



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

**DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**TEMA: FACTORES DESENCADENANTES DEL ABANDONO DEL
TRATAMIENTO ANTIFÍMICO. DISTRITO 09D13.
PERÍODO 2016 - 2019**

**AUTOR: GUARACA PARREÑO VÍCTOR HUGO
DIRECTOR TFM: ROMERO URREA HOLGUER ESTUARDO**

MILAGRO, DICIEMBRE 2021

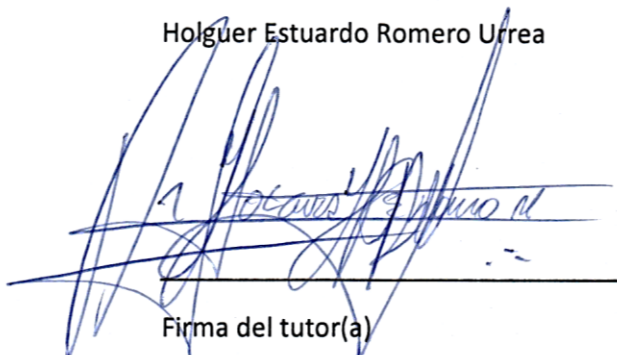
ECUADOR

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente hago constar que he analizado el proyecto de investigación presentado por el MD Víctor Hugo Guaracá Parreño, para optar el título de Máster en Salud Pública y que acepto tutoriar al estudiante, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación, evaluación y sustentación.

Milagro, a los diecinueve días del mes de septiembre del 2019

Holguez Estuardo Romero Urra



Firma del tutor(a)

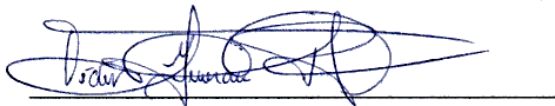
CI: 0601552532

DECLARACIÓN DE LA AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El autor de esta investigación declara ante el Comité Académico del Programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad Estatal de Milagro, que el trabajo presentado es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona, salvo el que está referenciado debidamente en el texto; parte del presente documento o en su totalidad no ha sido aceptado para el otorgamiento de cualquier otro Título de una institución nacional o extranjera.

Milagro, a los cinco días del mes de noviembre del 2021

Víctor Hugo Guaraca Parreño

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Victor Hugo Guaraca Parreño', is written over a horizontal line.

CI: 0912904943

CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de MÁSTER EN SALUD PÚBLICA otorga al presente proyecto de investigación las siguientes calificaciones:

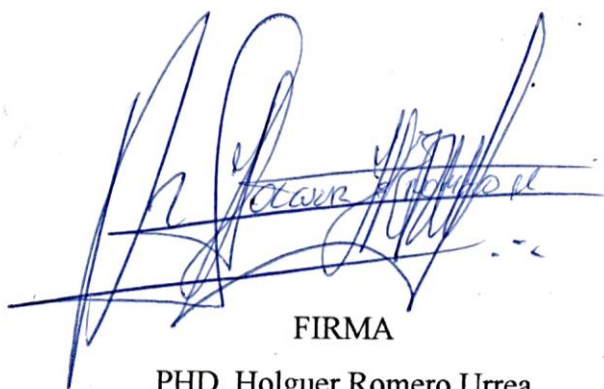
| | | | |
|--------------------|-------------|-------|---|
| MEMORIA CIENTÍFICA | [| 58,66 |] |
| DEFENSA ORAL | [| 40 |] |
| TOTAL | [| 98,66 |] |
| EQUIVALENTE | [EXCELENTE] | | |



FIRMA

MSc. Gabriel Suárez

PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



FIRMA

PHD. Holguer Romero Urrea

DIRECTOR/A TFM



FIRMA

MSc. Felipe Abreu Márquez

SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

A mis padres Víctor y Esperanza quienes con su amor y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer a las adversidades porque Dios siempre está conmigo.

A mis hermanos Susana y Édison por su afecto y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias. A Lorena mi esposa porque con sus consejos y palabras de aliento hizo que no me rinda nunca.

Finalmente quiero dedicar esta tesis a las personas que me impulsan a ser cada día mejor, a Sebastien Enrique y Victoria Lorena.

AGRADECIMIENTO

Al finalizar un período de mi vida quiero extender un profundo agradecimiento, a quienes hicieron posible este sueño, aquellos que junto a mí caminaron en todo momento y siempre fueron mi fuente de inspiración, apoyo y fortaleza.

Esta mención en especial para DIOS, mis padres, mis hermanos, mi esposa y mis hijos.

Mi agradecimiento sincero al asesor de mi tesis, Holguer Romero, porque su apoyo y enseñanzas constituyeron la base de este momento. Gracias, infinitas a todos.

A la institución 09D13 del MSP por permitir y dar las facilidades para la realización de este trabajo y a todos a quienes de manera indirecta dieron un grano de arena para este logro alcanzado.

CESIÓN DE DERECHO DEL AUTOR

Doctor.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor del Trabajo realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Cuarto Nivel, cuyo tema fue Factores desencadenantes del Abandono del tratamiento antifímico. Distrito 09d13 y que corresponde a La Dirección de Investigación y Postgrado.

Milagro, 20 de noviembre del 2021



Víctor Hugo Guaraca Parreño

0912904943

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|------|
| UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO | i |
| CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR..... | ii |
| DECLARACIÓN DE LA AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN | iii |
| CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA..... | iv |
| DEDICATORIA | v |
| AGRADECIMIENTO | vi |
| CESIÓN DE DERECHO DEL AUTOR..... | vii |
| ÍNDICE GENERAL | viii |
| INDICE DE TABLAS. | xi |
| RESUMEN..... | xiii |
| ABSTRACT | xiv |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I..... | 3 |
| EL PROBLEMA..... | 3 |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 3 |
| 1.1.1 Problematización | 3 |
| 1.1.2 Delimitación del problema..... | 6 |
| 1.1.3 Formulación del problema | 6 |
| 1.1.4 Sistematización del problema..... | 6 |
| 1.1.5 Determinación del tema. | 6 |
| 1.2 OBJETIVOS..... | 6 |
| 1.2.1 Objetivo general de la investigación..... | 6 |
| 1.2.2 Objetivos específicos | 7 |
| 1.3 JUSTIFICACIÓN | 7 |
| CAPÍTULO II..... | 8 |
| MARCO REFERENCIAL | 8 |
| 2.1 MARCO TEÓRICO..... | 8 |
| 2.1.1 Antecedentes históricos..... | 8 |
| 2.1.2 Antecedentes referenciales..... | 10 |
| 2.1.3 Fundamentación..... | 12 |
| 2.2 MARCO CONCEPTUAL..... | 17 |

| | | |
|-------|--|----|
| 2.3 | MARCO LEGAL..... | 18 |
| 2.4 | HIPÓTESIS Y VARIABLES..... | 20 |
| 2.4.1 | Hipótesis general | 20 |
| 2.4.2 | Hipótesis particulares..... | 20 |
| 2.4.3 | Declaración de variables | 20 |
| 2.4.4 | Operacionalización de las Variables..... | 21 |
| | CAPÍTULO III | 25 |
| | MARCO METODOLÓGICO | 25 |
| 3.1 | TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL. | 25 |
| 3.2 | LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA | 25 |
| 3.2.1 | Características de la población | 25 |
| 3.2.2 | Delimitación de la población..... | 26 |
| 3.2.3 | Tipo de muestra | 26 |
| 3.2.4 | Tamaño de la muestra | 26 |
| 3.2.5 | Proceso de selección | 26 |
| 3.3 | LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS..... | 26 |
| 3.3.1 | Métodos Teóricos | 26 |
| 3.3.2 | Métodos empíricos..... | 27 |
| 3.3.3 | Técnicas e instrumentos | 27 |
| 3.3.4 | Consideraciones éticas | 29 |
| 3.4 | TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN | 29 |
| | CAPÍTULO IV | 30 |
| | ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS | 30 |
| 4.1 | ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL | 30 |
| | Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico. | 30 |
| | Principales factores del abandono de la terapia antifímica. | 35 |
| | Correlación de Pearson. | 46 |
| 4.2 | ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS | 46 |
| 4.3 | VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS..... | 52 |
| | CONCLUSIONES | 52 |
| | RECOMENDACIONES | 54 |
| | CAPÍTULO V..... | 55 |

| | |
|---|----|
| PROPUESTA | 55 |
| 5.1 TEMA | 55 |
| 5.2 JUSTIFICACIÓN | 55 |
| 5.3 FUNDAMENTACIÓN | 56 |
| 5.4 OBJETIVOS..... | 56 |
| 5.4.1 Objetivo general de la propuesta | 56 |
| 5.4.2 Objetivos específicos de la propuesta..... | 56 |
| 5.5 UBICACIÓN..... | 56 |
| 5.6 ESTUDIO DE FACTIBILIDAD..... | 57 |
| 5.7 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA..... | 57 |
| 5.7.1 Actividades..... | 57 |
| 5.7.2 Recursos, análisis financiero | 58 |
| 5.7.3 Recursos financieros | 59 |
| 5.7.4 Impacto..... | 59 |
| 5.7.5 Cronograma..... | 60 |
| 5.7.6 Lineamiento para evaluar la propuesta. | 61 |
| BIBLIOGRAFÍA | 62 |
| ANEXOS..... | 67 |

INDICE DE TABLAS.

| | | |
|------------------|---|----|
| TABLA 1. | Rúbrica de confiabilidad | 28 |
| TABLA 2. | Factores inherentes al paciente. Perspectiva general. | 30 |
| TABLA 3. | Factores inherentes al servicio de salud. Perspectiva general. | 33 |
| TABLA 4. | Factores inherentes al tratamiento. | 34 |
| TABLA 5. | Mejoría sintomática, factor de abandono del paciente. | 35 |
| TABLA 6. | Situación económica desfavorable, factor de abandono del paciente..... | 36 |
| TABLA 7. | Falta de Apoyo Familiar, factor de abandono del paciente..... | 37 |
| TABLA 8. | Distancia del domicilio - centro de salud, factor de abandono del paciente. | 38 |
| TABLA 9. | Consumo de Drogas ilegales, factor de abandono..... | 39 |
| TABLA 10. | Acciones del equipo de salud para recuperar al paciente en abandono. | 40 |
| TABLA 11. | Información insuficiente sobre la enfermedad. | 41 |
| TABLA 12. | Tiempo prolongado de espera para atención en el Centro de Salud..... | 42 |
| TABLA 13. | Tiempo de tratamiento, factor de abandono..... | 43 |
| TABLA 14. | Reacciones adversas a los medicamentos, factor de abandono..... | 44 |
| TABLA 15. | Número de comprimidos, Factor de abandono. | 45 |
| TABLA 16. | Correlación de Pearson en la Dimensión Factores desencadenantes inherentes al paciente..... | 46 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| GRÁFICO 1. Factores sociodemográficos. | 31 |
| GRÁFICO 2. Factores inherentes al paciente. Perspectiva general. | 32 |
| GRÁFICO 3. Factores inherentes al servicio de salud. Perspectiva general. | 33 |
| GRÁFICO 4. Factores inherentes al tratamiento. Perspectiva general. | 34 |
| GRÁFICO 5. Mejoría sintomática..... | 35 |
| GRÁFICO 6. Situación económica desfavorable..... | 36 |
| GRÁFICO 7. Falta de Apoyo Familiar..... | 37 |
| GRÁFICO 8. Distancia al Centro de salud. | 38 |
| GRÁFICO 9. Consumo de drogas ilegales | 39 |
| GRÁFICO 10. Acciones del equipo de salud para recuperar al paciente..... | 40 |
| GRÁFICO 11. Información insuficiente sobre la enfermedad. | 41 |
| GRÁFICO 12. Tiempo prolongado de espera para atención en el Centro de Salud. | 42 |
| GRÁFICO 13. Tiempo de tratamiento, factor de abandono. | 43 |
| GRÁFICO 14. Reacciones adversas a los medicamentos, factor de abandono. | 44 |
| GRÁFICO 15. Número de comprimidos, Factor de abandono..... | 45 |

RESUMEN

Introducción: el abandono del tratamiento antifímico es definido como la inasistencia continua del afectado a la terapia antituberculosa por un mes o más, es uno de los factores más importantes que disminuye la eficiencia de la terapia, asociándose a fracasos, mayor mortalidad, desarrollo de resistencia bacteriana y un período de contagiosidad más prolongado. Esta situación como problema de salud pública no solucionado, determinó la necesidad de analizar los elementos o factores que se asocian con el abandono del tratamiento. **Objetivos:** Determinar los factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico en pacientes pertenecientes al distrito 09D13; Determinar los principales factores del abandono inherentes al paciente, servicio de salud y al tratamiento; Identificar la correlación entre los factores inherentes al paciente. **Materiales y métodos:** La investigación es de enfoque cuantitativo, de diseño de campo, de corte transversal, de metodología descriptiva y correlacional; se usó como instrumento, un test validado por juicio de expertos y evaluado por el coeficiente de fiabilidad de Kuder Richardson. **Población:** 17 pacientes. **Resultados:** El 94% mejoría sintomática, el 88% por su situación económica, el 71% por falta de apoyo familiar, el 35% por domicilio distante al centro de salud, el 29% por incredulidad de la enfermedad, el 29% consumo de drogas, el 18% consumo de alcohol, el 18% compromiso familiar, 12% falta de vivienda, 77% ausencia de acciones de rescate del abandono, 65% información insuficiente, 53% tiempo prolongado de atención, 18% Trato no adecuado, 71% tiempo de tratamiento, 59% Reacciones adversas, 41% Número de comprimidos. **Conclusiones:** Los factores del abandono, fueron los inherentes al paciente, servicio de salud y al tratamiento. Los principales factores inherentes al paciente fueron mejoría sintomática, situación económica, no tener apoyo familiar. Los factores más importantes inherentes al servicio de salud fueron ausencia acciones de rescate, información insuficiente, tiempo de espera prolongado. Los principales factores del tratamiento fueron tiempo de tratamiento, reacciones adversas y cantidad de comprimidos. **Palabras clave:** Abandono, factores desencadenantes, tratamiento antifímico.

ABSTRACT

Introduction: the abandonment of antifungal treatment is defined as the continuous non-attendance of the affected person to anti-tuberculosis therapy for one month or more, and is one of the most important factors that reduces the efficiency of the therapy, being associated with failures, higher mortality, development of bacterial resistance and a longer period of contagiousness. This situation, as an unsolved public health problem, determined the need to analyze the elements or factors associated with treatment abandonment. **Objectives:** To determine the factors that trigger the abandonment of antipsychotic treatment in patients belonging to district 09D13; to determine the main factors inherent to the patient, health service and treatment in the abandonment of antipharmacological therapy.; to identify the correlation between the factors inherent to the patient. **Materials and methods:** The research is of quantitative approach, field design, cross-sectional, descriptive and correlational methodology; a test validated by expert judgment and evaluated by the Kuder Richardson reliability coefficient was used as an instrument. **Population:** 17 patients. **Results:** 94% symptomatic improvement, 88% due to their economic situation, 71% due to lack of family support, 35% due to domicile distant from the health center, 29% due to disbelief of the disease, 29% consumption of psychoactive substances, 18% alcohol consumption, 18% family commitment, 12% lack of housing, 77% lack of rescue actions from abandonment, 65% insufficient information, 53% prolonged time of care, 18% Inadequate treatment, 71% treatment time, 59% Adverse reactions, 41% Number of tablets. **Conclusions:** The factors for abandonment were those inherent to the patient, the health service and the treatment. The main factors inherent to the patient were symptomatic improvement, economic situation, lack of family support. The most important factors inherent to the health service were lack of rescue actions, insufficient information, long waiting time. The main treatment factors were treatment time, adverse reactions and number of tablets.

Key words: abandonment, triggers, antiphymic treatmen

INTRODUCCIÓN

El abandono o pérdida del seguimiento consiste la interrupción de la terapia antifimica por treinta tomas o más ya sea en casos de esquemas para tuberculosis sensible o resistente, incorpora un excesivo gasto en salud pública; desfavorece la tasa de éxito del tratamiento antifimico a nivel mundial, cifras que se ven reflejadas en las estadísticas de la OMS, en el año 2018 se reportó un excedente del 5% en la tasa media de abandonos. Numerosas investigaciones han demostrado que el problema es causado por la interacción varios factores de riesgo, tales como los factores sociodemográficos como el sexo, la edad, la ocupación, el alcoholismo y la adicción a drogas ilegales, así como factores concernientes al servicio de salud, tales como el acceso a la atención médica y la organización de la provisión de los servicios de salud, además factores que se asocian al mismo tratamiento. La información existente muestra que los efectos de esta problemática se asocian a mutaciones en el agente causal que generan resistencias a los medicamentos, aumentado el índice de fracasos que se traduce posteriormente a mayor movilidad, mortalidad y aumento en el índice de contagios. El propósito de este estudio es determinar los factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifimico, el mismo que se alcanzará determinando los principales factores del abandono de la terapia antifimica inherentes al paciente, servicio de salud y al tratamiento e identificando la relación entre los factores inherentes al paciente que incrementan el abandono del tratamiento antifimico.

El tipo de investigación tuvo un enfoque cuantitativo, el cual se determinó mediante un cuestionario validado por juicio de expertos en el tema de metodología y en el tema específico, fue diseñado como una investigación de campo y correlacional.

Esta investigación consta de cinco capítulos, organizados sistemáticamente:

En el capítulo I consta el planteamiento del problema del fenómeno en estudio, el abandono del tratamiento, sus causas, su situación en el mundo, África central, América y localmente, además de realizó la formulación del problema, sistematización, delimitación, objetivos de investigación y justificación.

En el capítulo II, se hizo una revisión de los principales acontecimientos en la historia del problema, así mismo se revisaron dos estudios referenciales de similares características, se estableció la fundamentación, se puntualizaron aspectos legales, definiciones de términos usados, se establecieron hipótesis, declaración de variables junto con su Operacionalización.

Capítulo III, se establece la investigación con enfoque cuantitativo, de metodología descriptiva y correlacional y de tipo transversal se determinó la población, sus características, la muestra utilizada para el estudio y el proceso que atravesaron para su selección. Además, se describió

los métodos a utilizar, así como el instrumento para la obtención de los datos y su procesamiento estadístico.

Capítulo IV, se analizaron los datos obtenidos de la encuesta y se detallaron en tablas de contingencia de tres variables, los valores fueron expresados de manera absoluta y porcentualmente.

Capítulo V, consta de la propuesta a la solución del problema, disgregado en objetivos, justificación, estudio de factibilidad para su futura ejecución, descripción de la propuesta.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Problematización

El abandono de tratamiento antifímico es definido como la inasistencia continua del afectado a la terapia antituberculosa por un mes o más. El abandono de tratamiento de la tuberculosis es uno de los factores más importantes que disminuye la eficiencia de la terapia, asociándose a fracasos, mayor mortalidad, desarrollo de resistencia bacteriana y un período de contagiosidad más prolongado. (Torres & Herrera, 2015)

Los factores asociados al abandono constituyen uno de los factores mayormente reportados en relación con resultados del tratamiento no satisfactorios. (Rivera, Benites, Mendigure, & Bonilla, 2018) mencionan en su literatura que el abandono del tratamiento antifímico responde a muchas causas, tales como: factores sociodemográficos como el sexo, la edad, la ocupación, el alcoholismo y la adicción a drogas ilegales, así como factores relacionados con las condiciones de acceso a la atención médica de los pacientes y a la organización en la prestación de los servicios de salud. Así mismo en un estudio realizado en el distrito de San Juan de Lurigancho en Lima – Perú se evidenció que las causas asociadas a la no adherencia del tratamiento antifímico se encontraban asociadas al sexo, las condiciones socioeconómicas, a enfermedades, hábitos de vida, y asistencia sanitaria. (Zevallos Romero, 2017)

El abandono representa uno de los indicadores mayormente reportados en relación con la disminución de la eficiencia de ese tipo de medicación, lo que provoca incremento en el índice de fracasos, mayor mortalidad, desarrollo de resistencia bacteriana y prolongación del período de contagiosidad. Las principales causas de abandono reportadas se agrupan en tres áreas. La primera se asocia a problemas relativos al paciente, la segunda a la toxicidad de los fármacos y la tercera al sistema de salud. (Torres & Herrera, 2015)

Al respecto, según datos ofrecidos por la OMS, Organización Mundial de la Salud, en su informe mundial del 2018 evidencia que el mundo ha presentado un descenso de la tasa de éxito del tratamiento en los últimos 3 años; en él se muestran los resultados de las cohortes del año 2016 en los que se evaluaron 5,9 millones de casos tratados de Tuberculosis entre nuevos y recaídas, que representaron una tasa de éxito del 82%, cuando la meta esperada debe ser igual o superior al 87%; el 18% restante de casos correspondieron a resultados no satisfactorios del tratamiento, tales como abandonos, fallecidos, fracasos y no evaluados (OMS, 2018). La OMS menciona estos datos como parte de un resultado no satisfactorio; en contraposición en países del primer mundo como España reflejan una tasa de abandono del 1% según un estudio publicado en el 2015. (Rodríguez Valín E. , Villarrubia Enseñat, Díaz García, & Martínez Sánchez, 2015)

En otros países como Angola, República Centroafricana, Liberia, y Papúa Nueva Guinea se muestran tasas de abandono superiores al 10%, (OPS, 2018), a pesar de que la meta establecida por el programa de Tuberculosis es que la misma sea inferior al 6%; en las Américas, de acuerdo a los datos ofrecidos por la Organización Panamericana de la Salud OPS, en el que se evalúan los resultados del tratamiento del año 2016, los cuales también se evidencia la inexistencia de una mejoría en los resultados del tratamiento en el último quinquenio, mostrando así un 24,6% de resultados no satisfactorios, entre los cuales el porcentaje de abandono ocupa el tercer lugar con un 8,6%. De la misma manera siguiendo la línea de la problemática se muestran resultados por subregiones, donde América central y México muestran una tasa de abandono del 5,8%, el Caribe con el 10,8%, Norte América con 1,8% y América del Sur con el 9,4% de abandono. Así de esta manera se puede observar que principalmente el problema afecta a los países en vías de desarrollo. (OPS, 2018)

En Ecuador a pesar de que el Ministerio de Salud Pública estableció desde el año 2001 la estrategia de Tratamiento Directamente Observado (DOTS) como parte del Programa de Control de Tuberculosis, no se ha logrado minimizar el índice de abandono del tratamiento a los estándares establecidos. (Torrez, Cazares & Cedeño, 2017)

El Ministerio de Salud Pública (2017) afirma:

La condición de egreso de estos afectados muestra avances en el abandono, fracaso y tratamiento exitoso. Entre los años 2008 y 2010, el abandono alcanzaba un valor promedio de 27,65% y cierra la cohorte de 2011 con una tasa de 19,72%. (p.9)

El país muestra un descenso, sin embargo, sigue manteniéndose en un porcentaje muy alto para lo esperado; considerando el contexto de estudio, la tasa de abandono según las cohortes registradas por el Distrito 09D13 Balzar Colimes y Palestina de la Provincia del Guayas, se evidencia que desde el segundo trimestre del 2015 al primer trimestre del 2016 la tasa de abandono fue del 23%, la que se ha mantenido desde el segundo trimestre del 2017 al primer trimestre del 2018 en un porcentaje de 25%. La evidencia estadística local muestra que, en el contexto de estudio existe una alta tasa de abandono del tratamiento antifímico por parte de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis, lo que representa un problema de salud pública no resuelto que provoca agravamiento de la enfermedad, aumenta la transmisibilidad de la misma e incrementa el contagio de la población susceptible circundante. Dentro de los factores inherentes al paciente observados en los reportes epidemiológicos del contexto de estudio, se aprecia la existencia de determinantes sociales de la salud que favorecen el abandono del tratamiento antifímico, como son la adicción a drogas, alcohol y el no tener domicilio fijo. Formando parte de los factores relacionados a la terapia que contribuyen a la problemática en estudio se encuentran la cantidad de fármacos y las reacciones adversas a éstos. Mientras que los relativos al sistema de salud se destacan los horarios de atención limitados, deficiencias en la relación paciente-equipo de salud y falta de educación al individuo enfermo y su familia, (Distrito 09D13, 2018)

Lo antes expuesto evidencia que la conjugación de los elementos referidos potencializa en el contexto de estudio una inadecuada adherencia a la terapia antifímica de forma DOTS, lo que se comporta como factor pronóstico de incremento de la tasa de abandono, que se proyecta como un problema de salud pública a nivel global; elemento empírico que en opinión del autor, podría estar relacionado con el aumento de la transmisibilidad de la enfermedad, característica presente en ese ámbito que provoca resistencia de sujetos sin historial farmacológico a la medicación de primera línea para tratar la enfermedad considerando estadísticamente que un caso de TB contagia a diez personas sanas, aumentando consigo la incidencia y prevalencia de tuberculosis sensible y principalmente de cepas resistentes, lo que agrava el problema por la necesidad de emplear antifímicos de segunda línea que generan mayor toxicidad, ingesta de un gran número de tabletas por un tiempo prolongado, incrementando el gasto público en salud, el sufrimiento humano.

