo el mundo hay 9.9 millones de individuos con TB, el 55.5% hombres, el 33.3% mujeres y el 11.2% niños; en los países bajos y medianos están concentrados el 98% de los casos de TB. Mientras tanto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021), estimó un total de 291.000 casos de TB, en el año 2020.

El objetivo de la presente investigación consistió en determinar la influencia de los factores sociales en la adherencia del tratamiento de la tuberculosis en pacientes que asisten al Centro de Salud San Judas Tadeo de Salinas en 2020; esto se logró mediante la descripción de los factores sociodemográficos de los pacientes con Tuberculosis pulmonar, el establecimiento de las características patológicas de la población de estudio y la evaluación del grado de adherencia al tratamiento de la Tuberculosis pulmonar mediante la escala de Morisky Green (MMAS-8).

La hipótesis planteada sugirió que los factores sociales influyen de manera directa en la adherencia del tratamiento de la tuberculosis en los usuarios diagnosticados con TB que acuden al Centro de Salud San Judas Tadeo. Para dar respuesta a esta hipótesis se usó una metodología de diseño no experimental, enfoque cuantitativo, corte transeccional, alcance descriptivo y método hipotético – deductivo; la muestra la conformaron 20 pacientes que firmaron el consentimiento informaron y mostraron su interés en participar en la investigación.

El tipo de muestreo que se realizó fue el no probabilístico por conveniencia del autor, el instrumento de recolección de datos fue un cuestionario que estuvo estructurado por 3 campos, uno de características sociodemográficas, otro de características de la enfermedad y el campo final fue la escala de Morisky Green, para medir la adherencia al tratamiento; asimismo, se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach para analizar la fiabilidad de los valores resultantes de la escala de Morisky Green dejando un resultado de ,873 lo cual indica que es muy buena fiabilidad.

Los principales resultados hallados correspondieron a una mayor cantidad de participantes de edades jóvenes entre 19 a 40 años con el 60%, así como participantes hombres

con 65% de participación, estado civil unido con 50% de representación, de zona urbana con 95%, nivel educativo medio con 65%, nivel socioeconómico medio con 70%; respecto a las características patológicas, el 55% tuvo TB sensible, el 25% resistente y el 20% multidrogorresistente o MDR; el 60% tuvo TB por primera vez y el 40% era recurrente; el 95% de los encuestados tenían más de 3 meses con el tratamiento; finalmente el 75% de la muestra resultó no adherente al tratamiento de la TB mediante la escala de Morisky Green. Se concluyó que los factores sociales influyen de manera directa en la adherencia del tratamiento de la tuberculosis en los usuarios diagnosticados con TB que acuden al Centro de Salud San Judas Tadeo.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La tuberculosis es una patología infecto-contagiosa que generalmente ataca a los pulmones por medio de la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, esta patología es prevenible y tratable, se transmite por medio de gotitas de Flügge que son expulsadas durante la tos, estornudos y al hablar. Los pacientes que padecen esta enfermedad requieren de largos esquemas de tratamientos para superar los síntomas y cuadro clínico, los cuales llegan a durar varios meses; es por esto que muchos de ellos no llegan a tener una adecuada adherencia al tratamiento, lo que prolonga aún más el estado infeccioso de la patología e incrementa el riesgo de complicaciones.

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), aproximadamente 1.5 millones de vidas se perdieron producto de la tuberculosis pulmonar (TB) en el 2020, de ellos el 14.26% eran personas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH); además, la TB se ubica en la decimotercera razón de muerte en el mundo y es la infección más letal después del covid-19; en cuestiones de morbilidad, en 2020 hubieron en todo el mundo 9.9 millones de pacientes con TB, el 55.5% fueron hombres, el 33.3% mujeres y el 11.2% niños; en los países bajos y medianos están concentrados el 98% de los casos de TB.

En América, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021), estimó un total de 291.000 casos de TB, en el año 2020 se registraron aproximadamente la muerte de 27.000 personas con esta enfermedad, de la cual el 29% fue producto de una coinfección TB/VIH, además, hubieron 4.007 casos de TB resistente y multidrogoresistente de los cuales el 89% únicamente tomó tratamiento; la cobertura de tratamiento de los pacientes con TB disminuyó producto de la pandemia del covid-19, así como se redujo la tasa de pacientes con tratamiento de TB resistente a 10% en comparación con el 2019.

Asimismo, la Guía de Práctica Clínica Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2018), diagnosticó y notificó en el año 2015 a 5.215 casos nuevos 32.03 por cada 100 mil habitantes, de los casos notificados 5.097 corresponden a casos nuevos y recaídas, mientras que 118 fueron casos tratados con anterioridad. Mientras que el Boletín Anual Tuberculosis del 2018 de la Subsecretaría de

Vigilancia de la Salud Pública (MSP, 2018) para el 2018 se evidenciaron 6.094 casos de TB sensible con una tasa de 34.53 por cada 100.000 habitantes, el grupo de edad mayor afectado es el de 25 a 34 años con 35% de los casos, luego están los de 15 a 24 años con 20.54% y en tercer lugar están los de 35 a 44 años con 16.85%; la proporción en sexos están en 2.4 hombres por cada mujer.

Los factores sociales hacen referencia a todos los aspectos y dimensiones que enmarcan la sociedad, integrados por componentes específicos de esta sea la política, religión, trabajo, comunicación, educación, medioambiente, economía, derecho, entre otros. Estos factores tienen una influencia directa en la adherencia al tratamiento de las enfermedades, la cual consiste en la medida en que el comportamiento de un individuo en el cumplimiento del tratamiento, realizar una terapia prescrita o cambios en los hábitos, van de acuerdo con los solicitado por el médico (Lynch, 2019).

Respecto a los referentes científicos sobre la adherencia al tratamiento en los pacientes con TB, (Carvajal et al., 2017) encontraron que los principales factores que están relacionados con la no adherencia al tratamiento de la TB son personas que viven solas (OR=4.54; IC95% 1.45-14.22), no creencia religiosa (OR=28.17; IC95% 4.37-181.75), sin precedentes de tratamientos superior a dos semanas (OR=3.37; IC95% 1.59-7.13), no conocer la durabilidad del tratamiento (OR=3.51; IC95% 1.87-6.59), consumo de estupefacientes (OR=3.41; IC95% 0.95-12.23) y falta de medicamentos en las unidades operativas (OR=5.53; IC95% 1.20-5.52). Por otra parte, (Castro et al., 2020), encontraron que el 36.84% de los pacientes con TB intervenidos no tuvo apoyo familiar y el 29% del total de participantes evidenció un bajo nivel de adherencia.

Es por ello, que los factores que contribuyen en la aparición de la tuberculosis son diversos, dado que no solo influyen aspectos biológicos, sino también a circunstancias del sociales como el aseo, limpieza, hacinamiento, estilos de vida, nivel económico, VIH/SIDA, farmacoresistencia y a la escasa prioridad que se da a los programas nacionales de control de enfermedades, así como otros factores como la desmotivación, la depresión, el rechazo, siendo los más importantes; las estadísticas demuestran que un sujeto con TB a lo largo de un año puede llegar a contagiar entre 10 a 15 personas a través del contacto directo (Brito & Castillo, 2018).

En lo que concierne al lugar de estudio, en la provincia de Santa Elena se encuentra el Centro de Salud San Judas Tadeo ubicado en el Cantón Salinas correspondiente a la Dirección

Distrital 24D02, los pacientes con baciloscopias positivas pueden no tener conocimientos sobre la duración del tratamiento, lo que produciría que no obtengan los beneficios que les proveen los medicamentos, retrasando el mejoramiento de la salud, a la vez esto podría provocar una resistencia a los medicamentos y finalmente se podría generar complicaciones de otra magnitud que puede llegar incluso a la muerte.

Por lo tanto, se hace necesario explorar la situación actual de la adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de Tuberculosis activa, ya que esta conducta de salud es clave en las personas que padecen enfermedades crónicas con tratamientos de larga duración, por lo que aumentar y mejorar la efectividad de las intervenciones de adhesión al tratamiento a través de la educación, comunicación e información puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier otra mejora específica en los tratamientos médicos.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores sociales que influyen en la adherencia del tratamiento de la tuberculosis pulmonar en pacientes que asisten al Centro de Salud San Judas Tadeo de Salinas en 2020?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Determinar la influencia de los factores sociales en la adherencia del tratamiento de la tuberculosis en pacientes que asisten al Centro de Salud San Judas Tadeo de Salinas en 2020.

2.2. Objetivos específicos

- 1- Describir los factores sociodemográficos de los pacientes con Tuberculosis pulmonar.
- 2- Establecer las características patológicas de la población de estudio.
- 3- Evaluar el grado de adherencia al tratamiento de la Tuberculosis pulmonar mediante la escala de Morisky Green (MMAS-8).

3. JUSTIFICACIÓN

La tuberculosis se ha convertido en los últimos años en un problema grave de salud a nivel mundial, esto a pesar de ser una enfermedad antigua y en la que se han descubierto tratamientos e implementando estrategias y medidas preventivas por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP). Este trabajo de investigación pretende determinar la influencia de los factores sociales en la falta de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis que asisten al Centro de Salud San Judas Tadeo de Salinas en 2020.

Los profesionales de enfermería establecen una relación enfermero-paciente; esta relación permite una estrecha comunicación y la confianza suficiente para indicarle al paciente y a su familia de cómo debería llevar el tratamiento para que sea eficaz; sin embargo, existen obstáculos que dificultan la adherencia, desencadenando consecuencias que complican la salud del individuo y su familia.

Es una necesidad sentida por los profesionales de la salud, la familia y el paciente enfrentar esta problemática para garantizar un entorno saludable y seguro para la comunidad. Es importante realizar la investigación de estas variables en esta Unidad Operativa del Primer Nivel de Atención, ya que sí existen pacientes con TB, los cuales tienen el riesgo que producto de la enfermedad tengan una inadecuada adherencia; los datos que resulten de esta investigación podrán ser analizados por los directores de la institución para tomar las medidas correspondientes con el equipo de salud.

