

UNEMI

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE**

MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

TEMA:

Determinantes de riesgo socioeconómicos y conductuales en relación con el cumplimiento de la terapia antifímica en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022.

Autor:

Lic. Gisselle Flores Martínez

Director:

Mgs. Danny Bolívar Estrada Pancho

Milagro, 2023

Derechos de autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Flores Martínez Gisselle Mercedes** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Salud Pública**, como aporte a la Línea de Investigación Salud Pública – Medicina preventiva y enfermedad infectocontagiosa de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 27 de marzo del 2023



Firmado electrónicamente por:
**GISSELLE MERCEDES
FLORES MARTINEZ**

Gisselle Mercedes Flores Martínez

CI: 1207184001

Aprobación del Director del Trabajo de Titulación

Yo, **Estrada Pancho Danny Bolívar, Mgs** en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por **Flores Martínez Gisselle Mercedes** cuyo tema es **Determinantes de riesgo socioeconómicos y conductuales en relación con el cumplimiento de la terapia antifímica en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022.**

que aporta a la Línea de Investigación Salud Pública – Medicina preventiva y enfermedad infectocontagiosa previo a la obtención del Grado **Magíster en Salud Pública**. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo APRUEBO, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, julio 2023



Firmado electrónicamente por:
DANNY BOLIVAR
ESTRADA PANCHO

Estrada Pancho Danny Bolívar, Mgs
0604140640

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO DIRECCIÓN DE POSGRADO

CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**, presentado por **LIC. FLORES MARTINEZ GISELLE MERCEDES**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "DETERMINANTES DE RIESGO SOCIOECONÓMICOS Y CONDUCTUALES EN RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DE LA TERAPIA ANTIFÍMICA EN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL RECINTO BOLA DE ORO, CANTÓN PUEBLO VIEJO. JULIO – DICIEMBRE 2022.", las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	57.67
DEFENSA ORAL	36.33
PROMEDIO	94.00
EQUIVALENTE	Muy Bueno



Freddy Andres Espinoza Carrasco

Mgs. ESPINOZA CARRASCO FREDDY ANDRES
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Kathiusca Paola Echeverria Caicedo

Mgs. ECHEVERRIA CAICEDO KATHIUSCA PAOLA
VOCAL



Gabriela de Jesus Vasquez Espinoza

Msc. VASQUEZ ESPINOZA GABRIELA DE JESUS
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

Dedicatoria

Este trabajo investigativo va dedicado a Dios, mis padres, hermanas que con su apoyo constante me llenaron de ánimo y fortaleza para llegar hasta este punto

A mis amigos, quienes hicieron llevadero el camino, y todas las personas que me acompañaron en el proceso, ha sido bastante arduo y complejo, han sido parte fundamental para mí.

Con infinito amor, Gisselle

Agradecimientos

Agradezco en primer lugar a Dios por darme la oportunidad de cumplir cada una de mis metas, sus bendiciones me acompañan cada día.

A mis padres Manuel y Edita quienes me han llenado de motivación y café en momentos de angustia, gracias por apoyarme siempre y confiar en mí.

A mis hermanas Edita y Cyndi quienes con sus dosis de entusiasmo a su manera me alegraban los días.

Por último a Evelyn quien ha sido mi compañera en esta etapa, hemos pasado muchas anécdotas juntas pero siempre con la mejor actitud y predisposición hemos llegado hasta el final.

RESUMEN

Introducción: La tuberculosis (TB) se considera una significativa problemática de salud pública global. En efecto, en el año 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que alrededor de 10 millones de individuos se infectaron con la enfermedad.

Metodología: Se efectuó el presente estudio tipo transversal, descriptivo, cuasiexperimental con el objetivo de determinar los conocimientos sobre tratamiento antituberculoso y cumplimiento de la terapia antifélica en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo Viejo, 2022. Se aplicó una encuesta de tipo descriptiva a cada individuo con diagnóstico y tratamiento de tuberculosis con respuestas cerradas previamente validadas antes y después de la capacitación efectuada por el personal de salud con el objeto de evaluar la mejora de los conocimientos sobre tuberculosis.

Resultados: El 44.4 % de los encuestados tienen una edad entre 21 a 25 años. Predominó el género masculino con un 55.6 %, la etnia mestiza con el 88.9 %, con secundaria el 66.7 %, nivel de ingreso medio el 66.7 %, hacinamiento el 44.4 % y residencia rural el 100%. Se evidencia en el pre test un bajo nivel de conocimiento sobre tratamiento antituberculoso y cumplimiento de la terapia antifélica. En efecto, luego de la capacitación en el post test se observa un mayor conocimiento de los entrevistados.

Conclusiones: Resalta la relación entre las dimensiones conceptuales de la tuberculosis y su mejora luego de la capacitación por parte del personal de salud. En efecto, el tratamiento de los pacientes con tuberculosis es de gran importancia y los niveles más bajos de conocimiento intervienen en la falta de adherencia al tratamiento. Asimismo, se considera fundamental que los individuos con niveles más altos de conocimiento tienden a aceptar su patología ya que a menor nivel de conocimiento, la actitud del paciente es desfavorable.

Palabras claves: Tuberculosis, Conocimientos, Actitudes.

Abstract

Introduction: Tuberculosis (TB) is considered a significant global public health problem. Indeed, in 2019, the World Health Organization (WHO) reported that about 10 million individuals became infected with the disease.

Methodology: This cross-sectional, descriptive, quasiexperimental type study was carried out with the aim of determining the knowledge on anti-tuberculosis treatment and compliance with anti-chemical therapy in patients with tuberculosis in the Bola de Oro complex, Pueblo Viejo canton, 2022. A descriptive survey was applied to each individual with TB diagnosis and treatment with previously validated closed responses before and after training by health personnel in order to assess the improvement of TB knowledge.

Results: 44.4% of respondents are between 21 and 25 years old. Male gender predominated with 55.6%, ethnicity mixed with 88.9%, with secondary 66.7%, the level of average population 66.7%, overcrowding 44.4% and rural residence 100%. The pre-test shows a low level of knowledge about antituberculous treatment and compliance with antifemical therapy. In fact, a greater knowledge of the interviewees is observed from the training in the post-test. **Conclusions:** Highlights the relationship between the conceptual dimensions of tuberculosis and its improvement after the treatment by health personnel. In fact, the treatment of tuberculosis patients is of great importance and the lowest levels of knowledge are involved in the lack of adherence to treatment. It is also considered fundamental that individuals with higher levels of disease tend to accept their pathology because at lower level of disease, the patient's attitude is unfavorable.

Keywords: Tuberculosis, Knowledge, Attitudes.

Lista de Tablas

Tabla 1: Edad del paciente.....	38
Tabla 2: Género de la población estudiada.....	38
Tabla 3: Etnia de la población estudiada.....	39
Tabla 4: El nivel de escolaridad de la población estudiada	39
Tabla 5: Nivel de ingreso económico.....	40
Tabla 6: Servicios Básicos de la población estudiada	40
Tabla 7: Hacinamiento	41
Tabla 8: Lugar de vivienda de la población estudiada	41
Tabla 9: Transporte	42
Tabla 10: Consumo de alcohol	42
Tabla 11: Frecuencia de consumo de alcohol	42
Tabla 12: Consumo de tabaco	43
Tabla 13: Frecuencia de tabaco	43
Tabla 14: Consumo de droga	44
Tabla 15: Frecuencia de consumo de droga	44
Tabla 16: Práctica de ejercicio	45
Tabla 17: Frecuencia de práctica de ejercicio	45
Tabla 18: Toma de tratamiento	46
Tabla 19: Frecuencia de tratamiento	46
Tabla 20: Horario de tratamiento	47
Tabla 21: Efecto adverso al medicamento	47

Índice / Sumario

Introducción.....	10
Capítulo I: El problema de la investigación	13
1.2 Delimitación del problema.....	14
1.3 Formulación del problema	14
1.4 Preguntas de investigación.....	14
1.5 Determinación del tema	15
1.6 Objetivo general.....	15
1.7 Objetivos específicos.....	15
1.8 Hipótesis.....	15
1.9 Declaración de las variables (operacionalización)	16
1.10 Justificación	21
1.11 Alcance y limitaciones.....	22
CAPÍTULO II: Marco teórico referencial	23
2.1.1 Antecedentes históricos.....	23
2.1.2 Antecedentes referenciales	23
2.2 Contenido teórico que fundamenta la investigaciónFactores Socioeconómicos.....	27
CAPÍTULO III: Diseño metodológico.....	35
3.2 La población y la muestra	35
3.1.2 Delimitación de la población.....	36
3.3 Los métodos y las técnicas.....	36
3.4 Procesamiento estadístico de la información.....	37
CAPÍTULO IV: Análisis e interpretación de resultados.....	38
4.1 Análisis de la situación actual	38
4.2 Análisis Comparativo	48
CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones.....	53
5.1 Conclusiones.....	53
5.2 Recomendaciones.....	54
Referencias bibliográficas	55
Anexos.....	62

Introducción

La tuberculosis es una patología infecciosa bacteriana contagiosa, su agente etiológico es *Mycobacterium tuberculosis* también conocido como bacilo de Koch, La evidencia más antigua de tuberculosis, hallada en humanos fueron descubierta en momias egipcias (3.500-2.650 a.C.) y posteriormente se desarrolló en Europa y en el Cercano Oriente en el período Neolítico, entre 6.000 – 8.000 a.C (Paneque, E., Rojas ,Pérez , M, 2018)

En el 2020, la Organización Mundial de Salud, reportó 1,5 millones de personas que fallecieron por causa de tuberculosis, a nivel mundial la tuberculosis constituye el decimotercer lugar por causas de muertes, siendo la enfermedad infecciosa más mortífera por detrás de la COVID – 19, y por encima de VIH/SIDA.

En 2018 se diagnosticaron un total de 289.000 casos en las América del Sur, y Ecuador ocupó el noveno lugar en América Latina con 6.094 casos de tuberculosis y una tasa de incidencia anual de 34,35%. 100.000 habitantes (Organización Panamericana de Salud, 2018)

En la actualidad se ha convertido en una problemática de salud pública en países en vías de desarrollo, a nivel mundial, nacional y local En los países tercermundistas, las tasas de incidencia de tuberculosis, se han incrementado debido por enfermedades preexistentes como el SIDA, y la sobrepoblación.