Todo esto supone la necesidad de buscar solución al problema descrito desde la perspectiva de la investigación, para lo cual se desarrolla la misma con el propósito de analizar los elementos que lo provocan y en consecuencia plantear objetivos concretos.

1.1.2 Delimitación del problema

Líneas de investigación: Salud Pública, medicina preventiva y enfermedades que afectan a la población. Sublínea Enfermedades infectocontagiosas.

Objeto de estudio: Factores relacionados con el abandono del tratamiento antituberculoso.

Unidad de Observación: Pacientes con tuberculosis en todas sus formas clínicas (pulmonar o extrapulmonar), con o sin confirmación bacteriológica.

Tiempo: 2016 – 2019

Espacio: Ocho Centros de Salud de atención del primer nivel del Distrito 09D13 Balzar, Colimes, Palestina.

1.1.3 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores desencadenantes del abandono al tratamiento antifímico en pacientes pertenecientes al Distrito 09D13?

1.1.4 Sistematización del problema

- ¿Cuáles son los principales factores del abandono del tratamiento antifímico?
- ¿Qué factores inherentes al paciente se correlacionan entre sí para aumentar los abandonos?
- ¿Qué estrategias se puedan realizar para disminuir el abandono del tratamiento antifímico?

1.1.5 Determinación del tema.

Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico. Distrito 09D13. 2016 – 2019

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general de la investigación

Determinar los factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico en pacientes pertenecientes al distrito 09D13.

1.2.2 Objetivos específicos

- Determinar los principales factores del abandono de la terapia antifímica inherentes al paciente, servicio de salud y al tratamiento.
- Identificar la correlación entre los factores inherentes al paciente que incrementan el abandono del tratamiento antifímico.
- Adaptar un programa de mejora en salud para fortalecer la adherencia al tratamiento antifímico de los pacientes del Distrito 09D13.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La investigación planteada es conveniente porque contribuye con la salud pública mediante la identificación de los principales factores causales que influyen en el abandono del tratamiento antituberculoso, para así entender en que aspectos se debe trabajar positivamente para evitar que un afectado de tuberculosis descontinúe su tratamiento y evitar las consecuentes implicaciones negativas.

Contribuirá a mejorar la adherencia al tratamiento y a disminuir la tasa de abandono de los pacientes del Distrito 09d13 a esa medicación, lo que aportará a la sociedad al reducir el riesgo de transmisión, el número de casos nuevos y el sufrimiento individual, familiar y comunitario derivado de esa enfermedad.

Para la Dirección Zonal de Salud, los resultados investigativos obtenidos permitirán contar con una caracterización del estado del arte de la problemática de estudio en el contexto investigado; así como acciones integrales en salud dirigidas a disminuir el problema en cuestión.

Para el individuo y su familia, la investigación planteada favorecerá la disminución del gasto en salud; así como evitará el desarrollo de complicaciones asociadas a la TB y la resistencia medicamentosa; por lo que se considera que los principales beneficiados serán los pacientes y sus contactos susceptibles, ya que el tratamiento reduce considerablemente la población bacilar infectante y con esto el cese de transmisión de bacilos expulsados por la vía respiratoria.

Se contó con la factibilidad por parte del recurso humano que integran el estudio y quienes colaboraron, la factibilidad política y legal al respecto existen dentro del marco reglamentario de la salud pública nacional existen normativas que amparan la ejecución de esta investigación, con la finalidad de la búsqueda del mejoramiento de la salud.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Antecedentes históricos

La tuberculosis ha escrito su nombre en la historia de la humanidad desde tiempos bíblicos y continúa hasta la actualidad siendo un inminente peligro de salud pública, es una de las pocas enfermedades en la que es posible documentar su estrecha relación con la historia de la propia humanidad. Así pues (González Tapia, 2014) afirma: “Existen evidencias paleológicas de tuberculosis vertebral en momias egipcias que datan aproximadamente del año 2.400 a.C.” (p.1).

En otros postulados (Paneque Ramos, Rojas Rodríguez, & Pérez Loyola, 2018) mencionan:

La asociación entre tuberculosis y el hombre precede a la historia escrita. Fue descubierta en momias pertenecientes a la predinastía egipcia (3500- 2650 a.C.) y en restos humanos ubicados en Suecia e Italia que datan del período Neolítico. En Europa, durante los siglos XVII y XVIII, una de cada cuatro muertes es secundaria a esta enfermedad, siendo en el siglo XIX la primera causa de mortalidad en los Estados Unidos. (p.356).

De esta manera el sufrimiento humano y las muertes causadas por este terrible mal, pusieron al hombre en la incansable lucha en busca de acciones terapéuticas antituberculosas entre las cuales surgió el primer tratamiento introducido por Carlo Forlanini en 1892 basado en el método del neumotórax artificial.

Otras literaturas hacen mención a la época del tratamiento quirúrgico en la que se desarrollaron varios procedimientos tales como el neumotórax, la parálisis frénica, las toracoplastias y la neumólisis extra pleural, las mismas que tenían como fin reducir la dinámica del pulmón enfermo, específicamente en las lesiones cavitarias, denominadas también cavernas, lo que ayudaba a que se efectuaran la renovación tisular, mejoría de la perfusión sanguínea, linfática además de cambios metabólicos favoreciendo así a la desaparición del bacilo tuberculoso, que

finalmente producía el cierre de la caverna, el factor de éxito del tratamiento, era la negativización de la baciloscopia en esputo. (Moral Naranjo, Cano Matus, Sainz Vázquez, & Mata Miranda, 2015)

De esta manera, continuando en la evolución del tratamiento, es descubierta la vacuna BCG, otro suceso de gran trascendencia que se mencionan en diversas literaturas y que se sigue usando en los esquemas de vacunación hasta el día de hoy. “El descubrimiento de la vacuna antituberculosa BCG (Bacilo Calmette-Guerin) por los franceses Albert León Charles Calmette y Camille Guérin a principios del siglo XX, que en 1921 Weill Hallé aplica por primera vez en el ser humano”. (Paneque et al., 2018 p.357).

A pesar de resultados obtenidos mediante las técnicas quirúrgicas con mayor apogeo entre los años 40's y 50's, disminuyeron su frecuencia con la llegada de los primeros antifímicos que revolucionaron el tratamiento hasta la actualidad.

Shelman Waksman en 1944 descubrió el primer antibiótico efectivo contra el *Mycobacterium tuberculosis* llamado estreptomina, la misma que fue extraída de un hongo, el *Streptomyces griseus*, con lo que se empezó a cambiar el pronóstico de la enfermedad; en ese mismo año fue administrado a una mujer de 24 años, logrando el milagro de su curación (Paneque et al., 2018 p.357). Sin embargo, refieren otras literaturas que a pesar de demostrar su buena actividad in vivo, tenía una alta capacidad de selección de bacilos resistentes a la estreptomina, tal es así que según la normativa del Ministerio de Salud Pública del Ecuador actualmente se encuentra fuera de los esquemas de tratamiento, quedando únicamente como un hecho memorable en la historia de la tuberculosis.

En 1946, Lehman descubre el ácido para-aminosalicílico (PAS) el cual se utilizó rápidamente en asociación con la estreptomina, sin embargo, su uso fue limitado debido a su toxicidad (McKenna, 2016). En 1951 se descubre la isoniazida, un antibiótico de mayor actividad que la estreptomina, la cual revolucionó la terapia antituberculosa hasta la actualidad. Así luego de establecido los esquemas de tratamiento el mundo nuevamente se ve alertado por el resurgimiento de la enfermedad a mediados de los 80, debida a múltiples condiciones como la pobreza, sistemas de salud pública deficientes, la aparición de VIH, el surgimiento de cepas multirresistentes secundarias a tratamientos irregulares y abandonos, lo cual obligó a los países a aplicar intervenciones públicas de salud asociadas al aislamiento de pacientes infectados, naciendo así la estrategias de terapias estrictamente vigiladas en los años 90 por la OMS. (Cartes, 2013)

Según la OMS En el año 2002 y 2003, a nivel mundial se ha atestiguado a una elevación progresiva de la frecuencia de abandonar el tratamiento de TBC con valores de 5,7 y 5,8% respectivamente. En el 2006, la proporción de abandono al tratamiento se ubica en 3,8% lo que significa que alrededor de 600 personas dejan de recibir su tratamiento y, por tanto, existe el riesgo que contagien a otros que están sanos a que transmitan gérmenes que son resistentes al tratamiento. (Granados Trigos, 2009)

Según el Ministerio de Salud pública del Ecuador en el año 2006 la tasa de abandonos fue del 8%, correspondiente a un total de 176 pacientes, con una tasa de éxito del 85% correspondiente a 1995 pacientes, según los indicadores de resultados de tratamiento de las provincias que en ese tiempo contaban con la estrategia DOTS (OMS/OPS, 2010). Posteriormente en el año 2010 el país reportó una tasa de abandonos del 28,8% y una tasa de éxito del 56%. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018)

En el 2010 se registró un 26% de abandono a escala nacional del tratamiento para droga resistencia. A partir de junio de 2011, el MSP, en convenio con el MIES, decide aplicar un bono de 240 dólares para los pacientes con formas resistentes que se tratan regularmente. Al evaluar en marzo de 2012, vimos que se ha reducido en aproximadamente un 19% la deserción, es decir, ahora estamos con un 8% de abandono y a la baja, lo cual nos hace pensar que la medida del bono fue bastante acertada. En forma comparativa en el Perú una de las principales barreras para el éxito del tratamiento antes mencionado ha sido la tasa de abandono al tratamiento que para el año 2012 alcanzaba el 5%, siendo incluso mayor en algunos departamentos del Perú.

Entre los determinantes del abandono al tratamiento se ha descrito que el tiempo de duración de éste, los efectos adversos de las drogas, los pacientes con peores condiciones de vida, la pobreza, el desempleo y la mayor edad conllevan a menor probabilidad de continuar el tratamiento. Otras causas son la insuficiente información proporcionada al paciente por el personal de salud sobre el tratamiento, los horarios inadecuados para la administración del mismo, el consumo de drogas, la secundaria incompleta, el sexo masculino y tener el antecedente de abandono previo. (Anduaga Beramendi & Maticorena Quevedo, 2016)

2.1.2 Antecedentes referenciales

Un trabajo realizado por Torres y Herrera., sobre el perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile, y publicado en la revista chilena de enfermedades respiratorias en el 2015, a través de un estudio descriptivo analizaron 134 auditorías entre los años 2009 y 2013, de los cuales las más importantes **asociadas al paciente** fueron, el 81%

correspondieron a hombres y el 58% se concentraron en el grupo de 15 a 45 años, así mismo el abuso de sustancias con el 67% (especialmente en hombres), y el hecho de “sentirse bien” con un 32%, la falta de trabajo dentro de las variables socioeconómicas con el 31,8%, vivir en la calle en un 16,5%. Así mismo dentro de las **causas asociadas al establecimiento de salud** el 47,1% correspondió a incompatibilidad horaria, el 29,4% a problemas de atención (demora o trato impersonal), el 17,6% a lejanía del establecimiento y un 5,9% a la falta de fármacos. Cabe mencionar que este estudio en mención no muestra resultados sobre los factores de abandono relacionados a la terapia. (Torres & Herrera, 2015)

Otro estudio realizado por Zevallos Romero, sobre Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso esquema I en la red de salud san juan de Lurigancho, Lima, Perú publicado en el 2017, en el que a través de estudio retrospectivo de tipo casos y controles, apareado, se analizaron 855 pacientes, 285 casos y 570 controles de los años 2009 a 2012, cuyos resultados obtenidos a través un análisis multivariado que muestra dentro de los **factores de riesgo individual (relacionado al paciente)**, los siguientes: vivir menos de 5 años en la zona, es decir residencia presentar residencia inestable (2 veces más), así mismo el tener secundaria incompleta (2,5 veces más), tener trabajo o ingreso inestable (30,2%), hábitos o adicciones, tales como consumo de alcohol con el 50,9%, consumo de tabaco 33,7% consumo de marihuana 32,9%, respecto al género, se encontró relación de abandono al género femenino de 1,5 veces mayor que el género masculino, que a juicio del autor de dicha obra se debe a cambios económicos, sociales y culturales de la sociedad peruana, que han condicionado un rol más activo de la mujer en el sustento familiar, con lo que descuidan su salud. Por otro lado el análisis multivariado de los **factores relacionados al establecimiento de salud**, mostró que el no recibir atención por todo el equipo multidisciplinario representa un factor importante de abandono con el 62,4% (8 veces mayor que quien si lo recibe la atención en mención), así mismo el tener más de tres irregularidades en la asistencia a la primera fase del tratamiento, de la misma manera el no acudir al tratamiento a pesar de la actividad de rescate del abandono realizada (visita domiciliaria, cartas, llamadas telefónicas). Este estudio no hace referencia a factores de abandono del tratamiento.

Otro estudio realizado por Vanzetto, Stroschein & Tadei, sobre Percepciones del personal de enfermería sobre la adherencia y el abandono del tratamiento de la tuberculosis, Porto Alegre Brasil publicada en la revista de enfermería UFSM – REUFSM, en el cual, a través de una

investigación descriptiva y exploratorio con enfoque cualitativo, se mencionó a las condiciones socio-económicas de los usuarios como el principal factor mencionado por las profesionales de enfermería, de las cuales destacan el estigma de la enfermedad, no tienen vivienda, no tienen que comer y no tienen apoyo familiar, consumo de drogas y alcohol y cuestiones de vulnerabilidad individual, así mismo la percepción de bienestar luego de un tratamiento incompleto, seguido del desconocimiento de la enfermedad. Vanzetto, Stroschein & Tadei 2020

Un estudio cuasi experimental realizado en la India sobre Cuidado en el hogar como un enfoque para mejorar la eficacia del tratamiento para la tuberculosis MDR, publicada en la revista *Journal of Clinical and Diagnostic* en el año 2017, con una muestra de 100 pacientes, evidenció que los pacientes del grupo sin cuidados en el hogar tuvieron un éxito del 23.6% de completar el tratamiento de tuberculosis a diferencia del grupo de pacientes con cuidados en el hogar (visitas domiciliarias) donde el 40.6% de los pacientes habían completado con éxito su tratamiento, demostrando que la atención basada en el hogar contiene promesas en el manejo efectivo de la enfermedad. (Taneja, Chellaiyan, Daral, Ahikary, Kumar 2017)

2.1.3 Fundamentación.

Tuberculosis.

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, originada principalmente por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*. Estas bacterias de características aerobias mayoritariamente tienen predilección por los pulmones, pero también pueden atacar otras partes del cuerpo, como los riñones, la columna vertebral y el cerebro. No todas las personas infectadas por las bacterias de la tuberculosis se enferman, esto depende del estado inmunitario de cada persona. Por eso, existen dos afecciones relacionadas con la tuberculosis: la infección de tuberculosis latente (LTBI, por sus siglas en inglés), cuya característica clínica es la ausencia de signos y síntomas, y la infección por Tuberculosis activa, correspondiente a la enfermedad propiamente dicha con manifestaciones de síntomas y signos característicos de la misma. Si no se trata adecuadamente, la enfermedad de tuberculosis puede ser mortal. (Centros para el control y la Prevención de Enfermedades, 2016)

Tratamiento de la tuberculosis

La tuberculosis activa se puede tratar con varios fármacos durante un periodo de 6, 9 o 12 meses. A la fecha la FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos) de los EE. UU. ha admitido 10 fármacos por para tratar de la tuberculosis. Entre los medicamentos aprobados, los fármacos de primera línea contra la tuberculosis, que componen los principales esquemas posológicos de tratamiento, incluyen Isoniacida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z) y etambutol (E). (Centros para el control y la Prevención de Enfermedades, 2016).

La Guía de práctica clínica del Ecuador indica los esquemas que se prescriben de acuerdo al peso corporal del paciente, historial de Tuberculosis e **identificación de sensibilidad de Rifampicina** a través de técnica molecular Genexpert; el tratamiento se divide en dos fases, la primera dura aproximadamente 2 meses, corresponde a la fase intensiva del tratamiento donde se administran cuatro fármacos de manera simultánea en comprimidos coformulados; la segunda fase dura aproximadamente 4 meses, corresponde a la fase de consolidación del tratamiento donde se administran dos fármacos de manera simultánea en comprimidos coformulados; entre el cambio se realiza con una baciloscopia de control negativa. Esta administración se realiza de forma directamente observado en el 100% de los casos y dosis y entre Los esquemas y a quienes van dirigidos son:

- 2HRZE/4HR: Casos nuevos, de TB pulmonar y extrapulmonar (excepto TB del Sistema nervioso y osteoarticular) con sensibilidad comprobada a rifampicina con o sin VIH.
- 9HERZ: Casos que cuentan con historial de tratamiento en ocasiones anteriores, con o sin VIH.
- 2 HERS/10HR: Casos de TB meníngea, y osteoarticular. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018)

Estrategia DOTS. DOTS (Direct Observed Treatment Short-course), es el nombre utilizado para la estrategia recomendada por la OMS para el control de TB, su traducción es Tratamiento acortado estrictamente observado. Desde que DOTS se introdujo en el ámbito mundial en 1991, en demanda al alarmante escenario mundial de la tuberculosis, se han curado aproximadamente 3,5 millones de personas (Organización Mundial de la Salud, 2001); La estrategia en Ecuador se inició en el 2001 en 3 provincias del país (Azuay, Guayas y Pichincha) y desde el 2006, se expande a todo el Ecuador financiado por el Fondo Mundial de la lucha contra el SIDA (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2017). Presenta cinco componentes, el compromiso político para el control eficaz de la tuberculosis, capacidad de detección en personas

sintomáticas, esquemas terapéuticos acortados con medicamentos de primera línea, administrados en condiciones adecuadas de manejo de casos incluida la observación directa, suministro ininterrumpido de todos los medicamentos esenciales contra la TB, registro y sistema de notificación que permitan evaluar los resultados del tratamiento y de la estrategia.

Abandono del tratamiento – Pérdida del seguimiento.

La OMS la define como afectados que fueron tratados previamente por TB y declarados pérdida al seguimiento al final de su tratamiento más reciente, estos eran conocidos previamente como pacientes tratados después de abandono. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

La estrategia Nacional de Ecuador según su manual de procedimientos de Tuberculosis la define como persona previamente tratada por TB, y cuyo caso fue declarado pérdida en el seguimiento al final de su tratamiento más reciente, en el cual el afectado retorna tras una interrupción de tratamiento de más de un mes, este caso es abordado nuevamente como un caso antes tratado. (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2017)

Zevallos hace referencia a la ESN-PCTB en el Perú, la cual define al abandono del tratamiento antituberculoso esquema I, como “la no asistencia a tomar tratamiento por 30 días consecutivos o más; incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa”. Constituye un indicador operacional de calidad del tratamiento que se brinda en los establecimientos de salud, midiendo indirectamente la eficiencia y la eficacia de las actividades y medidas de control del mismo. (Zevallos, 2017).

Factores de riesgo relacionados con el paciente

Edad: Factor no modificable, no hay consenso respecto a la edad de mayor riesgo para abandono, diversas investigaciones la indican entre 15 a 45 años (Torres & Herrera, 2015), 45 a 54 años (Navarro, Rueda, & Mendoza, 2013), 21 a 30 años. (Dalens, 2012)

Género. Factor no modificable, un estudio realizado por (Culqui, Grijalva, Reategui, Cajo, & Suárez, 2005) muestran que los hombres son los que tienden a abandonar el tratamiento más que las mujeres.

Nivel educativo. Factor modificable, influye en la correcta comunicación y entendimiento entre el personal de salud y familia, (Zevallos, 2017), mostró como factor el tener menos de seis años de estudios y con el ser analfabeto.

Situación económica deficiente. Factor de riesgo muy importante de abandono, es la determinante social más ligada con los abandonos y la aparición de nuevos casos, según lo muestran diversos estudios. (Vanzetto, Stroschein, Tadei, & Dayane, 2020)

Vivienda inestable o no tenerla. Factor importante de abandono la evidencia muestra que los pacientes que cambiaron de domicilio durante el tratamiento presentaron 4 veces mayor riesgo de abandonar el tratamiento que aquellos con domicilio fijo, (Zevallos, 2017) así mismo Torres encontró que no tener vivienda se asocia a mayor riesgo de abandono del tratamiento. (Torres & Herrera, 2015)

Consumo de alcohol: Mostrado como factor de riesgo de abandono del tratamiento antituberculoso. Un estudio encontró que el estado de ebriedad dificultó la asistencia al establecimiento de salud. (Zevallos, 2017)

Adicción a drogas. El uso de drogas como cocaína, Heroína, alucinógenos, producen euforia como efecto de las mimas, esta situación es considerada como importante factor de abandono, los consumidores de drogas presentan 3.7 veces mayor riesgo de abandonar el tratamiento que aquellos que no la consumen. (Zevallos, 2017)

Creencias de bienestar y sensación de mejoría ante la remisión de síntomas. La Sensación de bienestar asociada a un tratamiento parcial, fue evidenciada por (Torres & Herrera, 2015) y (Navarro et al., 2013) que encontraron asociación importante de este factor con el abandono.