CAPÍTULO II

1. Marco teórico

2.1 Fundamentación referencial

En este espacio se muestran los principales referentes científicos sobre las variables de estudio que son los factores sociales y adherencia terapéutica, además de la enfermedad tuberculosis que en algunos artículos es evidenciada; los artículos científicos se han ordenado de acuerdo con la lejanía en donde se realizaron dichas investigaciones, por lo tanto, quedan ordenados desde el ámbito internacional hasta el ámbito local, de modo que se obtienen los siguientes resultados:

En España, se investigó los factores modificadores y estrategias de mejora en relación con la adherencia terapéutica, con la finalidad de describir dichos elementos que influyeron en la adherencia a los tratamientos, así como las actividades que se implementaron para mejorar este aspecto; la metodología utilizada consistió en una revisión de artículos científicos en diferentes plataformas y base de datos virtuales; los resultados obtenidos evidenciaron que la adherencia es una conducta complicada que está condicionada por varios elementos como los socioeconómicos, factores del sistema de salud, la enfermedad, las terapias prescritas o características individuales de cada paciente; por otra parte, las principales intervenciones halladas consisten en las de tipo técnico, psicológicas y educativas, no obstante, ninguna de estas acciones ha demostrado su efectividad total en una buena adherencia al tratamiento (Pagès & Valverde, 2020).

De igual forma, en México, investigaron los factores que condicionan la conducta de adherencia en usuarios con Diabetes Mellitus II, con el objetivo de analizar estos elementos que provocaban una conducta de adherencia al tratamiento de diabéticos en una institución de salud Especializada de Enfermos Crónicos en Villahermosa; la metodología aplicada consistió en el diseño no experimental, enfoque cuantitativo, tipo observacional, corte transversal y prospectivo; los resultados evidenciaron una mayor participación de mujeres con 68%, la edad con mayor índice de participación fue entre 51 a 55 años con 19.8%, el nivel de educación en su mayoría cursaron la primaria el 70.8% y 66% son amas de casa; asimismo, el 88% de los usuarios son responsables de la no adherencia al tratamiento, mientras que el 77% manifestaron que el problema está en el proveedor, 56% consideraron que el factor socioeconómico influye y el 41% estuvo en riesgo de no tener conductas de adherencia (Ramírez et al., 2020).

Adicionalmente, una pesquisa en Perú, sobre los elementos que se relacionan con la no-adherencia a la terapia medicamentosa de hipertensión en usuarios de un hospital del seguro social, que realizaron con el fin de evaluar estos aspectos que condicionaron la no – adherencia al tratamiento en usuarios asistentes al área de cardiología de una institución de EsSalud en Lima; cuya metodología utilizada fue de corte transversal, tipo analítico, como instrumento se usó el test de Morisky Green (MMAS-4); obtuvieron como resultados una participación mayor de adultos mayores con 69%, 54% mujeres, 76% con una relación sentimental, 60% con hipertensión arterial, 30% con diabetes y 27% no tenían una buena adherencia al tratamiento; los elementos que condicionaron esto fueron el sexo, obesidad y trabajo independiente (Pocohuanca et al., 2021).

Mientras tanto, en Manta de Ecuador, una pesquisa sobre la adherencia al tratamiento de pacientes con TB y la influencia que tiene en esto el apoyo de la familia, realizado con la finalidad de analizar las características del apoyo familiar y cómo termina influyendo en la adherencia terapéutica; la metodología aplicada fue de tipo revisión narrativa, alcance descriptivo; se concluyó que esta enfermedad no es una patología individual, es muy infecciosa y que demanda de un tratamiento disciplinado y continuo, de igual forma consideraron que la opinión del usuario y la familia sobre la regularidad de los servicios de salud es muy relevante para la adherencia al tratamiento, la relación quedó considerada que a mayor apoyo familiar mayor adherencia al tratamiento (Cedeño et al., 2019).

De igual manera, en Santa Elena, una indagación sobre el grado de adherencia al tratamiento de la TB en usuarios que asisten al este Centro de Salud de Santa Elena, con la finalidad de evaluar el grado de adherencia que tenían los usuarios con tratamiento antituberculoso; la metodología aplicada fue de diseño no experimental, enfoque cuantitativo, corte transversal, alcance descriptivo, el universo fue de 30 pacientes que constan en la matriz de TB de esa unidad operativa; los resultados revelaron que el 62% desconocían los efectos adversos de los fármacos antifímicos, entre los factores que ocasionaron que haya no adherencia estaban: el 72% presentaron reacciones secundarias por el tratamiento, 87% sufrieron depresión por esta enfermedad, 25% no contaba con su familia, 87% vivían lejos del centro de salud y el 25% se mostró inconforme con la atención del personal médico (Bacilio & Romero, 2019).

2.2 Fundamentación teórica

La tuberculosis es una enfermedad que se puede mantener en control y prevenir los contagios siempre y cuando se siga el tratamiento y las indicaciones adecuadas que se brinde en el centro de salud pública al paciente, sin embargo a pesar de que existen programas para la tuberculosis por el ministerio de salud pública (MSP) y tratamientos de forma gratuitos, existe la problemática en cuanto a la poca adherencia que lleva el paciente con el tratamiento debido a muchos factores que influyen al mismo, llevando a tener complicaciones a largo plazo.

Por consiguiente esta enfermedad es altamente contagiosa, causada por *Mycobacterium tuberculosis* o Bacilo de Koch, la misma que puede tener repercusiones mortales en caso de no ser tratada oportunamente, siendo responsable de 1.3 millones de muertes a nivel mundial en el año 2016; también afecta al ser humano sobre todo a nivel pulmonar, manifestándose con tos crónica, producción de esputo, anorexia, pérdida de peso, fiebre, sudoración nocturna y hemoptisis, debido a la repercusión extrapulmonar (Fajardo et al., 2018).

Los factores de riesgo para que una persona se contagie de tuberculosis están dados por una afectación significativa del sistema inmunitario, tal es el caso de los pacientes con VIH/SIDA, cáncer, edad avanzada o temprana, debido a la elevada prevalencia de casos en grupos de edades en su mayoría de adultos, seguido de adultos mayores; asimismo, la sintomatología se hace más presente en la edad avanzada (Contreras, 2019).

De igual forma, respecto a la cadena epidemiológica de la tuberculosis, desde el momento en que una persona se infecta y comienza la sintomatología, la tos con esputo no cesa durante más de 15 días, de hecho este signo es un claro indicador de sospecha de tuberculosis, en estos casos el médico debe realizar dos baciloscopias al paciente para descartar esta patología; la persona infectada pasa a ser reservorio de la bacteria *Mycobacterium Tuberculosis*; posterior a esto, la bacteria es expulsada mediante las gotitas de Flügge durante la tos o estornudos de un individuo con TB, la bacteria permanece en el aire y si se dan las condiciones apropiadas por la cercanía de otro individuo, esta puede introducirse al organismo sano por medio de la respiración, de modo que el nuevo individuo pasa a ser huésped; luego el agente bacteriano prolifera y el huésped pasa a ser reservorio para continuar con la cadena epidemiológica (Suleiman, 2017).

Por otra parte, cuando el individuo infectado se encuentra en la etapa sintomática, este puede experimentar problemas respiratorios así como digestivos, los signos y síntomas más comunes son fiebre, anorexia, astenia, diaforesis generalmente durante la noche, tos con flema

que perdura por más de 15 días, vómitos, náuseas, sangrado la nariz, fatiga, descenso del IMC, pérdida del apetito, temblores, entre otros; no obstante, pueden haber síntomas más severos como dolor torácico, tos con sangre y dificultad para respirar (AMSE, 2016).

Para realizar el diagnóstico de esta enfermedad, en primer lugar, se realiza la valoración del paciente, en el momento en que se detecta tos productiva de más de 15 días de evolución se envía al paciente a realizarse dos baciloscopias en ayuna, una muestra se recolecta un día y la otra al día siguiente; como método de ayuda para el médico para ayudar en el diagnóstico se utiliza una radiografía estándar de tórax y un PCR (MSP, 2018).

Según el modelo epidemiológico realizado por Alan Dever en el año de 1976, para así determinar los posibles factores de riesgo que inciden en el abandono del tratamiento de la tuberculosis, este modelo estudia el análisis de políticas sanitarias que permiten elevar el nivel de vida de los pacientes, su medio ambiente y la biología humana a un nivel de importancia como la atención médica, además permitir la profundización en las causas de las enfermedades, son todas estas ventajas que permite un análisis de la situación; de modo que según sus factores determinantes y la prioridad de este ya que pueden estar relacionadas con la persona de forma psicológica, económica, social, que enfoca el ámbito familiar, ambiental o cultural. (Corrales & Freire, 2018).

Esta enfermedad denota un gran problema de salud en el mundo, ya que, a pesar de los tratamientos disponibles y el apoyo de las organizaciones y el empoderamiento de los sistemas de salud de las naciones, no se ha conseguido aún la erradicación de esta enfermedad. (Paneque et al. 2018). En Ecuador la Estrategia de Prevención y Control de Tuberculosis asegura la detección, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad con la finalidad de disminuir la morbilidad y mortalidad y evitar la aparición de resistencia a las drogas antituberculosas, la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica apoya este proceso mediante la vigilancia de casos positivos (Cañizares & Ortega, 2020).

Considerando los cambios estratégicos en el abordaje de la salud pública y en la atención primaria de la salud, la prevención y el control de la tuberculosis en Ecuador genera un cambio en la parte organizacional y en la prestación de servicios con enfoque en grupos vulnerables y/o con factores de riesgo acorde a los ciclos de vida, las medidas que se aplican actualmente deben ser reformuladas para que se amplíe la cobertura y se alcance la erradicación de la TB no solo en el país sino en toda la Región.

2.2.1. Adherencia al tratamiento

La variable adherencia al tratamiento no implica únicamente la toma de un fármaco, sino que constituye un proceso dinámico y multidimensional, que incluye aspectos psicosociales y la toma de decisiones consensuada entre el paciente y los profesionales de la salud. Esto supone una gran responsabilidad del equipo asistencial, en el que destaca especialmente el papel de la enfermera, puesto que es la figura que mayor contacto mantiene con los pacientes y es quien mayormente maneja los programas de prevención y tratamiento de la tuberculosis en los establecimientos de salud, además cabe recalcar que encontrar los factores que motivan o modifican las conductas de salud puede ser útil para incentivar y concienciar al paciente sobre la importancia de no abandonar el tratamiento prescrito (López & Canalejas, 2018).

2.2.1.1. Adherencia

De este modo, se hace evidente que la falta de adherencia terapéutica se sigue catalogando como un problema de salud pública de gran impacto a nivel global, predominando sobre todo en pacientes que padecen enfermedades crónicas, pues gracias a ello tenemos falta de control de la enfermedad por ende mayores tasas de hospitalización, aumento en los costes sanitarios y fracasos terapéuticos, entre otros problemas evidentes, por lo que se ha convertido en un tema de gran interés y objeto de gran cantidad de estudios científicos (Ortega y otros, 2018). Siendo estos, datos relevantes que sustentan la importancia del desarrollo de la investigación y que permitirán dar respuestas a las interrogantes desarrolladas.