Entre las principales causas de deserción del tratamiento antituberculoso, tenemos: nivel socioeconómico bajo, nivel de escolaridad baja o incompleta, deficiente o ausencia de conocimiento de la enfermedad y tratamiento, nivel de pobreza extrema o hacinamiento, factores conductuales como el consumo de cigarrillos, alcohol y drogas, conocimiento deficiente de la patología, antecedentes de abandono previo, deficiente nivel de satisfacción familiar, factores culturales como la utilización de medicina ancestral, discriminación o indiferencia al paciente que padece esta patología, indiferencia y rechazo familiar al tratamiento, fracaso o recaída al tratamiento que permite la resistencia bacteriana. La aparición

de cepas bacterianas resistentes de tuberculosis a los fármacos de primera línea constituye una importante amenaza a la salud pública, al avance y seguridad en el mundo.

El aporte de esta investigación, precisa la importancia de establecer el perfil de los pacientes que abandonan el tratamiento, reconocer y determinar estrategias que motiven la adherencia al tratamiento, recomendando en primer lugar el autocuidado, y así permitir la construcción de su propio conocimiento, permitiendo la adopción de nuevas conductas y la concienciación del identificar los signos y síntomas de esta patología y su respectivo tratamiento, reconociendo lo mortífera de esta enfermedad, si no se lleva a cabo la totalidad del tratamiento.

La tuberculosis es una problemática de salud presente en la comunidad, por lo cual es importante tomar las medidas necesarias en el caso de presentar esta patología, reforzar las consultas médicas mensual, la implementación de programas de prevención, campañas de promoción, medios de difusión, mejorando la accesibilidad de la información permitiendo cubrir la totalidad de la cobertura de esta unidad asistencial e impedir la propagación de esta enfermedad y las complicaciones implica la muerte del paciente.

Esta investigación permite promover la responsabilidad individual en salud influyendo en la adherencia al tratamiento de tuberculosis y una exitosa recuperación, la adopción de hábitos saludables que permitirán mejorar la calidad de vida así como promover el autocuidado que es de vital importancia en esta patología y de esta manera beneficiará a los pacientes que padecen tuberculosis en dicha comunidad.

El presente estudio tiene como objetivo, establecer los determinantes de riesgo socioeconómicos y conductuales en relación con el cumplimiento de la terapia antifímica en los pacientes con tuberculosis, en nuestra unidad de análisis que corresponde a los pacientes del recinto Bola de Oro del Cantón Pueblo Viejo, a través de la metodología cuantitativa, la cual se base en el estudio de sujetos dentro de un contexto social en el cual describimos su conducta y establecemos el perfil de comportamiento a partir de ciertos factores mencionados

anteriormente, y de esta forma generar nuevos conocimientos y mejoras en las estrategias en salud pública del país.

Capítulo I: El problema de la investigación

1.1 Planteamiento del problema

El deficiente nivel de conocimiento sobre la patología y tratamiento constituye un riesgo de transmisión a la familia y comunidad cuando el paciente padece de tuberculosis al no saber cómo abordar esta enfermedad y como sobrellevarla en casa.

El difícil acceso a los servicios de salud es una barrera importante porque impide que los pacientes gocen de una atención oportuna, la detección precoz de la enfermedad, además de las condiciones demográficas, tales como edad, en la cual la población adulta presenta una mayor predisposición a esta enfermedad, el género que se destaca es el masculino, el lugar donde vive, las zonas alejadas de la ciudad, cercanas a vertederos de basura o donde las condiciones higiénicas de vivienda no son las adecuadas, así como también las condiciones socioeconómicas, el ingreso salarial va influir en la calidad de vida de pacientes, en donde a menor ingreso más probabilidades de condiciones de vivienda precaria o en hacinamiento y por ultimo las condiciones conductuales; como por ejemplo la adopción de hábitos como el consumo de alcohol, tabaco y drogas que son nocivos para la salud, así como generan espacios de transmisión de esta enfermedad y una contraindicación cuando se está en tratamiento, todo estos factores favorecen la aparición de enfermedades transmisibles como la tuberculosis.

La percepción negativa sobre los servicios de salud pública ,y la insuficiencia de recurso humano presente en las entidades sanitarias creando una barrera entre el Sistema de Salud y la comunidad. .

El determinar los factores socioeconómicos y conductuales permiten reducir el índice de abandono de tratamiento de tuberculosis y mejorar la calidad de vida del paciente, pero si esta problemática no se controla pondría en riesgo no solo al paciente sino familia y comunidad debido a la transmisibilidad de esta enfermedad, por lo que es relevante disminuir y en un futuro eliminar esta patología a nivel local.

1.2 Delimitación del problema

La investigación está enfocada en la presencia de las enfermedades infectocontagiosas de alto riesgo de salud pública por lo cual está basado en describir los determinantes de riesgo socioeconómicos y conductuales y la relación con el cumplimiento de la terapia antifúngica en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022.

1.3 Formulación del problema

¿Qué relación tiene los determinantes de riesgo socioeconómicos y conductuales en el cumplimiento de la terapia antifúngica de los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro Puebloviejo. Julio – diciembre 2022?

1.4 Preguntas de investigación

1. ¿Qué características demográficamente tienen pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022?
2. ¿Cuáles son los determinantes de riesgo socioeconómicos en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022?
3. ¿ Cuáles son los determinantes de riesgo conductuales en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022?
4. ¿Cuál es el cumplimiento del tratamiento en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022?

1.5 Determinación del tema

Determinantes de riesgo socioeconómicos y conductuales en relación con el cumplimiento de la terapia antifúngica en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022.

1.6 Objetivo general

Establecer los determinantes de riesgo socioeconómicos y conductuales en relación con el cumplimiento de la terapia antifúngica en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022.

1.7 Objetivos específicos

1. Caracterizar demográficamente a los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022
2. Identificar los determinantes de riesgo socioeconómicos en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022.
3. Definir los determinantes de riesgo conductuales en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022.
4. Determinar el cumplimiento del tratamiento en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022.

1.8 Hipótesis

Los Determinantes de riesgo socioeconómicos y conductuales se relacionan fuertemente entre si con el cumplimiento de la terapia antifúngica en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022.

Hipótesis particulares

Los determinantes socioeconómicos *se relacionan* con el cumplimiento de la terapia antifúngica en los pacientes del recinto Bola de Oro Puebloviejo. Julio – diciembre 2022.

Los determinantes conductuales *se relacionan* con el cumplimiento de la terapia antifúngica en los pacientes del recinto Bola de Oro Puebloviejo. Julio – diciembre 2022.

El nivel de cumplimiento del tratamiento antifúngico *se relaciona* con el cumplimiento de la terapia antifúngica en los pacientes del recinto Bola de Oro Puebloviejo. Julio – diciembre 2022.

1.9 Declaración de las variables (operacionalización)

Variable Independiente: Determinantes de riesgo socioeconómicos y conductuales

Variable Dependiente: El cumplimiento de la terapia antifúngica en los pacientes con tuberculosis

Objeto de estudio: Pacientes con tuberculosis en tratamiento

Tabla de Operacionalización de las Variables

TEMA: Determinantes de riesgo socioeconómicos y conductuales en relación con el cumplimiento de la terapia antifímica en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES				
VARIABLES	CATEGORÍAS	INDICADORES	UNIDAD DE ANÁLISIS	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Variable Independiente	Características Demográficas	<p>Edad Menos de 15 años 15 - 20 años 21 - 25 años 26 - 30 años 30 - 35 años</p> <p>Género Masculino Femenino</p> <p>Etnia a) Mestizo b) Montubio c) Blanco d) Afroamericano e) Indígena</p> <p>Escolaridad a) Primaria b) Secundaria c) Tercer Nivel d) Cuarto Nivel e) Ninguna</p>	Los pacientes con tuberculosis y desertores del recinto bola de Oro del Cantón Puebloviejo	Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario de opción múltiple

Determinante de riesgo socioeconómico	Ingreso económico a) Bajo (Inferior a SBGU < \$450) b) Medio (SBGU \$450) c) Alto (Superior > \$450)	Los pacientes con tuberculosis del recinto bola de Oro del Cantón Puebloviejo	Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario de opción múltiple
	Servicios básicos a) Agua b) Energía eléctrica c) Teléfono d) Solo a y b e) Todas las anteriores		
	Hacinamiento a) Si b) No		
	Lugar de residencia a) Urbano b) Rural		
	Transporte a) Publico b) Privado		
	Consumo de alcohol a) Si b) No		

Determinantes de riesgo conductual	<p>Frecuencia de Consumo</p> <p>a) Una vez a la semana b) Dos veces a la semana c) Tres veces a la semana d) Mas de tres veces a la semana</p> <p>Consumo de Tabaco</p> <p>a) Si b) No</p> <p>Frecuencia de Consumo</p> <p>a) Una vez a la semana b) Dos veces a la semana c) Tres veces a la semana d) Mas de tres veces a la semana</p>		
	<p>Consumo de droga</p> <p>a) Si b) No</p> <p>Frecuencia de Consumo</p> <p>a) Una vez a la semana b) Dos veces a la semana c) Tres veces a la semana d) Mas de tres veces a la semana</p> <p>Practica ejercicio</p> <p>a) Si b) No</p> <p>Frecuencia de práctica de ejercicio</p> <p>a) Una vez a la semana b) Dos veces a la semana c) Tres veces a la semana d) Mas de tres veces a la semana</p>		

Variable Dependiente El cumplimiento de la terapia antituberculosa	Factores del cumplimiento del tratamiento	Cumple en las tomas de tratamiento a) Si b) No	Los pacientes con tuberculosis del recinto bola de Oro del Cantón Pueblo Viejo	Técnica: Encuesta Instrumental o: Cuestionario de opción múltiple
		Cumplimiento en la frecuencia de tratamiento a) Una vez a la semana b) Dos veces a la semana c) Tres veces a la semana d) Cuatro veces a la semana e) Diariamente		
		Cumple con el horario del tratamiento a) Si b) No		
		Efectos adversos del tratamiento a) Si b) No		

1.10 Justificación

La tuberculosis es una patología infectocontagiosa, más prevalente en el mundo, en la cual la tendencia epidemiológica de la incidencia ha incrementado a nivel mundial, reportando altas tasas de morbilidad y mortalidad específicamente en países en vías de desarrollo, y de ingresos medianos.

El presente estudio se debe investigar debido a que es un grave problema de salud pública, es de vital importancia identificar los determinantes conductuales influyen en el abandono del tratamiento de tuberculosis, y en efecto de esto anualmente mueren millones de personas en el mundo, a pesar de las estrategias y programas realizados por el Ministerio de Salud Pública.