Ambiente familiar (apoyo). Cid menciona que la buena relación familiar en todos los aspectos, reflejan un factor que favorece en la salud de los que la conforman. (Cid, Montes de Oca, & Hernandez, 2014), un estudio evidencia que la ausencia de apoyo familiar está íntimamente relacionada con el abandono. (Quevedo, Sánchez, Villalba, & Velásquez, 2015).

Distancia al centro de salud. Corresponde a la distancia entre el hogar y el establecimiento de salud, corresponde a un factor importante de abandono, se evidenció en algunos estudios que la distancia es un obstáculo para el acceso a los Centros de atención primaria (De Pietri, Dietrich, Mayo, Carcagno, & De Titto, 2013), así mismo Pacientes y proveedores de salud expusieron que la adherencia se veía complicada si la distancia entre el residencia de los pacientes y el sanatorio más cercano era demasiado grande. (Munro et al. 2007).

Factores de riesgo relacionados al tratamiento:

Tiempo del tratamiento. Corresponde al tiempo que duran los esquemas de tratamiento de tuberculosis sensible, que pueden ir desde 6 meses en casos nuevos sensibles a Rifampicina, 9 meses en casos antes tratados sensibles a rifampicina y 12 meses en casos con infección osteoarticular y del sistema nervioso (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018). Al respecto Munro relaciona esta situación relacionada el tiempo de tratamiento además el tener que desplazarse al establecimiento, durante todo este período. (Munro et al. 2007).

Número de fármacos. Refiere al número de comprimidos que se deben tomar por día, los mismos están en relación al peso del afectado, pudiendo ser usualmente cuatro comprimidos al día en afectados de 50 kilogramos de peso o más. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018), en relación a este factor, (Dalens, 2012) encontró esta variable en más de la mitad de afectados evaluados.

Efectos adversos de los medicamentos (RAFA). Son las manifestaciones perjudiciales, no esperadas y no intencionales que pueden ocurrir cuando se da un determinado medicamento, a dosis usuales para tratar una enfermedad, las mismas que pueden ser leves, graves o incluso mortales (Avedillo, 2018). Respecto al tratamiento antifímico (Plata, 2015), mostró como uno de los principales factores de abandono en más de la mitad de los afectados que evaluó.

Factores de riesgo relacionados con el equipo de salud o el sistema de asistencia sanitaria: Acciones de rescate. Se refiere al conjunto de actividades que se realizan para recuperar un afectado de su inasistencia al tratamiento, como son la búsqueda en el domicilio al tercer día de la inasistencia, valoración del riesgo de abandono, aplicación de proceso psicoterapéutico de acuerdo a los factores presentados. (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2017), en contraste un estudio en India demostró la importancia de las intervenciones en domicilio como factor que favorece la adherencia (Taneja et al., 2017).

Conocimiento de la enfermedad. Es un factor categórico en el comportamiento de cada afectado, ante la aprobación de la terapia y acatamiento de las indicaciones médicas, el desconocimiento genera comportamiento equivocado respecto al tratamiento (Zevallos, 2017), un estudio al respecto menciona que el desconocimiento de la importancia de la adherencia es el principal factor de abandono de la terapia antituberculosa. (Navarro et al., 2013).

Espera de atención prolongada. Es un factor de riesgo de abandono, que genera insatisfacción en los usuarios y constituyen una de las principales barreras en el acceso a los servicios de salud. (Ballesteros, 2016), esta situación se reafirma en un estudio en Chile mostró asociación de abandono por la espera de atención del establecimiento. (Torres & Herrera, 2015).

Inadecuada relación entre el paciente y el personal de salud. Refleja la calidad de atención que brinda el equipo de salud, cuando esta relación no ocurre se la ha asociado como factor de abandono, un estudio realizado por Huasco en varios países se ha encontrado asociación en Ecuador, Bolivia y Colombia con valores significativamente altos. (Huasco & Orozco, 2018)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Mycobacterium tuberculosis. (bacilo de Koch) es un bacilo de forma delgada, sutilmente curvado, mide de 1 a 4 micrones de longitud, se tiñe de forma irregular por lo cual adquiere aspecto de cuentas de rosario. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016)

Sintomático respiratorio (SR). Persona que tiene tos con flema por más de 15 días (las tres condiciones juntas). (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018)

Factores de riesgo. Situaciones que cuando se combinan favorecen la ocurrencia de una problemática. (Zevallos, 2017)

Antifímicos. Palabra derivada del vocablo griego phymia, equivalente a nódulo o tuberculoma, por lo tanto, el término fue usado para describir a los medicamentos usados para tratar los granulomas o nódulos ubicados preferentemente en el pulmón. (Mireles, 2018)

Caso nuevo. Individuo con dictamen de TB pulmonar o extrapulmonar que nunca recibió terapia antifímica o lo recibió por menos de un mes. Este grupo contiene a los afectados que son nexos comprobados de afectados con TB Resistente a medicamentos. (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2017)

Caso antes tratado. persona que ha recibido tratamiento con medicamentos antituberculosos por un mes o más.

Los previamente tratados se clasifican en:

Fracaso: persona previamente tratada por TB, cuyo tratamiento evidenció la persistencia del *Mycobacterium tuberculosis* al final de su tratamiento.

Pérdida en el seguimiento recuperado: persona previamente tratada por TB, y cuyo caso fue declarado pérdida en el seguimiento al final de su tratamiento más reciente.

Recaída: persona que fue declarada curada o como tratamiento completo, y es nuevamente diagnosticada con un episodio recurrente de TB.

Otros: persona que no cumple con las definiciones anteriores. (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2017)

Adherencia terapéutica. La (OMS) menciona que la adherencia terapéutica es el grado en que la conducta de una persona toma sus medicamentos, sigue un régimen alimentario, ejecuta cambios del modo de vida, según las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

Afectado con tratamiento completo. Afectado con TB que completó el tratamiento sin evidencia de fracaso, pero sin constancia de que la baciloscopia (BK) o el cultivo de esputo del

último mes de tratamiento y al menos en una ocasión anterior fueron negativos, ya sea porque las pruebas no se hicieron o los resultados no están disponibles. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018)

Afectado Curado. Afectado con TB pulmonar con bacteriología confirmada al inicio del tratamiento y que tiene baciloscopia o cultivo negativo en el último mes de tratamiento y al menos en una ocasión anterior. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018).

Tuberculosis monorresistente. Resistencia demostrada a solo un antifímico de primera línea.

Tuberculosis polirresistente. Resistencia demostrada a más de un antifímico de primera línea, que no sea isoniacida (H) y rifampicina (R) a la vez.

Tuberculosis Multidrogorresistente (MDR). Resistencia demostrada simultánea a Isoniacida (H) y Rifampicina (R).

Tuberculosis extensamente resistente (XDR). Caso con MDR y que también presenta resistencia a cualquier fluoroquinolona de última generación y al menos a uno de los tres medicamentos inyectables de segunda línea (capreomicina, kanamicina o amikacina).

Tasa de éxito. Es un indicador fundamental para determinar el éxito del tratamiento, su meta debe ser igual o mayor al 87%; expresa el número de casos que se curaron y que terminaron el tratamiento, en relación al total de casos de TB todas las formas notificadas, representado en porcentaje. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2020)

Tasa de pérdida del seguimiento. Es un indicador fundamental para determinar el resultado de tratamiento, su meta debe ser inferior al 6%. Expresa el número de casos de TB todas las formas con pérdida en el seguimiento, en relación al total de casos de TB todas las formas notificadas, representado en porcentaje. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2020)

2.3 MARCO LEGAL

Los casos de afectados por Tuberculosis que abandonen el tratamiento, luego de haber agotado todas las acciones a nivel de individuo, familia y comunidad, deberán ser registrados y evidenciados en el informe respectivo, así como en la historia clínica.

El informe se debe remitir a la autoridad correspondiente, por ser el representante legal, para que este, a su vez, haga conocer a la autoridad competente, tomando en cuenta los siguientes artículos:

Ley Orgánica de Salud. Art. 6, literal 11.- Determinar zonas de alerta sanitaria, identificar grupos poblacionales en grave riesgo y solicitar la declaratoria del estado de emergencia

sanitaria, como consecuencia de epidemias, desastres u otros que pongan en grave riesgo la salud colectiva. (Ley Orgánica de Salud, 2012)

Art. 8.- Son deberes individuales y colectivos en relación con la salud: a) Cumplir con las medidas de prevención y control establecidas por las autoridades de salud; b) Proporcionar información oportuna y veraz a las autoridades de salud, cuando se trate de enfermedades declaradas por la autoridad sanitaria nacional como de notificación obligatoria y responsabilizarse por acciones u omisiones que pongan en riesgo la salud individual y colectiva; c) Cumplir con el tratamiento y recomendaciones realizadas por el personal de salud para su recuperación o para evitar riesgos a su entorno familiar o comunitario; d) Participar de manera individual y colectiva en todas las actividades de salud y vigilar la calidad de los servicios mediante la conformación de veedurías ciudadanas y contribuir al desarrollo de entornos saludables a nivel laboral, familiar y comunitario; y e) Cumplir las disposiciones de esta Ley y sus reglamentos. (Ley Orgánica de Salud, 2012)

Art. 9, literal f.- Garantizar a la población el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad a bajo costo, con énfasis en medicamentos genéricos en las presentaciones adecuadas, según la edad y la dotación oportuna, sin costo para el tratamiento del VIH- SIDA y enfermedades como hepatitis, dengue, tuberculosis, malaria y otras transmisibles que pongan en riesgo la salud colectiva. (Ley Orgánica de Salud, 2012)

Art. 220. La Fuerza Pública está obligada a colaborar con las autoridades de salud para hacer cumplir las disposiciones de esta Ley, cuando se requiera su intervención. (Ley Orgánica de Salud, 2012)

Código Orgánico Integral Penal (COIP) Art. 152.- Lesiones. - numeral 4. Si produce a la víctima una grave enfermedad o una disminución de sus facultades físicas o mentales o una incapacidad o enfermedad, que, no siendo permanente, supere los noventa días, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años. (CODIGO ORGANICO INTEGRAL PENAL, 2018)

Art. 215.- Daño permanente a la salud. - La persona que utilice elementos biológicos, químicos o radioactivos que causen un daño irreparable, irreversible o permanente a la salud de una o más personas, será sancionada con pena privativa de libertad de siete a diez años.

Otros artículos relacionados: art. 28, 60, 62, 66, 78 (numeral 2), 79 (numeral 2), 110 (2), 218 y 276. En el caso de que los padres o tutores que convivan con un afectado por TB, y que por acción y/u omisión pongan en riesgo la integridad física o psicológica de un niño o adolescente, el establecimiento de salud, al ser una entidad de atención, tiene la facultad de emitir

inmediatamente las medidas de amparo emergentes para proteger al niño o adolescente del riesgo de transmisión de TB, tal como lo faculta el Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia, en su art. 79. De igual manera, deberá exponer el hecho a la autoridad competente (jueces de la Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, Junta de Protección de Derechos) para que esta instancia ratifique o cambie dichas medidas que se tomarán pensando en el “interés superior del niño y adolescente”. (Plan estratégico para el Ecuador , 2017)

2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1 Hipótesis general

Los factores que desencadenan abandonos del tratamiento antifímico están asociados al paciente al servicio de salud y al tratamiento.

2.4.2 Hipótesis particulares

- Los principales factores de abandono inherentes al paciente están relacionados con la mejoría sintomática, situación económica y falta de apoyo familiar.
- Existe relación entre las adicciones y la falta de vivienda como factores inherentes al paciente, que incrementan el abandono a la terapia.
- La aplicación de una intervención integral basada en la atenuación o eliminación de los principales factores del abandono del tratamiento reducirá la tasa de abandonos.

2.4.3 Declaración de variables

Variable independiente: Factores que originan el abandono del tratamiento antifímico.

Variable dependiente: Abandono del tratamiento antifímico.

2.4.4 Operacionalización de las Variables.

| Variable | Definición | Dimensión | Indicador | Ítem |
|--|--|---------------------------------|----------------------|---|
| Independiente: Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico | Son todos los factores que originan el abandono del tratamiento antifímico | Factores inherentes al paciente | Sexo | Hombre Mujer |
| | | | Edad | Años cumplidos |
| | | | Nivel de educación | Ninguno Primaria Secundaria Superior |
| | | | Cantón de residencia | Balzar Colimes Palestina |
| | | | Vivienda | Tener lugar fijo para vivir SI – NO |
| | | | | Cuál es la distancia desde su casa al centro de salud Cercano (hasta 10 minutos a pie) Poco Distante (10 a 20 minutos a pie) Distante (de 20 a 40 minutos a pie) Muy distante (más de 45 minutos a pie) |
| | | | | Abandono por no tener un lugar fijo para vivir SI – NO |
| | | | | La distancia de su hogar al centro de salud influyó en su abandono SI – NO |
| | | | Adicciones | Consumo de alcohol SI – NO |
| | | | | Abandono por consumo de alcohol SI – NO |
| | | | | Consumo de drogas ilegales. SI – NO |
| | | | | Abandono por consumo de drogas ilegales. SI – NO |

| | | | | |
|--|--|--|-----------------------------|---|
| | | | | Consumo de cigarrillos SI – NO |
| | | | | Abandono por consumo de cigarrillo. SI – NO |
| | | | Situación Familiar | Apoyo familiar SI – NO |
| | | | | Abandono por falta de apoyo familiar SI – NO |
| | | | | Es el jefe de familia. SI – NO |
| | | | | Abandono por compromiso familiar SI – NO |
| | | | Situación económica | Tenía un empleo SI – NO |
| | | | | Abandono por falta de empleo SI – NO |
| | | | | Ingresos económicos permitían cubrir sus necesidades básicas SI – NO |
| | | | | Abandono por carencia económica. SI – NO |
| | | | Sensación de Bienestar | Mejoría sintomática por tratamiento parcial. SI – NO |
| | | | | Abandono por mejoría sintomática. SI – NO |
| | | | Percepción de la enfermedad | Duda sobre la enfermedad SI – NO |
| | | | | Abandono por dudas del padecimiento. SI – NO |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | | Experiencia con la enfermedad | Había recibido tratamiento anteriormente SI – NO |
| | Factores inherentes al servicio de salud | Conocimiento insuficiente de la enfermedad | Recibió información suficiente del equipo de salud SI – NO |
| | | | Abandono por desconocimiento de la enfermedad SI – NO |
| | | Tiempo de espera de atención | Tiempo de espera de atención en el centro de salud. Excelente – Muy Bueno – Bueno – Regular – Malo - Muy Malo – Pésimo |
| | | | Abandono por tiempo de espera de atención en el centro de salud. SI – NO |
| | | Recuperación del abandono. | El personal realizó alguna acción para que retomara su tratamiento. SI – NO |
| | | Trato inadecuado | Trato inadecuado en el centro de salud. SI – NO |
| | Abandono por trato inadecuado. SI – NO | | |
| | Factores inherentes al Tratamiento | Duración del tratamiento | Abandono por tiempo de tratamiento. SI – NO |
| | | Cantidad de comprimidos | Abandono por el número de comprimidos. SI – NO |
| | | Reacciones adversas | Tipos de reacciones adversas presentadas. Náuseas, vómitos, ardor del estómago, dolor abdominal y diarrea. Sarpullidos, picazón en la piel, sensación de hormigueo y heridas de la piel. Dolores musculares, dolores de los huesos, desorientación Otros |
| | | | ¿Las molestias generadas influyeron en su decisión de suspender el tratamiento? |

| | | | | SI – NO |
|---|--|------------------|---|----------------|
| Variable | Definición | Dimensión | Indicador | Ítem |
| Dependiente: Abandono del tratamiento antifímico | Afectado que inició tratamiento antifímico y lo interrumpió durante un mes o más. | Abandono | Tiempo de inasistencia a la terapia | Más de 30 días |

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL.

La investigación es de enfoque cuantitativo, en cuanto a la recolección de información numérica que es la base del estudio, puesto que los datos recolectados determinan un resultado real, lo que permite conocer los factores determinantes y su relación con el abandono del tratamiento antifímico. Como lo cita (Hernández Sampieri, Metodología de la investigación , 2014) en su libro de metodología de la investigación: “La investigación cuantitativa utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías.”

Según su diseño se determina como una investigación de campo, porque se ha tomado directamente de la fuente primaria que son los pacientes. Tiene un corte transversal, porque se tomó los datos una sola vez en la población estudiada desde enero 2016 hasta junio del 2019.

La metodología que se utilizó en el presente estudio es de tipo descriptiva y correlacional.

Descriptiva: Ya que se busca especificar los factores de riesgo relacionados con el abandono del tratamiento a tres niveles, los pacientes, la atención de salud y el tratamiento antituberculoso, para conocer a fondo que factores tienen una mayor intervención a este problema de salud pública.

Correlacional: Porque busca relacionar los factores investigados de manera particular entre los factores asociados al paciente con la problemática de salud, el abandono del tratamiento antifímico.

3.2 LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA

3.2.1 Características de la población

La población está constituida por los pacientes del programa de control del Distrito 09D13, con diagnóstico de Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar con confirmación o sin confirmación

microscópica del bacilo tuberculoso en esputo, con o sin cultivo, que iniciaron tratamiento desde enero 2016 hasta junio 2019.

3.2.2 Delimitación de la población

La población corresponde a los afectados de tuberculosis que durante el período de estudio iniciaron la terapia DOT de los ocho centros de salud del primer nivel del Distrito 09D13.

3.2.3 Tipo de muestra

La muestra estudiada es no probabilística.

3.2.4 Tamaño de la muestra

Se incluyó al estudio una muestra de 17 individuos, que corresponden a los casos de abandono que cumplieron con los criterios de selección que se aplicaron.

3.2.5 Proceso de selección

Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión se les aplicó un cuestionario validado durante el proceso de investigativo, lo que permitió obtener los datos de estudio.

Criterios de inclusión:

Pacientes de ambos sexos

Pacientes mayores de 15 años.

Que cumplen con la definición de abandono según lo indica la Guía de Tuberculosis del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, es decir todo paciente que inició tratamiento antifímico y lo interrumpió durante un mes o más.

Criterios de exclusión:

Pacientes que egresaron del programa como curados o como tratamientos completos.

Pacientes que cambiaron de domicilio, fuera de la jurisdicción del Distrito 09D13.

Pacientes que fallecieron.

3.3 LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS

3.3.1 Métodos Teóricos

Método histórico – lógico; lo histórico permitió relacionar el estudio del abandono con la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos que se relacionaron en el curso de un período establecido. Lo lógico permitió investigar el desarrollo general de la problemática y enfocarse en su causalidad, que viene a ser el origen o los factores asociados al abandono.

Método Analítico – Sintético: este método consistió en la fragmentación del problema para poder observar sus causas, la naturaleza de las mismas y los efectos que se generaron para después relacionar cada comportamiento mediante la elaboración de una síntesis general del fenómeno estudiado.

Método Inductivo – Deductivo, en el cual la parte inductiva permitió estudiar la problemática desde un punto de vista particular, observando los hechos y factores que intervienen hasta llegar a una perspectiva general integrándose a esto una encuesta personal con individuos seleccionados cuidadosamente; mientras que en la parte deductiva se procedió a analizar de manera general el problema, en cuanto al comportamiento de los individuos que abandonaron el tratamiento y así determinar los factores desencadenantes del abandono.

3.3.2 Métodos empíricos

Dentro de los métodos empíricos o prácticos se utilizó la observación como punto primordial tanto en el aspecto cuantitativo, mediante el cual se llegó a la determinación de los factores asociados con el abandono del tratamiento antifímico; complementándose esto con la aplicación de los instrumentos establecidos.

3.3.3 Técnicas e instrumentos

Entre las técnicas utilizadas se encuentran: la **observación** mediante la que se realizó el seguimiento de la problemática del abandono del tratamiento antifímico y se logró determinar varios factores relacionados con el mismo; la **encuesta** que sirvió para la recolección de los datos relacionados con los pacientes para su respectivo análisis.

Este instrumento fue estructurado en base a los objetivos del estudio y fue sometido a un proceso de validación de seis expertos, tres de ellos con título de PhD en el ejercicio de la docencia, investigación y gestión en educación superior, dos médicos acreditados por el MSP y un licenciado en líder de laboratorio de estudio de tuberculosis de la coordinación zonal 5, miembros del comité de resolución de casos de Tuberculosis con resistencia y otros casos especiales, cuentan con aval de la OPS en la atención de pacientes con Tuberculosis, con 6, 10 y 11 años de experiencia en el tema respectivamente; la encuesta consta de datos de identificación sociodemográficas y 28 preguntas objetivas, que ofrece a las variables 28 respuestas de tipo dicotómicas, 10 preguntas tienen vínculo a una pregunta condicionante, es decir que ciertas preguntas se responden cuando el fenómeno de estudio cumple con dicha condición y 8 preguntas sin condicionante ya que se cumplen en la totalidad de pacientes incluidos en el estudio. De los datos de identificación se obtienen las variables

sociodemográficas como edad, sexo, cantón de residencia y nivel de educación, las mismas que responden al primer objetivo específico que es describir la población de estudio según las variables sociodemográficas; las 28 preguntas responden al segundo objetivo que es establecer la prevalencia de los factores de abandono, que para su estudio están organizadas en tres dimensiones:

- **Factores del paciente:** vivienda, adicciones, Situación familiar, situación económica, creencia de bienestar, percepción de la enfermedad.
- **Factores relacionados al servicio de salud:** organización del servicio de salud, distancia al centro de salud, relación médico paciente.
- **Factores asociados al tratamiento:** duración del tratamiento, Número de tabletas, reacciones adversas a los medicamentos.

Los resultados de validación según la rúbrica de confiabilidad mostraron un resultado de 96 puntos, que corresponde a una escala de validación muy confiable (80 a 100 puntos).

TABLA 1. Rúbrica de confiabilidad

| | | |
|----------------------|-----------------|-----------------------|
| APROBADO | 100 - 80 | Muy Confiable |
| LEVES CAMBIOS | 79 - 50 | Confiable |
| CAMBIAR ITEM | 49 - 0 | Poco Confiable |

También se validó la confiabilidad del instrumento mediante la aplicación del coeficiente de fiabilidad de Kuder Richardson conocido como “KR20”, mismo que según Sampieri se usa para variables con respuestas dicotómicas, según esta literatura mide el índice de consistencia interna de preguntas que evalúan el conocimiento de una determinada población. (Hernández Sampieri, Metodología de la investigación, 2014)

El resultado obtenido mediante la aplicación de “**KR20**” de este instrumento (anexo 4) fue un valor positivo de **0,2** que lo posiciona según la categoría de medición como **no aceptable**, sin embargo se determinó que este índice es de utilidad en valorar el grado de dificultad de un grupo de preguntas mediante el procesamiento de sus respuestas correctas e incorrectas, por lo contrario el instrumento mide factores de abandono, los mismos que tienen que ver con las experiencias vividas por cada paciente durante el tratamiento en las diferentes dimensiones de estudio, por lo tanto no existen respuestas correctas o incorrectas.