Por otro lado, la capacidad de los usuarios para seguir los planes del tratamiento terapéutico de una manera óptima y eficaz con frecuencia se ve comprometida por varias barreras o factores que están relacionados con aspectos propios de la enfermedad, entre ellos pueden estar los factores sociales y económicos, las características de la enfermedad, el equipo o sistema de asistencia sanitaria, los tratamientos y los factores directamente relacionados con el paciente.

2.2.1.1.1. Control en la ingesta de medicamentos

La ingesta de medicamentos comprende un fenómeno dinámico que involucra la participación de varios elementos, en primer lugar, el fármaco que es prescrito por un profesional médico para solucionar un problema del organismo específico, en este caso se trata de la TB; además, el paciente como sujeto de atención quien es el que recibe el medicamento

para su ingestión; en los casos de los pacientes con TB es importante que exista un control riguroso de la toma de la medicación porque los pacientes suelen no ingerirlos rutinariamente; generalmente los medicamentos son administrados por los enfermeros y los pacientes asisten diariamente a recibir sus dosis.

Las siguientes tablas fueron extraídas de la Guía de Práctica Clínica Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2018).

Tabla 1.

Tratamiento de TB pulmonar sensible

Esquema de tratamiento	Duración	Tipos de caso TB sensible
2H(isoniacida)R(rifampicina) Z(pirazinamida)E(etambutol) / 4HR	6 MESES	Nuevo sin evidencia de presentar TB resistente
H(isoniacida)R(rifampicina) Z(pirazinamida)E(etambutol)	9 MESES	Pérdida en el seguimiento recuperado o fracasos

Nota. Esta tabla muestra es el protocolo que se sigue para el tratamiento de los pacientes con TB sensible, se usan en dos casos en específico, en primer lugar, cuando son pacientes nuevos donde no hay registro de que tienen resistencia a alguno de los medicamentos; en segundo lugar, cuando el paciente registra una discontinuación de este esquema y se lo vuelve a continuar. Fuente: MSP. (2018) Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control de Tuberculosis Pulmonar. Ministerio de Salud Pública.

Tabla 2.

Dosificación de la TB pulmonar

Medicamentos	Dosis en mg / k g de peso	Máximo (mg)
Isoniacida	5(5 – 15)	300
Rifampicina	10 (10-20)	600
Pirazinamida	25 (20 – 30)	2000
Etambutol	15 (15-20)	1200

Nota. La presenta tabla muestra la dosificación de las drogas en relación con el peso del paciente, donde se calcula la dosis en miligramo por cada kilogramo de peso, asimismo, se muestra la dosis máxima en miligramo que se puede administrar por día en cada fármaco. Fuente: MSP. (2018) Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control de Tuberculosis Pulmonar. Ministerio de Salud Pública.

En lo que respecta al tratamiento de nuevos casos de TB pulmonar y extrapulmonar sensible, la bacteria Mycobacterium Tuberculosis en ocasiones suele comprobarse sensibilidad a la rifampicina y/o isoniacida por medio de la Prueba de Susceptibilidad a Drogas (PSD), de modo que se procede a utilizar el esquema 2HRZE/4HR; los potenciales casos donde se usa ese esquema es en casos de TB pulmonar positiva, diagnosticada clínicamente y en la TB extrapulmonar cuando no se trata del sistema nervioso central y el osteoarticular; de igual forma, este esquema se utiliza en casos donde no existe resistencia a fármacos; el tratamiento es en dos partes: la primera consiste en 50 dosis HRZE en dos meses, luego 100 dosis de HR por cuatro meses, tomando la medicina diariamente con 5 dosis por semana en individuos ambulatorios y 7 en hospitalizados.

Casos para hospitalización son considerados únicamente cuando la tuberculosis afecte a órganos de una manera severa con síntomas graves como hemoptisis, neumotórax espontáneo, insuficiencia respiratoria, efectos adversos de los medicamentos del esquema anti-TB o comorbilidades que afecten gravemente la salud del enfermo; por otra parte, la TB multidrogorresistente suele presentarse generalmente en pacientes que ya tienen antecedente clínico de TB con esquema finalizado, para este fin, como protocolo se realiza una prueba PSD para todos estos casos; si el paciente llega a presentar sensibilidad se procede a utilizar un esquema 9HRZE y queda bajo estricta supervisión del personal de salud.

Adicionalmente, para el tratamiento de TB infantil, se usa la misma dosificación que se encuentra en la tabla 2, con las dosis exactas para minimizar el riesgo de presentar efectos secundarios; la concentración sérica máxima del etambutol en los niños es menor que en los adultos que reciben la misma dosis por kg, de modo que por esa razón la dosis a administrar en los infantes debe ser mayor.

Tabla 3.

Tratamiento de TB sensible infantil con drogas de primera línea

Fármaco	Régimen (dosis máxima)	Toxicidad
Isoniacida H	10 mg/kg (7-15 mg/kg) (300 mg/día)	TGOT/GPT, 1% hepatitis, Polineuropatía periférica, Convulsiones
Rifampicina R	15 mg/kg (10-20 mg/kg) (600 mg/día)	Intolerancia gastrointestinal, artralgias, Síndrome gripal, 1% hepatitis. Nefritis

		intersticial, color anaranjado de secreciones
Pirazinamida Z	35 mg/kg (30-40 mg/kg (2g/día))	Hiperuricemia, hepatitis, intolerancia gastrointestinal, artralgias, fotosensibilidad
Etambutol E	20 mg/kg (15-25 mg/kg (2g/día))	Neuritis óptica, alteración percepción de colores

Nota. La presente tabla muestra el régimen terapéutico, dosis máxima y nivel de toxicidad de los medicamentos antituberculosos de primera línea para los niños. Fuente: MSP. (2018) Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control de Tuberculosis Pulmonar. Ministerio de Salud Pública.

En el caso de tratamiento de TB resistente (TB-RR) a rifampicina o TB multidrogorresistente (TB-MDR) se realiza un esquema acortado con duración de 9 a 12 meses; son dos fases en este esquema, la fase intensiva, con administración de kanamicina (km), moxifloxacino (MFX) en dosis altas, etionamida (Eto), isoniacida (H) en dosis altas, clofazimina (Cfz), pirazinamida (Z) y etambutol (E); en la fase intensiva la toma del fármaco es diaria en los cuatro primeros meses, no obstante esta etapa puede alargarse hasta 6 meses en casos donde la baciloscopia salga positiva al cuarto mes de tratamiento, mientras que si continua a los 6 meses positiva entonces el tratamiento ha sido inefectivo, por lo que se procede con otro tratamiento individualizado de segunda línea.

Tabla 4.

Dosificación de drogas de segunda línea según el peso del niño/a

Medicamento	Peso <30 kg	Peso 30 – 50 kg	Peso >50 kg
Moxifloxacino	400 mg	600 mg	800 mg
Clofazimina	50 mg	100 mg	100 mg
Etambutol	800 mg	800 mg	1200 mg
Pirazinamida	1000 mg	1500 mg	2000 mg
Isoniacida	300 mg	400 mg	600 mg
Etionamida	250 mg	500 mg	750 mg
Kanamicina (Amikacina)	12 – 15 mg/kg (Máximo 1g)		

Nota. La tabla muestra la dosificación de medicamentos de segunda línea para los infantes cuyo esquema previo no tuvo efecto positivo en primera instancia, la dosificación de los fármacos está dada de acuerdo con el peso de los menores. Fuente: MSP. (2018) Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control de Tuberculosis Pulmonar. Ministerio de Salud Pública.

Tabla 5.

Dosificación de drogas de segunda línea en niños y reacciones adversas

Fármaco	Régimen (dosis máxima)	Reacciones adversas
Cicloserina (Cs)	10 – 20 mg/kg/día (1g) en 2 tomas **	Psicosis, convulsiones, rash
Etionamida (Eto)	10 – 20 mg/kg/día (1g) en 2 a 3 tomas **	Hipersensibilidad, intolerancia gastrointestinal, hepatotoxicidad, hipotiroidismo
Amikacina/ Kanamicina/ Capreomicina Am/Km/Cm	15 mg/kg/día (1g) en 1 toma	Ototoxicidad, nefrotoxicidad
Levofloxacin (Lfx)	10 mg/kg/día (1.5/1g) en 1 toma	Osteoarticular, intolerancia gastrointestinal, rash, cefalea

Nota. La tabla muestra la dosificación máxima de medicamentos para niños y las posibles reacciones adversas de todos los fármacos utilizados en segunda línea, en estos casos, se sugiere que la cicloserina y la etionamida se consuman en una sola toma, una recomendación puede ser la ingesta de la cicloserina en la mañana y la etionamida en la tarde; asimismo, si hay buena tolerancia oral de los menores, es preferible que se suministre en un único momento del día. Fuente: MSP. (2018) Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control de Tuberculosis Pulmonar. Ministerio de Salud Pública.

De igual forma, el tratamiento de TB en casos especiales debido a problemas metabólicos o fisiológicos y embarazo, se prescribe el esquema de 2HRZE/4HR; mientras que en casos de MDR es recomendable empezar la terapia en el segundo trimestre de gestación. Además, otras situaciones que precisan determinada atención es el periodo de lactancia, uso de anticonceptivos, problemas hepáticos, trastornos mentales con síntomas como convulsiones, alcoholismo, edad avanzada, uso de corticosteroides y diabetes mellitus. (Vega & Camacho, 2019)

2.2.1.1.2. Seguimiento médico conductual

El indicador seguimiento médico conductual hace referencia al continuo monitoreo debido a que el tratamiento antifímico puede presentar diversos efectos adversos, aunque de manera general no se evidencian estas reacciones durante la duración de la terapia, aun así se precisa que el equipo de salud que está a cargo de la vigilancia y control de los pacientes con TB, estén alertas para identificar alguna reacción que pueda afectar al paciente; entre los principales efectos adversos que suelen presentar este tipo de pacientes están la reacción cutánea, hepatotoxicidad, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, ictericia, parestesia, debilidad, fatiga, fiebre, eritema, dolor abdominal, visión borrosa, etc. (Toman, 2006). Estos efectos pueden tener un efecto negativo ya que hacen que los pacientes tengan renuencia al medicamento, tanto por dichas reacciones, así como por la duración muy extendida de hasta 12

meses en algunos casos y esto incluso puede llevar a varios efectos como la depresión (Morales, 2015).