Según la Organización Mundial de la Salud, a nivel mundial para el presente año se estima que se necesita \$13.000 millones anuales para la prevención, el diagnóstico, atención y tratamiento de tuberculosis. El financiamiento en los países de ingresos bajos en los cuales se reportan el 98% de los casos, se encuentra por debajo del nivel necesario.

En el año 2018, en Ecuador se reportaron 6094 casos de Tuberculosis sensible y una tasa de incidencia de 34.53 por cada 100.000 habitantes que presentó un aumento en comparación a años anteriores, y esto al Estado le genera un incremento económico, adicionando que hay ciertos tratamientos de tuberculosis que su valor es mayor, así como también en casos de recaídas, abandonos o sensibilidad a algún fármaco. Por esto si los pacientes que acceden al tratamiento lo culminan con éxito, se beneficiaría el Estado, Sistema de Salud, paciente y comunidad, debido a que esta enfermedad es altamente contagiosa.

Cabe recalcar que tanto la comunidad como el Sistema Nacional de Salud se beneficiara de los resultados obtenidos de esta investigación, que generando nuevos conocimientos y un análisis de los determinantes socioeconómicos y la promoción de

autocuidado y hábitos saludables permite adoptar cambios de conducta en la población en general, cumpliendo un rol importante la promoción de salud. A nivel social se enfatiza en mejorar la interacción entre el personal sanitario y la comunidad, desde el punto de vista del concepto de salud y autocuidado, reconociendo que la principal forma de prevenir enfermedades y tratarlas a tiempo es a través de la promoción de la misma, pero cuando existen barreras sociales debidos a una percepción inadecuada de la atención brindada y la relación médico paciente, entorpece la labor del personal sanitario, y las estrategias que se han desarrollado con la finalidad de reducir los casos de tuberculosis, de esta se reduce la captación de pacientes o posibles pacientes contagiados por esta patología, esta razón no acceden a un tratamiento, o en muchos casos abandonan cuando acceden sin la debida socialización del tratamiento y generan resistencia a la misma.

1.11 Alcance y limitaciones

Alcance

La presente investigación realizo un análisis de los factores socioeconómicos y conductuales de los pacientes que padecen tuberculosis del recinto Bola de Oro, usando como estrategia la aplicación de instrumento y de esta forma evidenciar estadísticamente la correlación que existe entre los factores y el cumplimiento del tratamiento en el periodo julio – diciembre 2022

Limitaciones

Las limitaciones presentes en este estudio fueron que solo participaron los pacientes, y no los familiares quienes también son parte fundamental en el cumplimiento del tratamiento.

CAPÍTULO II: Marco teórico referencial

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes históricos

La historia de la tuberculosis data aproximadamente del año 2400 A.C, desde ese tiempo existen evidencias paleológicas de tuberculosis vertebral en restos neolíticos precolombinos, así como en momias egipcias. 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 (Paneque, E, Rojas, L, Pérez, M, 2018)

Hipócrates, Padre de la Medicina, en el siglo V a.c. La define como la enfermedad "más grave de todas, la de curación más difícil y la más fatal". La tuberculosis (TB) sigue siendo, la enfermedad infecciosa humana más importante que existe en el mundo, a pesar de los esfuerzos que se han invertido para su control en la última década. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó consolidar una estrategia de lucha antituberculosa denominada "estrategia DOTS" (siglas en inglés de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) (Ramos et al., 2018)

Existe una serie de factores que influyen en el curso de la endemia, entre los que se destacan los socioeconómicos, la desatención de los programas de control, la aparición de la infección por el VIH/SIDA, el aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas debilitantes, el cáncer, y la multirresistencia a los medicamentos, estos son los responsables en gran medida de esta situación (Ramos et al., 2018).

2.1.2 Antecedentes referenciales

(Soza Pineda et al., 2005) establecen que: El abandono del tratamiento se considera uno de los principales obstáculos para el control de la tuberculosis, porque disminuye la eficacia de los programas nacionales al incrementar el riesgo de transmisión del bacilo y

aumentar la probabilidad de resistencia bacteriana a los antibióticos, la cual predispone a una mayor frecuencia de recidivas y fracasos.

Soza Pineda et al., (2005) concluyeron que es indispensable establecer en los servicios de salud medidas que contribuyan a abatir el riesgo de abandono. Es importante recuperar la participación social del sector de la salud mediante acciones comunitarias. El presente estudio contribuye en la investigación porque me permite determinar como factores relacionados con el abandono es una problemática en la que las causas en los distintos centros de salud son repetitivas y cómo influye los distintos agentes externos desde el personal, hasta en entorno familiar a complicar esta patología.

Cecilia Navarro Quintero et al., (2013) determinan la relevancia de identificar los factores asociados al abandono del tratamiento, además de la implementación de una herramienta científica que permita medir, identificar y actuar y de esta manera reducir la tasa de incidencia y prevalencia de abandono del tratamiento de tuberculosis.

Cecilia Navarro Quintero et al., (2013) afirman que los factores perceptivos cognitivos identificaron que el desconocimiento de la importancia de la adherencia al tratamiento, adicional a la mejoría del estado de salud durante el tratamiento, seguido por el desconocimiento de la duración del tratamiento antituberculoso y por último desagrado con la atención del personal de salud a la hora de recibir el tratamiento son los principales determinantes directos de abandono al tratamiento de tuberculosis,

Cabe destacar que los factores fisiológicos ocuparon el segundo lugar señalando que las reacciones adversas a fármacos y el consumo del alcohol, seguido del desempleo y la accesibilidad al tratamiento gratuito de tuberculosis como determinantes directos de abandono a la farmacoterapia antituberculosa (Cecilia Navarro Quintero et al., 2013).

El aporte de esta investigación evidencia cómo influye la deficiente socialización por parte del personal sanitario al paciente y su familia y como esto repercute en el abandono

del tratamiento, haciendo énfasis en la necesaria creación de herramienta cognitiva – perceptual que permita evaluar y reducir la tasa de deserción (Cecilia Navarro Quintero et al., 2013).

Anduaga-Beramendi et al., (2016) determinan que el abandono del tratamiento antituberculoso está asociado con el nivel educativo y que este corresponde a tener menos de seis años de educación, así como también la evaluación psicológica, con un score mayor a 22 puntos en la prueba de abandono de tratamiento antituberculoso.

Cáceres & Orozco, (2007) sostienen que, en su estudio de seguimiento de una cohorte en adultos, residentes de un área urbana, que el abandono es mayor que en los reportes anteriores y que en otros lugares. Recomiendan hacer diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, fomentar el apoyo familiar, realizar intervenciones ante faltas al tratamiento, especialmente en personas con VIH/sida, de estratos bajos y con antecedentes carcelarios.

Rivera et al., (2019) sugieren que las unidades asistenciales deben esforzarse en la detección precoz de las condicionantes que podrían convertirse en factores de riesgo, lo cual ayudaría a implementar intervenciones de prevención efectivas, y de alto impacto.

Herrero et al., (2015) determinan que hay mayor probabilidad de riesgo para la no – adherencia al tratamiento, que se caracteriza por una población que viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema, precariedad laboral, y dificultad de acceso al servicio público.

Ramón Heredia-Navarrete et al., (2012) establecen que los problemas para el tratamiento de la tuberculosis están relacionados con determinantes sociales como educación, nivel socioeconómico y las percepciones del paciente; por lo que informar adecuadamente al paciente, una mejor relación médico-paciente y la adecuada capacitación del personal médico contribuirían a una mejor vigilancia de la tuberculosis, ya que son factores clave para que el paciente no abandone el tratamiento y se obtenga

un mejor control de la enfermedad.

Sousa et al., (2019) sostienen que las tasas de curación y abandono se encuentran distantes de lo que aboga la Organización Mundial de la Salud, lo que hace patente la necesidad de realizar intervenciones direccionadas para cambiar este patrón.

Dueñes & Cardona, (2016) sostienen que mejorar las herramientas administrativas de las instituciones de salud participantes en el estudio para el manejo de los factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, y para mejorar el desempeño del programa de control de la tuberculosis frente a las situaciones encontradas.

Jonis-Jiménez et al., (2022) establecen que la depresión es un factor de riesgo significativamente asociado a abandono y a pobre adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis sensible.

Carvajal-Barona et al., (2017) afirman que la depresión es un factor de riesgo significativamente asociado a abandono y a pobre adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis sensible.

Queiroz et al., (2012) afirman que la importancia de considerar a la tuberculosis como enfermedad que extrapola la esfera biológica, ya que está asociada a las condiciones de vida y trabajo de los individuos. Además de eso, se percibió la importante responsabilidad del profesional que acompaña el tratamiento supervisado, a quien le cabe tener, no solamente, habilidades/capacidades/conocimientos técnicos, pero también administrativas, de relacionamiento y una visión de mundo integral y dinámica, que se refleje en sus acciones.

Martínez-Medina, (2004) manifiestan que la implementación del efecto del tratamiento acortado estrictamente supervisado demostró ser una estrategia flexible y

efectiva para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar; garantiza su adherencia, disminuye los abandonos y eleva la tasa de curación.

María Mesén Arce & Chamizo García, (2005) expresan que en la investigación se pone en consideración la perspectiva del paciente y su familia sobre la patología y su entorno, según el riesgo de transmisión y el tratamiento. En función de la percepción del paciente y su familia sobre los servicios de salud y que el mismo garantice eficiencia, equidad, sostenibilidad de la atención sanitaria y control de tuberculosis.

Montero Mendoza et al., (2001) manifiestan que los factores que comparten varones y mujeres son los asociados a la explicación de la enfermedad, donde no se encontraron diferencias por género. Es a partir del inicio de la búsqueda de atención, el diagnóstico y la continuidad o abandono del tratamiento donde se observaron las diferencias.

2.2 Contenido teórico que fundamenta la investigación

Factores Socioeconómicos

Uno de los factores más recurrentes para el fracaso en la culminación del tratamiento antituberculoso tenemos: la deficiente información facilitada al paciente por parte del personal de salud, deficiente accesibilidad a la información veraz y oportuna, inasistencia a los servicios de la salud, pobreza, el desempleo, nivel de escolaridad baja, nivel de ingreso económico bajo, la deficiencia en la administración de la farmacoterapia, horarios inapropiados de administración de medicación, duración extensa del tratamiento y los efectos adversos de la misma, consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes, grado bajo de apoyo familiar, ser de sexo masculino y tener el antecedente de abandono previo. (Barrouillet, 2015)

Factores Demográficos

El factor demográfico influye en la accesibilidad al servicio de salud debido a que la situación geográfica de los Centros de Salud y la comunidad en la mayoría de casos es lejana, y esto también dificulta el acceso al tratamiento, por lo que favorece que la comunidad tenga una percepción negativa del sistema de salud, y esto repercute en el seguimiento de pacientes con esta patología, y la negativa a recibir atención e información del personal sanitario, entre otros motivos de deserción es la presencia de comorbilidades como VIH – SIDA, cáncer, diabetes, entre otros, cambio de domicilio, y migraciones (Barrouillet, 2015).