3.3.4 Consideraciones éticas

El consentimiento informado quedó específicamente a criterio de los participantes y bajo su responsabilidad el manifestar las respuestas requeridas para completar la investigación. (ver Anexo 1).

El desarrollo de esta investigación no pondrá en riesgo alguno a la salud e integridad de las personas, se guardará la confidencialidad del caso ya que se tomarán datos registrados en la encuesta con fines estadísticos. Se garantiza a la institución de salud que los datos serán utilizados única y exclusivamente para fines de investigación y para guardar estrictamente confidencialidad no se registran nombres empleándose solo los códigos que identifican en los cuestionarios.

3.4 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

Se utilizó el software IBM SPSS Statistics en la cual se insertó las variables de la encuesta, se les asignó una etiqueta, se asignó los valores numéricos según las opciones de respuesta de la encuesta, posteriormente se dio un valor de medida en escala, nominales y ordinales, a cada una de las variables de estudio. Una vez realizado esto, se procedió a insertar los datos mediante estadísticos descriptivos en tablas cruzadas según los factores intervinientes, asociados cada uno de ellos con el grupo etario, sexo y residencia de los participantes dando como resultado las tablas cruzadas con tres variables. Los participantes con multirrespuesta se procedieron a definir variables por conjuntos de respuestas múltiples por las dimensiones de acuerdo a este estudio. Posteriormente a esto se estableció la correlación de Pearson analizando las variables entre los factores inherentes al paciente.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Siendo un estudio con enfoque cuantitativo, se analizaron los datos de 17 pacientes que cumplieron criterios de inclusión y exclusión, los resultados se presentan de acuerdo a los objetivos de investigación, para facilitar su interpretación y mostrar con detalle los resultados.

Análisis de los factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico.

TABLA 2. Factores inherentes al paciente. Perspectiva general.

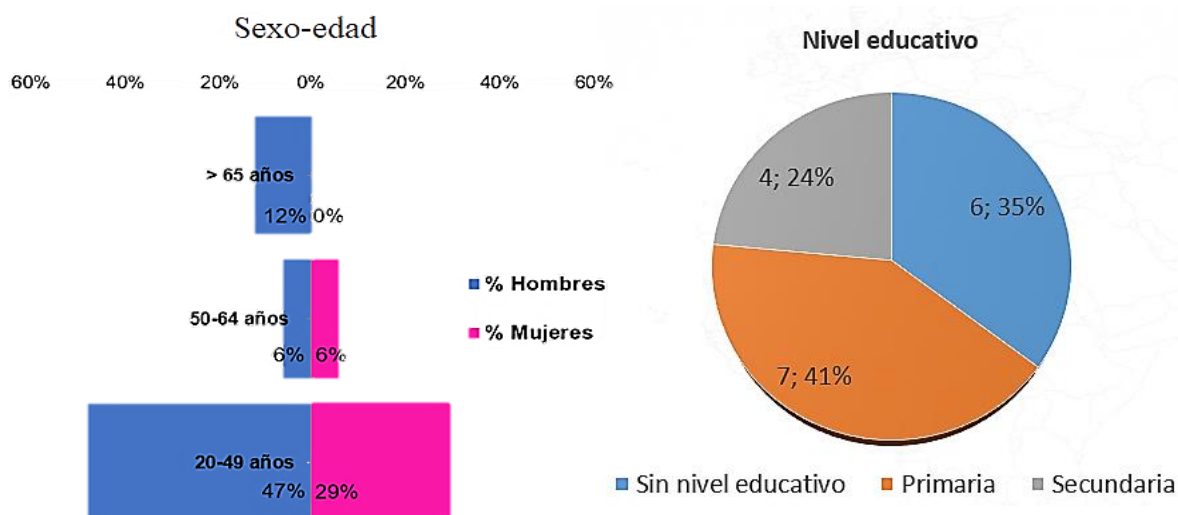
| Factores del paciente ^a | Valores | Grupo etario | | | Total |
|--|-------------|--------------|---------|-------|-------|
| | | 20 - 49 | 50 - 64 | > 65 | |
| Hombre | Recuento | 8 | 1 | 2 | 11 |
| | % del total | 47% | 6% | 12% | 65% |
| Mujer | Recuento | 5 | 1 | 0 | 6 |
| | % del total | 29% | 6% | 0% | 35% |
| Sin nivel educativo | Recuento | 2 | 2 | 2 | 6 |
| | % del total | 11,8% | 11,8% | 11,8% | 35,3% |
| Primaria | Recuento | 7 | 0 | 0 | 7 |
| | % del total | 41,2% | 0% | 0% | 41,2% |
| Secundaria | Recuento | 4 | 0 | 0 | 4 |
| | % del total | 23,5% | 0% | 0% | 23,5% |
| Mejoría sintomática | Recuento | 12 | 2 | 2 | 16 |
| | % de grupo | 75% | 12,5% | 12,5% | 100% |
| | % del total | 70,6% | 11,8% | 11,8% | 94,1% |
| Situación económica desfavorable | Recuento | 12 | 2 | 1 | 15 |
| | % de grupo | 80% | 13,3% | 6,7% | 100% |
| | % del total | 70,6% | 11,8% | 5,9% | 88,2% |
| Falta de Apoyo familiar | Recuento | 8 | 2 | 2 | 12 |
| | % de grupo | 66,7% | 16,7% | 16,7% | 100% |
| | % del total | 47,1% | 11,8% | 11,8% | 70,6% |
| Domicilio distante al Centro de salud. | Recuento | 4 | 1 | 1 | 6 |
| | % de grupo | 66,7% | 16,7% | 16,7% | 100% |
| | % del total | 23,5% | 5,9% | 5,9% | 35,3% |
| Incredulidad de la enfermedad | Recuento | 2 | 2 | 1 | 5 |
| | % de grupo | 40% | 40% | 20% | 100% |
| | % del total | 11,8% | 11,8% | 5,9% | 29,4% |

| | | | | | |
|--|--------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| Consumo de drogas ilegales | Recuento | 5 | 0 | 0 | 5 |
| | % de grupo | 100% | 0% | 0% | 100% |
| | % del total | 29,4% | 0% | 0% | 29,4% |
| Consumo de alcohol | Recuento | 2 | 1 | 0 | 3 |
| | % de grupo | 66,7% | 33,3% | 0% | 100% |
| | % del total | 11,8% | 5,9% | 0% | 17,6% |
| Compromiso familiar (jefe de familia) | Recuento | 2 | 0 | 1 | 3 |
| | % de grupo | 66,7% | 0% | 33,3% | 100% |
| | % del total | 11,8% | 0% | 5,9% | 17,6% |
| Falta de vivienda | Recuento | 2 | 0 | 0 | 2 |
| | % de grupo | 100% | 0% | 0% | 100% |
| | % del total | 11,8% | 0% | 0% | 11,8% |
| Total | Recuento | 13 | 2 | 2 | 17 |
| | % del total | 76,5% | 11,8% | 11,8% | 100% |

Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019”

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

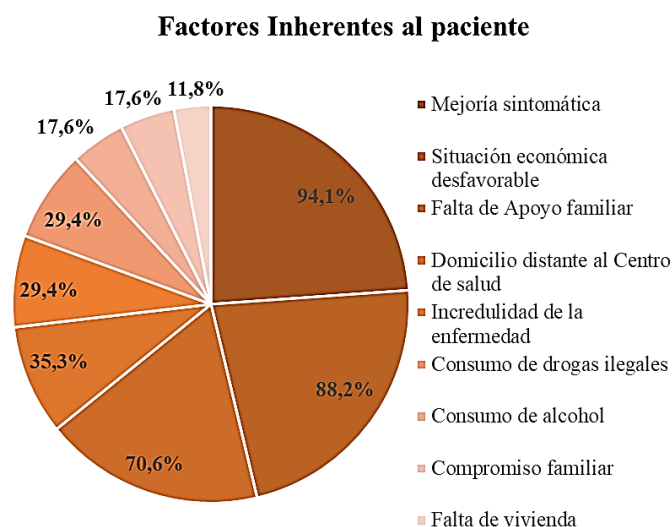
GRÁFICO 1. Factores sociodemográficos.



Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019”

Elaborado por: Víctor Guaraca Parreño (2019)

GRÁFICO 2. Factores inherentes al paciente. Perspectiva general.



Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019”

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

La Tabla 2, Gráfico 1 y 2 muestran una perspectiva general y en frecuencia los factores de abandono inherentes al paciente por grupo de edad; los datos demográficos ubicaron a los hombres de 20 a 49 años con el 47% de la población masculina, mientras que las mujeres de 20 a 49 años se ubicaron con el 29% de la población femenina; el nivel educativo mostró menor abandono en la población con estudios secundarios con el 23%; mientras que en los factores no demográficos se mostró que el 94% de los afectados asocia la mejoría sintomática como el principal factor de abandono, en la población de 20 a 49 años con el 75%. Así mismo en segundo lugar con el 88% se encontró la situación económica desfavorable, de los cuales el 80% pertenecían al grupo de 20 a 49 años. En tercer lugar, se mostró con el 71% la falta de apoyo familiar, con el 67% en edades de 20 a 49 años. Por otro lado, en menor frecuencia se obtuvo que el 35% vinculó al domicilio distante a la unidad de salud en cuarto lugar, de la misma manera el 29% la asoció a la incredulidad de la enfermedad en el quinto puesto, compartiendo lugar con el consumo de drogas ilegales con el 29%; En menor frecuencia se observó en la posición sexta el consumo de alcohol y el compromiso familiar con el 17% y en último lugar la falta de vivienda con el 11,8%.

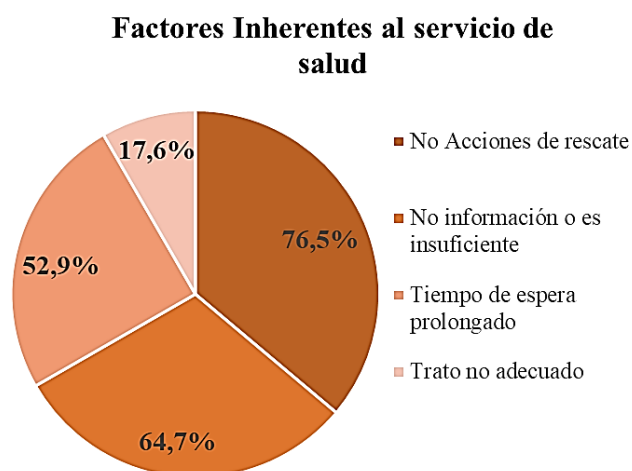
TABLA 3. Factores inherentes al servicio de salud. Perspectiva general.

| Factores del servicio de salud. | Valores | Cantón de residencia | | | Total |
|----------------------------------|--------------------|----------------------|--------------|--------------|-------------|
| | | Balzar | Colimes | Palestina | |
| No Acciones de recuperación | Recuento | 9 | 2 | 2 | 13 |
| | % residencia | 81,8% | 100% | 50% | |
| | % del total | 52,9% | 11,8% | 11,8% | 76,5% |
| No información o es insuficiente | Recuento | 6 | 2 | 3 | 11 |
| | % residencia | 54,5% | 100% | 75% | |
| | % del total | 35,3% | 11,8% | 17,6% | 64,7% |
| Tiempo de espera prolongado | Recuento | 6 | 2 | 1 | 9 |
| | % residencia | 54,5% | 100% | 25% | |
| | % del total | 35,3% | 11,8% | 5,9% | 52,9% |
| Trato no adecuado | Recuento | 2 | 1 | 0 | 3 |
| | % residencia | 18,2% | 50% | 0% | |
| | % del total | 11,8% | 5,9% | 0% | 17,6% |
| Total | Recuento | 11 | 2 | 4 | 17 |
| | % del total | 64,7% | 11,8% | 23,5% | 100% |

Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019”

Elaborado por: Víctor Guaraca Parreño (2019)

GRÁFICO 3. Factores inherentes al servicio de salud. Perspectiva general.



Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019”

Elaborado por: Víctor Guaraca Parreño (2019)

La Tabla 3 y Gráfico 3, muestran una perspectiva general y en orden de frecuencia los factores de abandono inherentes al servicio de salud, de los cuales se observa que el 76% de los casos asocian el no recibir **acciones por el equipo de salud para el retorno al tratamiento**, este fenómeno se observa en Colimes en el 100%, Balzar con el 81,8%, y Palestina con el 50%. Así mismo se observó que el 64,7% de casos, también asocian la **falta de información**, sobre todo en Colimes y Palestina en el 100% y 75%. De igual modo se observa que el 52,9% de vinculan el **tiempo de espera prolongado** como factor de abandono, fenómeno que ocurre

principalmente en Colimes y Balzar con el 100% y 54%; Por otro lado, y en menor frecuencia el 17% de los casos lo asocian al **trato no adecuado**.

TABLA 4. Factores inherentes al tratamiento.

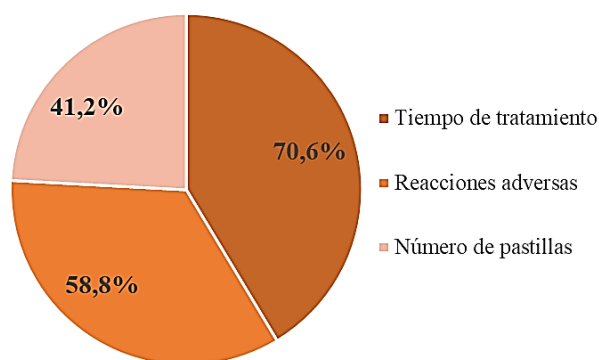
| Factores del Tratamiento | Valores | Grupo etario | | | Total |
|--------------------------|--------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| | | 20 - 49 | 50 - 64 | > 65 | |
| Tiempo de tratamiento | Recuento | 9 | 2 | 1 | 12 |
| | % de G. etario | 69,2% | 100% | 50% | |
| | % del total | 52,9% | 11,8% | 5,9% | 70,6% |
| Reacciones adversas | Recuento | 7 | 1 | 2 | 10 |
| | % de G. etario | 53,8% | 50% | 100% | |
| | % del total | 41,2% | 5,9% | 11,8% | 58,8% |
| Número de pastillas | Recuento | 5 | 1 | 1 | 7 |
| | % de G. etario | 38,5% | 50% | 50% | |
| | % del total | 29,4% | 5,9% | 5,9% | 41,2% |
| Total | Recuento | 13 | 2 | 2 | 17 |
| | % del total | 76,5% | 11,8% | 11,8% | 100% |

Fuente: Encuesta "Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019"

Elaborado por: Víctor Guaraca Parreño (2019)

GRÁFICO 4. Factores inherentes al tratamiento. Perspectiva general.

Factores Inherentes al tratamiento



Fuente: Encuesta "Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019"

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

La Tabla 4 y Gráfico 4, muestran una perspectiva general y en orden de frecuencia los factores de abandono inherentes al tratamiento, de los cuales se observa con un 70,6% asociación con el **tiempo de tratamiento**, en el 100% del grupo entre 50 a 64 años. Por otro lado, se observa con el 58,8% asociación de abandono con las **reacciones adversas**, sobre todo en el 100% en mayores de 65 años, y el 53% en edades de 20 a 49 años. Por último, el 41% lo asocia al **número de tabletas** diarias, mostrando una distribución equitativa entre los 50 a 64 años y en mayores de 65 en el 50% de los casos.

Análisis de los principales factores del abandono de la terapia antifúngica.

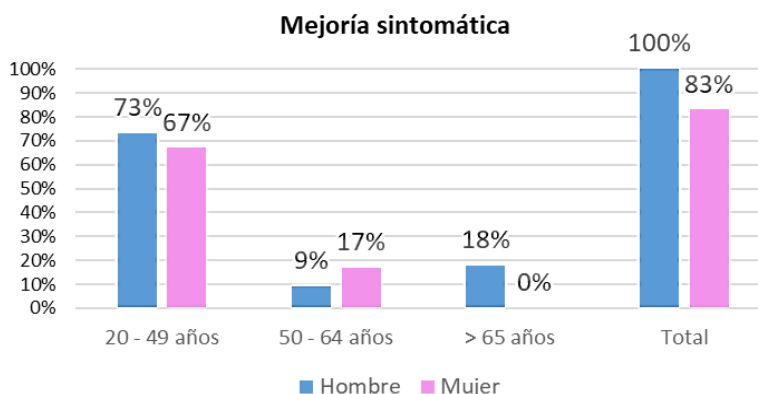
TABLA 5. Mejoría sintomática, factor de abandono del paciente.

| Sexo | Grupo etario | Valores | Mejoría sintomática | | Total |
|-----------------|--------------------|--------------------|---------------------|-------------|-------------|
| | | | Si | No | |
| Hombre | 20 - 49 años | Recuento | 8 | 0 | 8 |
| | | % del total | 73% | 0% | 73% |
| | 50 - 64 años | Recuento | 1 | 0 | 1 |
| | | % del total | 9% | 0% | 9% |
| | > 65 años | Recuento | 2 | 0 | 2 |
| | | % del total | 18% | 0% | 18% |
| Subtotal | Recuento | 11 | 0 | 11 | |
| | % del total | 100% | 0% | 100% | |
| Mujer | 20 - 49 años | Recuento | 4 | 1 | 5 |
| | | % del total | 67% | 17% | 83% |
| | 50 - 64 años | Recuento | 1 | 0 | 1 |
| | | % del total | 17% | 0% | 17% |
| | Subtotal | Recuento | 5 | 1 | 6 |
| | | % del total | 83% | 17% | 100% |
| Grupo de edad | 20 - 49 años | Recuento | 12 | 1 | 13 |
| | | % del total | 71% | 6% | 76% |
| | 50 - 64 años | Recuento | 2 | 0 | 2 |
| | | % del total | 12% | 0% | 12% |
| | > 65 años | Recuento | 2 | 0 | 2 |
| | | % del total | 12% | 0% | 12% |
| Total | Recuento | 16 | 1 | 17 | |
| | % del total | 94% | 6% | 100% | |

Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifúngico 2019”

Elaborado por: Víctor Guaraca Parreño (2019)

GRÁFICO 5. Mejoría sintomática.



Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifúngico 2019”

Elaborado por: Víctor Guaraca Parreño (2019)

La tabla 5 y gráfico 5 muestran que, el 73% de la población masculina entre 20 a 49 años asocia la “mejoría sintomática” como uno de los factores de abandono del tratamiento, sin embargo, el 100% de los hombres abandonaron por este factor. Por otro lado, el 67% de la población

femenina entre 20 a 49 años relaciona su abandono a este factor, mientras se observa en el 83% de las mujeres.

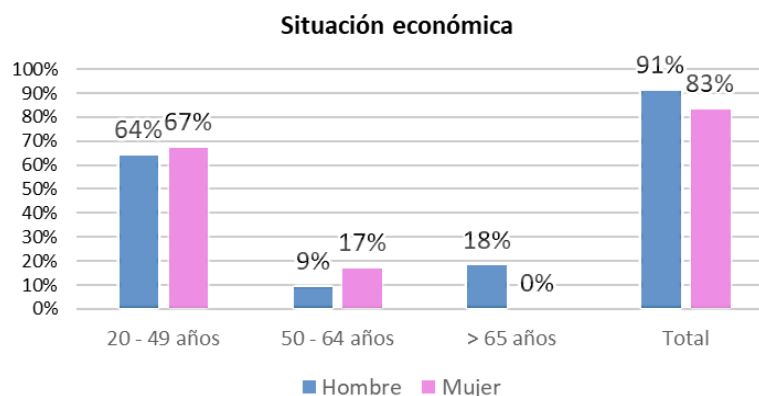
TABLA 6. Situación económica desfavorable, factor de abandono del paciente.

| Sexo | Grupo etario | Valores | Situación económica | | Total |
|----------------------|--------------------|--------------------|---------------------|-------------|-------------|
| | | | Si | No | |
| Hombre | 20 - 49 años | Recuento | 7 | 1 | 8 |
| | | % del total | 64% | 9% | 73% |
| | 50 - 64 años | Recuento | 1 | 0 | 1 |
| | | % del total | 9% | 0% | 9% |
| | > 65 años | Recuento | 2 | 0 | 2 |
| | | % del total | 18% | 0% | 18% |
| Subtotal | Recuento | 10 | 1 | 11 | |
| | % del total | 91% | 9% | 100% | |
| Mujer | 20 - 49 años | Recuento | 4 | 1 | 5 |
| | | % del total | 67% | 17% | 83% |
| | 50 - 64 años | Recuento | 1 | 0 | 1 |
| | | % del total | 17% | 0% | 17% |
| | Subtotal | Recuento | 5 | 1 | 6 |
| | | % del total | 83% | 17% | 100% |
| Grupo de edad | 20 - 49 años | Recuento | 11 | 2 | 13 |
| | | % del total | 64% | 12% | 77% |
| | 50 - 64 años | Recuento | 2 | 0 | 2 |
| | | % del total | 12% | 0% | 12% |
| | > 65 años | Recuento | 2 | 0 | 2 |
| | | % del total | 12% | 0% | 12% |
| Total | Recuento | 15 | 2 | 17 | |
| | % del total | 88% | 12% | 100% | |

Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019”

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

GRÁFICO 6. Situación económica desfavorable.



Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019”

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

La tabla 6 y gráfico 6 muestran que, el 64% de la **población masculina** entre 20 a 49 años asocia la **situación económica desfavorable** como factor de abandono, mientras que se observó

en el 91% de los hombres en todas las edades. Así mismo se asoció con un 67% a la **población femenina** de 20 a 49 años, mientras que se dio en el 83% de las mujeres en todas las edades.

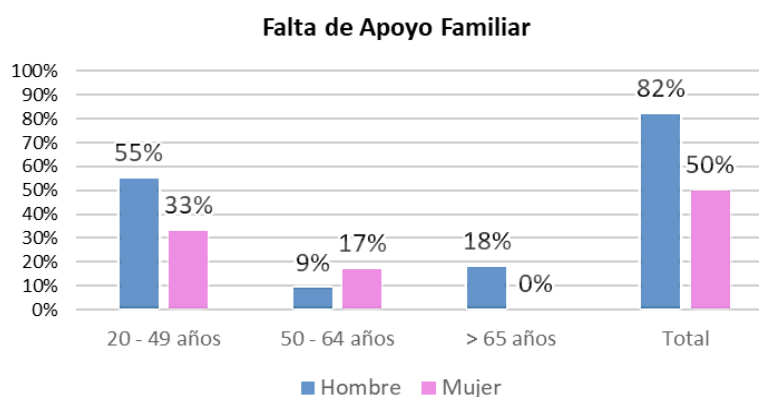
TABLA 7. Falta de Apoyo Familiar, factor de abandono del paciente.

| Sexo | Grupo etario | Valor | Falta de apoyo familiar | | Total |
|-----------------|--------------------|--------------------|-------------------------|-------------|-------------|
| | | | Si | No | |
| Hombre | 20 - 49 años | Recuento | 6 | 2 | 8 |
| | | % del total | 55% | 18% | 73% |
| | 50 - 64 años | Recuento | 1 | 0 | 1 |
| | | % del total | 9% | 0% | 9% |
| | > 65 años | Recuento | 2 | 0 | 2 |
| | | % del total | 18% | 0% | 18% |
| Subtotal | Recuento | 9 | 2 | 11 | |
| | % del total | 82% | 18% | 100% | |
| Mujer | 20 - 49 años | Recuento | 2 | 3 | 5 |
| | | % del total | 33% | 50% | 83% |
| | 50 - 64 años | Recuento | 1 | 0 | 1 |
| | | % del total | 17% | 0% | 16% |
| | Subtotal | Recuento | 3 | 3 | 6 |
| | | % del total | 50% | 50% | 100% |
| Grupo de edad | 20 - 49 años | Recuento | 8 | 5 | 13 |
| | | % del total | 47% | 29% | 76% |
| | 50 - 64 años | Recuento | 2 | 0 | 2 |
| | | % del total | 12% | 0% | 12% |
| | > 65 años | Recuento | 2 | 0 | 2 |
| | | % del total | 12% | 0% | 12% |
| Total | Recuento | 12 | 5 | 17 | |
| | % del total | 71% | 29% | 100% | |

Fuente: Encuesta "Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019"

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

GRÁFICO 7. Falta de Apoyo Familiar.



