

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

**Drogadicción y alcoholismo asociado al abandono del tratamiento
antituberculoso en redes de servicios de salud Chimbote y Nuevo
Chimbote**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO
CIRUJANO**

AUTOR

Bach. Zavaleta Rodriguez, Luis Eduardo

ASESOR

MC.ESP. More Valladares, Armando Deivi

ORCID: 0000-0002-5708-1660

Nuevo Chimbote – Perú

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

REVISADO Y V° B° DE:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Armando Deivi", is written over a horizontal line.

M.C. ESP. More Valladares, Armando Deivi

DNI: 40665865

ORCID: 0000-0002-5708-1660

ASESOR

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

REVISADO Y V° B° DE:

Mc.Mg Salazar Ramirez, Ricardo Segundo

PRESIDENTE

DNI:16703360

ORCID: 0000-0002-8941-7368

Mc. Mg. Pérez Luján, Lorenzo Emilio

SECRETARIO

DNI: 41483225

ORCID:0000-0002-8315-9943

M.C. ESP. More Valladares, Armando Deivi

INTEGRANTE

DNI: 40665865

ORCID: 0000-0002-5708-1660

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN DE LA TESIS


En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el Avda magna 2 de la E.A.P de Medicina Humana, siendo las 18:30 horas del día 24 de febrero, dando cumplimiento a la Resolución N° 045-2025-UNS-FC, se reunió el Jurado Evaluador presidido por Mc. Esp. Ricardo Salazar Ramírez, teniendo como miembros a Mc. Esp. Lorenzo Perez Luján (secretario) (a), y Mc. Esp. Deivi Armando More Valladares (integrante), para la sustentación de tesis a fin de optar el título de Medica Cirujano realizado por el, (la), (los) tesista (as)

Zavaleta Rodriguez Luis Eduardo, quien (es) sustentó (aron) la tesis intitulada: "Drogadicción y Alcohólicismo asociado al Abandono del Tratamiento Antituberculoso en Redes de servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote"

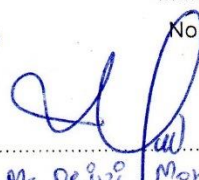
Terminada la sustentación, el (la), (los) tesista (as)s respondió (ieron) a las preguntas formuladas por los miembros del jurado.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como Aprobada asignándole un calificativo de dieciseis (16) puntos, según artículo 112° del Reglamento General de Grados y Títulos vigente (Resolución N° 337-2024-CU.-R-UNS).

Siendo las 19:30 horas del mismo día se dio por terminado el acto de sustentación firmando los miembros del Jurado en señal de conformidad


Nombre: Mc Ricardo Salazar Ramirez
Presidente
ORCID: 0000-0002-8941-7368
ONZ: 16703360


Nombre: Mc Lorenzo Perez Luján
Secretario
ORCID: 0000-0001-9118-3988
ONZ: 32816855


Nombre: Mc Deivi More Valladares
Integrante
ORCID: 0000-0002-5708-1660
ONZ: 40665865

Distribución: Integrantes J.E (), tesistas () y archivo (02).





Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por **Turnitin**. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Luis Zavaleta
Título del ejercicio: Tesis pregrado
Título de la entrega: Drogadiccion y Alcoholismo asociado al abandono del tratamiento antitubercu...
Nombre del archivo: Tesis_-Zavaleta_Rodriguez_Luis.pdf
Tamaño del archivo: 1.75M
Total páginas: 82
Total de palabras: 23,706
Total de caracteres: 123,856
Fecha de entrega: 06-feb.-2025 07:08p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 2581644203

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



"Drogadicción y Alcoholismo asociado al Abandono del Tratamiento
Antituberculoso en Redes de Servicios de Salud Chimbote y Nuevo
Chimbote"

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO
CIRUJANO

AUTOR

Bach. Zavaleta Rodriguez, Luis Eduardo

ASESOR

Mc.Mg. More Valladares, Armando Deivi

ORCID: 0000-0002-5708-1660

Nuevo Chimbote - Perú

2025

Drogadiccion y Alcoholismo asociado al abandono del tratamiento antituberculoso en las Redes de Servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	6%
2	repositorio.uns.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1%

DEDICATORIA

A *Dios*, por brindarme la vida, salud y fortaleza para enfrentar cada día las diversas dificultades y las cuales están reflejadas en el cumplimiento de mis metas profesionales.

A mi *padre Presiliano*, inolvidable, amado y ejemplo a seguir, el cual me guio a través de sus consejos y protege, estes donde estes, tu presencia cada día crece en mi alma y en cada paso que doy. A ti te debo lo que soy.

A mi *madre Alcira*, amorosa e insuperable, la cual me brinda cariño, paciencia, apoyo y consejos, sobre todo valor para seguir adelante.

A mis queridas hermanas *Jenny* y *Ana*, que siempre se encuentran brindándome aliento, valor, amor y unión familiar para seguir progresando en cada meta que me propongo.

A mi *tía Maruja*, por su apoyo incondicional y su amor, que a pesar de estar lejos de mi hogar siempre vela por mi bienestar.

AGRADECIMIENTO

A mi padre, a pesar que ya no estas físicamente conmigo, sé que en cada logro que alcanzo siento tu presencia. A mi madre, gracias por tus palabras de aliento, cariño, amor incondicional a través de tus enseñanzas han sido fuente de mi inspiración e inagotable fuerza para seguir adelante.

A mi asesor, el Dr. Armando Deivi More Valladares agradecerle por permitirme guiarme por medio de su experiencia y conocimiento la elaboración de mi tesis desde el primer momento se comprometió con mucha responsabilidad hasta la culminación de la misma.

A la Universidad Nacional del Santa y Redes de Servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote, el cual nos facilitaron y autorizaron recopilar la información necesaria para que se desarrolle la tesis por medio de la búsqueda de historias clínicas.

A mis docentes de pregrado los cuales compartieron sus conocimientos y experiencias, así mismo gracias por sus exigencias contribuyeron a mi formación profesional.

INDICE GENERAL

RESUMEN.....	XII
ABSTRACT.....	XIII
CAPITULO I: INTRODUCCION	14
1. DESCRIPCION Y FORMULACION DEL PROBLEMA	14
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	17
3. FORMULACION DE HIPOTESIS	18
4. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA	18
5. LIMITACIONES.....	20
CAPITULO II: MARCO TEORICO	21
1. ANTECEDENTES	21
2. MARCO CONCEPTUAL.....	29
CAPITULO III: METODOLOGIA.....	41
1. MATERIALES	41
2. METODOS	44
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION	55
1. RESULTADOS	55
2. DISCUSION	66
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	71
1. CONCLUSIONES.....	71
2. RECOMENDACIONES	73
CAPITULO VI : REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	74
CAPITULO VII : ANEXOS	80
ANEXO 1 : Calculo del Tamaño de Muestra	80
ANEXO 2 : Instrumento.....	81
ANEXO 3: Constancia de Aprobación por el Comité de Ética	83
ANEXO 4: Carta de Presentación en Red de Salud Pacifico Sur	84
ANEXO 4: Carta de Presentación en Red de Salud Pacifico Norte.....	85
ANEXO 5: Base de Datos y resultados en SPSS.....	86

INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD CHIMBOTE Y NUEVO CHIMBOTE DURANTE EL 2014 - 2023.....	56
TABLA N° 2: PROPORCIÓN DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD DE CHIMBOTE Y NUEVO CHIMBOTE PERIODO 2014-2023.....	57
TABLA N° 3: PROPORCIÓN DE LA DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO DE PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD CHIMBOTE Y NUEVO CHIMBOTE PERIODO 2014-2023.....	58
TABLA N° 4: FRECUENCIA CON Y SIN DIAGNOSTICO DE DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO EN PACIENTES QUE SI ABANDONARON Y LOS QUE NO ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD CHIMBOTE Y NUEVO CHIMBOTE PERIODO 2014-2023.....	59
TABLA N° 5: FRECUENCIA DE DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO DE PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO POR CADA ESTABLECIMIENTO DE SALUD PERTENECIENTE A LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD CHIMBOTE Y NUEVO CHIMBOTE PERIODO 2014-2023.....	61
TABLA N° 6: ANÁLISIS BIVARIANTE DE DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO; Y LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS EN RELACIÓN CON EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD DE CHIMBOTE Y NUEVO CHIMBOTE PERIODO 2014-2023.....	62
TABLA N° 7: ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LA DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO; Y LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS EN RELACIÓN CON EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD DE CHIMBOTE Y NUEVO CHIMBOTE PERIODO 2014-2023.....	64

INDICE DE FIGURAS

GRAFICA N.º 1: PROPORCIÓN DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD DE CHIMBOTE Y NUEVO CHIMBOTE PERIODO 2014-2023.....	58
GRAFICO N.º 2: PROPORCIÓN DE LA DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO ASOCIADO AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD CHIMBOTE Y NUEVO CHIMBOTE PERIODO 2014-2023.....	59
GRAFICO N.º 3: FRECUENCIA CON Y SIN DIAGNOSTICO DE DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO EN PACIENTES QUE SI ABANDONARON Y LOS QUE NO ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD CHIMBOTE Y NUEVO CHIMBOTE PERIODO 2014-2023.....	60

RESUMEN

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad y un problema de salud pública por el abandono del mismo tratamiento. Mientras que la drogadicción y el alcoholismo alteran la conciencia también contribuye al abandono de muchas de sus responsabilidades por cambios de comportamiento, poniendo en riesgo la vida y por condición de paciente con tuberculosis; es una situación contraproducente, ya que ambas situaciones deprimen su salud, interrumpiendo su tratamiento. **Objetivo:** Determinar la asociación entre la drogadicción y el alcoholismo con el abandono del tratamiento antituberculoso en las Redes de Servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote. **Materiales y Métodos:** De carácter observacional, analítico, de tipo retrospectivo siendo un total 885 pacientes, 295 fueron casos mientras el otro grupo de 590 fueron controles. Se realizó el análisis bivariado por medio del Chi cuadrado con OR para poder evaluar las hipótesis planteadas y determinar la posible asociación. También se efectuó el análisis multivariado más regresión logística binaria con OR ajustado a un IC 95%, ya que hay la existencia de covariables. **Resultados:** Por medio del análisis estadístico de las variables, el Chi cuadrado fue $X^2 = 75.98$ con un $p=0.000$ y un riesgo OR= 3.69, por lo cual es estadísticamente significativa es decir si existe asociación entre la drogadicción y el alcoholismo con el abandono del tratamiento antituberculoso. **Conclusión:** Se evidenció que el presentar el diagnóstico de drogadicción y alcoholismo aumenta el riesgo de hasta 3.6 veces más en el abandonar el tratamiento antituberculoso en las Redes de servicios de Salud de Chimbote y Nuevo Chimbote.