2.2.1.1.3. Autoeficacia

El indicador autoeficacia consiste en la capacidad del paciente en realizar de manera efectiva y eficiente la toma de la medicación, desde esta perspectiva el paciente cuenta con los recursos necesarios para ingerir la medicina en el horario, dosis y frecuencia correcta, así como es capaz de estar pendiente durante el día de realizar las siguientes tomas si así fuera el caso; además, se toma en consideración si existe algún tipo de presión externa que lleve a que el paciente dude o no tome la medicación de forma correcta (Seng et al., 2016; Sánchez et al., 2021).

2.2.2. Factores sociales

La variable factores sociales indica la realidad exacta en la que convive una comunidad dentro de la estructura propia del entorno y las instituciones sociales con las que interacciona como son la familia, institución educativa, autoridades políticas, autoridades religiosas, elementos culturales, entre otros; en 2011, Muñoz y Fernández, evidenciaron que los factores que tienen una mayor influencia en la presencia de TB es la disfunción familiar, infraestructura inapropiada de los hogares, mal aseo e higiene de la familia y hacinamiento; mientras que (Morales & Beldarraín, 2015), llegaron a la conclusión que el mayor riesgo de contraer y tener efectos por TB son los adultos mayores por elementos como comorbilidades, nutrición y vulnerabilidad física.

2.2.2.1. Factores sociodemográficos

La dimensión factores sociodemográficos comprende la presencia de elementos como la edad que puede ser de entre 19- 40 años 41- 64 años o mayor a 64 años; mientras que el sexo se clasifica en hombres y mujeres; estado civil que consiste en la relación sentimental; por otra parte, está la zona de procedencia o lugar donde vive una persona; luego está el nivel educativo o grado alcanzado de estudios; finalmente, está el nivel económico o ingresos del hogar.

2.2.2.1.1. Edad

La edad es un factor trascendental dentro de los efectos y complicaciones de la TB, ya que se asocia a la incidencia de la TB con una avanzada edad; no obstante, Silva et al. (2019), en Ecuador el 2.03% de los casos se presentan en menores de 15 años, de este porcentaje el 37% fueron de infancia temprana con menos de cinco años, el 11.5% de los menores de cinco

años y el 6.3% de los adolescentes tuvieron coinfección de VIH, de modo que se concluyó que existió una considerable tasa de enfermos con VIH en la población infantil, exacerbando la necesidad de que el personal de salud se capacite para el tratamiento a esta población.

2.2.2.1.2. Sexo, estado civil y zona de procedencia

El indicador sexo corresponde a la diferenciación entre hombre o mujer; mientras tanto, el estado civil comprende la clasificación de la población de acuerdo con su situación o relación legal, esta puede ser soltero o sin relación sentimental, casado o legalmente comprometido con registro civil incluido; unido de manera informal y por último separado o desvinculo de un matrimonio. Asimismo, la zona de procedencia se refiere a la ubicación geográfica en donde habita el individuo, sea esta urbana o rural.

2.2.2.1.3. Nivel educativo

Por otra parte, el indicador nivel educativo hace referencia al grado máximo alcanzado por el participante, que en este caso es el paciente con TB con esquema activo; los grados pueden ser primaria, que comprende de primero de básico hasta séptimo de educación básica; a continuación secundaria, que consiste desde el octavo hasta el tercero de bachillerato; así como universidad, que consiste en un nivel profesional alcanzado; finalmente, otra escala es sin estudios que se refiere a la ausencia de educación formal en esa persona; de acuerdo con González et al. (2020), aunque la educación es un valor determinante, las medidas de prevención deben ayudar en la formación de una estrategia de detección de la TB de manera eficaz, para evitar complicaciones en la enfermedad.

2.2.2.1.4. Nivel socioeconómico

El nivel socioeconómico comprende la situación de ingresos que tienen los hogares, este indicador es un valor agregado en el caso de investigaciones donde se precisa analizar el efecto que una enfermedad produce en una familia, debido a que recursos limitados limita de igual forma la manera en cómo la familia responde a la enfermedad en el sentido de adquisición de medicamentos, régimen alimenticio, acondicionamiento para el aislamiento de un miembro del hogar, entre otras cosas. Respecto a esto, Méndez et al. (2018), sugieren que es necesario la generación de nuevos abordajes sociales y económicos con la finalidad de controlar la TB.

2.2.2.2. *Características patológicas*

La dimensión características patológicas, hace referencia a las circunstancias en que un paciente puede presentar la enfermedad, puede ser el tipo de TB, en este caso es TB pulmonar

o extrapulmonar, así como TB sensible, resistente o multidrogorresistente; otra característica es la condición de la enfermedad que es cuando los pacientes tienen por primera vez la enfermedad o cuando ya se reinfectaron o recayeron; por último el tiempo con el tratamiento, que puede ser desde menor a tres meses y posterior a tres meses.

2.2.2.2.1. Tipo de TB

La TB puede clasificarse en pulmonar o afectación directa al parénquima pulmonar, así como extrapulmonar o infección que se sitúa en otro órgano fuera del pulmón, en proporciones la extrapulmonar representa entre el 20% a 25% de los casos de esta enfermedad según Ramírez et al. (2015); los tipos de TB también se clasifican por TB sensible, resistente a algún fármaco en específico o multidrogorresistente a varios medicamentos; no obstante, el tratamiento no se basa en la localización de dicha infección; la dosis para el tratamiento es calculado mediante el peso corporal del paciente; existen diferentes esquemas para los tipos de TB que padezca el paciente.

2.2.2.2.2. Condición de la enfermedad

La condición de la enfermedad hace referencia a cuando son casos de pacientes con TB diagnosticados por primera vez o si el paciente ya es recurrente con la enfermedad, es decir, ya tiene antecedentes clínicos con diagnóstico de TB con esquema finalizado y baciloscopia negativa al finalizar el tratamiento. Respecto a esto, (Zuluaga, 2015), indagan en que hay escenarios en que cepas diferentes de *Mycobacterium tuberculosis* contagian al paciente inmunodeprimido y pueden provocar una reinfección o recaída de TB.

2.2.2.2.3. Tiempo con tratamiento

El indicador tiempo con tratamiento de la enfermedad es relevante debido a que en tratamientos muy prolongados el tiempo es un factor determinante para la adherencia al tratamiento, en este sentido, se asocia el tiempo prolongado con poca adherencia al tratamiento y tiempo corto de tratamiento con alta adherencia; en este contexto, Félix et al. (2021), sugirió que la red de atención para el tipo de pacientes MDR se podría fortalecer con la descentralización de medicamentos anti-TB de segunda línea; mientras que Peña y Farga (2017), investigaron la fluoroquinolona, linezolid y clofazimina como nuevos esquemas de tratamiento contra esta enfermedad como alternativas para los casos de TB-MDR.

2.2.3. Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Orem planteó en su teoría del déficit de autocuidado, que incluso las actividades más básicas como comer, vestirse, asearse, tomar medicación, cuidarse a sí mismo, etc.; que una persona sana realiza sin ningún inconveniente o dificultad, bajo determinadas circunstancias esa persona puede perder la capacidad de hacerlo sea mediana o completamente. Las razones por las cuales el ser humano se ve limitado en sus capacidades a pesar de ser un ser racional y pensante pueden ser por enfermedades degenerativas que comprometen el bienestar físico y mental de la persona. (Cayetano et al., 2020)

Para la elaboración de la teoría de Déficit del autocuidado, Orem se basó en los 4 modelos metaparadigmáticos que forman parte de la profesión de enfermería, donde la persona es el centro de atención y a quienes van dirigidos los cuidados de enfermería, esta persona tiene múltiples cualidades que individualizan el cuidado, en este caso son los pacientes con tuberculosis pulmonar; por otra parte, el entorno, es el ambiente donde se desarrolla la persona y todos los elementos que forman parte o influyen directa e indirectamente en la salud de esta.

Asimismo, la salud corresponde a la capacidad de mantener un buen estado físico, psicológico y social; finalmente, los cuidados, son aquellas intervenciones que realiza el personal de enfermería para lograr la obtención de un buen estado de salud y superar las dificultades presentadas por el paciente, además de la ayuda durante el tiempo en que la persona se encuentra limitada en las habilidades para desempeñar las actividades diarias. (Meleis, 2007)

De acuerdo con (Ordoñez, 2019), quien argumenta que:

Dorothea Orem concreta tres requisitos de la teoría de autocuidado que son necesarios para cuidarse en situaciones de desequilibrio o mantenimiento de la salud: Requisito de autocuidado universal. Prácticamente todo el medio social y ambiental para prevenir riesgos de la salud; requisito de autocuidado del desarrollo. Suplir las condiciones adversas y fomentar las existentes en todas las etapas del desarrollo del ser humano; requisitos de autocuidado de desviación de la salud. Aquellas alteraciones mórbidas relacionadas a los estados de salud. (pág. 69)

La teoría del déficit de autocuidado hace referencia la relación que existe entre la demanda de autocuidados relaciones con la terapia o tratamiento de una persona y la acción de autocuidado de las propiedades humanas o las actividades que el individuo realiza para recuperar la salud, en la que las acciones desarrolladas para el autocuidado que constituyen la

aptitud, no son adecuadas para conocer e identificar los componentes de la demanda de autocuidado. (Zamora , 2016)

En el año 2020, Cayetano et al. expusieron que:

La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación. Sistemas de enfermería totalmente compensadores. (p. 2)

El rol de la enfermería en esta teoría se basa en que asume los roles de soporte en el cumplimiento de las actividades básicas para la persona que posee un déficit identificado de autocuidado, para esto se basan en dos aspectos generalizados de la teoría: los sistemas de enfermería totalmente compensadores: donde el profesional de enfermería asume la satisfacción del cumplimiento de las actividades de autocuidado del enfermo de tuberculosis pulmonar y los sistemas de enfermería parcialmente compensadores, donde el personal de enfermería asiste de manera parcial al enfermo ya que este no se encuentra limitado en su totalidad, además están los sistemas de enfermería de apoyo-educación, en el cual la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado. (Raile, 2018)

2.3 Fundamentación legal

Constitución de la Republica del Ecuador (2008), con modificaciones y reformas en el año 2011, 2014 y 2018.

Sección cuarta de la salud. Capítulo tercero. Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria:

Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud.

Sección quinta. De los grupos vulnerables.

Art. 47.- En el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas, las personas con discapacidad, las que adolecen de enfermedades catastróficas de alta complejidad y las de la tercera edad. Del mismo modo, se atenderá a las personas en situación de riesgo y víctimas de violencia doméstica, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos.

Con la ayuda de una adecuada campaña de concientización, la pacientes con tuberculosis el promover el no abandono del tratamiento puede reducir significativamente los riesgos de complicaciones posteriores Así pues, la transmisión de información básica sobre la higiene, las necesidades nutricionales, etc. así como la difusión de ilustraciones simplificadas para recordar las reglas elementales son procedimientos muy eficaces para informar a la población y mejorar su comportamiento en temas de salud.

Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI, 2012)

Integralidad a los programas

El Modelo de Atención Integral conlleva a romper el abordaje tradicional y vertical de los programas de salud, reorientando la atención al logro de resultados de impacto social al fortalecer los resultados institucionales, lo que permite la eficiencia y efectividad programática al dirigir los esfuerzos al apoyo para la solución integral de los problemas de salud, esto significa “asegurar que distintos servicios lleguen al mismo tiempo y se realicen en los territorios donde la población corra más riesgos”.

Para el Modelo de Atención MAIS-FCI se responderá a las necesidades locales, tomando en consideración: el perfil epidemiológico, la situación diferenciada de hombres y mujeres, la estratificación y el enfoque de riesgo, la realidad local de cada zona y distrito por lo que deberán revisar sus objetivos y metas planteadas y ajustar sus normas a los criterios de integración de las acciones a través de los servicios, para lograr lo que se conoce como convergencia de programas.

A partir de la implementación de este nuevo Modelo se obtendrá como resultado la ruptura del concepto vertical de “Programa”, estableciéndose entonces la atención integrada a la población La Atención Integral requirió por parte del Ministerio de Salud, la revisión de los programas, objetivos y metas planteadas que inciden en el desarrollo de la población, llegándose a la siguiente definición: ·

Atención Integral a la población. Dirigir los esfuerzos con acciones sistemáticas y coordinadas desde la perspectiva de reconocer el enfoque integral, imponiéndose el abordaje de su problemática con un enfoque de interculturalidad, generacional y de género, que persiga la reducción, neutralización o eliminación de los factores (presentes o potenciales) que incrementan el riesgo de enfermar y morir.

Ley del Buen Vivir. Constitución del Ecuador (2008)

En el objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir destaca lo siguiente: Mejorar la calidad de vida de la población.

El estipular la calidad de vida de la población de todos los ciudadanos ecuatorianos, hace referencia el derecho de equidad que todo ciudadano ecuatoriano que por ley los apara, establece que ninguna enfermedad debe ser motivo de discriminación laboral, de salud, o de ninguna índole, que el derecho de atención inmediata y gratuita será por el estado si esto no se cumpliría el ciudadano tiene todo el derecho de proceder a ejecutar el artículo que corresponde.

2.4. Formulación de hipótesis

Los factores sociales influyen de manera directa en la adherencia del tratamiento de la tuberculosis en los usuarios diagnosticados con TB que acuden al Centro de Salud San Judas Tadeo.

2.5. Identificación y clasificación de variables

2.5.1. Variable independiente:

Factores sociales.

2.5.2. Variable dependiente:

Adherencia al tratamiento de la tuberculosis.

2.6. Operacionalización de variables

Tabla 6.

Matriz de operacionalización de la variable independiente

HIPÓTESIS	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		
			DIMENSIÓN	INDICADOR	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Los factores sociales influyen de manera directa en la adherencia del tratamiento de la tuberculosis en los usuarios diagnosticados con TB que acuden al Centro de Salud San Judas Tadeo.	Factores sociales	Los factores sociales son las condicionantes que influyen en la interacción entre las personas dentro de las áreas de manifestación del aspecto social, dentro de estos aspectos están la familia, la escuela, la nación, la cultura, la religión, entre otras.	Factores sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Estado civil • Zona de procedencia • Nivel educativo • Nivel socioeconómico 	Cuestionario de perfil social.
			Características patológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de TB • Condición • Tiempo con tratamiento 	

Elaborado por: Borbor del Pezo Sandra Carolina

Tabla 7.

Matriz de operacionalización de la variable dependiente

HIPÓTESIS	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
			DIMENSIÓN	INDICADOR	
Los factores sociales influyen de manera directa en la adherencia del tratamiento de la tuberculosis en los usuarios diagnosticados con TB que acuden al Centro de Salud San Judas Tadeo.	Adherencia al tratamiento	La adherencia al tratamiento es una característica que refleja el grado de aceptación que un paciente tiene respecto a un tratamiento prescrito por el médico, dentro de esto incluye la toma de medicación en el horario, frecuencia, dosis y demás condiciones indicadas.	Adherencia	<ul style="list-style-type: none"> • Control en la ingesta de medicamentos • Seguimiento médico conductual • Autoeficacia 	Encuesta Test de Morisky Green

Elaborado por: Borbor del Pezo Sandra Carolina

CAPÍTULO III

3. Diseño metodológico

3.1. Tipo de investigación

La investigación se realizó con metodología de diseño no experimental, debido a que no se alteró la variable independiente factores sociales, sino que se exploró la situación actual de la variable dependiente adherencia al tratamiento, de modo que se observó la influencia de dichos elementos sobre el fenómeno encontrado; el enfoque utilizado fue el cuantitativo, dado que la forma en que se manejaron los datos de información fue numérico, estadístico y porcentual, utilizando una técnica cuantitativa como es la encuesta.

Respecto al alcance utilizado fue el descriptivo, debido a que se realizó un estudio de precedentes sobre el fenómeno abordado para entender y analizar la problemática y cómo se está presentando en el escenario estudiado que es el Centro de Salud San Judas Tadeo; asimismo, el corte de la investigación fue transeccional, dado que la información para el procesamiento de los datos fue recogida en un único momento y lugar, siendo el primer semestre del año 2022 en el cantón Salinas.

3.2. Métodos de investigación

El método aplicado consistió en el hipotético – deductivo, dado que el contexto de la investigación permitió la generación de predicciones en base a razonamiento de los principales precedentes recolectados, la investigación se realizó de manera generalizada en un enfoque global hasta el área local; las premisas dieron lugar a la formulación de la hipótesis que consistió en la afirmación de que los factores sociales influyen de manera directa en la adherencia del tratamiento de la tuberculosis en los usuarios diagnosticados con TB que acuden al Centro de Salud San Judas Tadeo.

3.3. Población y muestra

En el Centro de Salud San Judas Tadeo, está registrada una prevalencia de 25 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en la matriz de Tuberculosis de esta unidad operativa, aquí están integrados de todas las edades, todos los tipos de TB sean pulmonar o extrapulmonar, así como sensible, resistente o multidrogoresistentes; estos usuarios acuden a controles médicos de manera regular. Debido al número reducido de la población, se escoge de muestra a la cantidad total de pacientes que constan en esta matriz para la aplicación de la encuesta.

Posterior a la aplicación de los criterios de inclusión hubo un total de 20 participantes que desearon participar, quedando definido este valor.

3.4. Tipo de muestreo

Para la realización de este estudio se ha elegido el muestreo no probabilístico por conveniencia del autor, pues las unidades muestrales no fueron elegidas con criterios de representatividad estadística, sino que se eligieron a individuos que reflejaron el problema de estudio que cumplan con características esenciales para el desarrollo de la investigación considerando los criterios de inclusión y exclusión, los de inclusión fueron pacientes con diagnóstico de TB con baciloscopia positiva que consten en la matriz de TB del Centro de Salud San Judas Tadeo de Salinas, que firmen el consentimiento informado y manifiesten verbalmente que desean participar de la encuesta; mientras que los de exclusión fueron pacientes con otras morbilidades que no consten en la matriz de TB y que no firmen el consentimiento informado ni manifiesten interés por participar en la investigación.

3.5. Técnicas recolección de datos

La técnica de recolección implementada fue la encuesta finita, ya que se trató de un enfoque cuantitativo en la que se implementó con la finalidad de procesar los datos de modo numérico; la encuesta estuvo estructurada por dos partes que correspondieron a las dos variables de estudio, por una parte, estuvo una sección de factores sociales donde se recolectaron datos sociodemográficos y características patológicas conformados por 9 ítems; mientras que, la otra sección fue una escala que correspondió a la variable adherencia al tratamiento con 8 ítems.

3.6. Instrumentos de recolección de datos

- Cuestionario de perfil social. Este instrumento permitió recoger datos sociodemográficos con 6 ítems y características patológicas con 3 ítems, ambas con escala nominal.
- Test de Morisky Green. Este instrumento permite medir el grado de adherencia al tratamiento de los pacientes con TB, 7 de los 8 ítems tienen 2 opciones de respuesta, donde Sí = 1 y No = 2, mientras que el último ítem tiene las escalas de Nunca/casi nunca = 1, rara vez = 0.75, algunas veces = 0.5, habitualmente = 0.25 y siempre = 0. El puntaje máximo es de 8 y los resultados se interpretan de la siguiente forma: *Adherentes* = puntuación de 8 y *No adherentes* = puntuación inferior a 8.

3.7. Aspectos éticos

Los aspectos éticos que conforman la investigación son el consentimiento informado, el cual es un documento legal que autorizó al investigador para recoger los datos de los pacientes, donde se manifestó que son usados para fines científicos únicamente, con anonimato y sin conflicto de intereses; asimismo, se utilizaron los principios bioéticos que rigen la práctica clínica de los profesionales del área de la salud, como son la no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia; además, se obtuvo autorización de la institución para poder recoger los datos en las instalaciones del Centro de Salud San Judas Tadeo, obtenido previamente mediante la solicitud que se envió a la Dirección de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

CAPÍTULO IV

4. Presentación de resultados

A continuación, se muestran los resultados que responden a las variables de estudio, en primera instancia se realizó un análisis de fiabilidad con el coeficiente Alfa de Cronbach para medir la confianza de las respuestas obtenidas, donde se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 9.

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

Nota. a. La Eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento. Fuente: SPSS Versión 28.

Tabla 10.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,873	8

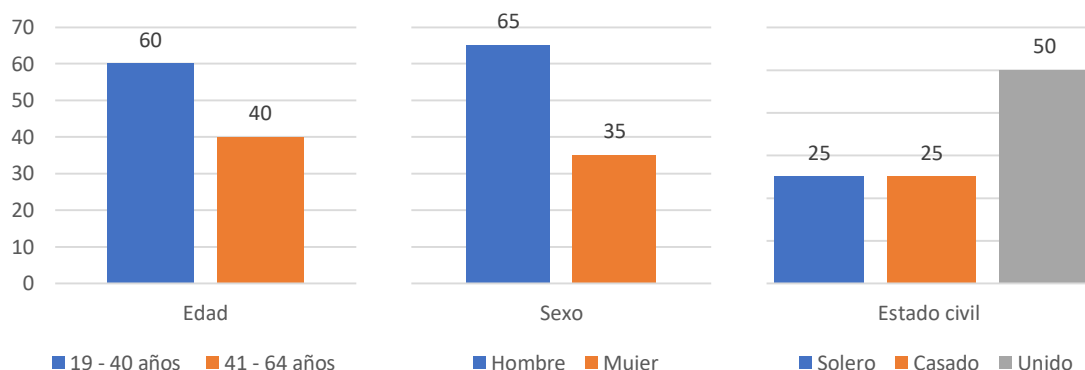
Nota. Esta tabla muestra la fiabilidad de los datos procesados de la población de pacientes con tuberculosis que asisten al Centro de Salud San Judas Tadeo del Cantón Salinas, se analizaron 20 encuestas de 8 ítems referentes al test de Morisky Green o test para medir la adherencia en los pacientes, la fiabilidad del Alfa de Cronbach dejó un resultado de ,873 lo cual se interpreta como muy bueno, de modo que la veracidad de las respuestas es confiable. Fuente: SPSS Versión 28.