Fuente: Encuesta "Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019"

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

La tabla 7 y Gráfico 7 muestran que, el 55% de la **población masculina** entre 20 a 49 años relaciona la **falta de apoyo familiar** con el abandono, sin embargo, se observó en el 82% de

los hombres en todas las edades. Por otro lado, se observó en el 33% de la **población femenina** de 20 a 49 años y en el 50% de las mujeres en todas las edades.

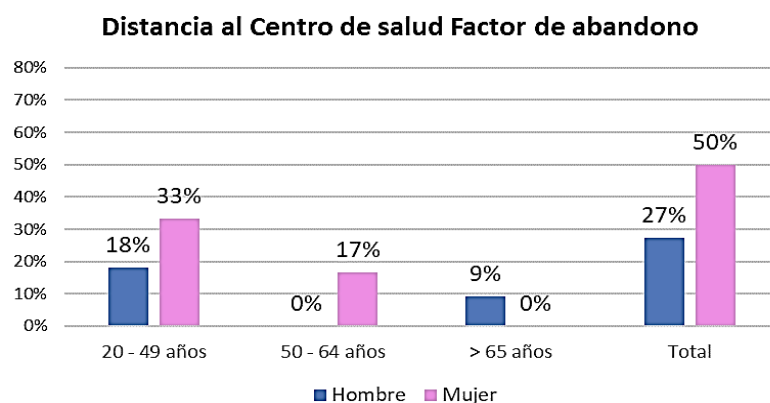
TABLA 8. Distancia del domicilio - centro de salud, factor de abandono del paciente.

| Distancia al Centro de salud. | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|--------------|-------------|-------------|
| Sexo | Grupo etario | Valores | Si | No | Total | |
| Hombre | 20 - 49 años | Recuento | 2 | 6 | 8 | |
| | | % del total | 18,2% | 54,5% | 72,7% | |
| | 50 - 64 años | Recuento | 0 | 1 | 1 | |
| | | % del total | 0% | 9,1% | 9,1% | |
| | > 65 años | Recuento | 1 | 1 | 2 | |
| | | % del total | 9,1% | 9,1% | 18,2% | |
| Subtotal | | Recuento | 3 | 8 | 11 | |
| | | % del total | 27,3% | 72,7% | 100% | |
| Mujer | 20 - 49 años | Recuento | 2 | 3 | 5 | |
| | | % del total | 33,3% | 50,0% | 83,3% | |
| | 50 - 64 años | Recuento | 1 | 0 | 1 | |
| | | % del total | 16,7% | 0% | 16,7% | |
| | Subtotal | | Recuento | 3 | 3 | 6 |
| | | | % del total | 50% | 50% | 100% |
| Grupo de edad | 20 - 49 años | Recuento | 4 | 9 | 13 | |
| | | % del total | 23,5% | 52,9% | 76,5% | |
| | 50 - 64 años | Recuento | 1 | 1 | 2 | |
| | | % del total | 5,9% | 5,9% | 11,8% | |
| | > 65 años | Recuento | 1 | 1 | 2 | |
| | | % del total | 5,9% | 5,9% | 11,8% | |
| Total | | Recuento | 6 | 11 | 17 | |
| | | % del total | 35,3% | 64,7% | 100% | |

Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019”

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

GRÁFICO 8. Distancia al Centro de salud.



Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019”

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

La tabla 8 y Gráfico 8 muestran que, el 18% de la **población masculina** entre 20 a 49 años asocia la **distancia del domicilio al centro de salud**, sin embargo, se encontró en el 27% de

los hombres en todas las edades. Por otro lado, se observa en el 33% de la **población femenina** entre 20 a 49 años, mientras que se vio en el 50% de las mujeres de todas las edades.

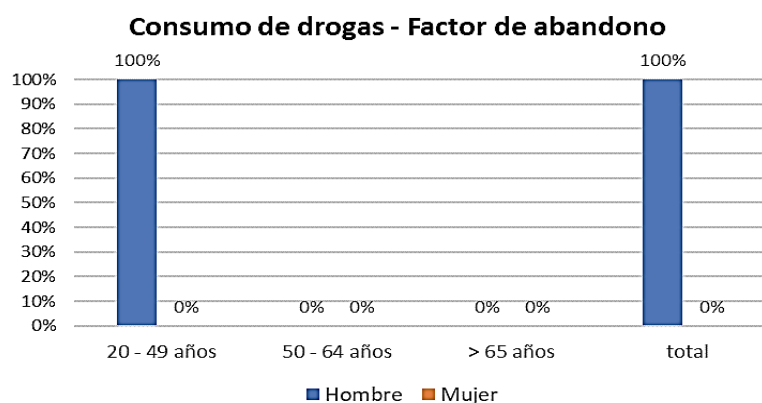
TABLA 9. Consumo de Drogas ilegales, factor de abandono.

| Sexo | Grupo de edad | Valor | Consumo de drogas | | Total | |
|-----------------|-----------------|---------------------|-------------------|--------------|-------------|-------------|
| | | | Si | No | | |
| Hombre | 20 - 49 años | Recuento | 5 | 3 | 8 | |
| | | % Consumo | 100% | 50% | 72,7% | |
| | 50 - 64 años | Recuento | 0 | 1 | 1 | |
| | | % Consumo | 0% | 16,7% | 9.1% | |
| | > 65 años | Recuento | 0 | 2 | 2 | |
| | | % Consumo | 0% | 33,3% | 18,2% | |
| Subtotal | | Recuento | 5 | 6 | 11 | |
| | | % Consumo | 100% | 100% | 100% | |
| Mujer | 20 - 49 años | Recuento | 0 | 5 | 5 | |
| | | % Consumo | 0% | 83,3% | 83,3% | |
| | 50 - 64 años | Recuento | 0 | 1 | 1 | |
| | | % Consumo | 0% | 16,7% | 16,7% | |
| | Subtotal | | Recuento | 0 | 6 | 6 |
| | | | % Consumo | 0% | 100% | 100% |
| Grupo de edad | 20 - 49 años | Recuento | 5 | 8 | 13 | |
| | | % Consumo | 100% | 66,7% | 76,5% | |
| | 50 - 64 años | Recuento | 0 | 2 | 2 | |
| | | % Consumo | 0% | 16,7% | 11,8% | |
| | > 65 años | Recuento | 0 | 2 | 2 | |
| | | % Consumo | 0% | 16,7% | 11,8% | |
| Total | | Recuento | 5 | 12 | 17 | |
| | | % de consumo | 29,4% | 70,5% | 100% | |

Fuente: Encuesta "Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019"

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

GRÁFICO 9. Consumo de drogas ilegales



Fuente: Encuesta "Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019"

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

La tabla 9 y gráfico 9 muestran que el 100% de la población masculina que **consume drogas ilegales** en edad de 20 a 19 años asocia este factor como causal de abandono, por otro lado, no se observó consumo ni abandono en la población femenina a causa de este factor.

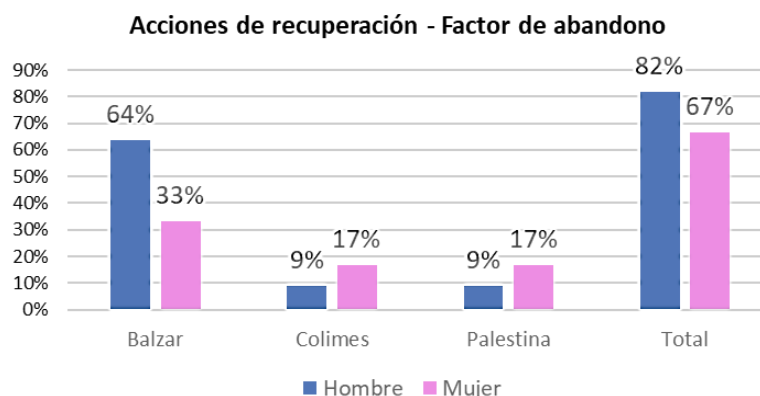
TABLA 10. Acciones del equipo de salud para recuperar al paciente en abandono.

| Sexo | Cantón de residencia | Valor | Acciones de recuperación | | Total |
|-----------------|----------------------|--------------|--------------------------|-------------|-------|
| | | | Si | No | |
| Hombre | Balzar | Recuento | 0 | 7 | 7 |
| | | % del Total | 0,0% | 63,6% | 63,6% |
| | Colimes | Recuento | 0 | 1 | 1 |
| | | % del Total | 0,0% | 9,1% | 9,1% |
| | Palestina | Recuento | 2 | 1 | 3 |
| | | % del Total | 18,2% | 9,1% | 27,3% |
| Subtotal | Recuento | 2 | 9 | 11 | |
| | % del Total | 18,2% | 81,8% | 100% | |
| Mujer | Balzar | Recuento | 2 | 2 | 4 |
| | | % del Total | 33,3% | 33,3% | 66,7% |
| | Colimes | Recuento | 0 | 1 | 1 |
| | | % del Total | 0,0% | 16,7% | 16,7% |
| | Palestina | Recuento | 0 | 1 | 1 |
| | | % del Total | 0,0% | 16,7% | 16,7% |
| Subtotal | Recuento | 2 | 4 | 6 | |
| | % del Total | 33,3% | 66,7% | 100% | |
| Cantón | Balzar | Recuento | 2 | 9 | 11 |
| | | % del Total | 11,8% | 52,9% | 64,7% |
| | Colimes | Recuento | 0 | 2 | 2 |
| | | % del Total | 0,0% | 11,8% | 11,8% |
| | Palestina | Recuento | 2 | 2 | 4 |
| | | % del Total | 11,8% | 11,8% | 23,5% |
| Total | Recuento | 4 | 13 | 17 | |
| | % del total | 23,5% | 76,5% | 100% | |

Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019”

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

GRÁFICO 10. Acciones del equipo de salud para recuperar al paciente.



Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019”

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

La tabla 10 y gráfico 10 muestran que, el 63,6% de la población masculina balzarena relaciona el **no recibir acciones por parte del equipo de salud para retomar el tratamiento** como factor de abandono, sin embargo, el 81,8% de los hombres en todos los cantones, abandonó por este factor. Por otro lado, el 33% de la población femenina Balzarena relaciona su abandono a por esta causa, mientras que se observó en el 66,7% de las mujeres en los tres cantones.

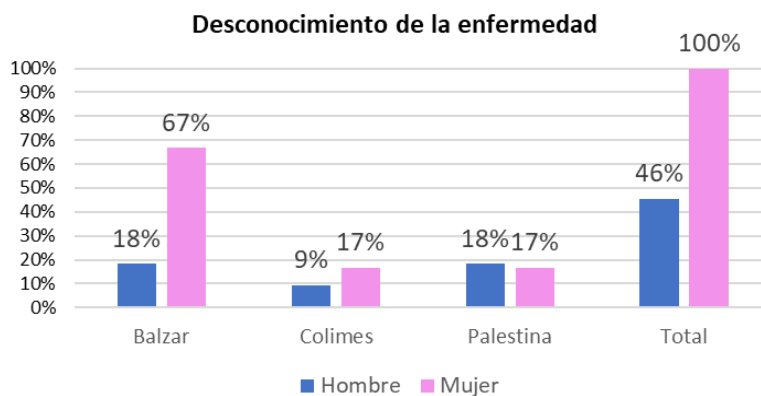
TABLA 11. Información insuficiente sobre la enfermedad.

| Sexo | Cantón de residencia | Valor | Desconocimiento | | Total |
|-----------------|----------------------|--------------------|-----------------|--------------|-------------|
| | | | Si | No | |
| Hombre | Balzar | Recuento | 2 | 5 | 7 |
| | | % del Total | 18,2% | 45,5% | 63,6% |
| | Colimes | Recuento | 1 | 0 | 1 |
| | | % del Total | 9,1% | 0,0% | 9,1% |
| | Palestina | Recuento | 2 | 1 | 3 |
| | | % del Total | 18,2% | 9,1% | 27,3% |
| Subtotal | | Recuento | 5 | 6 | 11 |
| | | % del Total | 45,5% | 54,5% | 100% |
| Mujer | Balzar | Recuento | 4 | 0 | 4 |
| | | % del Total | 66,7% | 0% | 66,7% |
| | Colimes | Recuento | 1 | 0 | 1 |
| | | % del Total | 16,7% | 0% | 16,7% |
| | Palestina | Recuento | 1 | 0 | 1 |
| | | % del Total | 16,7% | 0% | 16,7% |
| Subtotal | | Recuento | 6 | 0 | 6 |
| | | % del Total | 100% | 0% | 100% |
| Cantón | Balzar | Recuento | 6 | 5 | 11 |
| | | % del Total | 35,3% | 29,4% | 64,7% |
| | Colimes | Recuento | 2 | 0 | 2 |
| | | % del Total | 11,8% | 0,0% | 11,8% |
| | Palestina | Recuento | 3 | 1 | 4 |
| | | % del Total | 17,6% | 5,9% | 23,5% |
| Total | | Recuento | 11 | 6 | 17 |
| | | % del total | 64,7% | 35,3% | 100% |

Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019”

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

GRÁFICO 11. Información insuficiente sobre la enfermedad.



Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019”

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

La tabla 11 y gráfico 11 muestran que, el 67% de la población femenina balzarena relaciona el **desconocimiento sobre la enfermedad y sus consecuencias** como factor de abandono del tratamiento, y una distribución similar en hombres de Balzar y Palestina con el 18%, por otro lado, se observó en el 100% de las mujeres en todos los cantones y en el 46% de los hombres en todos los cantones.

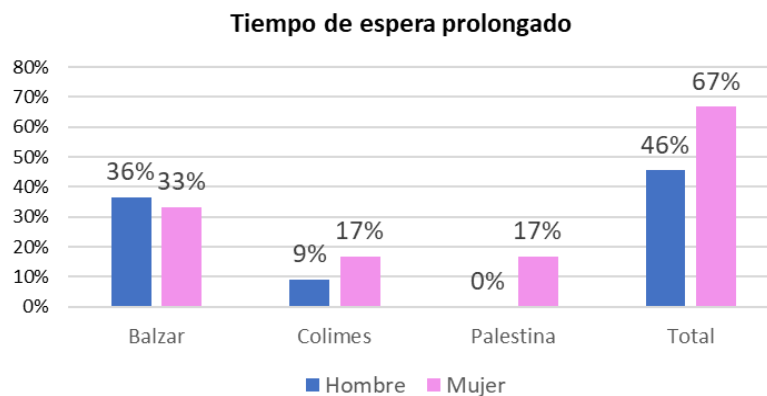
TABLA 12. Tiempo prolongado de espera para atención en el Centro de Salud.

| Sexo | Cantón de residencia | Valor | Tiempo de espera prolongado | | Total |
|-----------------|----------------------|--------------------|-----------------------------|--------------|-------------|
| | | | Si | No | |
| Hombre | Balzar | Recuento | 4 | 3 | 7 |
| | | % del Total | 36,4% | 27,3% | 63,6% |
| | Colimes | Recuento | 1 | 0 | 1 |
| | | % del Total | 9,1% | 0,0% | 9,1% |
| | Palestina | Recuento | 0 | 3 | 3 |
| | | % del Total | 0,0% | 27,3% | 27,3% |
| Subtotal | | Recuento | 5 | 6 | 11 |
| | | % del Total | 45,5% | 54,5% | 100% |
| Mujer | Balzar | Recuento | 2 | 2 | 4 |
| | | % del Total | 33,3% | 33,3% | 66,7% |
| | Colimes | Recuento | 1 | 0 | 1 |
| | | % del Total | 16,7% | 0,0% | 16,7% |
| | Palestina | Recuento | 1 | 0 | 1 |
| | | % del Total | 16,7% | 0,0% | 16,7% |
| Subtotal | | Recuento | 4 | 2 | 6 |
| | | % del Total | 66,7% | 33,3% | 100% |
| Cantón | Balzar | Recuento | 6 | 5 | 11 |
| | | % del Total | 35,3% | 29,4% | 64,7% |
| | Colimes | Recuento | 2 | 0 | 2 |
| | | % del Total | 11,8% | 0,0% | 11,8% |
| | Palestina | Recuento | 1 | 3 | 4 |
| | | % del Total | 5,9% | 17,6% | 23,5% |
| Total | | Recuento | 9 | 8 | 17 |
| | | % del total | 52,9% | 47,1% | 100% |

Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019”

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

GRÁFICO 12. Tiempo prolongado de espera para atención en el Centro de Salud.



Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019”

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

La tabla 12 y gráfico 12 muestran principalmente abandono asociado al tiempo de espera prolongado en el establecimiento en el 36,4% de la población masculina balzarena y un 33% en la población femenina balzarena, y en menor frecuencia en los otros cantones, así mismo se observó dicha asociación en el 45,5% de los hombres en todos los cantones, y en el 66,7% de las mujeres en los tres cantones.

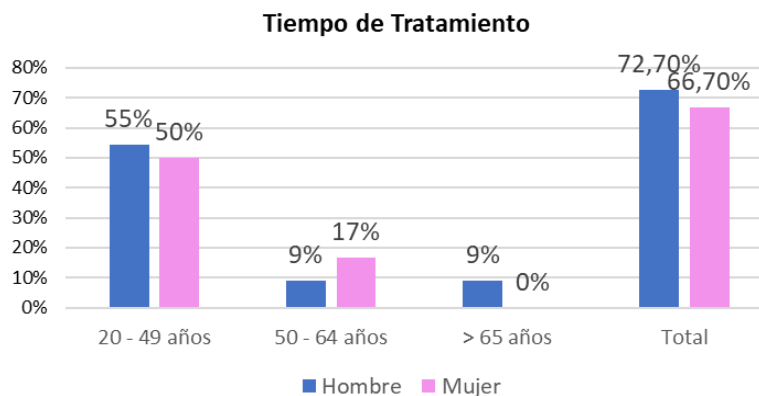
TABLA 13. Tiempo de tratamiento, factor de abandono.

| Sexo | Grupo etario | Valor | Tiempo de tratamiento | | Total |
|-----------------|-----------------|--------------------|-----------------------|--------------|-------------|
| | | | Si | No | |
| Hombre | 20 - 49 años | Recuento | 6 | 2 | 8 |
| | | % del total | 54,5% | 18,2% | 72,7% |
| | 50 - 64 años | Recuento | 1 | 0 | 1 |
| | | % del total | 9,1% | 0% | 9,1% |
| | > 65 años | Recuento | 1 | 1 | 2 |
| | | % del total | 9,1% | 9,1% | 18,2% |
| Subtotal | | Recuento | 8 | 3 | 11 |
| | | % del total | 72,7% | 27,3% | 100% |
| Mujer | 20 - 49 años | Recuento | 3 | 2 | 5 |
| | | % del total | 50% | 33,3% | 83,3% |
| | 50 - 64 años | Recuento | 1 | 0 | 1 |
| | | % del total | 16,7% | 0% | 16,7% |
| | Subtotal | Recuento | 4 | 2 | 6 |
| | | % del total | 66,7% | 33,3% | 100% |
| Subtotal | 20 - 49 años | Recuento | 9 | 4 | 13 |
| | | % del total | 52,9% | 23,5% | 76,5% |
| | 50 - 64 años | Recuento | 2 | 0 | 2 |
| | | % del total | 11,8% | 0% | 11,8% |
| | > 65 años | Recuento | 1 | 1 | 2 |
| | | % del total | 5,9% | 5,9% | 11,8% |
| Total | | Recuento | 12 | 5 | 17 |
| | | % del total | 70,6% | 29,4% | 100% |

Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019”

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

GRÁFICO 13. Tiempo de tratamiento, factor de abandono.



Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019”

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

La tabla 13 y gráfico 13 muestran que, el 54,5% de la población masculina entre 20 a 49 años relaciona el **tiempo del tratamiento** como un factor de abandono, sin embargo, el 73% de los hombres en todas las edades, abandonó por esta causa. Por otro lado, se observó en el 50% de la población femenina de 20 a 49 años, mientras que el 66,7% de las mujeres en los tres cantones vincula la el tiempo que dura el tratamiento de la tuberculosis como factor de abandono.

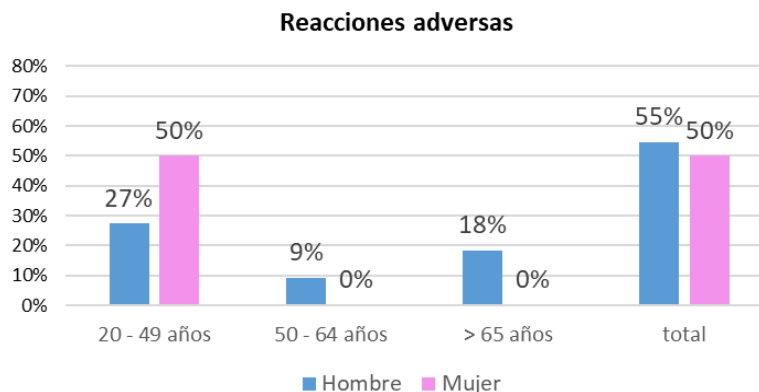
TABLA 14. Reacciones adversas a los medicamentos, factor de abandono.

| Sexo | Grupo etario | Valores | Reacciones adversas | | Total |
|-----------------|-----------------|--------------------|---------------------|--------------|-------------|
| | | | Si | No | |
| Hombre | 20 - 49 años | Recuento | 3 | 5 | 8 |
| | | % del total | 27,3% | 45,5% | 72,7% |
| | 50 - 64 años | Recuento | 1 | 0 | 1 |
| | | % del total | 9,1% | 0,0% | 9,1% |
| | > 65 años | Recuento | 2 | 0 | 2 |
| | | % del total | 18,2% | 0,0% | 18,2% |
| Subtotal | | Recuento | 6 | 5 | 11 |
| | | % del total | 54,5% | 45,5% | 100% |
| Mujer | 20 - 49 años | Recuento | 3 | 2 | 5 |
| | | % del total | 50,0% | 33,3% | 83,3% |
| | 50 - 64 años | Recuento | 0 | 1 | 1 |
| | | % del total | 0,0% | 16,7% | 16,7% |
| | Subtotal | Recuento | 3 | 3 | 6 |
| | | % del total | 50,0% | 50,0% | 100% |
| Subtotal | 20 - 49 años | Recuento | 6 | 7 | 13 |
| | | % del total | 35,3% | 41,2% | 76,5% |
| | 50 - 64 años | Recuento | 1 | 1 | 2 |
| | | % del total | 5,9% | 5,9% | 11,8% |
| | > 65 años | Recuento | 2 | 0 | 2 |
| | | % del total | 11,8% | 0,0% | 11,8% |
| Total | | Recuento | 9 | 8 | 17 |
| | | % | 52,9% | 47,1% | 100% |

Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019”

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

GRÁFICO 14. Reacciones adversas a los medicamentos, factor de abandono.



Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019”

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

La tabla 14 y gráfico 14 muestran que, el 27,3% de la población masculina entre 20 a 49 años relaciona las **reacciones adversas** como un factor de abandono del tratamiento, sin embargo, el 54% de los hombres en todas las edades, abandonó por esta causa. Por otro lado, el 50% de la población femenina de 20 a 49 años relaciona su abandono por este factor, sin que exista relación para otras edades. Así mismo es importante mencionar dentro del grupo de hombres mayores de 65 años, las reacciones adversas se dieron en el 100% de los casos (ver tabla 4).

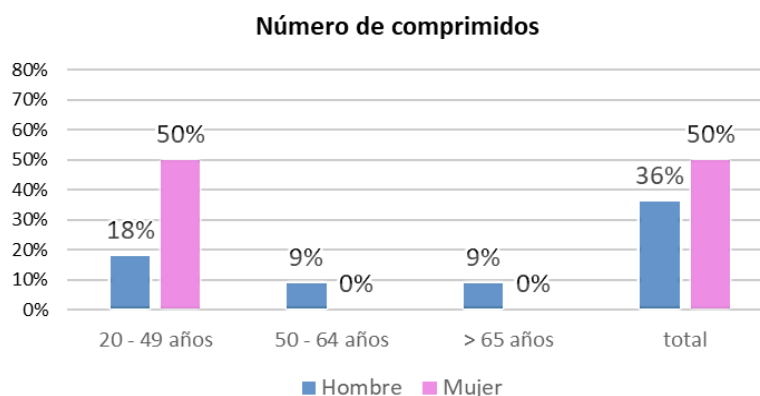
TABLA 15. Número de comprimidos, Factor de abandono.

| Sexo | Grupo etario | Número de comprimidos | | | Total | |
|-----------------|-----------------|-----------------------|--------------------|------------|-------------|-------------|
| | | Valores | Si | No | | |
| Hombre | 20 - 49 años | Recuento | 2 | 6 | 8 | |
| | | % del total | 18% | 55% | 73% | |
| | 50 - 64 años | Recuento | 1 | 0 | 1 | |
| | | % del total | 9% | 0% | 9% | |
| | > 65 años | Recuento | 1 | 1 | 2 | |
| | | % del total | 9% | 9% | 18% | |
| Subtotal | | Recuento | 4 | 7 | 11 | |
| | | % del total | 36% | 64% | 100% | |
| Mujer | 20 - 49 años | Recuento | 3 | 2 | 5 | |
| | | % del total | 50% | 33% | 83% | |
| | 50 - 64 años | Recuento | 0 | 1 | 1 | |
| | | % del total | 0% | 17% | 17% | |
| | Subtotal | | Recuento | 3 | 3 | 6 |
| | | | % del total | 50% | 50% | 100% |
| Subtotal | 20 - 49 años | Recuento | 5 | 8 | 13 | |
| | | % del total | 29% | 47% | 76% | |
| | 50 - 64 años | Recuento | 1 | 1 | 2 | |
| | | % del total | 6% | 6% | 12% | |
| | > 65 años | Recuento | 1 | 1 | 2 | |
| | | % del total | 6% | 6% | 12% | |
| Total | | Recuento | 7 | 10 | 17 | |
| | | % del total | 41% | 60% | 100% | |

Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019”

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

GRÁFICO 15. Número de comprimidos, Factor de abandono.



Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019”

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

La tabla 15 y gráfico 15 muestran que el 18% de la población masculina entre 20 a 49 años asocian el número de comprimidos como un factor de abandono, sin embargo, el 36% de los hombres lo relacionó a este factor causal. Por otro lado, el 50% de la población femenina en el rango de 20 a 49 años vinculó a este factor como causal de abandono, no se observó relación con otras edades.

Análisis de la Correlación de Pearson en los factores inherentes del paciente.

TABLA 16. Correlación de Pearson en la Dimensión Factores desencadenantes inherentes al paciente.

| | Falta de vivienda | Consumo de alcohol | |
|---------------------------|-------------------|--------------------|--------|
| Falta de vivienda | Correlación de | 1 | ,789** |
| | Sig. (bilateral) | | ,000 |
| | N | 17 | 17 |
| Consumo de alcohol | Correlación de | ,789** | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | |
| | N | 17 | 17 |

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: Encuesta “Factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico 2019”

Elaborado: Víctor Guaraca Parreño (2019)

La tabla 16, muestra que existe relación positiva entre las variables Consumo de alcohol y falta de vivienda con un r de Pearson de 0,789, considerada como una **correlación positiva alta** por su nivel de confianza del 78,9% y una significancia bilateral de 0,000, es decir con un margen de error del 0%.

4.2 ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS

El estudio realizado en el Distrito 09D13 (Guayas – Ecuador) ha identificado diversos factores asociados al abandono, principalmente inherentes al paciente, en segundo lugar, al servicio de salud y al tratamiento, que han influido interrelacionándose de manera multifactorial en la decisión de abandonar la terapia antifímica. Este estudio mostró asociación de abandono con el género masculino en el 65% y en edades de 20 a 49 años en el 47%, dato parecido en dos estudios, tales como Torres y Herrera en Chile, quienes encontraron relación en el sexo masculino en el 81% y en el grupo etario de 15 a 45 años con el 58%, así mismo en el estudio de Quevedo en Perú, el cual mostró predominio sobre el sexo masculino con un 71,2% en edades de 25 a 44 años con un 40,4%, la semejanza evidenciada en estos estudios corresponden a determinantes de la salud del tipo biológicos no modificables, la cual ocurriría puesto que los hombres sobre todo en el grupo etario económicamente activo se ven más afectados en múltiples dimensiones de su entorno y asocian más que las mujeres a otros determinantes de la salud sobre todo de tipo conductuales y sociales, tales como son el sostén de sus familias, mantienen más relaciones sociales de amistad por lo que se exponen más a la enfermedad, representan mayor índice de adicciones a drogas legales o ilegales, culturalmente representan

el sexo donde impera la ley del “más fuerte” y minimizan sus padecimientos, contrariamente a los resultados presentados, Zevallos Romero en Perú encontró asociación de abandono en el género femenino 1,5 veces mayor que el género masculino; dicha diferencia a juicio del autor se debe a cambios económicos, sociales y culturales de la sociedad peruana en los últimos años, que han condicionado un rol más activo de la mujer en el sustento familiar por lo cual descuidan su salud.

Por otra parte, dentro de los **Factores del paciente** en primer lugar se asoció la “**mejoría sintomática**” como factor de abandono en el 94% de los casos, resultado parecido al de Torres y Herrera quienes la encontraron en segundo lugar con el 32%, mientras que el primer lugar se dio por el abuso de sustancias con el 67%, debido a la diferencia de la población estudiada; así mismo los resultados de (Vanzetto, Stroschein, Tadei, & Dayane, 2020) quienes de manera cualitativa la mostraron como uno de los principales factores de abandono terapéutico; a juicio del autor esta problemática presentada en tres contextos territoriales diferentes tienen como común denominador la falsa percepción asociada a la falta de conocimiento de la enfermedad y de las consecuencias negativas de no culminar la terapia, en la que interviene como determinante de la salud el sistema sanitario, en la cual si existiera la correcta comunicación entre el afectado por tuberculosis y el personal de salud del establecimiento los afectados no abandonarían; el conocer la enfermedad juega un rol importante para que los afectados comprendan su situación y generen una actitud adecuada frente a su tratamiento.

El segundo lugar como factor de abandono inherente al paciente evidenciado en este estudio, fue a la **situación económica carencial** con un 88%. Dos estudios al respecto muestran datos parecidos como el realizado en Perú por (Zevallos Romero, 2017), se ubicó en tercer lugar con el 68%, otro estudio en Perú lo ubicó en primer lugar un 67,8% (Dalens, 2012) ; estos resultados a juicio del autor identificados como determinantes de la salud del tipo social están íntimamente ligados al abandono, puesto que muchos afectados deben costear su traslado para cumplir con el DOT, situación que es un problema, ya que la mayoría de afectados viven en condiciones económicas precarias y el gasto generado afectan mucho más su economía y no pueden asistir, El Ecuador se observa relativamente más afectado por esta situación, dato corroborado por la BBC que indica que el índice de desempleo en Perú es relativamente menor al de Ecuador, 4,1 y 4,3 respectivamente (BBC News, 2018).

En tercer lugar, se observó que el 71% de los afectados que abandonaron su terapia lo hicieron por falta de **apoyo familiar**. Otros estudios evidenciaron un resultado similar, tal como el de Quevedo en Perú que mostró incumplimiento del tratamiento en el 63,6% y Jiménez en Ecuador

que mostró abandono en el 50% de los casos que no tuvieron apoyo familiar, estos resultados se identifican como determinantes de la salud del tipo sociales que se asocian al abandono terapéutico y ponen en evidencia la importancia del apoyo de la familia sobre todo como efecto protector contra el abandono, ya que el paciente al sentir el afecto de su familia se siente más confiado y motivado a culminar su tratamiento para recuperarse y a evitar la transmisión a sus seres queridos y así reintegrarse a su vida cotidiana. (Quevedo et al., 2015).

En cuarto lugar, como factor del paciente se encontró con un 35% que los casos que abandonaron asociaron la **distancia del del domicilio al centro de salud** como factor de abandono, así mismo dos estudios mostraron resultados parecidos tales como el estudio de Torres En Chile que la ubica en tercer lugar con el 17,6%; Así mismo, una revisión sistemática cualitativa (Munro et al. 2007) mostró en tres estudios que la adherencia se ve comprometida si la distancia entre el domicilio de los pacientes y el dispensario es demasiado grande, otro estudio mostró que la distancia es uno de los principales obstáculos para el acceso a los centros de salud; Estos resultados identificados como determinantes de la salud de tipo sociales de comunidad, muestran que la distancia se ve asociada con la adherencia, es decir que a menor distancia existe menor número de abandonos, esto podría estar explicado puesto que gran parte de los afectados viven situaciones económicas carenciales que no permiten costear la movilización diaria en transporte público, así mismo por su condición de salud no podrían caminar grandes distancias para acudir al establecimiento a tomar su tratamiento.

En quinto lugar, se mostró que el 29,4% de los casos vinculó el **consumo de drogas ilegales** como factor de abandono, al respecto, otro estudio la ubicó en primer lugar con el 67% (Torres & Herrera, 2015), sin embargo fue coincidente en ambos estudios la afección principal hacia el sexo masculino en edades de 20 a 49 años, la diferencia en frecuencia entre ambos estudios podría radicar en que la población de estudio que vincula esta causa como abandono en Chile es analizada a nivel de país, mientras que este estudio del distrito 09D13 corresponde a 3 cantones de una provincia, sin embargo en ambos casos se identifican como determinantes de la salud a los determinantes biológicos y conductuales.

En menor proporción se muestra en sexto lugar el **consumo de alcohol** que estuvo asociado al abandono terapéutico en el 17,6% de los casos, cifra inferior a la mostrada en varios estudios, tales como en el Perú donde se encontró con un 50,9% (Zevallos, 2017), y por dos estudios en Chile que la evidencian en un 48% (Torres & Herrera, 2015), y con un 48,5% (Huasco & Orozco, 2018); esta diferencia podría deberse a que los estudios en Perú y Chile tenían una población estudiada más grande y por metodología distinta, sin embargo el consumo de alcohol

como determinante conductual afecta la adherencia al tratamiento en todos los contextos estudiados, además que provoca otras alteraciones que afectan aún más la salud de afectados por Tb.

En séptimo lugar el **compromiso del afectado con su familia** con el 17,6%, así mismo (Zevallos, 2017) la mostró como factor de abandono en el 36% de los casos, esta situación supondría un factor de abandono puesto que la responsabilidad económica con su familia no le permitiría acudir en horarios en los que los establecimientos de salud están abiertos.

En último lugar se encontró la **falta de vivienda** con el 11,8%, mientras que (Torres & Herrera, 2015) lo evidenció con un 16,5%, esta inestabilidad domiciliaria condicionaría a que los afectados por Tb estén constantemente en movimiento en busca de lugares temporales para residir, lo cual dificulta su asistencia al establecimiento y el seguimiento por parte del personal de salud.

El estudio de los **Factores inherentes al centro de salud** mostró en primer lugar, la **ausencia de acciones de recuperación del afectado en abandono** con el 76,5%, otros estudios mostraron resultados parecidos tales como el de (Taneja et al., 2017). que evidenció a través de un estudio cuasi experimental en dos clínicas de la ciudad de Delhi, en la India, donde demostraron que el 76,3% de afectados que incumplieron su tratamiento no recibieron asistencia por parte del personal de salud, así mismo una revisión sistemática demostró en diez artículos de diferentes países que la efectividad de las acciones de recuperación domiciliaria para prevenir el abandono es del 100% (Araujo, Quispe, & Aida, 2018), a juicio del autor estos estudios denotan la importancia de las acciones del equipo de salud y como la ausencia de estos se asocia con mayor riesgo de abandono, puesto que el afectado crea un vínculo afectivo y logra confianza hacia el equipo de salud, adicionalmente esto permitiría conocer otros factores en el entorno del afectado que se podrían fortalecer para disminuir los abandonos, tales como el apoyo familiar y comunitario que son de suma importancia como ya se ha mencionado.

En segundo lugar, se encontró el **desconocimiento de la enfermedad y sus consecuencias** con un 64,7%; otros estudios mostraron datos similares, así un estudio en Colombia lo ubicó en primer lugar con el 95,8%, además mostró un riesgo 11,2 veces mayor de abandono que aquellos que reciben asesoramiento adecuado (Navarro et al., 2013), otro estudio en Lima Perú mostró que el 62% de los casos tenían un conocimiento bajo sobre la importancia del tratamiento antituberculoso (Galindo, 2009), de la misma manera un estudio cualitativo mostró que el mantener una buena asesoría por parte del personal de salud, es en segundo lugar un

factor que contribuye a la adherencia (Anyanti, Akuiyibo, Idogho, Ohuneni, & Isiguzo, 2020); estos resultados con resultados que ponen en evidencia la problemática, concluyen en que el conocimiento sobre la enfermedad por parte del afectado es un factor determinante sobre la conducta para culminar su terapia, sin embargo es el personal de salud el encargado de brindar la información necesaria tanto en el establecimiento como en el hogar, fortalecer este factor mejoraría otros factores como la falsa sensación de bienestar en afectados que ya han recibido parte del tratamiento, así mismo contribuiría en fortalecer el apoyo de la familia y de la comunidad y en disminuir la discriminación hacia el afectado.

En tercer lugar, se encontró el **tiempo de espera prolongado en el establecimiento** como factor de abandono con el 52,9%, otro estudio en Chile lo ubicó con el 29,4% (Torres & Herrera, 2015) como factor de abandono, como se puede apreciar en ambos estudios si bien no constituyen como principales, son factores que contribuyen con otros para que el afectado abandone, ya que genera insatisfacción con el servicio de salud, y a juicio del autor es considerado como una forma de maltrato por lo cual muchos pacientes prefieren no acudir a pesar de su enfermedad, puesto que se sienten expuestos con el resto de pacientes y se sientan discriminados.

En último lugar se encontró los **tratos no adecuados** por parte del personal de salud con el 17% dato similar con otro estudio con lo mostró con el 29,4% (Torres & Herrera, 2015), otro estudio contrariamente encontró indicadores significativamente altos en Ecuador, Bolivia y Colombia, con 66%, 38% y 27,6% respectivamente (Huasco & Orozco, 2018), cuya diferencia podría radicar en la diferente metodología y población de estudio, en todo caso a juicio del autor estos resultados identificados como determinantes del sistema sanitario reflejan la calidad de atención que brinda el equipo de salud, los mismos influyen sumado a otros factores en la decisión de abandono con las consecuentes efectos ligados a este.

El estudio de los **Factores inherentes al tratamiento** mostró en primer lugar al tiempo de **duración del esquema tratamiento** con un 70%, datos similares se encontró en un estudio en Daule Ecuador donde con el 77%, donde los afectados manifestaron que el tiempo de tratamiento es muy largo (Jiménez & Aguila, 2015), así mismo se encontró en una revisión sistemática de catorce estudios importantes la influencia que existe entre la duración del tratamiento y la interrupción del mismo, en el cual los pacientes no comprendían bien el largo período de tratamiento y se cansaban de tomar la medicación (Munro et al. 2007), esta situación evidenciada como factores conductuales y del sistema sanitario en los resultados de estos

estudios muestran a su vez la asociación con el nivel de conocimiento que tiene el paciente sobre la enfermedad y sus consecuencias, cuestión que resalta la importancia de brindar la información necesaria a los afectados por TB, situación que contribuiría en la disminución de los abandonos.

En segundo lugar, se encontró las **reacciones adversas** con el 58,8% sobre todo en la población masculina mayor de 65 años, dato similar se mostró en Cúcuta Colombia donde se ubicó en primer lugar con el 58% (Plata, 2015), de la misma manera otro estudio en Daule Ecuador la encontró en el 77% de los casos de abandono (Jiménez & Aguila, 2015) estos resultados encontrados se relacionan a determinantes biológicos y del sistema sanitario y plantean la necesidad interventora por parte del equipo de salud en aquellos factores modificables tales de una mayor vigilancia del paciente sobre todo en la fase intensiva del tratamiento donde son frecuentes las reacciones adversas principalmente en adultos mayores, las cuales en la mayoría de los casos son manejables y evitarían el abandono asociado a este factor.

En tercer lugar, se reporta que el 41% asoció el **número de comprimidos** como factor de abandono, principalmente en el 50% de las mujeres, de la misma manera Dalens identificó que 69,8% refiere que el número de pastillas es numeroso, (Dalens, 2012), esta situación identificada como factores conductuales y del sistema sanitario evidencian la necesidad de elevar el nivel de conocimientos del afectado para generar una conducta adecuada y además la necesidad de fortalecer la vigilancia del DOT ante la posibilidad de tomas incompletas en el número de comprimidos.

El estudio correlacional, establece que existe una relación positiva considerable de .789** entre la falta de vivienda y el consumo de alcohol, ambos factores no se muestran como los más importantes por sí solos, sin embargo, cuando ambos factores se juntan en un mismo individuo se fortalece el factor desencadenante de abandono de la terapia antifímica, haciendo al individuo más susceptible de abandonar el tratamiento. En la comparativa de otro estudio realizado en Medellín y publicado en el 2017, se realiza una investigación donde se analiza la asociación estadística entre el consumo de sustancias drogas ilegales y el éxito del tratamiento, demostrando que las personas que no consumen drogas ilegales tienen una probabilidad de 1,4 veces mayor de éxito del tratamiento. Ambos estudios muestran relación de abandono del tratamiento con las adicciones. (Calle, Cuartas & Álvarez, 2017, p.38), así mismo otro estudio en Lima Perú encontró correlación significativa entre el consumo de alcohol y el consumo de

drogas ilícitas en los afectados que abandonaron el tratamiento antituberculoso. (Alamo & Collanque, 2015)

4.3 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Se comprueba la Hipótesis general de este estudio luego de la obtención de los resultados donde queda demostrado que los factores del abandono se asocian a factores inherentes al paciente, el servicio de salud y el tratamiento.

Se descarta la primera hipótesis particular, puesto que se encontró dentro de los principales factores con valores superiores al 40%, además de la mejoría sintomática, situación económica y falta de apoyo familiar, a factores del servicio de salud, como la ausencia de acciones de rescate del paciente, el desconocimiento de la enfermedad por falta de información y el tiempo prolongado de espera, así mismo dentro de los factores del tratamiento, el largo tiempo que dura el tratamiento y las reacciones adversas.

Se comprueba segunda hipótesis particular ya que el estudio mostró una correlación positiva alta entre el consumo de alcohol y la falta de vivienda, pertenecientes a los factores inherentes al paciente.

CONCLUSIONES

- Los factores desencadenantes del abandono del tratamiento antifímico en los pacientes pertenecientes al Distrito 09D13, que se confirmaron a través de la investigación fueron principalmente los inherentes al paciente, en segundo lugar, al servicio de salud y en tercer lugar los inherentes al tratamiento.
- Los principales factores del abandono de la terapia antifímica inherentes al paciente que se demostraron en este trabajo fueron tener la falsa percepción de “mejoría sintomática”, identificada como un determinante del sistema sanitario y social, presentar una situación económica desfavorable y no tener apoyo familiar, identificadas como Determinantes sociales. Por otro lado, los factores más importantes inherentes al servicio de salud fueron la ausencia de acciones de rescate del paciente en abandono, el desconocimiento de la enfermedad por falta de información, el tiempo de espera prolongado en el establecimiento, identificadas como determinantes del sistema sanitario. De la misma manera los principales factores inherentes al tratamiento fueron, el tiempo de duración

del tratamiento, las reacciones adversas y la cantidad elevada de comprimidos que se deben tomar al día, identificados como determinantes del sistema sanitario.

- El estudio correlacional, encontrado demostró la existencia de una relación positiva alta entre la falta de vivienda (determinante social) y el consumo de alcohol (determinante conductual), ambos factores no se encuentran como los más frecuentes por sí solos, puesto que ocupan los últimos lugares en frecuencia, sin embargo cuando los mismos factores se repiten en más de un individuo se establece la correlación entre ellos, puesto que en los individuos donde se dan las mismas condiciones ocurre mayoritariamente el abandono, esto significa el fortalecimiento del factor desencadenante de abandono de la terapia antifúngica, haciendo al individuo más susceptible de abandonar el tratamiento.