Factores Culturales

El factor cultural va influenciado al entorno y la conducta del individuo, en la que está incluido tradiciones, religiones, costumbres como la medicina ancestral, estilos de vida inadecuados, creencias erradas a la curación en el tratamiento con antifímicos (Barrouillet, 2015).

Pacientes con tuberculosis

Tuberculosis - Agente Causal

Mycobacterium tuberculosis (*M. tuberculosis*) es el agente causal de la tuberculosis, una de las enfermedades infecto-contagiosas más letales y antiguas que afecta al ser humano y que posee una amplia distribución en el mundo, produciendo cada año la muerte de alrededor de 2 millones de personas. En la actualidad la tuberculosis constituye una enfermedad reemergente como consecuencia de la aparición de cepas multirresistentes a los fármacos tradicionalmente empleados en el tratamiento de la enfermedad, ya que representa la primera causa de muerte en pacientes con VIH/SIDA.

Se estima que en la actualidad un tercio de la población mundial está infectada con el bacilo de tuberculosis, constituyendo un reservorio a partir del cual se producirán futuros casos (Borrero et al., 2011).

Clasificación de Tuberculosis

La tuberculosis se puede clasificar en cinco grupos diferentes: Tuberculosis Primaria puede presentarse de dos formas principales: Simple o complejo primario, ocurre en el 95 % de los casos en el pulmón. Se caracteriza por un infiltrado pulmonar parenquimatoso, no siempre visible en la radiografía, que constituye el foco primario, y un aumento de tamaño de los ganglios hiliares y mediastínicos del mismo lado, considerándose como el sello del complejo primario. B-Progresiva: Incluye la progresión del foco primario, pueden encontrarse formas cavitarias, atelectasias por obstrucción bronquial causada por granulomas endobronquiales o ganglios que comprimen extrínsecamente, bronquiectasias cuando la obstrucción bronquial, tarda en resolverse. Tuberculosis Pulmonar Posprimaria: Esta forma de presentación es similar a la que se observa en los adultos y suele producirse en niños mayores, alrededor de la pubertad y varios años después de la primoinfección. Tuberculosis Extrapulmonar: Esta variedad suele presentarse en cualquier tejido del organismo, las más habituales son: Linfoadenitis Tuberculosa, Pleuresia Tuberculosa, Tuberculosis Osteoarticular, Tuberculosis Genitourinaria. (Martínez Hernández et al., 1999)

Transmisión y desarrollo de la enfermedad

El *Mycobacterium tuberculosis* se transmite por inhalación de gotitas infecciosas, eliminadas al aire por el estornudo de un paciente con tuberculosis, a través de las heces

y mediante la orina. La transmisión puede ser indirecta, ya que la micobacteria es muy resistente a la desecación y puede estar por muchos meses en el polvo o en los objetos de uso diario. El *Mycobacterium bovis* se transmite por la leche de las vacas enfermas, e inicialmente produce lesiones intestinales y faríngeas. Las principales puertas de entrada son por el sistema respiratorio, el tejido linfoide de la bucofaringe, el intestino y la piel.³ La vía de contagio más común es la vía respiratoria, le sigue la digestiva y la cutaneomucosa. No hay contagio materno transplacentaria (Morán López & Lazo Amador, 2001)

Los pacientes con cavitaciones pulmonares son más infecciosos aún, puesto que su esputo contiene de 1 a 10 millones de bacilos por ml y tosen a menudo. Sin embargo, la piel y las mucosas respiratorias íntegras de las personas sanas son resistentes a la invasión. Para que haya infección, es necesario transportar bacilos hasta los espacios aéreos distales del pulmón, los alvéolos, donde no están supeditados a la purificación mucociliar bronquial. Una vez depositados en los alvéolos, los bacilos están adaptados para penetrar en los macrófagos alveolares que, al depender tanto de sus propiedades genéticas como de su experiencia inmunitaria, son relativamente tolerantes a la proliferación bacilar (Morán López & Lazo Amador, 2001)

Manifestaciones Clínicas

La infección inicial suele ser asintomática (primo infección tuberculosa) y a las pocas semanas desarrolla sensibilidad a la prueba de la tuberculina. Las lesiones, por lo general, curan y no dejan alteraciones residuales, excepto calcificación de ganglios linfáticos pulmonares o traqueobronquiales. Aproximadamente el 95 % de las personas infectadas entran en fase de latencia, a partir de la cual existe el peligro permanente de reactivación. En el 5 % de los casos restantes la infección inicial puede evolucionar de manera directa

hacia la enfermedad (tuberculosis pulmonar) o tener localización extrapulmonar (renal, ósea, linfática, etc.), estas últimas formas son las menos frecuentes (Morán López & Lazo Amador, 2001)

La tuberculosis pulmonar surge por reinfección exógena o por reactivación endógena del foco latente que persistía desde la infección inicial. Sin tratamiento, aproximadamente la mitad de los enfermos mueren en un período de 2 años, pero con tratamiento en un corto período de tiempo (2-3 semanas) el enfermo deja de ser bacilífero y tiene una alta probabilidad de curación. Los huéspedes con más inmunocompetencia tienden a limitar la infección a los pulmones u otra región aislada, mientras que aquellos con defensas más débiles experimentan la variedad multifocal o diseminada (Morán López & Lazo Amador, 2001)

La tuberculosis se manifiesta generalmente como una enfermedad aguda o subaguda. La mayoría de los pacientes se presentan con síntomas de menos de un mes de evolución (hasta un 62% en algunas series) y muchos con menos de una semana de evolución (31% en la serie citada). Muchos pacientes se presentan con síntomas que pueden simular una neumonía bacteriana aguda. El síntoma predominante es la tos seca (80%), que suele preceder al dolor torácico de características pleuríticas (75% de los pacientes). La mayoría (sobre un 74%) presenta fiebre. La presencia de una evolución tórpida con dolor torácico leve, tos ocasional, febrícula, astenia y anorexia es menos usual, aunque también puede ocurrir (Golpe Gómez et al., 2002)

Tratamiento de tuberculosis

El tratamiento de tuberculosis tiene como finalidad garantizar la salud del paciente para evitar la transmisión de la enfermedad entre la comunidad. Las bases bacteriológicas

basadas en el aumento de bacilos presentes en la mayoría de las lesiones humanas de la tuberculosis de la TB y en la capacidad de mutar que tiene el *M. tuberculosis* cuando alcanza un número elevado de divisiones; ello hace imprescindible la asociación de fármacos que eviten la selección de mutantes resistentes (Boldú et al., 2007).

En nuestro medio la terapia farmacológica que se ha demostrado más eficaz consiste en la asociación durante dos meses de isoniacida, rifampicina y pirazinamida seguidamente durante cuatro meses más con los dos primeros fármacos. En general los tuberculostáticos de primera elección son bien tolerados, pero pueden producir efectos secundarios potencialmente graves que conviene conocer y saber manejar (Boldú et al., 2007).

Las distintas pautas de tratamiento de TB inicial no multirresistente presentan una fase inicial "intensiva" de dos meses con al menos 3 fármacos con una administración diaria, seguida una fase mantenimiento con dos fármacos en la que la administración puede ser diaria o 2 veces a la semana (tratamiento intermitente). Esta última opción es igual de efectiva que la diaria (15), pero siempre debe realizarse bajo estricta observación (TDO). El esquema de elección para el tratamiento de pacientes inmunocompetentes es 2HRZ/4HR con las siguientes modificaciones: a) si la incidencia de resistencia primaria a H en el área es mayor del 4% se debe adicionar un cuarto medicamento los 2 primeros meses: E o S, b) si el paciente no debe tomar Z (artritis gotosa, insuficiencia hepática o renal severa, intolerancia) la pauta recomendada es 2HRE/7HR, c) si hay que evitar H el régimen propuesto es 2EZR/10ER y d) si no se puede emplear R: 2HZE/4HE. En el caso de inmunodepresión se aconseja ampliar la fase de mantenimiento 3 meses más (García Ramos et al., 2003).

La capacidad de mutar que tiene el *M. tuberculosis* cuando alcanza un número elevado de divisiones; por ello deben asociarse fármacos para evitar la selección de mutantes resistentes. Es necesario distinguir tres conceptos diferentes dentro de las resistencias.

Resistencia natural es aquella que presentan las cepas salvajes, como fruto de su multiplicación continua. Sin embargo, ésta debe ser seleccionada por los fármacos para que se exprese fenotípicamente. Cuando esto se produce por una mala terapéutica se da lugar a lo que se denomina resistencia adquirida o secundaria. Por último, si un paciente portador de una resistencia adquirida contagia a una persona que previamente no ha tomado ningún tratamiento tuberculoso, le podrá ocasionar una tuberculosis con una resistencia que en este caso se denominará primaria o inicial. Al administrar dos o tres fármacos, la probabilidad de aparición de resistencias es prácticamente nula, ya que se necesitaría una población bacilar que, por su peso y volumen, es imposible que pueda alojarse en el cuerpo humano (10^{13} para H+R y 10^{19} para H+R+E) (Boldú et al., 2007).

Efectos Adversos del tratamiento

El manejo de estas reacciones debe hacerse siempre por un médico especialista con experiencia en el tema. Pueden ser cuadros graves que pueden llegar a comprometer la vida del enfermo por lo que la primera medida útil es la detección precoz de las mismas. Los fármacos de primera línea, a pesar de ser bien tolerados en general, pueden presentar efectos secundarios. Tanto en estos grupos de riesgo como en los que se observan durante el tratamiento signos o síntomas sugestivos, hay que hacer un estricto seguimiento clínico y analítico (Boldú et al., 2007).

No existen pautas fijas o protocolos estandarizados bien definidos; debe actuarse de acuerdo con cada caso concreto. En primer lugar debe valorarse la severidad del cuadro y descartar que los efectos sean secundarios a una sobredosificación, en cuyo caso ésta debe corregirse. Si la reacción es leve o moderada debemos intentar no suprimir los fármacos, iniciar tratamiento sintomático o incluso modificar el horario de administración (Boldú et al., 2007).