4.1. Análisis e interpretación de resultados

Para responder al primer objetivo específico que consistió en describir los factores sociodemográficos de los pacientes con Tuberculosis pulmonar, se encontraron los siguientes resultados:

Gráfico 1.

Distribución por edad, sexo y estado civil



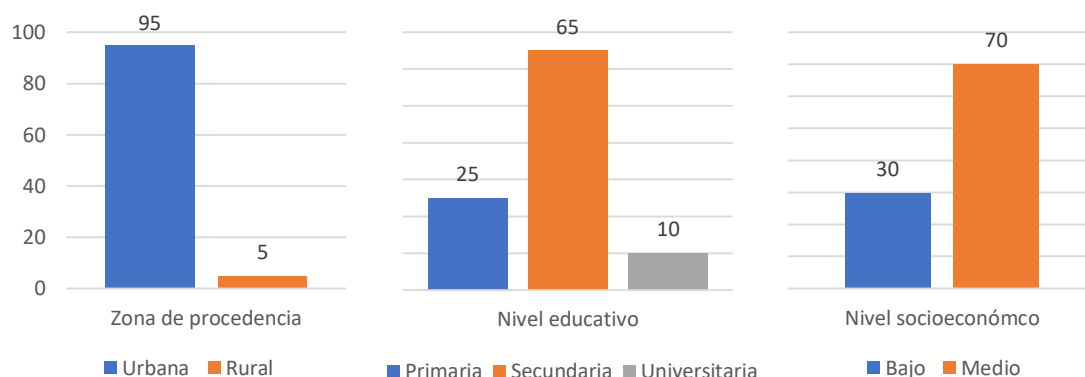
Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Borbor del Pezo Sandra Carolina

El gráfico muestra la distribución de la población de pacientes con tuberculosis que asisten al Centro de Salud San Judas Tadeo por edad, se encontró que la mayor cantidad de pacientes comprendían entre las edades de 19 a 40 años con el 60%, mientras que los de 41 a 64 años comprendieron el 40%; además, en la distribución por sexo, se encontró que la mayor cantidad de pacientes fueron hombres con el 65%, mientras que las mujeres resultaron el 35%. Fuente: Encuesta; de igual forma en la distribución por estado civil, se encontró que la mayor cantidad de pacientes estaban unidos representando el 50%, mientras que los pacientes casados fueron el 25% y solteros 25%.

Gráfico 2.

Distribución por zona de procedencia, nivel educativo y nivel socioeconómico



Fuente: Encuesta.

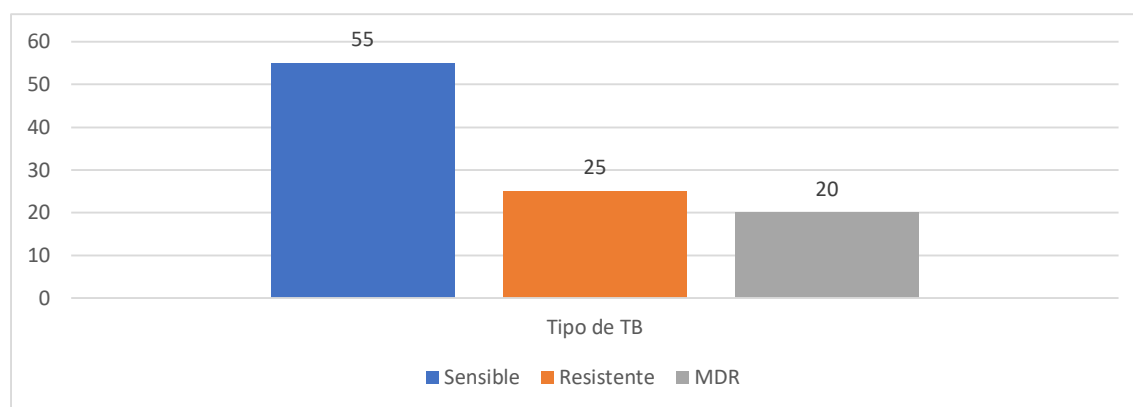
Elaborado por: Borbor del Pezo Sandra Carolina

Al considerar en el gráfico 2 la procedencia, nivel educativo y el nivel socioeconómico, se encontró que la mayor cantidad de pacientes habitaban en la zona urbana y de la zona rural representaron el restante 5%; por otra parte, el nivel educativo, se encontró que el nivel de secundaria básica predominó con el 65%, mientras que los pacientes que culminaron la primaria fueron el 25% y la universidad solo el 10%; asimismo, el nivel socioeconómico, se encontró afectado con el 70% donde la mayoría poseen ingresos medios y solo el 30% de ellos ingresos bajos, por lo que no hubo ningún paciente con posición económica alta.

Por otra parte, para dar respuesta al segundo objetivo específico que consistió en establecer las características patológicas de la población de estudio, se obtuvieron los siguientes resultados:

Gráfico 3.

Tipo de TB



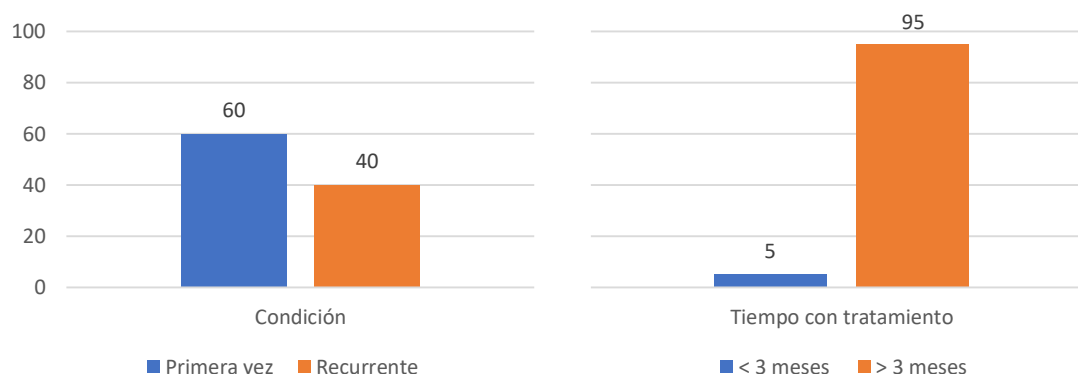
Nota. El gráfico muestra la distribución de la población de pacientes con tuberculosis que asisten al Centro de Salud San Judas Tadeo por tipo de TB, se encontró que la mayor cantidad de pacientes tenían una TB sensible con el 55%, la TB resistente representó el 25% de la muestra y el 20% restante fueron pacientes con TB-MDR o multidrogorresistente.

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Borbor del Pezo Sandra Carolina

Gráfico 4.

Condición de la TB y tiempo con el tratamiento



Fuente: Encuesta.

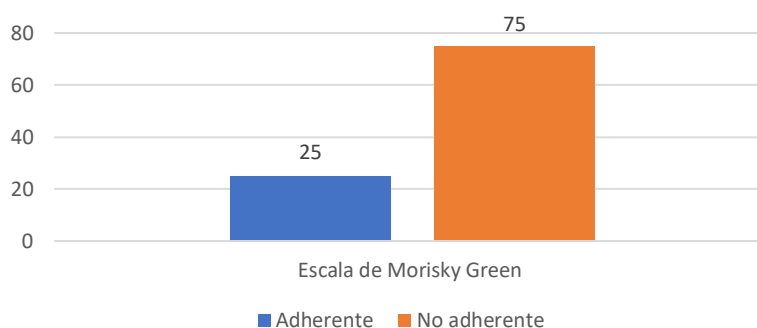
Elaborado por: Borbor del Pezo Sandra Carolina

De acuerdo a la distribución de la población de pacientes con tuberculosis que asisten al Centro de Salud San Judas Tadeo, se encontró que en su mayoría se habían infectado por primera vez con esta enfermedad con el 60%, no obstante, hubo un elevado porcentaje de TB recurrente; además de acuerdo con el tiempo con el tratamiento de la TB, se encontró que casi la totalidad de pacientes tenían más de tres meses con el tratamiento con el 95%, el 5% restante tenían menos de 3 meses con el tratamiento.

Finalmente, para dar respuesta al tercer objetivo, que consistió en evaluar el grado de adherencia al tratamiento de la Tuberculosis pulmonar mediante la escala de Morisky Green (MMAS-8), se obtuvo la siguiente estadística:

Gráfico 5.

Escala de Morisky Green



Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Borbor del Pezo Sandra Carolina

Dando respuesta al tercer objetivo de la investigación el gráfico muestra la distribución de la población de pacientes con tuberculosis que asisten al Centro de Salud San Judas Tadeo por condición de la adherencia al tratamiento, se encontró que la mayoría de los pacientes fueron no adherentes al tratamiento de la TB por obtener puntajes inferiores a 8 representando el 75% de los participantes; mientras que el 25% restante si fueron adherentes ya que sacaron 8 puntos en el test.

4.2. Comprobación de hipótesis

Se comprobó que los factores sociales influyen de manera directa en la adherencia del tratamiento de la tuberculosis en los usuarios diagnosticados con TB que acuden al Centro de Salud San Judas Tadeo; se respalda esta afirmación mediante los resultados obtenidos por las encuestas, donde elementos como una mayor cantidad de participantes de edades jóvenes entre 19 a 40 años representaron el 60%, así como participantes hombres con 65% de participación, unidos con 50% de representación, de zona urbana con 95%, nivel educativo medio con 65%, nivel socioeconómico medio con 70%; tuvieron una mayor participación.

Todo en conjunto permite interpretar que debido a la edad en la que se contagian, donde son en su mayoría laboral y socialmente activos, habitando en zonas urbanas donde hay una gran cantidad de distracciones, resulta una conducta no adherente a tratamientos, de manera general la mayoría de los participantes no cumplía por lo menos un ítem en lo concerniente a la escala de Morisky Green, por desórdenes en los horarios de la medicación o por olvido de la toma de esta.