Palabras Clave: Drogadicción, alcoholismo, tuberculosis, abandono de tratamiento antituberculoso

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis is a disease and a public health problem due to the neglect of the same treatment. While drug addiction and alcoholism alter consciousness, they also contribute to the neglect of many of their responsibilities due to behavioral changes, putting their lives at risk and due to the condition of a patient with tuberculosis; it is a counterproductive situation, since both situations depress their health, interrupting their treatment..**Objectives:** To determine the association between drug addiction and alcoholism with the abandonment of anti-tuberculosis treatment in the Chimbote and Nuevo Chimbote Health Service Networks.**Materials and Methods:** Observational, analytical, retrospective study with a total of 885 patients, 295 were cases while the other group of 590 were controls. Bivariate analysis was performed using the Chi square with OR to evaluate the hypotheses and determine the possible association. Multivariate analysis plus binary logistic regression with OR adjusted to a 95% CI was also performed, since there are covariates. **Results:** Through statistical analysis of the variables, the Chi square was $X^2 = 75.98$ with a $p = 0.000$ and a risk OR = 3.69, which is statistically significant, that is, there is an association between drug addiction and alcoholism with the abandonment of anti-tuberculosis treatment. **Conclusion:** It was shown that presenting a diagnosis of drug addiction and alcoholism increases the risk of abandoning anti-tuberculosis treatment by up to 3.6 times in the Health Service Networks of Chimbote and Nuevo Chimbote.

Keywords: Drug addiction, alcoholism, tuberculosis, abandonment of anti-tuberculosis treatment

CAPITULO I: INTRODUCCION

1. DESCRIPCION Y FORMULACION DEL PROBLEMA

La tuberculosis representa una enfermedad altamente contagiosa, pero que se puede prevenir y curar, pero a pesar de ello sigue siendo un problema de salud pública debido a las altas tasas de casos encontrados a nivel mundial. En el año 2022, se reportó que la tuberculosis es la segunda enfermedad más importante del mundo en causar la muerte, siendo después del coronavirus (COVID-19) la enfermedad con más altas tasas de mortalidad. Así mismo se ha visto que más de 10 millones de personas siguen enfermando de tuberculosis cada año, por lo que se debe tener diferentes acciones de manera urgente para poner fin a esta epidemia, siendo en el 2030 uno de los objetivos adoptados por la ONU y la OMS. (Organization, 2023)

Sin un tratamiento adecuado la tasa de mortalidad de la tuberculosis se incrementa alrededor del 50%. Por ello la OMS recomienda actualmente cumplir el tratamiento estandarizado (6 meses) el cual alrededor del 85% de estas personas con tuberculosis pueden curarse. También es necesario que la cobertura sanitaria sea universal para así poder garantizar el tratamiento completo y adecuado. Así mismo a través de acciones multisectoriales se puede lograr la disminución de casos especialmente en factores determinantes como pobreza, desnutrición, VIH, DM, consumo de drogas, tabaquismo y alcoholismo. (Organization, 2023)

A nivel del continente americano, en el año 2022, se calcula que hay 325000 de nuevos casos de tuberculosis y se ha notificado 239 987 (74%) por lo cual significa que tiene un 4% más en comparación con el año 2021. (Americas, 2022)

Durante el año 2020 en el Informe Regional de las Américas 2021 refiere que, en el Perú, la proporción de casos concomitantes de pacientes con Tuberculosis y covid-19 es de 4.1%, lo resaltante es que durante la pandemia de COVID-19, los servicios de salud que brindaban el manejo en contra la Tuberculosis ha sido afectada debido a las medidas de confinamiento ya que los pacientes tenían miedo hacer contagiados, así como la atención ha tenido otra redirección, por lo tanto, se refleja en la falta de prevención y control de la Tuberculosis a nivel Regional. Así mismo se ha identificado que hay múltiples determinantes sociales que influyen

en la posibilidad de contraer TBC estos son la condición socioeconómica de los pacientes y factores individuales, dentro del programa de atención de TBC se encontró que el 12,9% son pacientes que fuman tabaco, 11,3% son alcohólicos y 9,3% son drogadictos, los cuales se deben tener en cuenta para enfrentarlo realizando un trabajo interrelacionado con áreas de salud mental e intersectorial que cuente con el apoyo social. (Salud, 2021)

La OMS actualmente define que el abandono del tratamiento de la Tuberculosis es la interrupción por 2 meses seguidos o más. Pero en el Perú lo considera a la no asistencia de recibir tratamiento contra la tuberculosis por 30 días seguidos o más. Esta situación en los últimos años se ha incrementado, pues se ha visto que la evolución de la enfermedad es grave ya que afecta a nivel físico, así como la posibilidad de que se produzca resistencia bacteriana y por ende la muerte. Todo ello también se refleja que se siga propagando la infección y afecte a una comunidad. (MINSa, 2018)

En el Perú hay muchos factores que se interrelacionan que afectan al abandono del tratamiento antituberculoso los cuales pueden ser reflejados en el medio económico, cultural y social, la comorbilidad, el mismo tratamiento farmacológico y sus características, así como los servicios de salud y personal de atención. Por ello para tener un buen control del tratamiento antituberculoso es importante asegurar que sea regular y completo desde el inicio oportuno del proceso de la enfermedad. En regiones como el Callao, Lima, La Libertad, Ancash y Tumbes el abandono al tratamiento antituberculoso estuvo por encima del 10%. (MINSa, 2018)

Por otro lado, en el Perú, hay una cantidad reducida de estudios en donde se evalúa la relación entre la tuberculosis y el consumo de drogas junto con el alcoholismo, pero eso no significa que no exista tal relación ya que ambos si constituyen un problema grave para la salud pública, pues están presentes en la población peruana, así mismo se ha observado que cuando hay un consumo excesivo de alcohol esto afecta la salud del paciente porque es más vulnerable sobre todo a malnutrición e infecciones como es la tuberculosis. Un paciente que sufre de alcoholismo principalmente ignora y abandona muchas de sus responsabilidades hay un cambio de comportamiento, por lo que pone en riesgo su vida, situación

contraproducente de forma dramática ya que deprimen su salud interrumpiendo su tratamiento e imposibilita su pronta recuperación. (Oblitas, 2009)

Con respecto la drogadicción es un factor de riesgo y un problema de salud pública ya que se han observado grupos vulnerables de pacientes sobre todo jóvenes que adicionado de sufrir la tuberculosis presentan también el riesgo latente de consumir sustancias psicoactivas, el cual produce alteración de la conciencia y generando una fuerte intensidad en su comportamiento, ya que tienen un consumo altamente adictivo siendo esta una situación muy común en estos pacientes. Todo ello afecta negativamente en el tratamiento contra la tuberculosis e incrementa el abandono del mismo. Por lo que se debe actuar inmediatamente mediante estrategias sanitarias oportunas y supervisadas. (Karen Ramos Zambrano, 2019)

Por lo tanto, es importante mencionar que el principal problema u obstáculo en la lucha contra la tuberculosis es el abandono del mismo tratamiento, a pesar de que exista un manejo amplio a través de los diferentes esquemas. Todo ello se refleja en la disminución de su eficiencia cuando hay la participación de factores de riesgo los cuales producen fracasos terapéuticos y generan mayor resistencia bacteriana, así como el contagio más prolongado en el tiempo convirtiéndose en una amenaza global y principal problema de salud ya que no se erradica esta enfermedad oportunamente. (Olga Muñoz Roca, 2023)

En nuestra localidad actualmente se viene dando un crecimiento urbano-urbano marginal, ya que en estos últimos 10 años la migración de extranjeros y creación de nuevas poblaciones de asentamientos humanos han ido en aumento desmesurado, siendo un factor de riesgo importante que contribuye al crecimiento de los altos porcentajes de casos de contagios por tuberculosis, así también de otros factores como son la pobreza, el hacinamiento y los hábitos nocivos como el consumo de alcohol y drogas también son determinantes que influyen en el abandono del tratamiento antituberculoso. Como bien sabemos al interrumpir el tratamiento representa un obstáculo para un adecuado control y disminuye la eficacia de la estrategia sanitaria del programa de tuberculosis e incrementa la resistencia bacteriana a los fármacos, dando como resultado casos de Multidrogoresistencia afectando de manera significativa en la salud de la población.

Considerando que es de gran preocupación el aumento de porcentaje del abandono del tratamiento antituberculoso, el cual representa muchas barreras para el control y prevención de esta enfermedad, es por ello que se planteara el siguiente problema de investigación donde es importante determinar si: ¿Existe asociación entre drogadicción y alcoholismo con el abandono del tratamiento antituberculoso en las Redes de Servicio de Salud de Chimbote y Nuevo Chimbote periodo 2014-2023

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

2.1 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la asociación entre la drogadicción y el alcoholismo con el abandono del tratamiento antituberculoso en las Redes de Servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote periodo 2014-2023.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes que recibieron tratamiento antituberculoso en las Redes de Servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote periodo 2014 -2023.
- Identificar la proporción de abandono del tratamiento antituberculoso en las Redes de Servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote periodo 2014-2023.
- Describir la proporción de la drogadicción y alcoholismo de pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso en las Redes de Servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote periodo 2014-2023.
- Describir las diferencias en la frecuencia con y sin diagnóstico de drogadicción y alcoholismo en pacientes que si abandonaron y los que no abandonaron el tratamiento antituberculoso en las Redes de Servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote periodo 2014-2023.
- Describir la frecuencia de drogadicción y alcoholismo de pacientes que recibieron tratamiento antituberculoso por cada establecimiento de salud

perteneciente a las Redes de Servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote periodo 2014-2023.

- Determinar la asociación entre las características sociodemográficas con el abandono del tratamiento antituberculoso en las Redes de Servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote periodo 2014-2023.

3. FORMULACION DE HIPOTESIS

• HIPOTESIS NULA (H0)

No existe asociación entre drogadicción y alcoholismo con el abandono del tratamiento antituberculoso en las Redes de Servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote periodo 2014-2023.

• HIPOTESIS ALTERNA (Ha)

Si existe asociación entre drogadicción y alcoholismo con el abandono del tratamiento antituberculoso en las Redes de Servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote periodo 2014-2023.

4. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

La presente investigación tiene como objeto de estudio el abandono del tratamiento de la tuberculosis, lo cual representa uno de los mayores obstáculos en el control de la enfermedad considerada altamente contagiosa, como bien sabemos que en la actualidad según datos estadísticos de la incidencia y prevalencia de casos en nuestro país, mantienen números altos y nos reportan como el segundo país con mayor casos en toda la región de las Américas, siendo un problema de Salud Pública que afecta a la población.

A nivel Regional de Ancash la tasa de abandono de tratamiento en el año 2021 es 5.25% lo cual significa que está por encima del 5% de lo objetivo principal que es la recuperación del paciente con tuberculosis, esto debido a muchos factores de riesgo principalmente como son la drogadicción y alcoholismo; así mismo en la ciudad de Chimbote y Nuevo Chimbote también cada año se presenta un aumento

de casos siendo hasta el mes de Marzo con un total de 86 casos registrados en el Hospital La Caleta y 84 casos en la Red Pacifico Sur, hay que tener en cuenta que actualmente la densidad de la población se ha incrementado por la migración extranjera y la nueva creación de asentamientos humanos, por lo tanto también es pertinente abordar este estudio, por presentar grandes focos de infección en ese tipo de zonas ya que esta enfermedad es altamente contagiosa, así también para recopilar datos y de esa manera lograr reconocer si los dos factores de riesgo posibles como son la drogadicción y alcoholismo verdaderamente intervienen en el abandono del tratamiento antituberculoso, pues se ha visto que ambos forman parte de los hábitos nocivos que presentan los pacientes, sobre todo durante todo el proceso de su recuperación y también verificar si hay otros factores de riesgo que determinen la continuación del tratamiento antituberculoso.