RECOMENDACIONES

- Adaptar un programa intersectorial e integral en base a los factores inherentes al paciente, servicio de salud y tratamiento, para disminuir el número de abandonos del tratamiento antifímico en los pacientes pertenecientes al Distrito 09D13.
- Evaluar con cierta periodicidad los principales factores desencadenantes de abandono de la terapia antifímica de acuerdo a sus tres dimensiones, con la finalidad de detectar cambios que puedan modificar las acciones del plan de intervención intersectorial en función a dichos cambios, adicionalmente se recomienda seguir investigando con un enfoque cualitativo, para tener en cuenta los aspectos subjetivos categóricos, ya que, la forma en cada individuo entiende el proceso salud-enfermedad influye en la adherencia al tratamiento.
- Se recomienda abordar en el plan intersectorial los determinantes sociales asociados con la mala situación económica, tales como no tener una casa donde vivir, y los conductuales tales como el alcoholismo.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

5.1 TEMA

**PROGRAMA DE MEJORA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIFÍMICO
PARA LOS PACIENTES DEL DISTRITO 09D13.**

5.2 JUSTIFICACIÓN

Como se ha evidenciado, la tasa de abandonos supera los límites admitidos por la OMS en el Distrito 09D13, la situación es similar en varias regiones de las Américas y en varios países del planeta; frente a esta problemática es importante buscar la solución para que los pacientes culminen con éxito su terapia, y así mejorar su salud y prevenir el contagio a la población susceptibles sana, para dar cumplimiento a lo publicado en la Declaración Universal de los derechos Humanos, en sus artículos 3 y 25 que proclaman la salud como un derecho básico para los seres humanos (Asamblea General de la ONU, 1948).

En el contexto territorial de este estudio es de suma importancia para la salud pública, ya que de mantenerse dicho fenómeno en el tiempo incrementaría el período de contagio a personas sanas susceptibles, además del desarrollo de cepas resistentes, ya que el paciente que abandona no se cura, hecho que se reflejará con un aumento de la incidencia de TB sensible, TB resistente, y con un mayor gasto público en salud, por lo tanto es necesario y se justifica la adaptación de una estrategia intersectorial basada en puntos importantes basadas en la atención primaria en salud proclamado en la Declaración de Alma Ata y los principios de APS renovada; mediante los resultados de este proyecto se buscará incidir de manera positiva sobre los factores que desencadenan los abandonos del tratamiento en el Distrito 09D13 que conforman los cantones Balzar, Colimes y Palestina, tomando en consideración sobre todo aquellos factores que son modificables, tales como tales ciertos factores asociados al paciente, al servicio de salud y al tratamiento como factores de abandono.

5.3 FUNDAMENTACIÓN

La **Estrategia DOTS**, o tratamiento acortado estrictamente observado, es la estrategia para el control de TB, se da sostenibilidad en cinco componentes, compromiso político para el control de la tuberculosis, cobertura ampliada de detección en personas sintomáticas, tratamientos de primera línea, administrados mediante observación directa de acuerdo a las recomendaciones, suministro ininterrumpido de los fármacos, registro de información para evaluar los resultados del tratamiento y de la estrategia. (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Abandono del tratamiento – Pérdida del seguimiento.

Se define abandono del tratamiento antituberculoso a la inasistencia a tomar tratamiento por 30 días consecutivos o más; incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa, su ocurrencia resulta de la interacción de varios factores que finalmente desencadenan en esta problemática. (Zevallos, 2017)

A pesar que la estrategia DOTS implementada en el Ecuador de manera ampliada desde el 2006 ha mejorado la situación de la Tuberculosis en todos los centros de salud del país a la fecha actual, aún existen debilidades sobre todo en los determinantes sociales de la salud, en aspectos socioeconómicos de gran parte de la población que están ampliamente asociados a la enfermedad y que dificultan el control de la misma.

5.4 OBJETIVOS

5.4.1 Objetivo general de la propuesta

Aplicar actividades que promuevan la adecuada adherencia al tratamiento antifímico en los pacientes del distrito 09d13.

5.4.2 Objetivos específicos de la propuesta

- Implementar capacitaciones al personal de salud, afectados por tuberculosis, familia, actores sociales y comunidad.
- Promover la participación intersectorial para generación de compromiso colectivo y corresponsabilidad.
- Evaluar indicadores de impacto de la aplicación de la propuesta.

5.5 UBICACIÓN

Ubicación temporal: enero 2020

Ubicación espacial: Distrito 09D13 Balzar Colimes Palestina.

5.6 ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

Para el desarrollo de la propuesta se cuenta con el apoyo del director distrital máxima autoridad en salud de la jurisdicción, la dirección zonal de Vigilancia de la Salud pública de la coordinación zonal 5 - salud, y los profesionales que integran el equipo de salud del territorio en mención. Para la ejecución de los talleres se cuenta con los elementos necesarios como: infocus, computadora, folletos, carteles, material didáctico, y contenido teórico.

La propuesta consiste en un aporte positivo que busca potenciar los factores protectores de adherencia para disminuir la cantidad de abandonos e incrementar la tasa de éxito del tratamiento.

5.7 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

5.7.1 Actividades

- Capacitar a los profesionales de la salud del distrito 09D13, sobre medidas educativas respecto a la importancia del cumplimiento del tratamiento, manejo de las reacciones adversas, estrategia DOT y visitas domiciliarias como estrategia que fortalece la adherencia.
- Capacitar a los comités locales de salud y líderes barriales en Estrategia DOT para afectados por tuberculosis que tengan problemas de horarios o con problemas de acceso al establecimiento de salud.
- Diseñar talleres con temas como la no discriminación, dirigida a los afectados, familia y comunidad.
- Comprobar los insumos y materiales que se utilizarán para la correcta ejecución del programa.
- Conformar un comité institucional liderado por trabajo social para el seguimiento y la inserción a los CETAD de los afectados por Tuberculosis con adicciones.
- Conformar un comité intersectorial para promover la inserción de los afectados por tuberculosis en proyectos productivos.
- Socializar la situación de la Tuberculosis como problema de salud pública a los gobiernos locales.
- Evaluar la efectividad del programa.

5.7.2 Recursos, análisis financiero

Recursos humanos

- Máster en salud pública
- Médicos de planta
- Médicos rurales
- Médicos familiares
- Licenciadas en enfermería de planta
- Licenciadas en enfermería rurales.

Recursos materiales

- Base de datos
- Computadores
- Marcadores
- Lápices
- Materiales impresos
- Trípticos
- Hojas blancas
- Recursos audiovisuales
- Video proyector
- TIC's
- Bibliografía
- Material didáctico elaborado para la capacitación

5.7.3 Recursos financieros

| Descripción | Cantidad | Costo | Subtotal |
|--------------------------------------|----------|--------------|--------------------|
| | | Unitario/RMU | |
| Médico Familiar | 1 | \$2600 | \$2.600,00 |
| Máster en Salud Pública | 1 | \$2100 | \$2.100,00 |
| Médico general | 8 | \$1600 | \$12.800,00 |
| Computadores | 1 | \$0,00 | \$0,00 |
| Trípticos | 100 | \$0,25 | \$25,00 |
| Papelotes | 5 | \$0,50 | \$2,50 |
| Bolígrafos | 50 | \$0,10 | \$5,00 |
| Lápices | 25 | \$0,80 | \$20,00 |
| Marcadores | 5 | \$0,50 | \$2,50 |
| Materiales impresos | 100 | \$0,15 | \$15,00 |
| Resma de hojas A4 | 2 | \$4,50 | \$9,00 |
| Recursos audiovisuales | 1 | \$15,00 | \$15,00 |
| Proyector | 1 | \$0,00 | \$0,00 |
| Material elaborado para capacitación | 1 | \$25 | \$25 |
| Bibliografía | 10 | \$0,00 | \$0,00 |
| TOTAL | | | \$ 7.189,00 |

5.7.4 Impacto

La propuesta implica adaptar un programa que disminuya los factores asociados al abandono del tratamiento antifímico en el Distrito 09D13, esto debe permitir que los pacientes que inicien tratamiento lo culminen de manera satisfactoria logrando el éxito del tratamiento.

Luego de instaurar el programa se harán evaluaciones periódicas, aplicando el mismo cuestionario utilizado en este trabajo, lo cual nos permitirá medir el impacto comparando los resultados actuales como línea de base con los resultados obtenidos luego de aplicar el programa de intervención, lo cual dará la oportunidad de mejorar las estrategias y aplicarlo posteriormente en otros distritos o incluso a nivel país.

5.7.5 Cronograma

| Actividades | Meses | 1 | | | | 2 | | | | 3 | | | | 4 | | | | 5 | | | | 6 | | | |
|---|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Semanas | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Capacitar a los profesionales de la salud del distrito 09D13, sobre medidas educativas respecto a la importancia del cumplimiento del tratamiento, manejo de las reacciones adversas, estrategia DOT y visitas domiciliarias como estrategia que fortalece la adherencia. | | ■ | ■ | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | |
| Capacitar a los comités locales de salud y líderes barriales en Estrategia DOT para afectados por tuberculosis que tengan problemas de horarios o con problemas de acceso al establecimiento de salud. | | | | ■ | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | |
| Realizar talleres con temas como la no discriminación, dirigida a los afectados, familia y comunidad. | | | | ■ | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | |
| Conformar un comité institucional liderado por trabajo social para el seguimiento y la inserción a los CETAD de los afectados por Tuberculosis con adicciones. | | | | | ■ | | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | |
| Conformar un comité intersectorial para promover la inserción de los afectados por tuberculosis en proyectos productivos. | | | | | | ■ | | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | |
| Socializar la situación de la Tuberculosis como problema de salud pública a los gobiernos locales. | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | |
| Evaluar la efectividad del programa. | | | | | | | | | | ■ | | | | | ■ | | | | | | | ■ | | | ■ |

5.7.6 Lineamiento para evaluar la propuesta.

Luego de la instauración del programa de manera institucional se tomará como línea de base los resultados obtenidos de esta investigación que se realizó desde enero 2016 hasta junio 2019 y posteriormente se procederá a evaluar mensualmente con el mismo instrumento de recolección de datos a los casos nuevos que ingresen a tratamiento; los datos obtenidos se relacionarán además con los indicadores operacionales de resultado del tratamiento de la OMS; lo cual permitirá medir el impacto de esta propuesta de intervención, y así mejorar las estrategias impuestas y poder aplicarlo no solo como Distrito sino como territorio zonal 5 en otras provincias.

BIBLIOGRAFÍA

- Alamo, Z. R., & Collanque, P. j. (2015). Factores de riesgo que se relacionan con el abandono al esquema uno del tratamiento anti tuberculosis en la micro red "Leonor Saavedra-Villa San Luis" en San Juan de Miraflores. Lima Perú período 2000 al 2013. *(Tesis para obtener el grado académico de: Magister em Gestión de los servicios de la Salud. Universidad César Vallejo, Lima.*
- Anduaga Beramendi, A., & Maticorena Quevedo, J. (2016). Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. *Acta Médica Peruana, 33(1), 21-8.* Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n1/a05v33n1.pdf>
- Anyanti, J., Akuiyibo, S., Idogho, O., Ohuneni, S., & Isiguzo, C. (2020). Assessment of Factors Contributing to TB Treatment Adherence among Patients on TB Treatment in Kano State, Nigeria: A Case Study. *Journal of Tuberculosis Research, 209-222.*
- Araujo, E., Quispe, E., & Aida, M. (2018). Efectividad de la visita domiciliaria de enfermería para la prevención del abandono al tratamiento de Tuberculosis. *(Trabajo académico para optar el título de enfermería especialista en enfermería en Salud Familiar y Comunitaria).* Universidad Norbert Wiener, Lima.
- Avedillo, S. A. (2018). *Reacciones Adversas a Medicamentos y la importancia de notificarlas.* Obtenido de Colegio Oficial Farmacéuticos Zaragoza: <https://cofzaragoza.org/reacciones-adversas-a-medicamentos-y-la-importancia-de-notificarlas/#:~:text=Una%20reacci%C3%B3n%20adversa%20a%20un%20medicamento%20%28RAM%29%20es,la%20autorizaci%C3%B3n%20de%20comercializaci%C3%B3n%20y%20errores%20de%20medicaci%C3>
- Ballesteros. (2016). Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina. *Rev. Gerenc. Polít. Salud., 234-250.*
- BBC News. (5 de julio de 2018). Obtenido de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-44662399>
- Cartes Parra, J. C. (2013). Breve historia de la Tuberculosis. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 70(605), 145-150.* Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131z.pdf>
- Centros para el control y la Prevención de Enfermedades. (2 de junio de 2016). *Datos básicos sobre la tuberculosis.* Obtenido de Centros para el control y la Prevención de Enfermedades: <https://www.cdc.gov/tb/esp/topic/basics/default.htm>

- Cid, R. M., Montes de Oca, R. R., & Hernandez, D. O. (julio de 2014). La familia en el cuidado de la salud. *Revista Médica Electrónica*, 462-472. Obtenido de <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol4%202014/te>
- CODIGO ORGANICO INTEGRAL PENAL. (5 de febrero de 2018). Obtenido de https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/03/COIP_feb2018.pdf
- Culqui, D. R., Grijalva, C. G., Reategui, S. d., Cajo, J. M., & Suárez, L. A. (2005). Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 14-20.
- Dalens, R. E. (2012). FACTORES QUE INDUCEN AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS. RED DE SALUD LIMA NORTE V RÍMAC-SAN MARTIN-LOS OLIVOS. *Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería*. ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA, Lima.
- De Pietri, D., Dietrich, P., Mayo, P., Carcagno, A., & De Titto, E. (2013). Indicadores de accesibilidad geográfica a los centros de atención primaria para la gestión de inequidades. *Rev Panam Salud Publica*, 452-460.
- Distrito 09D13. (2018). *Estadísticas del distrito*. Balzar.
- Galindo, J. (2009). Relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes con Tuberculosis Pulmonar Centro de Salud Jicamarca - MINSA. (*Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería*). Universidad Ricardo Palma, Lima.
- González Tapia, M. (2014). La tuberculosis pulmonar, enfermedad reemergente en Cuba. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. Obtenido de <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/305>
- Granados Trigos, G. (2009). Abandono del tratamiento antituberculoso. *Revista salud, sexualidad y sociedad*, 2(3). Obtenido de <https://inppares.org/magazine/Revista%20VII%202009/12-%20Abandono%20Tratamiento.pdf>
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc GrawHill Panamericana.
- Huasco, B. N., & Orozco, L. R. (2018). Factores de Abandono del Tratamiento en Tuberculosis Pulmonar, relación Ecuador Y Países Sudamericanos, 2013-2017. *TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA*. UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO, Milagro.
- Jiménez, T. E., & Aguila, B. R. (2015). Factores que influyen en el abandono del tratamiento antifímico en pacientes atendidos en el PCT del Hospital de Daule Dr. Vicente Pino Moran desde

- septiembre del 2014 hasta agosto del 2015. (*Tesis de licenciatura*). Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil.
- Ley Orgánica de Salud. (2012).
- McKenna, L. (2016). *Una guía para activistas sobre Fármacos de la Tuberculosis*. Obtenido de https://www.treatmentactiongroup.org/wp-content/uploads/2018/09/SP_tb_drugs_act_guide_3.pdf
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2017). *Procedimientos para la prevención y control de la tuberculosis Manual*. Obtenido de <http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis*. Obtenido de Guía Práctica Clínica: <http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (marzo de 2018). *Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis Guía de Práctica Clínica*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP_Tuberculosis-1.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2020). *Plan de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de la tuberculosis en Ecuador*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP_Tuberculosis-1.pdf
- Mireles, V. M. (15 de Enero de 2018). *La Tuberculosis y el paciente con VIH/SIDA*. Obtenido de ProfinVIH: <https://www.profinvih.org/la-tuberculosis-y-el-paciente-con-vih>
- Moral Naranjo, A. A., Cano Matus, N., Sainz Vázquez, L., & Mata Miranda, M. d. (2015). Historia y actualidad del plomaje como tratamiento en la enfermedad pulmonar por tuberculosis multirresistente. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 15(3), 226-230. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=382141600008>
- Munro, S., Lewin, S., Smith, H., Engel, M., Fretheim, A., & Volmink, J. (Julio de 2007). Patient Adherence to Tuberculosis Treatment: A Systematic Review of Qualitative Research. *PLOS MEDICINE*, 1230-1245.
- Navarro, Q. C., Rueda, R. J., & Mendoza, O. J. (Julio de 2013). Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB. *Ciencia y Cuidado*, 19-27.
- OMS. (14 de octubre de 2018). *Tuberculosis*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/tuberculosis>
- OMS. (2019). *Informe mundial sobre la tuberculosis*. Obtenido de https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2019_ExecutiveSummary_es.pdf
- OMS/OPS. (2010). *MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN ECUADOR*. Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archiv>

os/MANUAL%20%20DE%20NORMAS%20Y%20PROCEDIMIENTOS%20PARA%20EL%20CONTR
OL%20DE%20LA%20TUBERCULOSIS.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2001). *DOTS-Plus & el Comité Luz Verde*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: www.who.int/gtb/policyrd/DOTSplus.htm
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Definiciones y marco de trabajo para la notificación de Tuberculosis – Revisión 2013*. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/PAHO-definiciones-marco-TB-2013-Spa-1.pdf>
- Paneque Ramos, E., Rojas Rodríguez, L. Y., & Pérez Loyola, M. (2018). La Tuberculosis a través de la Historia: un enemigo de la humanidad. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(3), 353-363.
- Plan estratégico para el Ecuador . (2017). Obtenido de <https://docs.wfp.org/api/documents/4f4a1a69-7032-411e-931c-d198a1e73e93/download/>
- Plata, C. L. (2015). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis. *Revista Ciencia y cuidado*, 26-38.
- Quevedo, C. L., Sánchez, R. R., Villalba, P. F., & Velásquez, C. D. (Junio de 2015). Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. *Rev enferm Herediana*, 11-16.
- Rivera, O., Benites, S., Mendigure, J., & Bonilla, C. A. (2018). Abandono del tratamiento en tuberculosis multirresistente: factores asociados en una región con alta carga de la enfermedad en Perú. *Biomédica*, 39(2), 44-57. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/39854>
- Rodríguez Valín, E., Villarrubia Enseñat, S., Díaz García, O., & Martínez Sánchez, E. V. (2015). Factores de riesgo asociados a los resultados potencialmente insatisfactorios ya la mortalidad durante el tratamiento antituberculoso en España. *Revista Española de Salud Pública*, 89(5), 459-470. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272015000500004&script=sci_arttext&tlng=pt
- Taneja, N., Chellaiyan, V. G., Daral, S., Adhikary, M., & Das, T. K. (Agosto de 2017). Home Based Care as an Approach to Improve the Efficiency of treatment for MDR Tuberculosis: A Quasi-Experimental Pilot Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 5-8.
- Torres, Z., & Herrera, T. (2015). Perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile: profile of patients in Chile. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 31(1), 52-57. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071773482015000100008&script=sci_arttext&tlng=n

Vanzetto, A., Stroschein, K., Tadei, P., & Dayane, d. A. (29 de Mayo de 2020). Percepção da enfermagem sobre a adesão e o abandono do tratamento da. *Revista de enfermagem da UFSM*, 1-18.

Zevallos, R. M. (2017). Factores Asociados al Abandono del Tratamiento Antituberculoso Esquema I en la red de salud San Juan de Luringacho, Lima, Perú. *Tesis para optar el grado de Maestro en Control de Enfermedades Infecciosas y Tropicales*. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.

ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento Informado.

Consentimiento Informado de Participación de encuesta en Proyecto de Investigación

Dirigido a: Afectados con Tuberculosis que abandonaron el tratamiento.

Mediante la presente, se le solicita su autorización para participar del Proyecto de investigación **“FACTORES DESENCADENANTES DEL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIFÍMICO”**, presentado a la Dirección de Posgrado y Educación Continua, y conducido por el profesor Dr. Holguer Romero Urrea perteneciente a la dirección de investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Dicho Proyecto tiene como objetivos principales determinar los principales factores del abandono de la terapia antifímica inherentes al paciente, servicio de salud y al tratamiento, identificar la correlación entre los factores inherentes al paciente que incrementan el abandono del tratamiento antifímico. En función de lo anterior es pertinente su participación en el estudio, por lo que, mediante la presente, se le solicita su consentimiento informado.

Al colaborar usted con esta investigación, deberá responder 28 preguntas que evalúan tres niveles sobre el tema, esta se realizará mediante un documento en físico, donde constan los ítems con dos opciones de respuestas. Dicha actividad durará aproximadamente 20 minutos y será realizada en el centro urbano Balzar.

Los alcances y resultados que a través de su participación esperados en esta investigación brindarán beneficios reales hacia la comunidad y al sistema de salud. Además, su participación en este estudio no implica ningún riesgo de daño físico ni psicológico para usted, y se tomarán todas las medidas que sean necesarias para garantizar la salud e integridad física y psíquica de quienes participen del estudio. Todos los datos que se recojan serán estrictamente anónimos y de carácter privados. Además, los datos entregados serán absolutamente confidenciales y sólo se usarán para los fines científicos de la investigación. El responsable de esto, en calidad de custodio de los datos, será el Investigador Responsable del proyecto, quien tomará todas las medidas necesarias para cautelar el adecuado tratamiento de los datos, el resguardo de la información registrada y la correcta custodia de estos mediante un archivo de seguridad.

El investigador Responsable del proyecto y el Distrito 09D13 de salud aseguran la total cobertura de costos del estudio, por lo que su participación no significará gasto alguno. Por otra parte, la participación en este estudio no involucra pago o beneficio económico alguno.

Si presenta dudas sobre este proyecto o sobre su participación en él, puede hacer preguntas en cualquier momento de la ejecución del mismo. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que esto represente perjuicio. Es importante que usted considere que su participación en este estudio es completamente libre y voluntaria, y que tiene derecho a negarse a participar o a suspender y dejar inconclusa su participación cuando así lo desee, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

.....

Dr. Víctor Hugo Guaraca Parreño

Investigador Responsable.

ANEXO 2. Ficha de recolección de Datos.

Código del encuestado:

Sexo: Edad:

Nivel de Instrucción: Cantón de residencia:

MARQUE CON UN X EN LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA

| PREGUNTAS. | SI | NO |
|---|-----------|-----------|
| 1.- ¿Durante su tratamiento tenía un lugar fijo para vivir? | | |
| 2.- Si la respuesta anterior, es “No”, responda: ¿El no tener un lugar fijo para vivir influyó en su abandono terapéutico? | | |
| 3.- ¿La distancia desde el lugar donde vive al centro de salud influyó en su abandono? | | |
| 4.- ¿Durante su tratamiento consumía alcohol? | | |
| 5.- Si la respuesta anterior, es “Si”, responda: ¿El consumo de alcohol influyó en su abandono terapéutico? | | |
| 6.- ¿Durante su tratamiento consumía drogas? | | |
| 7.- Si la respuesta anterior, es “Si”, responda: ¿El consumo de drogas influyó en su abandono terapéutico? | | |
| 8.- ¿Durante su tratamiento consumía cigarrillo? | | |
| 9.- Si la respuesta anterior, es “Si”, responda: ¿El consumo de cigarrillo influyó en su abandono terapéutico? | | |
| 10.- ¿Durante su tratamiento tenía apoyo de su familia? | | |
| 11.- Si la respuesta anterior, es “No”, responda: ¿La falta de apoyo familiar influyó en su abandono terapéutico? | | |
| 12.- ¿Durante su tratamiento era el jefe de su hogar? | | |
| 13.- Si la respuesta anterior es “Si”, responda: ¿El compromiso de dar el sustento a su familia influyó en dejar de acudir por su tratamiento? | | |
| 14.- ¿Sus ingresos económicos permitían cubrir sus necesidades básicas? | | |
| Si la respuesta anterior es “No”, responda: 15.- Su situación económica influyó en su decisión de discontinuar su tratamiento | | |
| 16.- ¿Sintió Ud. Mejoría de sus síntomas luego de haber iniciado su tratamiento? | | |

| | | |
|--|--|--|
| 17.- La mejoría de sus síntomas influyó en su decisión de suspender el tratamiento | | |
| 18.- ¿Tenía dudas de estar enfermo con Tuberculosis? | | |
| 19.- Si la respuesta anterior es SI, responda: ¿La duda de su padecimiento, influyó en su decisión para abandonar su terapia? | | |
| 20.- ¿En el centro de salud le informaron sobre las consecuencias de no terminar su tratamiento? | | |
| 21.- ¿El desconocimiento de las consecuencias influyó en su decisión de no continuar su tratamiento? | | |
| 22.- ¿El tiempo de espera para ser atendido en el centro de salud influyó con el abandono de su tratamiento? | | |
| 23.- El personal del centro de salud lo buscó para que no abandonara su tratamiento. | | |
| 24.- Recibió malos tratos por parte del personal de salud mientras acudía a tomar sus medicamentos | | |
| 25.- Los malos tratos influyeron en su abandono del tratamiento | | |
| 26.- El tiempo de duración del tratamiento influyó en su decisión para abandonar la terapia | | |
| 27.- La cantidad de pastillas influyó en su decisión de abandonar su terapia | | |
| 28.- ¿Los malestares generados por las pastillas influyeron en su decisión de suspender el tratamiento? | | |

ANEXO 3. Instrumento de Validación de la ficha de recolección de datos.