Si el paciente presenta una reacción grave es necesaria su hospitalización y la suspensión del tratamiento hasta que la situación clínica y analítica se haya estabilizado. Generalmente la mejoría se produce en 3-4 semanas. En este tiempo debe supervisarse la evolución de la tuberculosis y si se produjese una situación de gravedad podría intentarse una pauta alternativa, incluso con fármacos de segunda línea o los mismos tras programa de desensibilización (Boldú et al., 2007).

Esto no se debe hacer en reacciones severas como la púrpura, el shock anafiláctico, la insuficiencia renal aguda, la hemólisis, neuritis óptica retrobulbar, hepatitis severa, dermatitis exfoliativa, agranulocitosis o en VIH. Sin embargo Algunos autores recomiendan el uso concomitante de corticoides y antihistamínicos (Boldú et al., 2007)

CAPÍTULO III: Diseño metodológico

3.1 Tipo y diseño de investigación

La investigación tiene una orientación no experimental, la misma que permite observar el comportamiento en su contexto natural de los participantes para su posterior análisis. Se plantea un enfoque cuantitativo, esto se debe a la utilización de un instrumento diseñada con una escala cuantitativa de opción múltiple será aplicado y se levantará una serie de datos que tienen que ser llevados a un software estadístico que permita procesamiento y genere resultados que transformen resultados en datos para un análisis e inferencia bajo esta perspectiva la investigaciones cuantitativa.

El diseño de la investigación presenta un alcance descriptivo, correlacional , retrospectivo de diseño longitudinal, la correlación se podrá observar por la prueba de hipótesis a ello hay que sumar los resultados obtenidos de esta prueba y de la aplicación del instrumento seleccionado llevara a generar resultados que tienen que ser explicados minuciosamente a fin de responderlos objetivos de investigación. Cabe recalcar que el estudio fue planteado en el período julio – diciembre 2022, que se estudiara en diferentes intervalos de tiempo, para analizar las variables de estudio y determinar si existen cambios en periodos específicos, por lo que termina siendo longitudinal.

3.2 La población y la muestra

3.1.1 Características de la población

La población estará constituida por los pacientes que padecen tuberculosis reciben tratamiento del recinto bola de oro, Cantón Pueblo Viejo el mismo que tiene un total de

20 pacientes, este dato ha sido proporcionado por el Estadístico de la Unidad Operativa. Además es importante expresar que la población es de tipo probabilística y de tipo finita.

3.1.2 Delimitación de la población

La población no será delimitada debido a que el número de participantes en este estudio es inferior a 100 por lo cual se tomara la totalidad de la población.

3.3 Los métodos y las técnicas

A continuación, se describe los métodos teóricos que serán utilizados en el desarrollo de la investigación; se utilizará el método inductivo para identificar características comunes, a través de la recolección de datos de un grupo de interés en específico para su respectiva evaluación, y de esta forma establecer un perfil conductual en los participantes que padecen dicha patología.

El método deductivo me permite extraer conclusiones lógicas, sobre las características demográficas, determinantes socioeconómicos y conductuales, que me permiten establecer patrones de conductas, condiciones de vida en los factores mencionados anteriormente.

Técnica para la recolección de datos se propuso la encuesta ya que esta será aplicada, a los pacientes que reciben tratamiento de tuberculosis atendidos en el recinto Bola de Oro cantón Pueblo Viejo, en esta encuesta se encuentran las interrogantes que fueron planteadas en base a los objetivos planteados en la investigación, donde recogió información referente a características demográficas como: edad, género, etnia; determinantes socioeconómicos como: escolaridad, ingresos económicos, transporte; determinantes culturales como: consumo de alcohol, tabaco, drogas, ejercicio así como las frecuencias de cada una de estas; como último punto describe el cumplimiento del tratamiento investigando sobre toma, cumplimiento y efectos adversos del tratamiento.

La técnica tiene como instrumento un cuestionario que está diseñado a través de una escala numérica de opción múltiple, que permita evaluar los factores demográficos, socioeconómicos y conductuales del grupo de interés, dicho cuestionario fue revisado y aprobado por validación de expertos sobre el tema los mismos que determinaron la validez, calidad y eficacia del cuestionario esto en base que las preguntas planteadas sean óptimas para la recolección de los datos que sean de calidad y no presente sesgo o errores para los resultados del estudio.

3.4 Procesamiento estadístico de la información

La información que se obtenga luego de haber aplicado los instrumentos de recolección de datos propuestos en la investigación va a ser procesado a través del software estadístico SPSS, este programa estadístico determine el insumo de cuadros que fueron proyectados en los resultados determinando la frecuencia y el porcentaje de cada uno de los indicadores que fueron valorados, este programa también proporciona datos para llevar a cabo la prueba de hipótesis que permitió determinar el grado de correlación de las variables planteadas en cada hipótesis, tomando en cuenta el análisis de los datos ingresados desde los instrumentos de recolección.

El Análisis correlacional definitivo, se valoró con el coeficiente Rho de Spearman el mismo que analizó las variables a medir de acuerdo al diseño de investigación técnicas e instrumentos analizados, la población participantes se determinó que la prueba de Shapiro – Will, es el indicador estadístico óptimo para determinar los resultados que valoren la correlación entre las variables planteadas y así se determinó que se acepta la hipótesis nula mientras que en el determinante conductual se rechazó la misma.

CAPÍTULO IV: Análisis e interpretación de resultados

4.1 Análisis de la situación actual

En el presente estudio se seleccionó la población total de la investigación; 20 participantes a los cuales se le aplicó un instrumento con la finalidad de correlacionar variables y probar hipótesis.

Características demográficas

Tabla 1: Edad del paciente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos a) Menos de 15 años	1	5,0	5,0	5,0
b) 15 - 20 años	2	10,0	10,0	15,0
c) 21 - 25 años	6	30,0	30,0	45,0
d) 26 - 30 años	7	35,0	35,0	80,0
e) 30 - 35 años	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Elaborado por: Lic. Gisselle Flores

Fuente: Instrumento realizada por el autor

En este grafico podemos observar que la edad predominante corresponde a 26 – 30 años con un 35%, y 21 a 25 años de edad con un 30% mientras que el grupo etario corresponde a menores de 15 años presento un porcentaje de 5%, debido a que en este tipo de patologías se ha evidenciado mayor nivel de contagio y transmisibilidad en la población adulta.

Tabla 2: Género de la población estudiada

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos a) Masculino	12	60,0	60,0	60,0
b) Femenino	8	40,0	40,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Elaborado por: Lic. Gisselle Flores

Fuente: Instrumento realizada por el autor

El género que predominó en este estudio fue el masculino con un 60% mientras que el femenino obtuvo un 40%. Podemos observar que la mayoría de nuestros participantes son varones, que padecían esta patología, podemos denotar en esta localidad la prevalencia tiene mayor relevancia en un género en específico.

Tabla 3: Etnia de la población estudiada

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos a) Mestizo	9	45,0	45,0	45,0
b) Montubio	8	40,0	40,0	85,0
e) Indígena	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Elaborado por: Lic. Gisselle Flores

Fuente: Instrumento realizada por autor

La etnia que predominó en este estudio fue la mestiza con un porcentaje de 45% mientras que la de menor predominio fue la indígena con un 15%, a nivel nacional la mayor parte de la población corresponde a esta etnia, mientras que por factores de discriminación, algunos habitantes siendo indígenas se autodenominan mestizos.

Determinantes Socioeconómicos

Tabla 4: El nivel de escolaridad de la población estudiada

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos a) Primaria	7	35,0	35,0	35,0
b) Secundaria	9	45,0	45,0	80,0
e) Ninguna	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Elaborado por: Lic. Gisselle Flores

Fuente: Instrumento realizada por autor

En el presente estudio el nivel de escolaridad de la población estudiada que sobresalió fue la secundaria corresponde al 45% y en menor proporción fue ninguna con un 20%. En las áreas rurales los centros educativos quedan en zonas alejadas a la misma, y genera un gasto económico acceder a una formación académica, por lo cual la mayoría solo alcanza el nivel secundario, ya que las universidades quedan en capitales de provincia y requiere un gasto mayor en movilización alimentación adicional a los gastos propios de cada carrera.

Tabla 5: Nivel de ingreso económico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos a) Bajo (Inferior a SBGU < \$450)	9	45,0	45,0	45,0
b) Medio (SBGU \$450)	11	55,0	55,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

*Elaborado por: Lic. Gisselle Flores
Fuente: Instrumento realizada por autor*

El nivel de ingreso económico que predominó fue el nivel bajo (inferior a SBGU < \$450) con un 55% y en menor proporción el nivel medio SBGU \$450 con un 45%, podemos evidenciar que el nivel económico de la población estudiada es bajo, en áreas rurales las fuentes de trabajo son principalmente la agricultura y la agropecuaria, el pago de jornal está por debajo del salario básico.

Tabla 6: Servicios Básicos de la población estudiada

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos b) Energía eléctrica	6	30,0	30,0	30,0
d) Solo a y b	6	30,0	30,0	60,0
d) Todas las anteriores	8	40,0	40,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

*Elaborado por: Lic. Gisselle Flores
Fuente: Instrumento realizada por autor*

En este estudio la mayoría de los participantes cuentan con los servicios básicos como agua, energía eléctrica y teléfono correspondiente a un 40% , mientras que los que manifestaron contar solo agua, energía eléctrica con un 30% cada uno, podemos denotar que a pesar de percibir un ingreso salarial bajo pueden cubrir necesidades esenciales como los servicios básicos, sin embargo servicios como el transporte o internet, que también son indispensables carecen en esta localidad.

Tabla 7: Hacinamiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
a)Si	11	55,0	55,0	55,0
Válidos b)No	9	45,0	45,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

*Elaborado por: Lic. Gisselle Flores
Fuente: Instrumento realizada por autor*

En el presente estudio los participantes en su mayoría viven en condiciones de hacinamiento correspondiente a un 55% mientras que las que no ocuparían un 45% esto va marcado debido a que predominan las familias numerosas, para llegar a esta conclusión se preguntó a cada uno de los participantes el número de personas y cantidad de cuartos en la vivienda.

Tabla 8: Lugar de vivienda de la población estudiada

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos b)Rural	20	100,0	100,0	100,0

*Elaborado por: Lic. Gisselle Flores
Fuente: Instrumento realizada por autor*

En este estudio se realizó en un recinto localizada en una zona apartada de la ciudad , el 100% de los participantes definió como el lugar donde vive una zona rural, la localidad estudiada se encuentra a unos pocos kilómetros del casco urbano, sin embargo se considera como área rural por sus habitantes.