Por tanto, los resultados de esta investigación brindaran información científica que será útil a futuros profesionales de la salud, la cual les ayudara a implementar estrategias o medidas de seguimiento a todos los pacientes con diagnóstico de tuberculosis, evitando así el incremento de contagios de la enfermedad y abandono de su tratamiento, ya que al prolongar el periodo de trasmisión se incrementa la morbimortalidad del enfermo con tuberculosis al ocasionar deterioro de su salud, al hacerlo susceptible a otras infecciones y riesgo de estimular mecanismos de resistencia bacteriana dando lugar a la multidrogoresistencia.

La importancia de este estudio radica principalmente porque brindará información y datos exclusivos de la realidad local de todos los pacientes que reciben tratamiento en los establecimientos de salud pertenecientes a las Redes de Servicios de Salud de Chimbote y Nuevo Chimbote. Por medio del Programa Nacional contra la Tuberculosis (PCT) permitirá tener una mejor orientación y un adecuado control, así se pueda intervenir a tiempo en el manejo integral de los factores de drogadicción y alcoholismo e incluso en algunos otros factores ligados al individuo que en conjunto deberían ser restaurados y beneficiosos para la salud de los pacientes que están en pleno proceso de la enfermedad brindándole la confianza, la recuperación e incluso la curación total, respecto en los esquemas de manejo que son amplios y puedan concluirse de forma exitosa con el control oportuno en el cumplimiento del tratamiento antituberculoso en la población de la ciudad de Chimbote y Nuevo Chimbote.

5. LIMITACIONES

La principal limitación que presentó la investigación fue el difícil acceso a la revisión de las historias clínicas por el contenido de información sensible del grupo de pacientes sometidos a tratamiento antituberculoso, la cual presentó un largo proceso de carácter burocrático de cada establecimiento de salud perteneciente a las Redes de Servicios de Salud de Chimbote y Nuevo Chimbote.

Otra limitación que se presentó fue que las historias clínicas encontradas reflejaban un deterioro físico por lo cual dificultó la recolección de datos, en otras la letra era poco legible, así como la ausencia de datos incompletos sobre todo de algunas variables de estudio, pero a pesar de ello se utilizó los registros de Excel por ejemplo para obtener la información necesaria.

Por otro lado, por ser un estudio retrospectivo la limitación que se presentó fue que los datos que se recopilaron provenían de una fuente secundaria que en este caso fueron las historias clínicas por medio de una ficha de recolección de datos retrospectivos en tanto que no fue lo mismo que entrevistar al paciente.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

1. ANTECEDENTES

1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En la investigación de Perlaza CL., Cruz Mosquera FE. et. al, Colombia, durante el 2023, realizaron un estudio de casos y controles en donde se consideró a pacientes > 18 años, con diagnóstico de TBC entre el periodo de enero 2016 a 2018 y que abandonaron el tratamiento por \geq a 1 mes. La población fue de 224 pacientes distribuidos en 112 que si abandonan el tratamiento y los otros 112 lograron completarlo. Las variables de estudios fueron sociodemográficas; factores clínicos; y por último factores de servicios de salud. Como resultados se obtuvo que a nivel sociodemográfico la mayoría eran hombres 70%, y < 40 años en 56%; a nivel de afiliación seguro de salud social el 77% es subsidiado mientras el resto a ningún seguro. Para establecer la asociación fue por mediante análisis bivariado. Finalmente, lo que se obtuvo fueron como factores principales asociados al sexo masculino (OR= 2,2; IC95% 1,1-4,5); la edad < 40 años (OR=2,2 IC95% 1,2-4,2), por ser población vulnerable (OR=3; IC95% 1,6-5.8), no tener seguro de salud (OR=5,3; IC95% 2,2-12,3) y no realizarse la prueba para descarte de VIH (OR=5,1; ic95% 1,5.17,8). Como conclusión, lo principal que se destacó fue que el abandono del tratamiento antituberculoso si se encuentra asociado e influenciado por factores tanto a nivel individual y los servicios de salud por lo cual se refleja en la no adherencia al tratamiento. (Claudia Perlaza, 2023)

Los investigadores Muñoz O. A y Moreno A.J.et al, Ecuador, durante el 2023, realizaron un estudio donde sus objetivos fueron determinar la frecuencia en el abandono del tratamiento de tuberculosis asi como los factores que intervienen al fracaso. La metodología utilizada de estudio fue de carácter descriptivo y retrospectivo obteniendo datos de las historias clínicas de pacientes pertenecientes al programa de TBC durante los años 2019-2022, teniendo 108 pacientes. Como resultados se obtuvieron que el 13% abandonaron el tratamiento de los cuales el 31% son >50 años y el 12% son <18 años, hombres representa 69%, también se observó que hay un aumento de la tasa de abandono hasta el 43% en el 2021 ya que el año 2020 solo era el 14%. Otro dato importante es que la mayoría de personas 57% abandona el tratamiento en la fase I y el 6% en la fase II; en cuanto a reacciones adversas el 43% presento efectos gastrointestinales; 25% consumió alcohol y 19%

uso de drogas; factor socioeconómico 44% a nivel de educación primario y un sueldo básico 56%. La conclusión fue que el abandono antituberculoso se debe a múltiples factores siendo el más afectado y frecuente en hombres >50 años y que está asociado al consumo de alcohol y drogas; así como también efectos negativos gastrointestinales debido a los medicamentos. (Olga Muñoz Roca, 2023)

Las investigadoras Barrera L. y Paucar M. et al, Ecuador, durante el 2021, realizaron un estudio de carácter descriptivo y cuantitativo con una población de 20 pacientes y para recolectar datos el uso de un cuestionario. Los resultados que se obtuvieron fue el 50% nivel de educación primaria, 25 % en la pobreza, también el 70% de reacciones adversas por el uso múltiples de medicamentos en uso prolongado y 74% en el consumo de sustancias nocivas (alcohol y drogas) limitan el tratamiento por lo que abandonan el mismo. La conclusión que llegaron fue los factores personales como el nivel educativo primario, nivel económico bajo; efectos negativos por el consumo de medicamentos como rash, daño gastrointestinal; los factores ambientales como el alcoholismo y tabaquismo, la dificultad para el acceso del programa de tratamiento si son participes todos para propiciar el abandono del tratamiento por medio de las estrategias DOTS ya que hay mayor frecuencia en los casos de pacientes estudiados. (Remache Agualongo, 2021)

Los investigadores Araujo L., Becerra G. et al, Brasil, durante el 2023, realizaron un estudio en donde su objetivo fue determinar cuál factor tenía más participación y efecto en todo el país con respecto al abandono de la terapia contra la TBC. Se utilizó revisiones sistemáticas y de metaanálisis mediante base de datos como Bireme, PubMed, Scopus, Medline, OPS, LILACS; principalmente entre el 2016 a 2021 siendo estudios de casos y controles, de cohortes. Los resultados de la búsqueda se encontró 248 artículos de los cuales 9 cumplieron con los criterios de inclusión siendo 7 estudios de cohorte retrospectivos y 2 cohorte prospectivos. Destaco que la muestra más pequeña tenía 148 pacientes y el más grande 77.212, así mismo de acuerdo al grupo etario más frecuente es 19 a 49 años con predominio de pacientes hombres. Dentro de los factores de riesgo si se encontró asociación al abandono del tratamiento contra la tuberculosis como el uso de drogas ilegales (OR=2; IC95%; 1-6,1); fármacos no inyectables (OR=3; IC95%; 1,3-6,8); fumar (OR=1,9; IC95%; 1,5-2,4; p 0,001), VIH (OR=1,9; IC95%; 1,0-3,7; p=0,028), bajo nivel educativo (OR=2,5; IC95%; 1,1-5,8), vivienda en zona marginal (RR=1,3;IC95%; 1,05-1,6). Lo que concluyeron fue la coinfección por VIH, factores socioeconómicos, tabaquismo,

drogas ilegales se asoció significativamente con el tratamiento de antituberculoso además la esta revisión revela la necesidad de realizar más estudios para lograr menores tasa de deserción y así se pueda cumplir con los objetivos globales así como el uso de estrategias para mejorar la política inclusiva de la población local. (Larissa Araujo, 2023)

En la investigación por Kimani E., Muhula S. et al, Kenia, durante el 2021, realizaron un estudio donde buscaron los factores sociodemográficos y clínicos que interrumpen el tratamiento contra la tuberculosis siendo 292 pacientes en los años 2016-2019. Los datos estudiados se obtuvieron por medio de un formulario de forma retrospectiva, con frecuencia y porcentajes, las variables se ajustó al modelo de proporción de Cox para estimar los factores de riesgo asociados a la interrupción del tratamiento antituberculoso, se utilizó la curva de Kaplan-Meir para el análisis del tiempo hasta el abandono del tratamiento en la población en fase intensiva, tanto a nivel univariado como multivariado. Como resultado se obtuvieron la mayoría era hombres (68%) y entre la edad de 24 a 35 años representaron el 35%, con respecto al éxito del tratamiento alcanzo solamente el 66,8% donde el 34,6% son curados; completo 32,2% y el 60,3% se encontraban en fase intensiva, siendo los factores de ausencia de conocimiento y el lugar de reubicación de la vivienda se asocian más a la interrupción del tratamiento..Lo que se concluyó es que para disminuir el abandono del tratamiento antituberculoso se debe mejorar el programa de salud fortaleciendo la educación de los pacientes acerca de todos los peligros de salud en la interrupción de esa manera se logre garantizar el termino y curación absoluta de esta enfermedad. (Evelyn Kimani, 2021)

1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

La investigadora Zevallos M. et al; Lima-Perú; durante el 2017, realizó un estudio metodológicamente retrospectivo tipo casos y controles en proporción 1:2, apareado por la edad, sexo y establecimiento de salud siendo 285 casos y 580 controles utilizando regresión logística y calculando el OR con IC 95%. Los resultados que los factores de abandono del tratamiento contra la TB fueron: a nivel femenino (OR 1.5/1.0-2.3); vivir en domicilio < 5 años (OR 2/1.5-2.9); secundaria (OR2.5/1.8-3.4);trabajo/ingreso inestable (OR:1.4/1-2), alcoholismo (OR:2.5/1.7-3.7); tabaquismo (OR:2.6/1.7-4); no evaluación por personal médico (OR:8.01/2.1-30.8); irregularidad >3 veces(OR:2.6/1.0-7.0) y la no asistencia después de 1era visita (OR:

5.2/2.0-6.1).La conclusión fue que se debería tener un enfoque multidisciplinario que integre e individualice para que se mejore el cumplimiento del tratamiento contra la TB empezando de forma regular con las visitas domiciliarias. (Zevallos, 2017)