5. Conclusiones

Por los resultados alcanzados, se llega a la conclusión que los factores sociales efectivamente influyen de manera directa en la adherencia del tratamiento de la tuberculosis en los usuarios diagnosticados con TB que acuden al Centro de Salud San Judas Tadeo; los factores sociodemográficos que se hicieron más relevantes en la investigación consistieron en un mayor porcentaje de jóvenes con TB de edades entre 19 a 40 años, el sexo que prevaleció fue el de hombres, el estado civil que tuvo un mayor porcentaje de participación fue el unido, casi en su totalidad los participantes fueron de procedencia urbana, el nivel de educación secundaria tuvo mayor participación así como el nivel socioeconómico medio.

De igual forma, acerca de las características patológicas de la población de estudio, el tipo de TB sensible se evidenció que hubo un mayor porcentaje, no obstante, el porcentaje de los otros tipos de TB resistente y multidrogoresistente fue muy significativo llegando a representar juntos casi la mitad de los participantes; mientras tanto, la condición de TB fue de manera general por primera vez y casi en su totalidad los pacientes tenían más de tres meses con el tratamiento.

Para finalizar, el grado de adherencia al tratamiento de la tuberculosis que fue medido con la escala de Morisky-Green (MMAS-8), dejó como resultado una alta tasa de no adherencia al tratamiento representando tres cuartos de la población con tuberculosis encuestada; en la escala se consideró como puntaje perfecto a los adherentes, pero en casi la mayoría de los casos los participantes tenían por lo menos una conducta negativa que impidió que este porcentaje salga positivo.

6. Recomendaciones

- Es necesario que el Centro de Salud San Judas Tadeo realice un control estricto en los casos de pacientes con TB, dado al alto índice de pacientes jóvenes con esta enfermedad, estos jóvenes son los que de manera general tienen conductas no adherentes e incluso irresponsables ya que no practican el aislamiento, poniendo en riesgo en primer lugar a su círculo familiar y a la comunidad en general de proliferación de esta enfermedad.
- Es importante que el Centro de Salud San Judas Tadeo estudie a profundidad la resistencia y multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis, debido a la elevada cifra que presentan estos tipos de TB, que pueden estar relacionados con la igual sorprendente cifra de pacientes con la enfermedad recurrente y el largo tiempo que llevan tomando el tratamiento.
- Por último, es verdaderamente necesario que la Carrera de Enfermería de la UPSE continúe motivando la investigación en los estudiantes, dado la relevancia que tienen estos datos y el impacto que causa en las personas y en la comunidad científica; en este caso se halló un porcentaje importante de personas no adherentes, estas personas al descuidar su condición pueden poner en riesgo a más personas, desarrollar resistencia a los antibióticos y por ende afectar su calidad de vida.

7. Referencias bibliográficas

- AMSE. (2016). *Signos y síntomas de la tuberculosis pulmonar*. Obtenido de Asociación de Médicos de Sanidad Exterior.: <https://www.amse.es/informacion-epidemiologica/204-tuberculosis-epidemiologia-y-situacion-mundial>
- Bacilio, & Romero. (2019). Adherencia al tratamiento de la tuberculosis en los pacientes atendidos en el Centro de Salud de Santa Elena. 2019. *Universidad Estatal Península de Santa Elena. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud*. Obtenido de <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/5241/1/UPSE-TEN-2020-0002.pdf>
- Brito, J., & Castillo, A. (2018). *Prevalencia y factores de riesgo para tuberculosis pulmonar*. Trabajo de Titulación, UNEMI, Milagro. Recuperado el 04 de 05 de 2021, de <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4178/1/PREVALENCIA%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO%20PARA%20TUBERCULOSIS%20PULMONAR-merged.pdf>
- Brito, J., & Castillo, A. (2018). *Prevalencia y factores de riesgo para tuberculosis pulmonar*. Trabajo de Titulación, UNEMI, Milagro. Recuperado el 04 de 05 de 2021, de <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4178/1/PREVALENCIA%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO%20PARA%20TUBERCULOSIS%20PULMONAR-merged.pdf>
- Cañizares, M., & Ortega, X. (2020). *Prevalencia de tuberculosis en pacientes con VIH del Hospital General Guasmo Sur desde el 01 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2019*. Trabajo de titulación, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil. Recuperado el 05 de 05 de 2021, de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/14980/3/T-UCSG-PRE-MED-979.pdf>
- Carvajal, Tovar, Aristizábal, & Varela. (2017). Barreras asociadas a la adherencia al tratamiento de tuberculosis en Cali y Buenaventura, Colombia, 2012. *Revista Gerencia Política y Salud*, 16(32), 68-84. doi:10.11144/Javeriana.rgps16-32.baat
- Castro, Cama, & Fernández. (2020). Apoyo familiar y adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis. *Revista MediSur*, 18(5). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000500869

- Cayetano, Torres, & Ruiz. (2020). *Teoría y práctica de los fundamentos de enfermería (I). Bases teóricas y metodológicas*. Universidad de Almería.
- Cedeño, Figueroa, Zambrano, Romero, Arias, & Santos. (2019). Apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 5(1). Obtenido de <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/850/html>
- Contreras, C. (2019). Factores de riesgo para tuberculosis pulmonar en trabajadores de salud. Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, Perú. *Revista Horizonte Médico (Lima)*, 19(4). doi:10.24265/horizmed.2019.v19n4.04
- Corrales, E., & Freire, F. (27 de Abril de 2018). *Factor social que influye en el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis*. Obtenido de Universidad de Guayaquil: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30779/1/1209-TEISIS-CORRALES%20Y%20%20FREIRE.pdf>
- Fajardo, G., Reyes, O., Varla, D., & Medina, K. (12 de 2018). Tuberculosis Pulmonar y métodos diagnósticos laboratoriales actuales. *Revista Facultad de Ciencias Médicas*. Obtenido de RFCM: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2018/pdf/RFCMVol15-2-2018-6.pdf>
- Félix, Jiménez, & Laniado. (2021). Retraso en el inicio del tratamiento en pacientes con tuberculosis resistente a fármacos. *Revista Neumología y cirugía de tórax*, 78(4). Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0028-37462019000400363&script=sci_arttext
- González, González, Sotolongo, Corzo, & Méndez. (2020). Programa de intervención comunitaria dirigido a pacientes con riesgo de tuberculosis pulmonar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(3). Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2019.v45n3/e1522/>
- López, C., & Canalejas, C. (2018). *Adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis*. Trabajo de Fin de Grado, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. Recuperado el 06 de 05 de 2021, de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684901/lopez_fuente_cristinatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- López, C., & Canalejas, C. (2018). *Adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis*. Trabajo de Fin de Grado, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. Recuperado el 06 de 05 de 2021, de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684901/lopez_fuente_cristinatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lynch. (2019). *Adherencia al tratamiento farmacológico*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/fármacos-o-sustancias/factores-que-influyen-en-la-respuesta-del-organismo-a-los-fármacos/adherencia-al-tratamiento-farmacológico>
- Meleis, A. (2007). *Theoretical. Development & Progress*. (Fourth edition ed.). Lippincott Williams & Wilkins a Wolters Kluwer business.
- Méndez, Caicedo, Urrutia, Cortés, Ávila, & Álvarez. (2018). Comparación de factores socioeconómicos y diagnósticos relacionados con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, en Boyacá, durante 2015. *Revista Universitas Medica Colombia*, 59(4). doi:10.11144/Javeriana.umed59-4.cfsd
- Morales, & Beldarraín. (2015). Aspectos económicos y sociales relacionados con el comportamiento de la tuberculosis en Cuba. Década de los 90. *Revista MediSur*, 13(2). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=58068>
- Morales, H. (2015). Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TB-MDR de la Red Almenara. *Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma*(1), 16-22. Obtenido de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjz0feDwe_3AhWoSzABHXzyAj8QFnoECDcQAQ&url=https%3A%2F%2Frevistas.urp.edu.pe%2Findex.php%2FRFMH%2Farticle%2Fdownload%2F981%2F887&usg=AOvVaw2RUzftZL7tSQISdOyiNZ-p
- MSP. (2018). *Boletín Anual Tuberculosis 2018*. Quito: Ministerio de Salud Pública. Subsecretaría de Vigilancia de la Salud Pública. Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/03/informe_anual_TB_2018UV.pdf

- MSP. (2018). *Boletín Anual Tuberculosis 2018*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública:
https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/03/informe_anual_TB_2018UV.pdf
- MSP. (2018). *Ministerio de Salud Publica*. Quito. Recuperado el 03 de 05 de 2021, de
https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP_Tuberculosis-1.pdf
- MSP. (2018). *Prevención, diagnóstico, tratamiento, y control de la tuberculosis Guía Práctica Clínica*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Obtenido de
https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP_Tuberculosis-1.pdf
- Muñoz, & Fernández. (2011). Factores sociales en la incidencia de tuberculosis pulmonar en el municipio "10 de Octubre". *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(3). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300002#:~:text=Los%20factores%20sociales%20que%20mostraron,higiene%20personal%20y%20el%20hacinamiento.
- OMS. (05 de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 02 de 05 de 2021, de WHO:
<https://www.who.int/features/qa/08/es/#:~:text=La%20tuberculosis%20se%20transmite%20de,pocos%20bacilos%20para%20quedar%20infectada>.
- OMS. (2020). *Global tuberculosis report 2020*. Organización Mundial de la Salud. Geneva: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 05 de 05 de 2021, de
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- OMS. (2021). *Global tuberculosis report 2020*. Organización Mundial de la Salud, Geneva. Recuperado el 05 de 05 de 2021, de
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf>
- OPS. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. Obtenido de
<https://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>
- OPS. (2021). *Tuberculosis*. Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de
<https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis>
- Ordoñez , H. E. (2019). *Enfermería más allá del cuidado: reflexiones desde la experiencia personal*.