Tabla 9: Transporte

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos a)Publico	20	100,0	100,0	100,0

*Elaborado por: Lic. Gisselle Flores
Fuente: Instrumento realizada por autor*

En este estudio, la totalidad de la población expresó que usa transporte público, debido al nivel socioeconómico, puesto que ninguno cuenta con vehículo propio, por lo para movilizarse utilizan este tipo de transporte.

Determinantes conductuales

Tabla 10: Consumo de alcohol

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos a) Si	13	65,0	65,0	65,0
b)No	7	35,0	35,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

*Elaborado por: Lic. Gisselle Flores
Fuente: Instrumento realizada por autor*

En esta investigación la mayoría de los participantes, manifestó que consumen alcohol corresponden al 65% y una minoría no consumen corresponden al 35%, podemos evidenciar la predominancia de hábitos nocivos del consumo de alcohol, como practica frecuente en los participantes.

Tabla 11: Frecuencia de consumo de alcohol

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos a) Una vez a la semana	3	23	23
b) Dos veces a la semana	7	53.8	53.8
c) Tres veces a la semana	2	15.3	15.3

d) Más de tres veces a la semana	1	7.6	7.6
Total	13	100,0	100,0

Elaborado por: Lic. Gisselle Flores
Fuente: Instrumento realizada por autor

En esta investigación la mayoría de los participantes que consumen alcohol manifestó que lo realizan dos veces a la semana, y una minoría más de tres veces a la semana, en esta localidad el consumo de estas sustancias, es habitual en los participantes, de preferencia los fines de semana.

Tabla 12: Consumo de tabaco

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
a) Si	5	25,0	25,0	25,0
Válidos b)No	15	75,0	75,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Elaborado por: Lic. Gisselle Flores
Fuente: Instrumento realizada por autor

En esta investigación, los participantes expresaron en mayor proporción que no consume tabaco corresponde a un 75%, se demostró que este hábito no es frecuente en la mayoría de los participantes de esta localidad, en comparación con el consumo de alcohol.

Tabla 13: Frecuencia de tabaco

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
a) Una vez a la semana	5	100,0	100,0
b) Dos veces a la semana	1	20,0	20,0
Válidos c) Tres veces a la semana	2	40,0	10,0
d) Más de tres veces a la semana	1	20,0	20,0
Total	1	20,0	20,0
	5	100,0	100,0

Elaborado por: Lic. Gisselle Flores

En la población estudiada dentro de los que consumen tabaco afirmaron que lo realizan dos veces por semana en mayor proporción corresponden al 40%, se evidenció que esta práctica es recurrente dos días en el transcurso de la semana que por lo general se realiza los fines de semana.

Tabla 14: Consumo de droga

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
a) Si	7	35,0	35,0	35,0
Válidos b)No	13	65,0	65,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Elaborado por: Lic. Gisselle Flores
Fuente: Instrumento realizada por autor

En este ítem se pudo evidenciar que la mayoría de la población estudiada no consume droga correspondiente al 65% mientras que la minoría afirmó que si consumía un 35%. Podemos evidenciar que este hábito nocivo no es propio de la mayoría de los participantes de esta localidad.

Tabla 15: Frecuencia de consumo de droga

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
a) Una vez a la semana	2	28.5	28.5
b) Dos veces a la semana	2	28.5	28.5
Válidos c) Tres veces a la semana	2	28.5	28.5
d) Más de tres veces a la semana	1	14,5	14,5
Total	7	100,0	100,0

Elaborado por: Lic. Gisselle Flores
Fuente: Instrumento realizada por autor

En el presente estudio se evidencio los participantes que la frecuencia de consumo de droga es de una vez a la semana, dos veces a la semana, y tres veces a la semana correspondiente al 28.5%, y solo una minoría evidenció más de tres veces a la semana correspondiente al 14.5%. Podemos denotar que la frecuencia de mayor relevancia varia pero es considerable teniendo en cuenta que la periodicidad de este hábito es nocivo par al salud y favorece los espacios de transmisibilidad y contagio puesto que no se utiliza medidas de bioseguridad mientras se consume.

Tabla 16: Práctica de ejercicio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos a) Si	6	30,0	30,0	30,0
b)No	14	70,0	70,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Elaborado por: Lic. Gisselle Flores
Fuente: Instrumento realizada por autor

En esta investigación la mayoría de los participantes manifestó que no practica ejercicio correspondiente a un 70% y una minoría realizaba esta práctica saludable correspondiente al 30%. Se pudo comprobar que los participantes de esta localidad no han adoptado este hábito saludable en su cotidianidad puesto que las largas jornadas de trabajo son extenuantes.

Tabla 17: Frecuencia de práctica de ejercicio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos a) Una vez a la semana	2	33,3	33,3
b) Dos veces a la semana	2	33,3	33,3
c) Tres veces a la semana	1	16,6	16,6
d) Más de tres veces a la semana	1	16,6	16,6
Total	6	100,0	100,0

Elaborado por: Lic. Gisselle Flores

Fuente: Instrumento realizada por autor

En esta investigación los participantes que afirmaron que realizaban ejercicio, la mayoría manifestó una vez a la semana, y dos veces a la semana correspondiente 33,3% y una minoría de tres veces a la semana, más de tres veces a la semana en un 16,6%. Se comprobó que aunque el tiempo que se le dedica a la práctica de ejercicio no es regular es importante destacar la presencia de la misma.

Tabla 18: Toma de tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos a) Si	20	100,0	100,0	100,0

Elaborado por: Lic. Gisselle Flores
Fuente: Instrumento realizada por autor

En esta investigación la totalidad de la población afirmo que se encuentra en tratamiento correspondiente al 100%, los participantes afirmaron reconocer la importancia de seguir el tratamiento hasta su culminación, puesto que prefieren evitar futuras complicaciones y por evitar el riesgo de contagio en su familia.

Tabla 19: Frecuencia de tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos b) Dos veces a la semana	2	10,0	10,0	10,0
c) Tres veces a la semana	3	15,0	15,0	25,0
d) Cuatro veces a la semana	3	15,0	15,0	40,0
e) Diariamente	12	60,0	60,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Elaborado por: Lic. Gisselle Flores
Fuente: Instrumento realizada por autor

En este estudio la frecuencia de tratamiento, está marcado principalmente la toma de medicamento diariamente correspondiente al 60% de acuerdo a lo estandarizado en la terapia, podemos evidenciar que existe un alto nivel de autocuidado y de adherencia a la misma por parte de los participantes.

Tabla 20: Horario de tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos a) Si	20	100,0	100,0	100,0

*Elaborado por: Lic. Gisselle Flores
Fuente: Instrumento realizada por autor*

La totalidad de los participantes afirmo cumplir con el horario del tratamiento su 100%. Correspondiente al horario está establecido las tomas en horas de la mañana en centro de salud más cercano, el cual afirmaron administrarse en ese tiempo establecido teniendo en cuenta los efectos adversos del mismo.

Tabla 21: Efecto adverso al medicamento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
a) Si	17	85,0	85,0	85,0
Válidos b)No	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

*Elaborado por: Lic. Gisselle Flores
Fuente: Instrumento realizada por autor*

La totalidad de los participantes afirmo haber sufrido efectos adversos en su 100%. Se demostró que luego de haber sido administrado el medicamento, los participantes presentaron efectos adversos horas después tales como: vértigo, epigastralgia y nauseas.

4.2 Análisis Comparativo

A nivel mundial, la tuberculosis constituye un problema de salud pública que ha causado mayor impacto principalmente en la población adulta de género masculino de estrato económico bajo, que favorece el abandono de la terapia antifélica teniendo en cuenta los factores sociodemográficos entre estos tenemos; sexo, edad, alcoholismo, y adicción a drogas ilegales. (Rivera, O; Benites, S.; Mendigure, J. y Bonilla, C. 2019)

Según el estudio de Tornero, A. M. R., & Recio, R. S. (2022) la crisis económica de un país es un factor que propicia incremento de desigualdades sociales y en salud y de esta manera promoviendo la migración, aumentan las probabilidades de desarrollar tuberculosis, entre otros aspectos el consumo de alcohol habitual como factor de riesgo para una adherencia inadecuada al tratamiento, en investigaciones anteriores el nivel bajo de escolaridad y la posición social influyen en la ausencia de la adherencia al tratamiento. En el presente estudio se evidenció que la mayoría de los participantes que padecen de tuberculosis corresponden a la población adulta del grupo etario de 26 a 30 años, predominando el género masculino, la etnia la mestiza, el nivel de escolaridad secundaria, el nivel de ingreso económico fue deficiente por debajo del salario básico unificado, dentro de su vivienda cuentan con servicios básicos sin embargo viven en condiciones de hacinamiento, viven en área rural, y no disponen transporte privado, respecto a práctica de hábitos; tenemos los tóxicos como el consumo de alcohol con una frecuencia de dos veces a la semana, en mayor proporción no consumen tabaco y quienes consumen lo realizan dos veces a la semana, prevalecen quienes no consumen droga y una minoría lo realiza con una regularidad de una, dos y hasta tres veces por semana mientras que la adopción de hábitos saludables como hacer ejercicio una mayoría manifestó no realizarlo y quienes expresaron lo contrario esta se realizaba con una

periodicidad entre una y dos veces a la semana, respecto a la terapia anti fímica todos los participantes aseguraron continuar con el tratamiento diariamente y que mientras estaban en el mismo presentaron efectos adversos.

Verificación de Hipótesis

Factores Socioeconómicos

Hipótesis

H^o: No existe la relación significativa entre nivel de ingreso económico en relación con la frecuencia del tratamiento antifímico en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022.

H_a: Existe relación significativa entre el nivel de ingreso económico en relación con la frecuencia del tratamiento antifímico en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022.

Nivel de significancia

A:: 0.7

Decisión

Se acepta la hipótesis nula, y se rechaza la hipótesis alternativa , debido a que el nivel de significancia es superior a 0,05.

Correlación de Spearman : - 0,89

Correlaciones

		NIVEL_INGRESO	FRECUENCIA_
		O	TRATAMIENTO
Rho de Spearman		1,000	-,089
	NIVEL_INGRESO		,709
		20	20
		-,089	1,000
	FRECUENCIA_TRATAMIEN		
	TO		,709
		20	20

Conclusión

Según el método Spearman se evidenció que existe una relación negativa inversa muy alta entre el nivel socioeconómico y frecuencia de tratamiento de tuberculosis, podemos concluir que el salario percibido mensualmente no influye en la administración del medicamento puesto que el mismo es gratuito en todos los centros de salud del país.

Factores conductuales

Hipótesis

H^o: No existe la relación significativa entre el consumo de alcohol en relación con la frecuencia del tratamiento antifímico en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022.