La investigadora Curisinche M. Et al, Lima-Perú, durante el 2021, realizó un estudio metodológicamente de nivel nacional y retrospectivamente tipo cohorte registrados del MINSA con la prueba de χ^2 , de regresión logística y OR crudo y ajustado. Los resultados que se obtuvo fue 29646 casos en donde se incluyó a 26659 con una tasa de éxito 85.8%, abandono 7.8% e irregularidad de 14.9% siendo aquellos factores que se asocian al abandono los siguientes: no contar con seguro de salud (OR 1.13; IC 95% ;1.28) no tolerancia al tratamiento, proceder de otras regiones como el oriente (OR 1.6; IC 95% ;1.90), problemas de consumo de alcohol (OR 2.8; IC 95%; 3.20) y drogas (OR :2.75; 3.1), consumo de cigarrillo (OR 2.11; IC 95% ; 2.40); no tolerancia al tratamiento (OR:3.25; IC 95% ; 4.55); irregularidad en 1era fase de tratamiento (OR 9.4 ; IC 95% ; 8.5) y en la 2da fase (OR11.9; IC 95% ;13.2) y tener condición de ingreso de abandono recuperado (OR 3.2; IC 95% ; 4.56). La conclusión que se logro fue la identificación de factores a nivel demográfico y clínicos si están asociados al éxito abandono e irregularidad del tratamiento para la TB y por ende se recomienda medidas directas y específicas para tener control adecuados en los resultados de la terapia contra la tuberculosis. (Maricela, 2021)

El investigador Barrientos A. et al; Lima – Perú; durante el 2024, realizó un estudio con una muestra de 84 pacientes utilizando una metodología de tipo retrospectivo con 42 casos y 42 controles. Los resultados que se logró obtener con asociación estadística significativa con respecto a factores de abandono fue a nivel masculino (OR:2.4,IC:1.68-8.7), falta de apoyo familiar (OR:2.01; IC:1.4-3.4), estado laboral desempleado (OR:2.8, IC: 1.0-7.4), drogadicción (OR:3.0,IC:1.0-7.4) y alcoholismo (OR:2.9,IC:1.0-3.7); por otro lado como factor protector se logró tener en cuenta a la variable empleo (OR:0.4;IC:0.2-1.0).La conclusión fue que los factores de riesgo para el abandono del tratamiento de TB que se asociaron de forma significativa fue el sexo masculino, falta de apoyo familiar, ser desempleado, la drogadicción y el alcoholismo; y solamente como factor protector ser empleado. (Barrientos, 2024)

La investigadora Carrasco S. et al; Lima-Perú; durante el 2023, realizó un estudio metodológicamente retrospectivo con 46 casos y 92 controles, como instrumento se utilizó un documento ad hoc Los resultados de riesgo de abandono que se obtuvieron fue sexo masculino (OR:9.1;IC: 3.9-21), drogadicción (OR:8.07,IC:1.6-40),

excesivo tiempo de espera con respecto atención médica (OR:4.1; IC:1.9-9.0), cantidad de fármacos excesiva (OR:4.0; IC:1.9-8.6). La conclusión que indico fue son los factores a nivel sociolaboral los que se encuentran mayormente como predictores de riesgo y luego en 2do lugar el consumo de sustancias nocivas. (Carrasco, 2023)

La investigadora Sinchi G. et al, Lima Perú; durante el 2020; realizó un estudio analítico, transversal tipo caso – control con una muestra de 275 individuos con el diagnóstico de TB. Los resultados obtenidos que en el abandono del tratamiento se logró evidenciar fue un aumento de pacientes femeninos con 60.9% (OR:2.0 ; IC: 1.2 -3-3), con secundaria completa (OR:1.33; IC: 1.19-2.55), ausencia de información (OR: 2.30; IC: 1.37-3.87); accesibilidad disminuida (OR:2.24;IC: 1.3-3.7); consumo de alcohol (OR:3.66;IC 2.09-6.42), consumo de tabaco (OR2.69; IC: 2.02-5.57), drogadicción (OR: 3.1; IC: 1.8-5.3); tener VIH (OR:1.06;IC: 1.4-3.5). La conclusión que si logro identificar la asociación entre factores a nivel demográfico, barrera y comorbilidad con respecto al abandono de la terapia contra la tuberculosis en el esquema I. (Sinchi, 2020).

La investigadora Valle C. et al, Lima-Perú; durante el 2019, realizó un estudio de carácter analítico, de 60 casos y 60 controles se recopiló datos retrospectivamente por conveniencia a través de una ficha de recolección de datos. Los resultados que se logro encontrar con significancia para el abandono fue factores a nivel sociodemográfico como grado de instrucción primaria y secundaria (OR:7.3; IC:2.5-20; P:0.00) y la irregularidad asistencia >5 días (OR:0.14; IC: 0.06-0.32, P:0.00), consumo de drogas (OR:1.0;IC:0.36-2.72; P:1.0) y consumo de alcohol(OR:0.6; 028-1.36;P:0.24).La conclusión fue que si existen factores de riesgo para abandonar el tratamiento de TB los cuales están a nivel sociodemográfico asi como los factores ligados al tratamiento por tener asociación significativa mientras que por otro lado el factor personal no se encontró asociación. (Valle, 2019)

El investigador Cárdenas R. et al, Lima-Perú, durante el 2024, realizó un estudio de casos y controles con una población de 75 pacientes de los cuales 25 fueron casos >15 años que abandonaron el tratamiento y otro grupo de 50 que si cumplieron con éxito el esquema. Los resultados obtenidos por grupo etario abarco entre 15 a 90 años con la mediana de 32, siendo más frecuente en los varones (68%). Se logro identificar

diversos factores la falta de tolerancia al mismo tratamiento (OR=11; IC95%; 1.68-42,5), uso de drogas (OR=6.3;95%; 1.9-20.7), falta de apoyo a nivel familiar (OR:7.88; IC95%;2.31-27,4), comorbilidad (OR=5.6; IC95%,1,6-19.5) y nivel educativo primario (OR=10.9; IC95%;3,4-34,2), para el análisis multivariado por cada variable de estudio si fueron significativas a excepción de la comorbilidad. La conclusión que se llegó fue que los factores de riesgo que si se asocian para el abandono del tratamiento antituberculoso son el consumo de droga, falta de tolerancia al mismo tratamiento, falta de apoyo de los familiares y nivel educativo primario así mismo también son los más frecuentes y que la proporción de abandono del tratamiento es elevada. (Renato, 2024)

Los investigadores Olivera J., Meza M. et al, Lima-Peru, durante el 2023, realizaron un estudio de casos y controles retrospectivamente siendo el número de 52 y 104 respectivamente, se analizó los datos por medio del cálculo de Odd ratios (OR), teniendo como resultados a los factores de riesgo educación primaria (OR 3,94); desempleo (OR 3,69), consumo de drogas (OR 3,5) siendo muy significativo en comparación de los demás. Se concluyó que si son factores asociados de riesgo el nivel educativo primario, no apoyo familiar, uso de drogas es un factor psicosocial y el antecedente ya de haber recibido tratamiento es el mayor riesgo de abandono de tratamiento antituberculoso. (Johana Olivera, 2023)

La investigadora Astuvilca W. et al, Lima-Peru, durante el 2022, realizó un estudio de tipo cuantitativo, transversal, retrospectivo, correlacional utilizando historias clínicas como fuente de información y aplicando una ficha para recolectar los datos y un cuestionario, los pacientes fueron 52 pertenecientes al programa de TBC, se usó prueba de chi cuadrado para la asociación de las variables, la fórmula V de Cramer. Dentro de los resultados se obtuvo que la mayoría era hombres (73%, V=0,34), nivel de educación fue secundaria incompleta (18%, V=0,42), en jóvenes adultos (55%, V=0,36), consumo de alcohol (73%, V=0,06), no tenían conocimiento de la enfermedad (73%,0,03) y apoyo de la familia (81%, V=0,06). Se concluyó que de los factores de carácter biosociocultural si están asociados al abandono del tratamiento de TBC, pero también, la que no se asoció de forma significativa fue el factor de ingreso económico. (Wendy, 2021)

En la investigación de Carlos A. et al, Lima-Perú, durante 2022, realizó un estudio de carácter retrospectivo, de casos con pacientes con TBC que si abandonaron el tratamiento y controles como pacientes que no abandonaron el tratamiento; se utilizó la regresión logística, análisis multivariable, OR, fueron una población de 148 pacientes siendo 37 casos y 111 controles. Los resultados que se obtuvieron a través del análisis multivariable, regresión logística del alcoholismo y drogadicción fue (OR=55.6;IC95%;13.9-222.1,p< 0.001) y el grupo etario de 18-29 años (OR=9.04,IC95%;2.1-37.4,P=0.002) se asociaron de forma significativa al abandono del tratamiento contra la TBC; por otro lado se observa que la variable sexo masculino se obtiene (OR=2.83;IC95%;0.55 -14.57,P=0.212) y nivel educativo con secundaria no completa se obtiene (OR=1.1;IC95%;0.31-3.89,P=0.87) por lo tanto no se encontró significancia con respecto al abandono del tratamiento. Se concluyo que la drogadicción y alcoholismo si son factores de riesgo que conllevan al abandono del tratamiento contra la TBC. (Victor, 2022)

Los investigadores Huamán E. y Llanos F. et al, Lima-Perú, durante 2021, realizaron un estudio donde se caracterizó de 50 casos y 100 controles, se utilizó pruebas de chi cuadrado, T de student y odds ratio con regresión logística. Los resultados que se obtuvo a través del análisis bivariado fue el nivel educativo primario (OR=2,1;1,15-3,8), consumo de alcohol (OR=5.14;1.87-1.41), dependencia de medicamento (OR=5,14;1.2-13.5), no se presenta a la primera cita (OR=3,19; 1,36-7,5) y ausencia de conciencia de enfermedad (OR=3,8;1.78-8.23) los cuales son factores de riesgo. Mientras para ser factores de protección son la actitud positiva del paciente (OR=0.067; 0,023-0,19), la visita en más de 3 veces a la vivienda (OR=0.08; 0.03-0.19). También mediante el análisis multivariado se encontró las variables del consumo de alcohol, no presentarse a la primera cita y ausencia de conciencia de enfermedad son catalogados como factores de riesgo con un (p<0.001) mientras que para ser factores de protección se encontró la psicoterapia individual, visitar más de 3 veces a la vivienda con un (p<0.001). Se concluyo que si existen factores de riesgo que se asocian al abandono contra la TBC en relación al servicio de salud siendo uno de ellos la psicoterapia de cada individuo y cuando no se realizado las visitas en más de 3 visitas a la vivienda. (Elyana Huaman Ramos, 2021)

En la investigación de Tito S. et al, Lima-Perú, durante el 2020, realizó un estudio en donde se caracterizó por ser de tipo analítico, de corte transversal, retrospectivo. Se tomo en cuenta para la recolección de datos las historias clínicas de 98 pacientes que

tenían el diagnóstico de TBC atendidos en el año 2019, de los cuales estuvieron divididos en 49 casos y 49 controles. Como resultado de este estudio fue que la mayor cantidad de pacientes que abandonan su tratamiento fueron jóvenes adultos con un 53.06% y con un (OR=2.82; 1,22-6,5), son de sexo masculino el 63,2% y con un (OR=2,2; 1,02-5,1), nivel educativo primario el 57,1% y con (OR=9,5;3,4-26,6), en desempleados el 36,7% y con un (OR=8,9;2,41-32,8), consumo de alcohólico el 34,6% y con un (OR=8,1; 2,20-30,1) y no tener factores de barrera el 51% sin presentación de significancia. Se concluyo que si hay asociación entre los factores demográficos y socioeconómicos asi como la existencia de comorbilidades, ya que representan un factor de riesgo para el abandono del tratamiento contra la TBC ya que hay diferencia significativa entre las variables, pero por otro lado se logró establecer que aquellos factores de barrera no presenta asociación importante para el abandono del tratamiento contra la TBC. (Rengifo, 2020)