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

IPEC



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA PRESENCIAL

Tema: FACTORES RELACIONADOS CON EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIFÍMICO. DISTRITO 09D13. 2016 - 2019.

Instrucciones. Cada pregunta debe ser analizada y calificada sobre 100, según la rúbrica que consta al final; debe ser analizadas en relación de cada objetivo según su validez, confiabilidad y pertinencia.

Este cuestionario está dirigido a los afectados por tuberculosis que abandonaron el tratamiento antifímico.

| ANÁLISIS DE JUECES y EXPERTOS VALIDACION DE INSTRUMENTO | | | | |
|--|---|----------------|--------------------|-------------------|
| CUESTIONARIO PARA LOS AFECTADOS POR TUBERCULOSIS QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTIFÍMICO | | VALIDEZ | PERTINENCIA | COHERENCIA |
| OBJETIVO 1 Determinar los principales factores del abandono de la terapia antifímica inherentes al paciente, servicio de salud y al tratamiento. | <u>FACTORES RELACIONADO AL PACIENTE:</u> | | | |
| | 1.- Mientras recibía su tratamiento antituberculoso, ¿tenía un lugar fijo para vivir? SI – NO | | | |
| | 2.- El no tener un lugar fijo para vivir influía en su decisión para discontinuar su tratamiento? SI – NO | | | |
| | 3.- ¿Cuál es la distancia desde su casa al Centro de salud? - Muy distante (más de 45 minutos a pie) - Distante (de 20 a 40 minutos a pie) - Poco Distante (10 a 20 minutos a pie) - Cercano (hasta 10 minutos a pie) | | | |
| | 4.- ¿La distancia de su hogar al centro de salud influyó en su interés de terminar su terapia? SI – NO | | | |
| | 5.- Durante su tratamiento para la tuberculosis, ¿Consumía alcohol? SI – NO | | | |
| | 6.- El consumo de alcohol influyó en su decisión para discontinuar su tratamiento? SI – NO | | | |
| 7.- Durante su tratamiento ¿consumía sustancias psicoactivas (marihuana, cocaína, H, entre otras...)? SI – NO | | | | |



| | VALIDEZ | PERTINENCIA | COHERENCIA |
|---|---------|-------------|------------|
| 8.- ¿El consumo de sustancias psicoactivas influía en su decisión para terminar su tratamiento? SI – NO | | | |
| 9.- ¿Durante su tratamiento consumía o fumaba cigarrillo, cigarro o tabaco? SI – NO | | | |
| 10.- ¿El consumo de cigarrillo, cigarro o tabaco influyó en su decisión para abandonar su tratamiento? SI – NO | | | |
| 11.- ¿Mientras tomaba su tratamiento antituberculoso, tenía apoyo familiar? SI – NO | | | |
| 12.- ¿El no tener el apoyo de su familia, influyó en su decisión de completar su tratamiento? SI – NO | | | |
| 13.- ¿Mientras recibía su tratamiento era el jefe de su familia? SI – NO | | | |
| 14.- ¿El compromiso con su familia influyó en su decisión para abandonar su tratamiento? SI – NO | | | |
| 15.- ¿Mientras tomaba su tratamiento, tenía un empleo seguro? SI – NO | | | |
| 16.- El no tener un empleo seguro, ¿Influyó en su decisión de discontinuar su tratamiento? SI – NO | | | |
| 17.- ¿Sus ingresos económicos permitían cubrir sus necesidades básicas? SI – NO | | | |
| 18.- ¿Su situación económica influyó en su decisión de discontinuar su tratamiento? SI – NO | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| 19.- ¿Sintió Ud. Mejoría de sus síntomas luego de haber iniciado su tratamiento? SI – NO | | | |
| 20.- La mejoría de sus síntomas influyó en su decisión de suspender el tratamiento? SI – NO | | | |
| 21.- Mientras recibía su tratamiento, ¿Creyó que realmente padecía de Tuberculosis? SI – NO | | | |
| 22.- La duda de su padecimiento, ¿Influyó en su decisión para abandonar su terapia? SI – NO | | | |
| 23.- ¿Había recibido tratamiento antituberculoso en alguna ocasión anterior? SI – NO | | | |
| <u>FACTORES INHERENTES AL SERVICIO DE SALUD:</u> | | | |
| 24.- ¿En el centro de salud le informaron sobre las consecuencias de no terminar su tratamiento? SI – NO | | | |
| 25.- ¿El desconocimiento de las consecuencias influyó en su decisión de no continuar su tratamiento? SI – NO | | | |
| 26.- ¿Cómo calificaría el tiempo de espera para ser atendido en el Centro de Salud? - Excelente - Muy Bueno - Bueno - Regular - Malo | | | |
| 27.- El tiempo de espera para ser atendido en el Centro de salud influyó con el abandono de su tratamiento? SI – NO | | | |
| 28.- ¿El personal de salud lo busco en su domicilio para que no abandonara su tratamiento? SI – NO | | | |
| 29.- ¿Recibió malos tratos por parte del personal de salud mientras acudía a tomar sus medicamentos? SI – NO | | | |
| 30.- ¿Los malos tratos influyeron para que dejara de tomar su tratamiento? SI – NO | | | |



| <u>FACTORES RELACIONADOS AL TRATAMIENTO</u> | | | |
|--|--|--|--|
| 31.- ¿El tiempo de duración del tratamiento influyó en su decisión para abandonar la terapia? SI – NO | | | |
| 32.- ¿Cuántas pastillas tomaba durante su tratamiento? 2 a 3 pastillas al día 4 pastillas al día | | | |
| 33.- ¿El número de pastillas influyó en su decisión de abandonar su terapia? SI – NO | | | |
| 34.- ¿Qué tipo de molestias sintió a causa del tratamiento? - Náuseas, vómitos, ardor del estómago, dolor abdominal y diarrea. - Sarpullidos, picazón en la piel, sensación de hormigueo y heridas de la piel. - Dolores musculares, dolores de los huesos, desorientación - Otros | | | |
| 35.- Las molestias generadas influyeron en su decisión de suspender el tratamiento? SI – NO | | | |

RÚBRICA DE CONFIABILIDAD

| | | |
|----------------------|-----------------|-----------------------|
| APROBADO | 100 - 80 | MUY CONFIABLE |
| LEVES CAMBIOS | 79 - 50 | CONFIABLE |
| CAMBIAR ITEM | 49 - 0 | POCO CONFIABLE |

Datos de Evaluador experto

NOMBRE: _____

TITULO ACADEMICO: _____

TRABAJA: _____

CI: _____

R. PROF. COD: _____

TELF. _____

FIRMA

ANEXO 4. Cálculo del coeficiente de Kuder Richartson “KR20” de la ficha de recolección de datos.

$$KR\ 20 = \left(\frac{K}{K-1} \right) \left(1 - \frac{\sum (P \cdot Q)}{s^2} \right)$$

K= Número de ítems del instrumento.

P= Porcentaje de personas que responden si cada ítem

Q= Porcentaje de personas que responden no cada ítem

S²= Varianza total del instrumento.

1= Si

0=No

| Individuos | 1.- Vivienda | 2.- Influencia | 3.- Alcohol | 4.- Influencia | 5.- Psicoactivas | 6.- Influencia | 7.- Tabaquismo | 8.- Influencia | 9.- Familia | 10.- Influencia | 11.- Jefe de familia | 12.- Influencia | 13.- Situación económica | 14.- Influencia | 15.- Mejoría sintomática | 16.- Influencia | 17.- Percepción de la enfermedad | 18.- Influencia | 19.- Conocimiento sobre consecuencias | 20.- Influencia | 21.- Tiempo de espera | 22.- Rescate del abandono | 23.- Infiuyó la distancia al CS | 24.- Malos tratos | 25.- Influencia | 26.- Tiempo de duración del tto | 27.- Cantidad de pastillas | 28.- RAM | TOTAL |
|-------------------------|--------------|----------------|-------------|----------------|------------------|----------------|----------------|----------------|-------------|-----------------|----------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------|---------------------------------------|-----------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------------|-------------------|-----------------|---------------------------------|----------------------------|----------|-------|
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 13 |
| 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 |
| 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 9 |
| 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 10 |
| 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 11 |
| 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 11 |
| 7 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 |
| 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 9 |
| 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 13 |
| 11 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 13 |
| 12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 11 |
| 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 12 |
| 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| 17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 |
| SUMA: | 2,0 | 2,0 | 4,0 | 4,0 | 5,0 | 5,0 | 8,0 | 0,0 | 5,0 | 12,0 | 5,0 | 3,0 | 0,0 | 15,0 | 17,0 | 16,0 | 10,0 | 5,0 | 2,0 | 9,0 | 9,0 | 6,0 | 6,0 | 3,0 | 3,0 | 11,0 | 7,0 | 7,0 | |
| P | 0,12 | 0,12 | 0,24 | 0,24 | 0,29 | 0,29 | 0,47 | 0,00 | 0,29 | 0,71 | 0,29 | 0,18 | 0,00 | 0,88 | 1,00 | 0,94 | 0,59 | 0,29 | 0,12 | 0,53 | 0,53 | 0,35 | 0,35 | 0,18 | 0,18 | 0,65 | 0,41 | 0,41 | |
| Q | 0,88 | 0,88 | 0,76 | 0,76 | 0,71 | 0,71 | 0,53 | 1,00 | 0,71 | 0,29 | 0,71 | 0,82 | 1,00 | 0,12 | 0,00 | 0,06 | 0,41 | 0,71 | 0,88 | 0,47 | 0,47 | 0,65 | 0,65 | 0,82 | 0,82 | 0,35 | 0,59 | 0,59 | |
| PxQ | 0,10 | 0,10 | 0,18 | 0,18 | 0,21 | 0,21 | 0,25 | 0,00 | 0,21 | 0,21 | 0,21 | 0,15 | 0,00 | 0,10 | 0,00 | 0,06 | 0,24 | 0,21 | 0,10 | 0,25 | 0,25 | 0,23 | 0,23 | 0,15 | 0,15 | 0,23 | 0,24 | 0,24 | |
| Σ (PxQ) | 4,67 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| K | 33 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Varianza total: | 5,87 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Despejando la Ecuación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| K/(K-1) | 1,03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1-Σ (PxQ)/Varianza | 0,20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| KR20: | 0,2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANEXO 5. Validación de Expertos 1

| | | Dr Eduardo González | Dr Holguer Romero | Dr Angel Guevara | Lcdo Rayner Bustamante | Dr Luis Vera | Dr Ivor Duarte | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------|-------------------|------------------|------------------------|--------------|----------------|-----------|-------------|------------|-----------|-------------|------------|-----------|-------------|------------|-----------|-------------|------------|
| | | Experto 1 | | | Experto 2 | | | Experto 3 | | | Experto 4 | | | Experto 5 | | | Experto 6 | | |
| | | Validez | Pertinencia | Coherencia | Validez | Pertinencia | Coherencia | Validez | Pertinencia | Coherencia | Validez | Pertinencia | Coherencia | Validez | Pertinencia | Coherencia | Validez | Pertinencia | Coherencia |
| N° | Items | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FACTORES RELACIONADO AL PACIENTE: | 1.- Mientras recibía su tratamiento antituberculoso, ¿tenía un lugar fijo para vivir? SI – NO | 100 | 90 | 100 | 90 | 90 | 95 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 96 | 98 | 97 |
| | El no tener un lugar fijo para vivir influyó en su decisión para descontinuar su tratamiento? | 100 | 100 | 100 | 90 | 90 | 95 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 97 | 97 | 96 |
| | 2.- ¿Cuál es la distancia desde su casa al Centro de salud? | 100 | 100 | 100 | 98 | 98 | 98 | 100 | 100 | 100 | 93 | 93 | 93 | 93 | 93 | 93 | 99 | 99 | 99 |
| | 3.- - Muy distante (más de 45 minutos a pie) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4.- ¿La distancia de su hogar al centro de salud influyó en su interés de terminar su terapia? | 100 | 100 | 100 | 98 | 98 | 98 | 100 | 100 | 100 | 96 | 96 | 96 | 95 | 95 | 95 | 100 | 100 | 100 |
| | 4.- Durante su tratamiento para la tuberculosis, ¿Consumía alcohol? | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 95 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 95 | 93 | 99 | 100 | 100 | 100 |
| | 5.- SI – NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.- El consumo de alcohol influyó en su decisión para descontinuar su tratamiento? SI – NO | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 95 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 95 | 93 | 99 | 100 | 100 | 100 |
| | 7.- Durante su tratamiento ¿consumía sustancias psicoactivas (marihuana, cocaína, H, entre otras...)? | 80 | 80 | 80 | 95 | 95 | 95 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 99 | 99 | 98 |
| | 8.- ¿El consumo de sustancias psicoactivas influyó en su decisión para terminar su tratamiento? | 100 | 80 | 100 | 95 | 95 | 95 | 90 | 90 | 90 | 95 | 95 | 95 | 100 | 100 | 100 | 90 | 92 | 90 |
| | 9.- ¿Durante su tratamiento consumía o fumaba cigarrillo, cigarro o tabaco? SI – NO | 80 | 80 | 100 | 95 | 95 | 95 | 100 | 100 | 100 | 96 | 95 | 94 | 90 | 90 | 90 | 92 | 93 | 92 |
| | 10.- ¿El consumo de cigarrillo, cigarro o tabaco influyó en su decisión para aban su tratamiento? | 90 | 100 | 100 | 95 | 95 | 95 | 100 | 100 | 100 | 92 | 93 | 93 | 92 | 92 | 92 | 93 | 95 | 99 |
| | 11.- ¿Mientras tomaba su tratamiento antituberculoso, tenía apoyo familiar? SI – NO | 100 | 100 | 100 | 98 | 98 | 98 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 92 | 93 | 95 | 99 | 98 | 99 |
| | 12.- ¿El no tener el apoyo de su familia, influyó en su decisión de completar su tratamiento? | 100 | 100 | 100 | 85 | 85 | 95 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 95 | 97 | 95 | 92 |
| | 13.- ¿Mientras recibía su tratamiento era el jefe de su familia? SI – NO | 80 | 80 | 100 | 85 | 85 | 95 | 100 | 100 | 100 | 91 | 93 | 96 | 90 | 90 | 90 | 90 | 94 | 93 |
| | 14.- ¿El compromiso con su familia influyó en su decisión para abandonar su tratamiento? | 100 | 100 | 100 | 85 | 85 | 95 | 100 | 100 | 100 | 92 | 90 | 94 | 90 | 90 | 90 | 97 | 99 | 98 |
| | 15.- ¿Mientras tomaba su tratamiento, tenía un empleo seguro? SI – NO | 80 | 80 | 100 | 90 | 90 | 95 | 100 | 100 | 100 | 92 | 92 | 92 | 90 | 90 | 90 | 90 | 91 | 93 |
| | 16.- El no tener un empleo seguro, ¿Influyó en su decisión de descontinuar su tratamiento? | 80 | 80 | 100 | 85 | 85 | 95 | 100 | 100 | 100 | 91 | 90 | 91 | 90 | 90 | 90 | 99 | 100 | 97 |
| | 17.- ¿Sus ingresos económicos permitían cubrir sus necesidades básicas? SI – NO | 100 | 100 | 100 | 90 | 90 | 95 | 100 | 100 | 100 | 80 | 82 | 88 | 93 | 93 | 93 | 92 | 95 | 94 |
| | 18.- ¿Su situación económica influyó en su decisión de descontinuar su tratamiento? SI – NO | 80 | 80 | 100 | 60 | 60 | 50 | 100 | 100 | 100 | 85 | 85 | 85 | 93 | 93 | 93 | 96 | 99 | 98 |
| | 19.- ¿Sintió Ud. Mejoría de sus síntomas luego de haber iniciado su tratamiento? SI – NO | 100 | 100 | 100 | 90 | 90 | 95 | 100 | 100 | 100 | 90 | 90 | 90 | 100 | 100 | 100 | 97 | 90 | 92 |
| | 20.- La mejoría de sus síntomas influyó en su decisión de suspender el tratamiento? SI – NO | 100 | 100 | 100 | 90 | 90 | 95 | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 95 | 100 | 100 | 100 | 93 | 94 | 96 |
| | 21.- Mientras recibía su tratamiento, ¿Creyó que realmente padecía de Tuberculosis? SI – NO | 100 | 100 | 100 | 98 | 98 | 98 | 100 | 100 | 100 | 96 | 98 | 98 | 95 | 95 | 95 | 99 | 98 | 96 |
| 22.- La duda de su padecimiento, ¿Influyó en su decisión para abandonar su terapia? SI – NO | 100 | 100 | 100 | 90 | 90 | 95 | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 95 | 95 | 95 | 95 | 92 | 97 | 93 | |
| 23.- ¿Había recibido tratamiento antituberculoso en alguna ocasión anterior? SI – NO | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 95 | 100 | 100 | 100 | 90 | 90 | 90 | 92 | 92 | 92 | 99 | 92 | 90 | |
| 24.- ¿En el centro de salud le informaron sobre las consecuencias de no terminar su tratamiento? SI – NO | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 98 | 100 | 100 | 100 | 98 | 98 | 98 | 100 | 100 | 100 | 91 | 91 | 91 | |
| 25.- ¿El desconocimiento de las consecuencias influyó en su decisión de no continuar su tratamiento? SI – NO | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 98 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 92 | 93 | 94 | |
| 26.- ¿Cómo calificaría el tiempo de espera para ser atendido en el Centro de Salud? - Excelente@Muy Bueno | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 95 | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 95 | 100 | 100 | 100 | 97 | 95 | 97 | |
| 27.- El tiempo de espera para ser atendido en el Centro de salud influyó con el abandono de su tratamiento? SI – NO | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 95 | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 95 | 100 | 100 | 100 | 96 | 96 | 96 | |
| 28.- ¿El personal de salud lo busco en su domicilio para que no abandonara su tratamiento? SI – NO | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 98 | 100 | 100 | 100 | 98 | 98 | 98 | 100 | 100 | 100 | 91 | 93 | 99 | |
| 29.- ¿Recibió malos tratos por parte del personal de salud mientras acudía a tomar sus medicamentos? | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 98 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 97 | 98 | 97 | |
| 30.- ¿Los malos tratos influyeron para que dejara de tomar su tratamiento? SI – NO | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 98 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 96 | 95 | 97 | |
| 31.- ¿El tiempo de duración del tratamiento influyó en su decisión para abandonar la terapia? | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 95 | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 95 | 95 | 95 | 95 | 99 | 98 | 96 | |
| 32.- ¿Cuántas pastillas tomaba durante su tratamiento? 2 a 3 pastillas al día | 80 | 80 | 100 | 98 | 98 | 98 | 100 | 100 | 100 | 93 | 93 | 93 | 90 | 90 | 90 | 97 | 92 | 90 | |
| 33.- ¿El número de pastillas influyó en su decisión de abandonar su terapia? SI – NO | 80 | 90 | 100 | 98 | 98 | 98 | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 95 | 95 | 95 | 95 | 90 | 92 | 93 | |
| 34.- ¿Qué tipo de molestias sintió a causa del tratamiento? - Náuseas, vómitos, ardor del estómago, dolor abdominal y diarrea. Las molestias generadas influyeron en su decisión de suspender el tratamiento? SI – NO | 100 | 100 | 100 | 97 | 96 | 98 | 100 | 100 | 100 | 96 | 96 | 96 | 100 | 100 | 100 | 92 | 93 | 90 | |
| Subtotal 1 | | 95 | 95 | 99 | 92 | 92 | 95 | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 95 | 96 | 95 | 96 | 96 | 96 | 95 |
| Subtotal 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Puntaje final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANEXO 6. Escala de valores del Coeficiente de correlación de Pearson.

Escala de valores del coeficiente de correlación

| Valor | Significado |
|---------------|--|
| -1 | Correlación negativa grande y perfecta |
| -0,9 a -0,99 | Correlación negativa muy alta |
| -0,7 a -0,89 | Correlación negativa alta |
| -0,4 a -0,69 | Correlación negativa moderada |
| -0,2 a -0,39 | Correlación negativa baja |
| -0,01 a -0,19 | Correlación negativa muy baja |
| 0 | Correlación nula |
| 0,01 a 0,19 | Correlación positiva muy baja |
| 0,2 a 0,39 | Correlación positiva baja |
| 0,4 a 0,69 | Correlación positiva moderada |
| 0,7 a 0,89 | Correlación positiva alta |
| 0,9 a 0,99 | Correlación positiva muy alta |
| 1 | Correlación positiva grande y perfecta |

Informe de Tesis MSPII

por Victor Hugo Guaraca Parreño

Fecha de entrega: 05-oct-2021 04:54p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1666273530

Nombre del archivo: TESIS_VERSION_ANTIPLAGIO.docx (219.85K)

Total de palabras: 15150

Total de caracteres: 77840

Informe de Tesis MSPII

INFORME DE ORIGINALIDAD

2%

INDICE DE SIMILITUD

2%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|---|-----|
| 1 | Submitted to Universidad Catolica de Santo Domingo Trabajo del estudiante | 1% |
| 2 | repositorio.utp.edu.co Fuente de Internet | <1% |
| 3 | fundacionkoinonia.com.ve Fuente de Internet | <1% |
| 4 | Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante | <1% |
| 5 | (Carlinda Leite and Miguel Zabalza). "Ensino superior: inovaçao e qualidade na docencia", Repositório Aberto da Universidade do Porto, 2012. Publicación | <1% |
| 6 | www.idescat.net Fuente de Internet | <1% |
| 7 | www.aidsmap.com Fuente de Internet | <1% |

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 25 words