Ha: No existe la relación significativa entre el consumo de alcohol en relación con la frecuencia del tratamiento antifímico en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022.

Nivel de significancia

A :0.00

Decisión

Se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alternativa, debido a que el nivel de significancia es menor a 0,05.

Correlación de Spearman: 0,57

Correlaciones			CONSUMO_AL COHOL	FRECUENCIA_ TRATAMIENTO
Rho de Spearman		Coefficiente de correlación	1,000	,577**
	CONSUMO_ALCOHOL	Sig. (bilateral)	.	,008
		N	20	20
		Coefficiente de correlación	,577**	1,000
	FRECUENCIA_TRATAMIE NTO	Sig. (bilateral)	,008	.
		N	20	20

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

Conclusión

Según el método Spearman se evidenció que existe una relación positiva directa moderada entre el consumo de alcohol y la frecuencia del tratamiento antifímico en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022, en lo que se demostró que el consumo de estas bebidas espirituosas si afectan puesto que la toma de este medicamento es de una periodicidad diaria.

CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

Dentro de la información recabada en esta investigación se pudo determinar que los factores socioeconómicos más relevantes ,que influye en el abandono del tratamiento tenemos:: bajos ingresos económicos, escolaridad inconclusa o nula, vivir en condiciones precarias o de hacinamiento, escasez de servicios básicos, se identificó que la población adulta de género masculino y de etnia mestiza es una población que presentaa mayor vulnerabilidad ante esta enfermedad, Se evidenció que de la población estudiada un alto porcentaje tienen dependencia a las bebidas alcohólicas, cigarrillos y sustancias psicotrópicas

Como conclusión, podemos determinar los factores socioeconómicos y conductuales que condicionan la adherencia al tratamiento de tuberculosis, por esto es necesario evaluar el contexto social, demográfico, económico y conductual, al momento de iniciar el programa de tuberculosis en la comunidad basado principalmente en la prevención en grupos vulnerables y de riesgo y de esta manera reducir la transmisibilidad presente en individuos que viven en condiciones precarias o hacinamiento, así también diagnosticar de forma homogénea el resto de la población con la finalidad de evitar brechas en pacientes con sospecha de tuberculosis.

5.2 Recomendaciones

En base a lo analizado en este estudio se pone a consideración una serie de recomendaciones a tomarse en cuenta:

Ejecución de medidas preventivas en grupos vulnerables enfatizando en el autocuidado y los signos de alarma de tuberculosis.

Realizar seguimiento en los pacientes que cumplen con el perfil de riesgo.

Intensificar las campañas de promoción y prevención de tuberculosis con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento de esta patología.

Diseñar y realizar campañas de comunicación de la oferta de servicios de salud para los afectados por dicha patología como el programa de tuberculosis.

Asesoramiento eficaz y acompañamiento por parte del personal sanitario.

Referencias bibliográficas

1. Abreu, J. L. (2014). El Método de la Investigación Research Method. In Daena: International Journal of Good Conscience (Vol. 9, Issue 3).
2. Aguilar-Barojas, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. Salud En Tabasco, 11, 333–338. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48711206>
3. Aguirre-Dávila, E. (2000). La socialización como un Proceso Interactivo-Aguirre (2000) Related papers.
4. Anduaga-Beramendi, A., Maticorena-Quevedo, J., Beas, R., Chanamé-Baca, D. M., Veramendi, M., Wiegerring-Rospigliosi, A., Zevallos, E., Cabrera, R., & Suárez-Ognio, L. (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), 21–28. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Anguita, J. C. , Labrador, J. R. , Campos, J. D. , Casas Anguita, J. , Repullo Labrador, J., & Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. In Atención Primaria (Vol. 31, Issue 8). Elsevier. <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-encuesta-como-tecnica-investigacion--13047738>
6. Arango, M. A. C. (1993). Metodología de cuestionarios Principios y aplicaciones. Boletín de La ANABAD, 263–272.
7. Barrouillet, P. (2015). Theories of cognitive development: From Piaget to today. In Developmental Review (Vol. 38). <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.07.004>
8. Boldú, J. , Cebollero, P., Abu, J. , & Prado, A. D. (2007). Tratamiento de la tuberculosis pulmonar. In Anales Del Sistema Sanitario de Navarra, 30, 99–115.

9. Borrero, R., Álvarez, N., Reyes, F., Sarmiento, E., & Acosta, A. (2011). Mycobacterium tuberculosis: factores de virulencia. In VacciMonitor (Vol. 20, Issue 1). www.finlay.sld.cu/vaccimonitor.htm
10. Cáceres, F. D. M., & Orozco, L. C. (2007). Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. *Biomédica*, 27(4). <https://doi.org/10.7705/biomedica.v27i4.170>
11. Carvajal-Barona, R., Tovar-Cuevas, L. M., Aristizábal-Grisales, J. C., & Varela-Arévalo, M. T. (2017). Barreras asociadas a la adherencia al tratamiento de tuberculosis en Cali y Buenaventura, Colombia, 2012. In *Revista Gerencia y Políticas de Salud* (Vol. 16, Issue 32). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.baat>
12. Cecilia Navarro Quintero, Jaime Leonardo Rueda Rincón, & José Leonardo Mendoza Ojeda. (2013). Quintero, C. N., Rincón, J. L. R., & Ojeda, J. L. M. (2013). Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB. *Revista Ciencia y Cuidado*, 10(1), 19-27. *Revista Ciencia y Cuidado*, Quintero, C. N., Rincón, J. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB., 19–27.
13. Córdova R, Pacheco D. Factores que influyen en el abandono del programa de control de tuberculosis en algunos centros de salud de Arequipa. [Tesis para obtener el grado de Bachiller en Medicina.] Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 1996.
14. Conferencia de consenso. Documento de consenso sobre la prevención y control de la tuberculosis en España. *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 710-715.
15. Constituyente Asamblea. (2008). Constitución de la República del Ecuador.
16. Córdova R, Pacheco D. Factores que influyen en el abandono del programa de control de tuberculosis en algunos centros de salud de Arequipa. [Tesis para obtener el grado de Bachiller en Medicina.] Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 1996.

17. Culqui DR, Grijalva CG, Reátegui SR, Cajo JM, Suárez LA. Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18(1):14-20
18. Delgado García, G. (2010). Conceptos y metodología de la investigación histórica* Concepts and methodology of historical research. In *Revista Cubana de Salud Pública* (Vol.36, Issue 1). <http://scielo.sld.cu>
19. Dueñes, M., & Cardona, D. (2016). Factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis, Pereira, Colombia, 2012-2013. *Rev. Biomédica*, 36.
20. Farga V, Torres Z, Herrera M. Perfil del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento en Chile. *Rev Chil Enf Respir*. 2015;31:52-7.
21. Ferrer S, Galvano XK. Caracterización del paciente tuberculoso que abandona el tratamiento. [Tesis para obtener el grado de Bachiller en Medicina.] Concepción (Chile): Universidad de Concepción; 1997.
22. Franco, G. (2006). Tendencias y teorías en salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 119-130. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 119–130.
23. García Ramos, R., Lado, F. L., Túnez Bastida, V., Pérez Del Molino Bernal, M. L., & Cabarcos Ortiz De Barron, A. (2003). Tratamiento actual de la tuberculosis. In *Anales de Medicina Interna* (Vol. 20, Issue 2). <https://doi.org/10.4321/s0212-71992003000200011>
24. Garza-Velasco, R., Ávila-de Jesús, J., Perea-Mejía, L. M., Garza-Velasco, R., Ávila-de Jesús, J., & Perea-Mejía, L. M. (2017). Tuberculosis pulmonar: la epidemia mundial continúa y la enseñanza de este tema resulta crucial y compleja. *Educación Química*, 28(1),38–43. <https://doi.org/10.1016/j.eq.2016.09.009>

25. Golpe Gómez, A., Lado, F., Ortiz de Barrón, A. C., & Ferreiro Regueiro, M. (2002). Clínica de la tuberculosis. *Medicina Integral*, 39(5), 181–191. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-clinica-tuberculosis-13029944>
26. Grupo de Trabajo del PMIT. Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis (PMIT). *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 167-173.
27. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias. *Metodología de La Investigación*.
28. Hernández Sampieri, Roberto; Baptista Lucio, P., & Fernández Collado, C. (2016). *Metodología de la Investigación*. In McGraw-Hill Interamericana (Vol. 61).
29. Herrero, M. B., Arrossi, S., Ramos, S., & Braga, J. U. (2015). Spatial analysis of the tuberculosis treatment dropout, Buenos Aires, Argentina. *Revista de Saude Publica*, 49. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005391>
30. Jiménez GD, López PD, Medrano MJ, Valle MJ. Factores asociados al abandono de pacientes bacilíferos al programa de control de tuberculosis, Managua, Nicaragua, 1998-1999. Managua: Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES-UNAN); 1992.
31. Jonis-Jiménez, M., Guzman-Reinoso, R. S., Llanos-Tejada, F. K., Jonis-Jiménez, M., Guzman-Reinoso, R. S., & Llanos-Tejada, F. K. (2022). Síntomas depresivos, riesgo de abandono y mala adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis sensible en un centro de salud de Lima, 2016-2020. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 84(4), 297–303. <https://doi.org/10.20453/rnp.v84i4.4135>
32. Lado FL, Barrio Gómez E, Cabarcos Ortiz de Barrón A, Carballo Arceo E, Sánchez Leira J, Pérez del Molino ML, Antúnez López JR. Tuberculosis e infección por el virus de la

- inmunodeficiencia humana. Presentación clínica y diagnóstico. *An Med Interna (Madrid)* 1998; 15: 415-420.
33. Lado FL, Tuñez Bastida V, Golpe Gómez AL, Ferreiro Regueiro MJ, Cabarcos Ortiz de Barrón A. Tuberculosis extrapulmonar en nuestro medio. Formas de presentación. *An Med Interna (Madrid)* 2000; 17: 637-641.
34. Lengua RG. Factores socio-demográficos culturales que influyen en el abandono al tratamiento de tuberculosis de los pacientes en el Centro de Salud "El Progreso", Lima 1995 – 1996. [Tesis para obtener el grado de Licenciado en Enfermería.] Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1998.
35. Levin Torres Lebrato, Tania Martínez Paradela, Lay Torres Lebrato, & Zenaida Vicente Portales. (2018). Promoción y educación para la salud en la prevención de las infecciones respiratorias agudas Promotion and education for health in the prevention of acute respiratory infections. In *Humanidades Médicas* (Vol. 18, Issue 1).
36. López, P. L. (2004). POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO.
37. López, S. (2000). La salud en el contexto de la nueva salud pública. *Salud Pública de México*, 42(4), 370–372. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342000000400013>
38. María Mesén Arce, M., & Chamizo García, H. A. (2005). Los determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Estudio de un caso urbano, el cantón de Desamparados, Costa Rica. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de La Seguridad Social*, 13(1), 71–82. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592005000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es
39. Martínez Hernández, G. M., Varona Rodríguez, F. A., & Alvarez Aguilera, S. (1999). Tuberculosis infantil. Generalidades y clasificación. *Revista Archivo Médico de Camagüey*,