Los investigadores Caballero D. y García K. et al, Trujillo-Perú, durante el 2023, realizaron un estudio metodológicamente descriptivo, no experimental, relacional con una población de 363 pacientes utilizando las historias clínicas, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado, prueba de Fisher y el Odds Ratio para encontrar la relación significativa entre la interrupción y los factores. Los resultados que se obtuvieron fue la mayoría era hombres (24.3%), el 19,3% eran >30 años, nivel educativo primaria alcanzo 32,1%, sufrían de diabetes el 22,9% y VIH de 31,6% que interrumpieron el tratamiento asi como el consumo de sustancias como alcohol y droga. Como conclusión el estudio refiere que si hay un riesgo bastante significativo los cuales son el sexo masculino, consumir drogas ilícitas y alcohol asi como ser paciente de diabetes o VIH por lo tanto está asociada al abandono del tratamiento contra la tuberculosis. (Caballero Franco Daniel, 2023)

2. MARCO CONCEPTUAL

Drogadicción

De acuerdo al NIDA (2019) se define como una enfermedad crónica que se caracteriza por la demanda y la forma compulsiva sin control de una droga, sin la importancia de tener consecuencias graves. Al inicio los individuos en cuanto al uso de las drogas son voluntaria, pero cuando es repetitivo las drogas producen cambios a nivel cerebral afectando el autocontrol del individuo y se manifiesta cuando interviene en la dificultad para resistir los deseos intensos en el consumo. (Samanta, 2023)

La sociedad Médica Americana de Adicción definen también a la drogadicción como una enfermedad de carácter crónico y neurobiológico con presencia de factores a nivel social y ambiental en donde se caracteriza por problemas en el control del uso de drogas de forma compulsiva, continua a pesar del daño y craving. (DSM-5, 2014)

La OMS refiere que las drogas son todas aquellas sustancias químicas que al ser introducidas en el cuerpo por medio de cualquier vía de administración estas ocasionan alteración a la función natural del mismo de forma que modifica el estado de conciencia, el ánimo o incluso los pensamientos del individuo. (Boyle, 2023) Hay de diversa índole como las que son utilizadas en la medicina para el manejo de enfermedades, pero hay otras que se usan de forma recreativa o abusiva generando efectos nocivos para la salud así como a nivel familiar y social. (Samanta, 2023)

De acuerdo a la peligrosidad de las drogas, teniendo en cuenta los efectos en los pacientes ya sea en el comportamiento, la generación de dependencia y el grado tóxico se clasifican como: alucinógenos, son aquellas que actúan en el SNC ocasionando alucinaciones y ensueños como la marihuana; depresores, que disminuyen el SNC por lo que hay un retardo de la respuesta a nivel corporal y psíquica como codeína y morfina; estimulantes, que activan al SNC hay una aceleración de la función psicológica y fisiológica como la anfetamina y cocaína. (Boyle, 2023)

Para la población de drogadictos hay múltiples factores de riesgo que participan en su desarrollo la cual esta influenciado por la misma biología del paciente, como el sexo masculino donde hay más casos ante la presencia de antecedentes de trastornos mentales ocasionando más susceptibilidad a la adicción; el medio ambiente es otro factor esto incluye el entorno donde se vive, la familia y amistades así como el estado socioeconómico bajo, el abuso sexual o físico así como la accesibilidad para adquirir las drogas de forma fácil incrementa esta condición; y por último el factor etapa de desarrollo sobre todo en la adolescencia la cual es muy difícil aunque es importante recalcar que si se presenta de forma más temprana el ser drogadicto entonces se incrementara la probabilidad del progreso para el abuso de consumo de drogas. (Abuse, 2008)

Las consecuencias principales del consumo de drogas en exceso se instalan a nivel individual como las biológicas ya que afecta la salud fisiológica y mental en algunos casos daños irreversibles e incluso la muerte cuando se consume al mismo tiempo cantidades abundantes de las drogas; sus efectos psicológicos se manifiestan progresivamente en las actitudes de sí mismo afectando su autoestima con pérdida de autoconfianza, hay descuido de higiene e incluso puede pensar en el suicidio. Por otro lado, a nivel social hay consecuencia microsociales y macrosociales; los primeros se relacionan al entorno familiar, académico, trabajo y amistades con la pérdida de pertenencia a tales grupos sociales hay aislamiento, hay conductas de delinquir para adquirir las drogas así como la pérdida de interés de estudio; a nivel macrosocial afecta aspectos socioeconómicos, y por otro lado hay un incremento en el abandono de la rehabilitación en ciertas enfermedades mortales por la situación de adicción permanente. (CONALTID, 2015)

En el diagnóstico para considerar a pacientes que sufren de dependencia a sustancias en el ámbito de la drogadicción van a presentar patrones patológicos que se reflejan en el comportamiento los cuales se mencionaran a continuación y son 4 grupos criterios y solamente bastaría con que se presente 2 ítems en cualquier criterio para el diagnóstico en un tiempo de 12 meses previamente:

- **Control Deficitario para el consumo de sustancias:** Dentro de ellos son que el paciente consume abundantes cantidades de drogas por un tiempo más prolongado; la existencia persistente de los deseos de dejar el consumo de drogas así como esfuerzos que fallan para hacerlo.

- **Deterioro Social:** la afectación negativa en el cumplimiento de los deberes a nivel laboral y familiar, el paciente sigue consumiendo, aunque le genere problemas sociales o interpersonales por el efecto de las sustancias.
- **Consumo de Riesgo:** hay un riesgo físico por el consumo recurrente de sustancias; a pesar de tener un problema físico o psicológico permanente.
- **Farmacológico:** Asociado a la necesidad del consumo cada vez mayor de las sustancias nocivas para obtener la intoxicación o el efecto deseado; y por último la abstinencia.

Es importante establecer que de acuerdo a los síntomas que se presente se asociara a la gravedad del cuadro siendo de carácter leve cuando hay de 2 a 3 síntomas; moderado si hay 4 o 5 síntomas y grave si hay más de 6 síntomas. (DSM-5, 2014)

Alcoholismo

Se puede definir como una enfermedad recidivante, crónica y según la DSM-IV se basa en el consumo repetido sin la importancia de los efectos adversos del alcohol y la dependencia intensa en la necesidad de beber cada día más así como la presencia de la sensación persistente al malestar por la suspensión del consumo de alcohol. (García, 2014)

Para describir el consumo de alcohol de los pacientes se mide por medio de los gramos de alcohol consumidos o en términos de bebidas estándar muy utilizado para lograr calcular el consumo de alcohol en diversos ámbitos como en emergencias de hospitales, centros salud primario. La OMS refiere que 1ml contiene 0.785g de alcohol puro siendo las bebidas estándar 13g de alcohol. Así mismo se ha establecido diversas definiciones para categorizar el consumo de alcohol y considerar el alcoholismo en los individuos es empezando por el “consumo de riesgo” como un patrón de consumo medio regular diario de acuerdo al género de 20-40g/dl en mujeres y hombres entre 40-60g/dl el cual produce consecuencias perjudiciales para la salud así como 28 UBEs/sem en hombres y 17 UBEs/sem en mujeres, si este hábito es persistente; por otro lado si se habla de “Consumo Perjudicial” es un patrón de consumo regular diario de >40g/dl en mujeres y >60g en hombres en donde hay afectación en salud física así como a nivel mental y la “Dependencia del alcohol” en donde hay predominancia central en el deseo poderoso y la dificultad para el control del consumo de alcohol teniendo efectos a nivel conductual, cognitivo y fisiológico

siendo el uso del alcohol más importante en comparación a otras actividades y obligaciones. (OMS, 2008)

Los 4 síntomas que incluyen el alcoholismo son: el deseo compulsivo por beber que puede ser de tal magnitud como la necesidad de comer; la pérdida de control es decir la no capacidad de una vez iniciado la acción de dejar de beber; la dependencia física reflejado en náuseas, sudoración, ser ansioso por haber dejado de consumir alcohol y por último la tolerancia que se asocia a la necesidad de querer beber en cada oportunidad más con la finalidad de sentirse con euforia. (MINSA, Modulo de Atención Integral en Salud Mental, 2005)

Los factores de riesgo en el alcoholismo son los ambientales que abarca a la actitud con respecto a la bebida y la disponibilidad del alcohol, la experiencia que se adquiere antes las amistades influyen progresivamente al consumo y abuso del mismo; los factores genéticos y fisiológicos cuando se asocia a nivel familiar entre un 40 a 60% es frecuente con parientes cercanos es de 3 a 4 veces más e incluso en casos de hermanos gemelos tienen una tasa elevada de casos, la impulsividad o la presencia de un trastorno de psicótico también influye en el desarrollo de esta afección. (DSM-5, 2014)

En el diagnóstico del alcoholismo es necesario la anamnesis y la clínica, además es necesario valorar la cantidad y la frecuencia ingestión de alcohol esto se puede obtener por medio de un cuestionario así como pruebas. La anamnesis se identifica la existencia de un trastorno conductual, problemas de familia, social y legal mientras que la exploración física se busca una alteración somática que oriente sobre el abuso de consumo de alcohol junto con la clínica que evidencie los efectos propios. Los cuestionarios de screening, dentro de ellos se tienen al CAGE que presenta 4 ítems con S: 65-100% y E:80-100% siendo positivo si 2 de las preguntas son afirmativas a nivel de la atención primaria de la salud; otro de los cuestionario es el AUDIT con 10 ítems que se refieren al consumo de alcohol durante el último año con una puntuación de 0 a 40 puntos lo cual permite poder discernir el consumo de riesgo, el uso perjudicial y la dependencia. (Enriqueta Ochoa Mangado, 2009)

Tuberculosis

La tuberculosis se define como aquella enfermedad infecciosa producido por el bacilo de Koch el cual es una bacteria aeróbica, intracelular que se logra transmitir por las vías respiratorias, ataca a los pulmones principalmente en un 86%, pero logra extenderse a otros órganos cuando la condición suele asociarse por coinfección por VIH. (Diaz, 2020)

Epidemiológicamente la tuberculosis representa casi la cuarta parte de la población del mundo contagiada y la gran mayoría son países de bajos recursos e ingresos, sin embargo, la tuberculosis está en todo el mundo. En el año 2019 la OMS reporto que le nivel de casos de tuberculosis ha aumentado principalmente en el Sudeste asiático con 44%; África con 45% y el Pacífico Occidental con 18% mientras que por otro lado con menor incidencia las regiones de Mediterráneo Oriental con 8.2%; América con 2,9% y Europa 2,5%. La incidencia de tuberculosis de acuerdo a la edad, se ha visto mayor cantidad de afectados presentan entre un rango de edad de 25 años a 54 años, pero en el caso de la región del mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental los casos se observan en personas >65 años en la cual hay un progreso peligroso. (Pauline Caraux Paz, 2021)