- Ortega, J., Sánchez, D., Rodríguez, Ó., & Ortega, J. (julio-septiembre de 2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 16(3). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2018/am183h.pdf>
- Pagès, & Valverde. (2020). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Revista Ars Pharmaceutica (Internet)*, 59(4). doi:10.30827/ars.v59i4.7357
- Paneque, E., Rojas, L., & Pérez, M. (mayo-junio de 2018). La Tuberculosis a través de la Historia: un enemigo de la humanidad. *Scielo*, 17(3). Recuperado el 02 de 05 de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000300353
- Peña, & Farga. (2017). Avances en el tratamiento de la tuberculosis multirresistente. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(2). doi:10.4067/s0717-73482017000200137
- Pocohuanca, Villacorta, & Hurtado. (2021). Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14(3). doi:10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1252
- Raile, M. (2018). *Modelos y teorías de enfermería* (9na edición ed.). Barcelona, España: Elsevier.
- Ramírez, Anlehu, & Rodríguez. (2020). Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista Horizonte sanitario*, 18(3). doi:10.19136/hs.a18n3.2888
- Ramírez, Menéndez, & Noguero. (2015). Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 17(1). doi:10.4321/S1575-06202015000100002
- Sánchez, Navarro, Padrós, & Cruz. (2021). Relación entre autoeficacia, apoyo social, adherencia al tratamiento y HbA1C por nivel de percepción de amenaza en pacientes con DM2. *Revista Nova scientia*, 12(25). doi:10.21640/ns.v12i25.2466
- Seng, Nicholson, & Holroyd. (2016). Desarrollo de un indicador de autoeficacia para la adherencia al tratamiento de la cefalea aguda. *Revista Científica de Atención Primaria ALMIRALLMED*, 9(6), 33-42. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26403506>

- Silva, Pérez, & Marín. (2019). *Tuberculosis en niños y adolescentes en Ecuador: análisis de la notificación, las características de la enfermedad y el resultado del tratamiento*. Organización Panamericana de la Salud. doi:10.26633/RPSP.2019.104
- Suleiman, K. (2017). Una guía para activistas sobre herramientas de diagnóstico de la tuberculosis. Obtenido de https://www.treatmentactiongroup.org/wp-content/uploads/2018/09/SP_TB_diagnostic_tools_act_guide_3.pdf
- Toman, K. (2006). *Tuberculosis. Detección de casos, tratamiento y vigilancia. Preguntas y respuestas*. (Segunda ed.). (T. R. Frieden, Ed.) Organización Mundial de la Salud.
- Vega, C., & Camacho, E. (2019). *Autocuidado de la salud II*. (I. T. (ITESO), Ed.) Guadalajara, México: Editorial el Manual Moderno.
- Zambrano, M. (2003). *Técnicas básicas de enfermería*. Madrid: Ediciones Akal, S.A.
- Zamora . (2016). *Manual de Enfermería Zamora*. (G. d. Martínez, Ed.) Bogotá D.C., Colombia: © Zamora.
- Zuluaga, M. (2015). ¿Reinfección o reactivación en la tuberculosis pulmonar? Un reto diagnóstico. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública of Universidad de Antioquia*, 33(3). doi:10.17533/udea.rfnsp.v33n3a12

8. Anexos

Anexo 1. Autorización de la institución

Santa Elena, 13 de mayo del 2022

Licenciada

Nancy M. Domínguez Rodríguez, MSc.

**DIRECTORA DE LA CARRERA
DE ENFERMERÍA**

En su despacho.



Katherine Muñoz Tomalá
OBSTETRA
LIBRO Nº 192

Recibido 17/08/2022

De mi consideración:

Yo, **Borbor Del Pezo Sandra Carolina**, portadora de la cédula de identidad **0927668319**, estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, me dirijo a usted para solicitar la documentación de aprobación de mi proyecto de investigación para que me permitan proceder al levantamiento de la información necesaria para cumplir con el trabajo de titulación previo a la obtención del Título de Licenciada en enfermería.

Dirigida a la **Obst. Katherine Muñoz Tomalá**, directora del Centro de Salud San Judas Tadeo en el Cantón Salinas. El tema de investigación es: **Factores Sociales que influyen en la adherencia al tratamiento de la tuberculosis pulmonar en pacientes que asisten al centro de salud San Judas Tadeo. Salinas-2020**, el mismo que ha sido aprobado por el consejo académico de facultad para lo cual adjunto el cronograma de trabajo e instrumento a utilizar para el levantamiento de información y consentimiento informado.

Por la atención brindada, anticipo mis agradecimientos.



Atentamente,

Borbor Del Pezo Sandra Carolina

CI: 0927668319

Anexo 2. Consentimiento informado



Facultad de
Ciencias Sociales y de la Salud
Enfermería



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este estudio es elaborado como requisito para el proceso de titulación, de la Carrera de enfermería, de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, realizada por la estudiante BORBOR DEL PEZO SANDRA CAROLINA bajo la tutoría de la Lic. YANEDSY DIAZ AMADOR, Msc.

De aceptar la participación voluntaria se garantiza la confidencialidad y el respeto a las respuestas, la cual no será utilizada con otro propósito externo a la investigación. Después de recibir y comprender la explicación yo, **BORBOR DEL PEZO SANDRA**, con número de cédula, 0927668319, por medio del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada, **FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD SAN JUDAS TADEO. SALINAS-2020**, además certifico que he sido informado con claridad, sobre los objetivos y el propósito de la investigación.

Firma del participante

Anexo 3. Instrumento para la recolección de la información



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACTULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**



ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES CON TB

TEMA: FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD SAN JUDAS TADEO. SALINAS – 2020.

OBJETIVO: DETERMINAR LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIALES EN LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD SAN JUDAS TADEO DE SALINAS EN 2020.

INSTRUCCIONES:

¡Saludos! A continuación, se plantean ítems que permitirán conocer el panorama de la adherencia del tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar que asisten al Centro de Salud San Judas Tadeo de Salinas. No existen preguntas buenas ni malas. Es importante que responda todas las preguntas sin dejar casilleros en blanco. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales, no será accesible a otras personas, por lo que se garantiza el anonimato en el estudio.

VARIABLE FACTORES SOCIALES

DIMENSIÓN: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad:	19- 40 años ()	41- 64 años ()	> 64 años ()
Sexo:	Hombre ()	Mujer ()	
Estado civil:	Soltero ()	Casado ()	Unido () Separado ()
Zona de procedencia:	Urbana ()	Rural ()	
Nivel educativo:	Primaria ()	Secundaria ()	Universitaria () Sin estudios ()
Nivel socioeconómico:	Bajo ()	Medio ()	Alto ()

DIMENSIÓN: CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICAS

Tipo de TB:	Sensible ()	Resistente ()	MDR ()
Condición:	Primera vez ()	Recurrente ()	
Tiempo con tratamiento:	< 3 meses ()	> 3 meses ()	

VARIABLE: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

N°	ÍTEM	SI= 1	NO= 0
1	¿Olvida en alguna ocasión tomar la medicina para la TB?		
2	A algunas personas se les pasa por alto tomarse las medicinas por otras razones que no son el olvido. Si recuerda las últimas dos semanas ¿hubo algún día en el que se olvidó tomar la medicina para la TB?		
3	¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decirle a su médico porque se sintió mal al ingerirla?		
4	Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para su TB alguna vez?		
5	¿Olvidó tomar la medicina para la tb el día de ayer?		
6	Cuando siente que su TB está bajo control, ¿deja de tomar su medicina?		
7	Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su TB?		
8	¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?	Marque una de estas opciones	
		Nunca/casi nunca= 1	
		Rara vez= 0.75	
		Algunas veces= 0.5	
		Habitualmente= 0.25	
		Siempre= 0	
PUNTUACIÓN TOTAL			

Fuente: Valencia, Mendoza, Luengo. (2017). Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 34(2). <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2206>

Adaptado por: Borbor Del Pezo Sandra Carolina

Anexo 4. Evidencias fotográficas



Imagen 1. Socialización del consentimiento informado



Imagen 2. Encuesta a paciente con TB RR

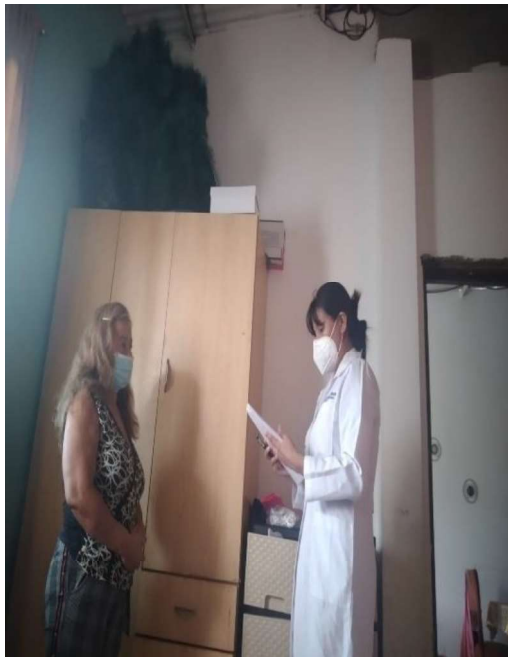


Imagen 3 y 4. Encuesta a paciente con TB sensible



Imagen 5. Firma del consentimiento informado



Imagen 6. Encuesta a paciente con TB MDR



Imagen 7 y 8. Encuesta a paciente con TB RR

Anexo 5. Reporte de Urkund

	Universidad Estatal Península de Santa Elena		Biblioteca General
---	---	---	---------------------------

CERTIFICADO ANTIPLAGIO
(Formato No. BIB-009)
La Libertad, 29 de mayo del 2022
001-YDA-2022

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado **FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD SAN JUDAS TADEO. SALINAS – 2020**, elaborado por **BORBOR DEL PEZO SANDRA CAROLINA** estudiante de la Carrera de Enfermería. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente trabajo de titulación, se encuentra con el 4% de la valoración permitida, por consiguiente, se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,

 **YANEDSY
DIAZ**

Lic. Yanesy Diaz Amador, MSc.
Cédula: 0960242659
Tutor del trabajo de titulación



Reporte Urkund.

The screenshot shows the 'Reporte Urkund' interface. At the top, there are navigation options: 'VOLVER A LA VISTA GENERAL DEL ANÁLISIS', a refresh icon, a download icon, and 'CONFIGURACIÓN'. Below this, the document name 'yareddy' and the source 'LIBRO: Libros' are listed, along with the page number '45'. The main section is titled 'DOCUMENTO COMPLETO' and includes a 'MOSTRAR EN EL TEXTO' section with toggle switches for 'Citas', 'Referencias', and 'Diferencias detalladas de texto'. A paragraph of text is visible, discussing tuberculosis (Tb) as a bacterial infection and its impact on the community.

Fuentes de similitud

The screenshot shows the 'Fuentes de similitud' interface. It features a search bar and toggle switches for 'Citas', 'Referencias', and 'Diferencias detalladas de texto'. A document match is displayed with a 'DOCUMENTO ENVIADO' status, a '100%' similarity score, and a 'SIMILITUD DE TEXTO' label. The document title is 'la Guía de Práctica Clínica: Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis'. The source is identified as 'UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA / MARIA STEFANIA AGUIÑO YNGUAL.docx'.