- 3(1), 0–0. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02551999000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=en
40. Martínez-Medina, M. A. (2004). Efecto del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) Sobre la Adherencia y la Tasa de Curación de la Tuberculosis Pulmonar. *Gaceta Medica de Mexico*, 140(1).
41. Mejía J, Carmona E. Abandono del tratamiento antituberculoso: factores asociados. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 1995;33(5):481–5.
42. Montero Mendoza, E., Zapata Martelo, E., Vázquez García, V., Nazar Beutelspacher, A., & Sánchez Pérez, H. J. (2001). Tuberculosis en la Sierra Santa Marta, Veracruz: un análisis desde la perspectiva de género. *Papeles de Población*, 7(29), 225–245. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252001000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
43. Morán López, E., & Lazo Amador, Y. (2001). Tuberculosis. *Revista Cubana de Estomatología*, 38(1), 33–51. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=
44. Palmero, Domingo J., Lagrutta, Laura, Inwentarz, Sandra J., Vescovo, Marisa, Aidar, Omar J., & González Montaner, Pablo J.. (2022). Tratamiento de la tuberculosis drogorresistente en adultos y niños. Revisión narrativa. *Medicina (Buenos Aires)*, 82(1), 117-129.
45. Queiroz, E. M. de, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo, M. C., Ferreira, K. R., & Bertolozzi, M. R. (2012). Tuberculosis: limitations and strengths of Directly Observed Treatment Short-Course. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(2). <https://doi.org/10.1590/s0104-11692012000200021>
46. Ramón Heredia-Navarrete, M., Puc-Franco, M., Caamal-Ley, Á., & Vargas-González, A. (2012). Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán, México. <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb122336.pdf>

47. Ramos, E. P., Yanet, L., Rodríguez, R., Loyola, M. P., Ramos, P., Rojas, E., Ly, R., Loyola, P., & La, M. (2018). HISTÓRICO ARTÍCULO DE REVISIÓN La Tuberculosis a través de la Historia: un enemigo de la humanidad Tuberculosis through history: an enemy of mankind. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2058>
48. Rivera, O., Benites, S., Mendigure, J., & Bonilla, C. A. (2019). Abandonment of therapy in multidrug-resistant tuberculosis: Associated factors in a region with a high burden of the disease in Perú. *Biomedica: Revista Del Instituto Nacional de Salud*, 39(Supl. 2). <https://doi.org/10.7705/biomedica.v39i3.4564>
49. Sousa, G. J. B., Garces, T. S., Pereira, M. L. D., Moreira, T. M. M., & da Silveira, G. M. (2019). Temporal pattern of tuberculosis cure, mortality, and treatment abandonment in Brazilian capitals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3019.3218>
50. Soza Pineda, N. I., Pereira, S. M., & Barreto, M. L. (2005). Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(4). <https://doi.org/10.1590/s1020-49892005000400008>
51. Tinto, V. (1989). Definir la deserción: Una cuestión de perspectiva. *Revista de Educación Superior*, 18(71).
52. Tornero, A. M. R., & Recio, R. S. (2022). Tuberculosis y factores socioeconómicos en la población española: una revisión sistemática. *Revista española de salud pública*, (96), 76.
53. Torres-Miranda, T. (2020). En defensa del método histórico-lógico desde la Lógica como ciencia. <https://orcid.org/0000-0003-0660-7009>

Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad Estatal de Milagro

Dirección de Posgrado.

Maestría en Salud Pública

Lic. Gisselle Flores Martínez responsable del Proyecto

Dirección Calle A y Q. Babahoyo. Los Ríos. Ecuador. Tel.

Correo electrónico: gfloresm2@unemi.edu.ec

Título de la investigación: Determinantes de riesgo socioeconómicos y conductuales en relación con el cumplimiento de la terapia antifúngica en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Universidad Estatal de Milagro, como institución académica nacional pública creada el 14 de junio de 1969 en Milagro conjuntamente con la Dirección Distrital 12D02 de la República del Ecuador, basados en las altas tasas de Abandono de tratamiento que presentan los pacientes que padecen de tuberculosis del Recinto bola de Oro de la parroquia San Juan de la ciudad de Pueblo Viejo, con la finalidad de establecer los determinantes de riesgo socioeconómicos y conductuales en relación con el cumplimiento de la terapia antifúngica en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo Viejo, se está realizando una investigación que nos lleve a plantear programas o instrumentos que nos permitan disminuir la el cumplimiento del tratamiento antifúngico en los pacientes con tuberculosis.

A nivel nacional, actualmente no existen estudios de este tipo, y en esa ciudad ninguno, es por esto que se investigan los determinantes de riesgo socioeconómico y conductual de los pacientes y desertores del tratamiento. Esta investigación se la realiza mediante la aplicación de un instrumento diseñado por el investigador y validado por expertos, el mismo que contiene 20 preguntas que investigan los conocimientos previos en salud de los participantes.

El objetivo del estudio es:

Establecer los determinantes de riesgo socioeconómicos y conductuales en relación con el cumplimiento de la terapia antifúngica en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022.

Descripción del problema que se va a estudiar:

Determinantes de riesgo socioeconómicos y conductuales en relación con el cumplimiento de la terapia antifúngica en los pacientes con tuberculosis del recinto Bola de Oro, cantón Pueblo viejo. Julio – diciembre 2022.

Variables Personales: Cumplimiento de la terapia antifúngica

Variables Contextuales: Socioculturales, parentales, económicas, institucionales.

- Tiene pertinencia realizar este estudio, ya que, con los resultados del mismo, podremos disminuir la el cumplimiento del tratamiento antifúngico en los pacientes con tuberculosis de tratamiento de tuberculosis. El beneficio será social porque disminuirémos la resistencia bacteriana presente en pacientes desertores del tratamiento, y científico porque contribuye a mejorar el programa de tuberculosis implantado por el Ministerio de Salud Pública

Cuántas personas participan en el estudio.

- Como profesional investigador responsable participará Lic. Gisselle Flores Msc. para la aplicación del instrumento. Para el análisis de resultados un especialista en estadística
- Personal directo que participa en la investigación, pacientes que reciben tratamiento y desertores del recinto Bola de Oro.

En qué lugar y condiciones se hará la aplicación del instrumento

- La encuesta se aplicará a pacientes que reciben tratamiento y desertores. Se ha determinado un tiempo máximo de aplicación del instrumento entre julio – diciembre 2022
- La aplicación del instrumento se lo hará en la comunidad el día en que acuden a su reunión, sin que se necesite tiempo adicional ni que interfiera con su normal estilo de vida

Procedimiento del estudio:

- Si usted acepta participar en el estudio, se le aplicará una encuesta que tiene una duración aproximada de 15 minutos.
- Será una entrevista personal con el investigador para determinar los factores socioeconómicos y culturales y saber si éstas influyen en la el cumplimiento del tratamiento antifúngico en los pacientes con tuberculosis del tratamiento.

Beneficios:

- Si usted acepta participar en el estudio, recibirá un beneficio directo de los resultados del estudio, participar en el programa de capacitación sobre tuberculosis.
- La información obtenida en este estudio podría ayudarnos en el futuro a mejorar el programa de tuberculosis y disminuir la el cumplimiento del tratamiento antifímico en los pacientes con tuberculosis de tuberculosis, prevenir los casos de resistencia bacteriana como consecuencia de la deserción del mismo.

Riesgos:

- El presente estudio podría representar un riesgo social para usted, al invadir su privacidad con las preguntas del cuestionario.

Responsabilidades del paciente:

- Usted debe participar en las encuestas, respondiendo con responsabilidad y sinceridad las preguntas formuladas. Debe consultar con el evaluador sobre los temas que no estén claros para usted.

Confidencialidad

- La información obtenida en esta investigación, será confidencial en la extensión que permita la ley. Todos sus datos serán codificados y sólo tendrán acceso a la información de sus datos personales el responsable de la investigación, siendo ellos considerados como custodios oficiales del proceso de investigación.
- Sólo el Profesional Especialista Responsable y su equipo de investigación sabrán que usted está participando en el estudio.
- Si los resultados de este estudio son publicados, usted no será identificado por el nombre.

Participación Voluntaria y retiro:

- Su participación en este estudio es voluntaria. Su decisión de participar o no en el estudio no afectará sus derechos para recibir atención médica u otro servicio de salud. Usted no está renunciando a ningún derecho como participante en este estudio. Si usted decide participar, puede retirar su consentimiento y discontinuar su participación en cualquier momento.

Acuerdo:

El participante:

- He leído (o alguien ha leído para mí) la información anteriormente provista. Se me ha dado la oportunidad de preguntar, y todas mis inquietudes han sido respondidas satisfactoriamente. Esta firma indica que he decidido participar habiendo entendido toda la información relacionada con el estudio.

El investigador responsable:

- "Yo he explicado personalmente la investigación al participante o al representante legal del mismo y he respondido a todas las preguntas que él/ella ha formulado. Yo creo que él/ella entiende la información descrita en este formulario de consentimiento informado y consiente libremente participar en el estudio."

Personas a contactar:

Si tiene cualquier pregunta acerca de este estudio o acerca de lo que debe hacer en caso de que sienta alguna molestia durante el estudio, puede comunicarse con la Lic. Gisselle Flores Martinez. al teléf. 0997056763

Terminación del estudio

- El presente estudio se dará por terminado cuando finalice la aplicación de la encuesta, que será en un tiempo aproximado de 20 minutos.
- La recolección de datos se realizará desde julio hasta diciembre del año 2022. El análisis de los datos obtenidos se realizará en los meses subsiguientes, para terminar en el primer semestre del 2023.

Se solicita la autorización del participante para que los resultados obtenidos en este estudio, puedan ser utilizados con fines investigativos.

Aceptación.

SU FIRMA (O HUELLA DIGITAL) INDICA QUE USTED HA DECIDIDO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE EN ESTE ESTUDIO HABIENDO LEIDO (O ESCUCHADO) LA INFORMACION ANTERIOR.

UNEMI
UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

¡Evolución académica!

@UNEMIEcuador