La tuberculosis a nivel mundial ocupa la segunda enfermedad que produce la muerte por un solo agente infeccioso en 2022, solo superada por la COVID-19. Se ha reportado que pacientes recién diagnosticados con tuberculosis es de 7.5 millones en el año 2022, siendo la cantidad más alta desde que la OMS inicio el seguimiento mundial de esta enfermedad, todo este aumento probablemente es por la acumulación de los 2 años anteriores de casos en la cual existió un retraso en el diagnóstico y tratamiento por la interrupción de la pandemia en la cual afecto el acceso y prestación de servicios de salud. A nivel mundial las muertes causadas en el año 2022 fue de 1,30 millones mientras que se desarrolló resistencia a múltiples fármacos con una estimación de 410000 pacientes. Alrededor de casi el 50% de pacientes enfrentan obstáculos como el costo directo (gastos médicos) e indirecto (pérdidas de ingresos) los cuales alejan el objetivo en la Estrategia de Fin Tuberculosis de la OMS. También se observa que los problemas económicos y financieros son barreras para acceder y completar el tratamiento de la tuberculosis, por lo tanto, deben de tratarse de solucionar de forma rápida con una cobertura universal de salud y con mejorar los

niveles de protección social. Para poner fin a la epidemia global de la tuberculosis es necesario que se cumpla los compromisos en la reunión de alto nivel de la ONU de 2023 sobre la tuberculosis en acción. (Organization, 2023)

Epidemiológicamente la tuberculosis en el Perú, en los últimos años post pandemia ha registrado un descenso de pacientes nuevos con diagnóstico entre el año 2019 al 2020 fue de 26%. En el 2020 en la ciudad de Lima y Callao se ha notificado casos de 64% de TBC, siendo demasiado alto en comparación de otras capitales de otros países. También se observados casos sensibles de abandono con una tasa del 2,5% y los casos resistentes en 5,7%, por lo cual esta disminución en comparación a los 3 años anteriores se debe en parte al tratamiento supervisado en boca que se brinda en el centro de salud. (Riestra Ayora, 2023)

El principal agente etiológico de la enfermedad es el *Mycobacterium Tuberculosis* siendo esta una bacteria aeróbico estricto que afecta de forma principal al sistema respiratorio, pero igual puede presentarse en otros órganos de otros sistemas. Su transmisión se da de persona a persona (vía aérea), cuando habla, canta, estornuda, pero sobre todo al toser, en la saliva y las secreciones respiratorias, en forma de microgotas hay la presencia de bacilos en gran cantidad, las cuales son altamente infecciosas. (Carmen Aldaz Guananga, 2023)

La característica principal de la patogénesis en la tuberculosis va depender de la capacidad del agente infeccioso, para resistir en ambientes intracelulares de una diversidad de células mieloides. Mientras que por otro lado la infección por el *M. Tuberculosis* se determina por la genética del individuo, las comorbilidades, el ambiente y la misma virulencia bacteriana. Para que se desarrolle la infección, *M. Tuberculosis* presenta resistencia y deja sin armas a los macrófagos y neutrófilos en el pulmón, lo que debilita las vías para acción lisosomal para de esa forma sobrevivir a nivel intracelular infectándose a los macrófagos alveolares que residen en el tejido respiratorio. A pesar de ello el *M. tuberculosis* desintoxica el oxígeno reactivo con una enzima llamada la catalasa peroxidasa *KatG* sobreviviendo al ataque inmunológico. (Pallavi Chandra, 2022)

Luego de ello las células dendríticas se trasladan a los ganglios linfáticos y así como preparan a las células T, donde retornan al pulmón afectado. Para todo esto se toma

varias semanas, pero dado que ya hay respuesta inmune adaptativa, las células mencionadas anteriormente activados tienden a formar el granuloma y por lo tanto hay control bacteriano. Es por ello que un hay proceso de contención de la replicación bacteriana y la respuesta inflamatoria disminuye, dando lugar la tuberculosis latente, donde no hay síntomas clínicos. (Pallavi Chandra, 2022)

En el desarrollo de la patogénesis alrededor del 5 al 10% de los pacientes infectados manifiestan la tuberculosis activa, siendo la afectación a nivel pulmonar cavitaria la más común así como la más infecciosa, mientras tanto en el caso de la infección extrapulmonar si bien es más peligroso por sus efectos en otros sistemas, también se ha visto que la transmisión carece de potencia por lo tanto hay nula probabilidad de contagio. (Pallavi Chandra, 2022)

La tuberculosis se clasifica de acuerdo al lugar de afectación lo cual se denomina pulmonar y extrapulmonar, pero esta puede subdividirse en 7 siendo mucho más específica por la zona o región afectada. La tuberculosis pulmonar, es la más frecuente afecta en 80 y 85% de pacientes, caracterizándose por ser muy contagiosa así como la importancia para el diagnóstico precoz. La manifestación clínica es sistémica como la tos, de inicio seca que luego continua con la expectoración y de forma ocasional la hemoptisis. (Diana Falcon Cordova, 2023)

La tuberculosis extrapulmonar va caracterizarse por su afectación a tejidos y órganos fuera pulmón, en un 10-20% de pacientes, sobre todo en aquellos que presentan VIH, siendo su diagnóstico dificultoso, pero con menos frecuente al contagio. Dentro de los subtipos se tiene: tuberculosis pleural, el cual es frecuente en 30% de casos; tuberculosis ganglionar ; tuberculosis genitourinario, con incidencia entre 15-20% de casos , con afectación de órganos renales y de ITU recurrente; tuberculosis osteoarticular, frecuente 10% de pacientes; tuberculosis del SNC, muy poco frecuente con sintomatología de confusión, cefalea, rigidez en nuca; tuberculosis abdominal, a nivel del peritoneo y clínicamente con la fiebre, astenia; pericarditis tuberculosa, siendo la más grave acompañada de dolor torácico. (Diana Falcon Cordova, 2023)

Los factores de riesgo que causan la tuberculosis son múltiples ya que actúan a nivel individual y ambiental. Dentro de los factores individuales se tiene: pacientes inmunodeprimidos por presentar una coinfección como VIH es la más común, así como la diabetes; la inmunosupresión también se observa cuando el paciente usa de forma intencionada para el tratamiento de enfermedad autoinmune con el consumo de medicamentos como los .Otro factor individual es el estado de nutrición, la cual está íntimamente relacionado con la inmunidad; el consumo o el uso de drogas, siendo el hábito de fumar una de los principales agentes causantes de daño a nivel pulmonar que se exagera por el consumo descomunal que perdura a través del tiempo, además de ello el alcoholismo crónico. (Hilda Arias Brito, 2023)

Con respecto a los factores ambientales, se observa la exposición con pacientes ya diagnosticados de tuberculosis activa, pues bien se sabe que los agentes causales se transmiten vía aérea; la emigración de personas de una región con altos casos de tuberculosis; también es importante destacar la presencia del hacinamiento familiar causado principalmente por vivir en espacios reducidos con un número de personas alta y por la condición económica de pobreza extrema. Por último, no menos importante es el factor relacionado al acceso para la atención médica, la cual es una barrera pues el sistema de salud no es equitativo en forma universal, no es eficiente y oportuno siendo este una piedra angular de incremento de la tasa de transmisión de casos de tuberculosis así como el abandono para seguir con el tratamiento continuo. (Hilda Arias Brito, 2023)

La sintomatología de la tuberculosis pulmonar de forma clásica se caracteriza por presentar la tos, cansancio y disnea, hay la presencia de sibilancias, expectoración constante o persistente, dolor pleurítico, hay anorexia, pérdida de peso, inicia con las febrículas y la fiebre es más persistente en cuanto a tiempo de presentación, existencia de sudoración por las noches hasta la presencia de hemoptisis constante de amplia duración. (Roberto, 2020)

El diagnóstico para la enfermedad de la tuberculosis según a la norma técnica de nuestro país se base principalmente a través de 3 parámetros como estudios bacteriológicos, estudios clínicos radiológicos y por último estudios de tuberculosis por localización.

Primero para lo que respecta el estudio bacteriológico de la tuberculosis se usa la baciloscopia directa por intermedio del procesamiento por la tinción Ziehl -Neelsen que se caracteriza la positividad de acuerdo a la cantidad de bacilos encontrados en el microscopio por lo tanto: si no hay bacilos en 100 campos identificado entonces como resultado es negativo; si se observa entre 1 a 9 bacilos en 100 campos entonces el resultado positivo especificando el número de forma exacta de los bacilos; si se identifica entre 10 y 99 bacilos en 100 campos entonces el resultado es positivo (+); si se identifica entre 1 a 10 por cada campo en 50 identificados el resultado es positivo (++) y por último si se identifica más de 10 bacilos por cada campo en 20 campos identificados el resultado es (+++). (Peru M. d., 2023)

Otro de los estudios diagnóstico para la tuberculosis que se utiliza es la prueba molecular rápida aplicado en aquellos casos probables de tuberculosis pulmonar o extrapulmonar, que pertenecen a un grupo social vulnerable como pacientes con VIH, diabetes mellitus, niños <12 años, personal de salud, casos de tuberculosis multidrogoresistente, adultos > 60 años, trabajadores de penales y madres gestantes. Es importante recalcar que esta prueba no puede usarse para monitorizar cómo va el tratamiento contra la tuberculosis porque es probable que se detecte ADN de bacilos muertos. Por último, otro estudio es por medio del cultivo de micobacterias en medios solidos Lowenstein-Jensen, en medio Ogawa se utiliza para el seguimiento del mismo diagnóstico en casos probables de tuberculosis, también en aquellos pacientes inmunodeprimidos. (Peru M. d., 2023)

En segundo lugar, el diagnóstico clínico radiológicos de la tuberculosis va depender si es pulmonar o extrapulmonar. A nivel pulmonar el estudio es por una radiografía de tórax a pesar que no hay patrones específicos de la enfermedad se debe evaluar los datos clínicos y epidemiológicos. Si hay dudas para el diagnóstico se puede utilizar la tomografía de tórax siempre y cuando la radiografía no es clara completamente. Por otro lado, la tuberculosis extrapulmonar, la clínica cambia de acuerdo al órgano y sistema afectad. (Peru M. d., 2023)

Por último, el diagnóstico de tuberculosis por localización va depender de la clínica dependiente del órgano que se afecta y debe darse exámenes complementarios histopatológicos, inmunológicos, bioquímicos, de imagenología, así como

considerando otras enfermedades diferenciales según la región de procedencia. (Peru M. d., 2023)

Tratamiento para la Tuberculosis

En el Perú se brinda de forma gratuita enfocado a una atención centralizada para el paciente con la finalidad de éxito y curación total de la enfermedad. Por todo ello se basa en esquemas de tratamiento que están sujetas a las pautas de la norma técnica para el cuidado integral. En cada esquema de tratamiento para la tuberculosis presentan ciertas indicaciones distintas así como de la duración en el tiempo.

El esquema de la tuberculosis sensible presenta algunas variantes en el caso de pacientes con TBC sin VIH consiste: la 1era fase con una duración de 2 meses de forma diaria (lunes a sábado) es la administración de 4 fármacos como la isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida (50 dosis), después de ello hay una 2da fase con duración de 4 meses administrándose solo 2 fármacos dentro de ellos la isoniazida y rifampicina 3 veces por semana (54 dosis). (Peru M. d., 2023)

La dosificación para el tratamiento de la tuberculosis es fundamental por ejemplo en el caso de los fármacos de primera línea la TAES refiere que los seis días de la semana entre lunes a sábado, la dosis que se debe utilizar en el caso de la isoniazida es 300mg, de rifampicina 600 mg, pirazinamida de 2 gr y el etambutol 1.2gr; mientras los días Inter diarios que pueden ser entre martes-jueves-sábado la dosificación de los 2 fármacos debería ser 800mg para la isoniazida y 600mg para la rifampicina. Es importante mencionar que hay situaciones adversas por el uso de estos múltiples fármacos de 1era línea como hay cambios en el color de la orina, pigmentación amarilla en piel y mucosas, efectos gástricos, malestar general sobre a todo a nivel muscular; incluso se ha observado que el tratamiento de 4 medicamentos ocasiona toxicidad hepática peligrosa con el incremento de marcadores hepáticos (transaminasas) desde de 3 a 5 veces más su valor normal, por lo cual puede dar lugar al abandono del tratamiento. (Jose Caminero, 2020)

Los casos de tuberculosis resistente se asocia a diversos factores de riesgo siendo los siguientes: la falla del tratamiento con fármacos de 1er línea, la exposición con algún caso ya confirmado de TBC resistente y la falta de seguimiento o control de toda la terapia; si se logra tener algunos de estos factores hay mayor probabilidad de que

sea casos resistentes. La OMS ha clasificado a los fármacos contra la tuberculosis resistente al tratamiento en 3 grupos los cuales son: en el grupo A pertenece el levofloxacino, moxifloxacino, bedaquilina y linezolid; en el grupo B pertenece la clofazimina y cicloserina, mientras que en el grupo C abarca el imipenem-ciclastatina/ meropenem, etambutol, pirazinamida, amikacina, etionamida. (Peru M. d., 2023)

En los esquemas para el tratamiento de la tuberculosis de acuerdo a la resistencia de medicamentos se puede clasificar en: TBC resistente a isoniacida, tiene duración de 6 meses de forma diaria; TBC resistente a Rifampicina, TBC multidrogoresistente (MDR) es decir resistente a la isoniacida y rifampicina; ambas mencionadas anteriormente, presentan 3 esquemas diferentes de tratamiento a nivel oral acortado se utiliza la bedaquilina, linezolid, clofazimina y levofloxacino por 12 meses , mientras el esquema oral de forma prolongada por 6 meses de forma diaria se usa bedaquilina, clofazimina , cicloserina y pirazimida y por el esquema inyectable con duración de 8 meses con amikacina, linezolid, cicloserina, levofloxacino , etionamida asi como de 12 meses más diaria sin la amikacina; la TBC Pre extensamente resistente a cualquier fluoroquinolona (pre XDR) ; la TBC extensamente resistente (XDR) además de fluoroquinolona también hay resistencia a bedaquilina, linezolid, por último en este caso se asocia a la presencia de antecedentes de alteración metabólico asi como sensibilidad a ciertos medicamentos se brinda un manejo más especializado e individual para cada paciente. (Peru M. d., 2023)

Abandono del Tratamiento Antituberculoso

Presenta definiciones diversas en diferentes perspectivas por ejemplo según la OMS lo define como a la interrupción por 2 meses consecutivos o más del tratamiento antituberculoso en aquellos pacientes sensibles al M. tuberculosis. En cambio, en el Perú, su definición es la falta de la asistencia o concurrencia para el recibimiento del tratamiento antituberculoso, pero en 30 días consecutivos o más; incluso cuando es menos de 30 días y lo descontinúa. Esta situación es muy grave, debido a que la enfermedad avanza deteriorando el aspecto físico, hay mayor resistencia bacteriana y aumenta la probabilidad de mortalidad, se observa que la infección se propaga en la comunidad. (MINSAs, 2018)

Factores de Riesgo

Se asocian al abandono del tratamiento contra la tuberculosis son complejos por una gran interrelación entre los cuales son de bajo 3 formas como: factores intrínsecos del paciente y el aspecto económico, sociocultural; se ha observado mayores casos en pacientes hombres que en mujeres, con nivel de educación bajo, la pobreza así como la convivencia en la calle y cuando hay algún problema de justicia presentan un riesgo altísimo para el abandono del tratamiento. El consumo excesivo de drogas y el alcohol, así como la discriminación de la familia y amigos son otros factores de riesgo. El VIH-SIDA y la diabetes mellitus, problemas a nivel psiquiátrico también influyen para el abandono del tratamiento en casi todos los casos. (MINSA, 2018)

Otros factores son los que se derivan de la misma enfermedad y por los efectos del tratamiento farmacológico, esto ocurre cuando ante la ausencia del conocimiento sobre el desarrollo de la enfermedad los pacientes al ver que desaparece los síntomas piensan que ya están curado por la sensación de bienestar dan lugar a no considerar seguir con el tratamiento y por lo tanto se descuida sin saber las verdaderas consecuencias. También se ha descubierto que la duración del tratamiento, la cantidad de medicamentos, insatisfacción de inyectables y los efectos adversos por los medicamentos también representan factores importantísimos que favorecen al abandono del tratamiento. En el caso de TBC MDR se observa dolor en la región de la inyección generando insatisfacción y los efectos adversos conlleva a incrementar aún más interrumpir el tratamiento antituberculoso. (MINSA, 2018)

Finalmente, otros de los factores son aquellos relacionados con los servicios de salud, como la falta de acceso universal y la dificultad con el horario para las citas también son algunas de ellas. Por último, otro factor es el personal que brinda atención al paciente, que se reflejan cuando son descuidados, incompetentes, son no asertivos también influyen a que los pacientes se sientan mal e inseguros y ya no quieran continuar con el manejo adecuado del tratamiento antituberculoso. (MINSA, 2018)

CAPITULO III: METODOLOGIA

1. MATERIALES

1.1 UNIVERSO

Pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

1.2 POBLACIÓN

Pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar sensible que recibieron tratamiento antituberculoso en los Establecimientos de Salud pertenecientes a las Redes de Servicio de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote durante el 2014-2023.

1.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Estuvo conformado por las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar sensible que recibieron tratamiento antituberculoso en los Establecimientos de Salud pertenecientes a las Redes de Servicio de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote durante el 2014-2023 que cumplieron con los criterios de selección.

1.4 MARCO MUESTRAL

Se utilizó el registro por medio de las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar que recibieron tratamiento antituberculoso en los Establecimientos de Salud pertenecientes a las Redes de Servicio de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote durante el 2014-2023.

1.5 MUESTRA

- a. **DISEÑO MUESTRAL:** Muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple
- b. **TAMAÑO MUESTRAL:** Con respecto al cálculo del tamaño muestral se utilizó y se tuvo en cuenta el programa OpenEpi ® v.3.0 de acceso libre así como el estudio de (Claudia Perlaza, 2023), en el cual esta investigación se consideró un Intervalo de Confianza de 95%, una potencia estadística de 80%, una proporción esperada en los controles de 11%, un OR de 1.8 por la variable de alcoholismo y la razón de proporción de casos: control de 1:2. Con este procedimiento y habiendo seleccionado el tamaño de casos y controles no pareados, se obtuvo una muestra total de 885 pacientes en tratamiento antituberculoso con la fórmula de Fleiss con CC (corrección continuada) dentro de los cuales correspondió a 295 casos y 590 controles (ANEXO 1), teniendo en cuenta el cumplimiento de los criterios de inclusión.
- c. **MUESTRA:** El número total de pacientes en tratamiento antituberculoso estuvo conformada por 885 elementos, de los cuales 295 son casos es decir pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso mientras el otro grupo de 590 serán los controles es decir los pacientes que no abandonaron el tratamiento antituberculoso.
- d. **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

CASOS

- Paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar con BK positivo.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso.
- Pacientes con esquema de tratamiento para tuberculosis pulmonar sensible
- Pacientes que recibieron tratamiento para la tuberculosis en los Establecimientos de Salud pertenecientes a las Redes de Servicio de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote durante el 2014-2023.

- Historias clínicas de pacientes tuberculosos con o sin diagnóstico de drogadicción y alcoholismo.

CONTROLES

- Paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar con BK positivo.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que no abandonaron el tratamiento antituberculoso.
- Pacientes con esquema de tratamiento para tuberculosis pulmonar sensible.
- Pacientes que recibieron tratamiento para la tuberculosis en los Establecimientos de Salud pertenecientes a las Redes de Servicio de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote durante el 2014-2023.
- Historias clínicas de pacientes tuberculosos con o sin diagnóstico de drogadicción y alcoholismo

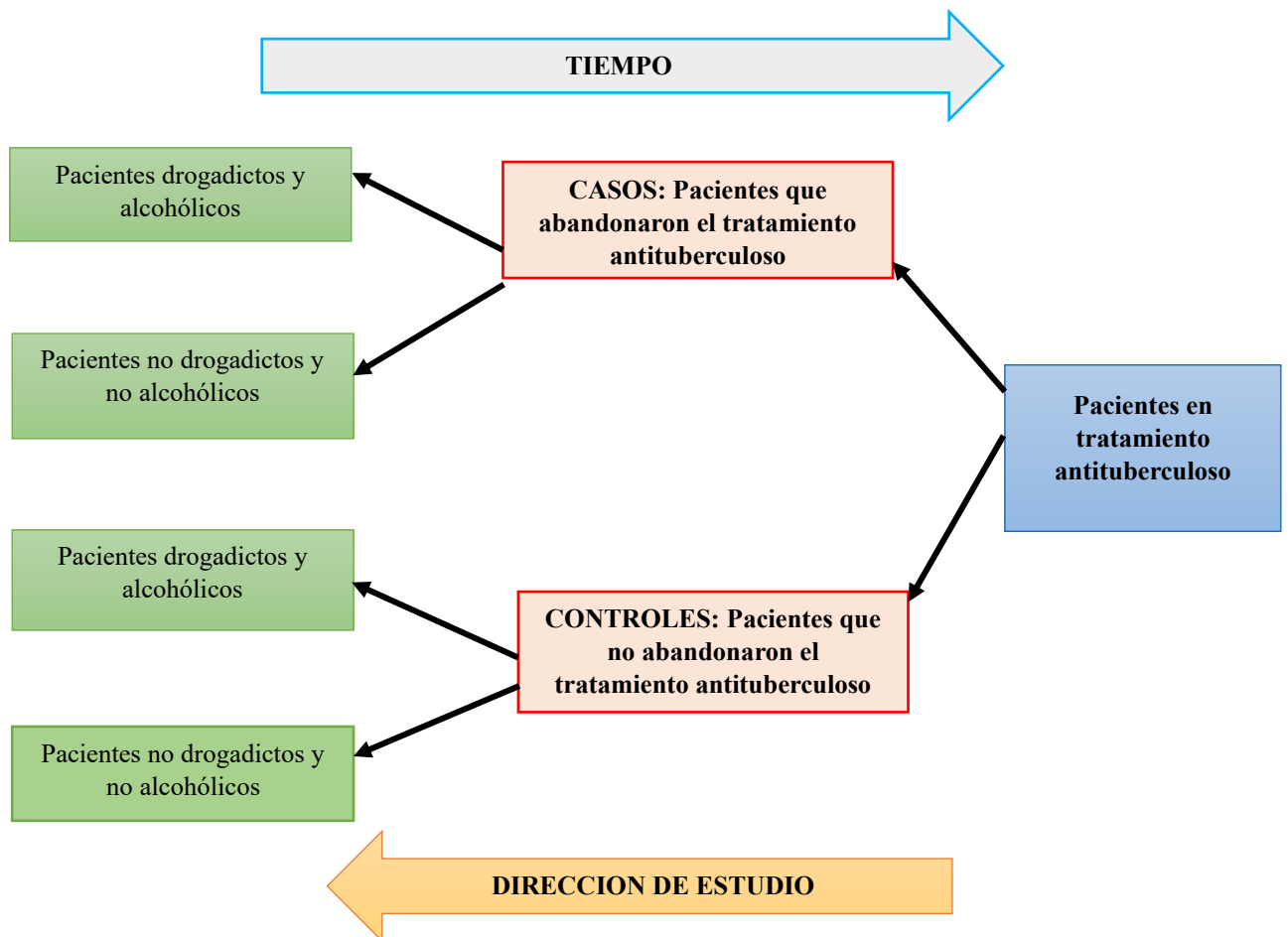
e. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con datos incompletos en la historia clínica
- Pacientes con diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar
- Pacientes con esquema de tratamiento para tuberculosis pulmonar resistente.
- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes que no recibieron tratamiento en los Establecimientos de Salud pertenecientes a las Redes de Servicio de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote durante el 2014-2023.
- Pacientes que han fallecido durante el proceso de tratamiento antituberculoso.

2. METODOS

2.1 DISEÑO DE INVESTIGACION

Para esta investigación el método de estudio fue de carácter observacional, pues no se manipularon las variables de estudio, fue analítico, porque se investigó la asociación entre las 2 variables, y fue de tipo retrospectivo de diseño casos y controles por que inicia del efecto a la causa.



2.2 VARIABLES

a. VARIABLES DE ESTUDIO

-Variable Independiente: Drogadicción y Alcoholismo

-Variable Dependiente: Abandono del Tratamiento Antituberculoso

- Características Sociodemográficas:

- Edad
- Sexo
- Grado de instrucción
- Ubicación de domicilio
- No tolerancia al tratamiento
- Comorbilidad
- Apoyo familiar.
- Estado laboral
- Hacinamiento
- Visita domiciliaria

b. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE Y NATURALEZA	INDICADORES	CATEGORIA O UNIDAD	INSTRUMENTO
Drogadicción	Enfermedad crónica y neurobiológica en donde la conducta es afectada por el uso de drogas con un patrón patológico de comportamiento de 4 criterios como: control deficitario, deterioro social, consumo de riesgo y criterio farmacológico; es necesario que se manifieste al menos 2 ítems en un plazo de 12 meses. (DSM-5, 2014)	Consumo de sustancias nocivas registrado en la historia clínica.	Nominal dicotómica	INDEPENDIENTE Cualitativa	Historia Clínica	No:0 Si:1	Ficha de recolección de datos
Alcoholismo	Conjunto de fenómenos conductual, cognitivo y fisiológico en el cual el uso de alcohol se convierte en prioritario para el paciente en	Consumo de sustancias nocivas registrado en la historia clínica.	Nominal Dicotómica	INDEPENDIENTE Cualitativa	Historia Clínica	No:0 Si:1	Ficha de recolección de datos

	contraposición a otras actividades con un patrón de consumo regular diario de 20 a 40 g/dl de alcohol en mujeres y de 40 a 60 g/dl en hombres, que conlleva riesgo perjudicial para la salud cuando el hábito es persistente. (OMS, 2008)						
Abandono del tratamiento antituberculoso	Descontinuación después de iniciar el tratamiento por 30 días consecutivos o más; así mismo incluye si solo se toma tratamiento por menos de 30 días y lo descontinúa. (MINSA, 2018)	Condición de egreso del tratamiento registrado de la historia clínica.	Nominal dicotómica	DEPENDIENTE Cualitativa	Historia Clínica	Si abandona:0 No abandona:1	Ficha de recolección de datos (tarjeta de control de tratamiento antituberculoso)
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS							
Edad	Periodo de tiempo en años que ha vivido una persona desde el nacimiento hasta el instante de referencia. (RAE, Asociación	Edad registrada en la historia clínica	Ordinal Politémica	INDEPENDIENTE Cuantitativa	Historia Clínica	Edad 18-29 años :0 Edad 30-39 años :1	Ficha de recolección de datos

	de Academias de la Lengua Española, 2024)					Edad 40-64 años :2 Edad > 64 años:3	
Sexo	Características a nivel biológicas y fisiológicas que determinan a hombres y mujeres. (INE, 2023)	Condición biológica registrada en la historia clínica	Nominal Dicotómica	INDEPENDIENTE Cualitativa	Historia Clínica	Masculino:0 Femenino:1	Ficha de recolección de datos
Grado de instrucción	Indicador de conocimiento y el aprendizaje que logra las personas ≥ 15 años en las diversas etapas de educación del sistema. (INEI, 2014)	Años de estudio aprobados y registrado en la historia clínica.	Ordinal Politómica	INDEPENDIENTE Cualitativa	Historia Clínica	Analfabeto:0 Primaria:1 Secundaria:2 Superior:3	Ficha de recolección de datos
Ubicación de Domicilio	Aquel lugar en donde las personas residen de forma habitual. (RAE, Academias de la Lengua Española, 2023)	Vivienda ubicada en una zona de la ciudad registrada en la historia clínica.	Nominal Dicotómica	INDEPENDIENTE Cualitativa	Historia Clínica	Urbano:0 Urbano-marginal:1	Ficha de recolección de datos
No tolerancia al tratamiento	Evento nocivo y no deseado tras la administración de un medicamento a cierta dosis	Reacción adversa o síntoma	Nominal Dicotómica	INDEPENDIENTE Cualitativa	Historia Clínica	No: 0 Si: 1	Ficha de recolección de datos

	empleada durante el tratamiento de una enfermedad. (OPS, 2008)	molesto registrada en la historia clínica					
Comorbilidad	Presencia de 2 o más enfermedades diagnosticadas que ocurren en un mismo paciente en la cual puede existir interacción entre sí. (NIDA, 2023)	Paciente que presento alguna enfermedad asociada registrada en la historia clínica.	Nominal dicotómica	INDEPENDIENTE Cualitativa	Historia Clínica	No:0 Si: 1	Ficha de recolección de datos
Apoyo Familiar	Evento interactivo de apoyo en donde hay asistencia por los integrantes de la familia para ayudar hacerle frente a una situación crítica como una enfermedad. (MINSA, Programa de Familias y Viviendas Saludables, 2006)	Paciente que cuenta con el apoyo familiar registrado en Historia clínica.	Nominal Dicotómica	INDEPENDIENTE Cualitativa	Historia Clínica (hoja psicológica)	No:0 Si:1	Ficha de recolección de datos
Estado Laboral	Condición de una persona de forma económica activa en	Condición en relación a ingreso de	Nominal Politómica	INDEPENDIENTE Cualitativa	Historia Clínica	Empleado:0 Desempleado:1	Ficha de recolección de datos.

	asociación a su empleo actual. (OIT, 2004)	dinero del paciente registrado en historia clínica.				Jubilado:2 Estudiante:3	
Hacinamiento	Aglomeración de individuos en espacios reducidos donde no es confortable ni seguro. (INDEC, 2000)	Condición en la que más de 3 personas viven por habitación.	Nominal Dicotómica	INDEPENDIENTE Cualitativo	Historia Clínica	No:0 Si:1	Ficha de Recolección de datos
Visita Domiciliaria	Actividad realizada por el personal de salud para acercarse al domicilio del paciente para reconocer su necesidad de salud. (MINSA, CARE PERU, 2019)	Número de visitas que son realizadas por la inasistencia del paciente al tratamiento.	Continua	INDEPENDIENTE Cualitativa	Historia Clínica	Visitas (si/no): -1era fase: No (0), Si (1) -2da fase: No(0), Si (1)	Ficha de Recolección de datos

2.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente estudio recolectó la información a partir de la revisión del sistema de registro de los Establecimientos de Salud de Primer Nivel Atención que pertenecen a las Redes de Servicio de Salud de Chimbote y Nuevo Chimbote así como las historias clínicas de los pacientes que conforman la muestra, seleccionando en primer lugar a los casos de abandono y de forma posterior a los controles por lo que se contó con una ficha de recolección de datos que será el instrumento (ANEXO 2), la cual ayudo en el registro de cada variable de estudio.

El instrumento del presente estudio que se utilizó es la ficha de recolección de datos en donde la región superior con una sección para marcar si se trata de un Caso o de un Control de forma correspondiente; luego se colocó el código de cada historia clínica con la finalidad de proteger la identidad de cada paciente así mismo se complementó el espacio en blanco con datos acerca de la fecha en la que se ingresó al tratamiento como también la fecha en la que se dio de alta o se abandonó el tratamiento y por último se colocó el domicilio en donde de acuerdo a su ubicación, se clasificó en zona urbana o urbana/marginal. La ficha está dividido en la primera parte por los datos generales que son 5 los cuales abarcan características sociodemográficas como el sexo en donde se marcó si se trató del género masculino o femenino; la edad la cual se marcó en cada grupo o rango de edad que sería dado en el primer grupo de 18 – 29 años de edad, segundo grupo entre 30-39 años de edad y el tercer grupo entre 40 – 64 años de edad; la covariable de grado de instrucción alcanzado, que se marcó si se trató de analfabeto, primaria, secundaria o superior según corresponda; el estado laboral del paciente se marcará si es empleado, desempleado, jubilado o estudiante y por último si hay o no con respecto al hacinamiento.

La segunda parte implicó 6 ítems los cuales estuvieron conformados por la variable de estudio independiente definido por los consumo de sustancias nocivas que corresponden a la drogadicción y alcoholismo en donde se registró si el paciente presento o no dicha variable así mismo se completó el espacio en blanco de acuerdo al tipo de droga o bebida; luego los demás ítems estarán establecidas por las covariables de comorbilidad donde se registrará si hay la presencia o no y se especificará cual es ; la no tolerancia al tratamiento en donde se registrará si el paciente presentó o no dicha reacción adversa especificando a que medicamento en particular ;

asi como la covariable de contar con el apoyo familiar en donde se registrará si hay o no que se obtendrá de la ficha psicológica; y las visitas domiciliarias por el personal de salud expresado de forma dicotómica es decir si se realizó o no que pueden darse en la 1era y 2da fase. El último ítem implicará la variable dependiente definida por el abandono del tratamiento contra la tuberculosis en donde se registrará si existió el abandono o no que se obtendrá a partir de la tarjeta de control del tratamiento. Cabe mencionar que el instrumento que corresponde a la ficha de recolección de datos fue utilizado en otra investigación por el autor Cárdenas A.R (2024) realizado en la ciudad de Lima y lo validaron por juicio de expertos siendo conformada por 6 médicos en la cual se obtuvo un coeficiente de validez V de Aiken de 0.7, por lo tanto, dicho valor es aceptable y necesario para poder ser aplicada en este estudio.

2.4 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Después de la elaboración del proyecto de investigación, se presentó al Comité de Ética de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Santa para que sea evaluada y por ende aprobada. Luego de la aprobación se solicitó el acceso para la revisión de los datos de las historias clínicas y la base de datos del área de estadística de los pacientes que reciben tratamiento contra la tuberculosis de los establecimientos de Salud que pertenecen a las Redes de Servicio de Salud de Chimbote y Nuevo Chimbote durante el periodo 2014-2023, por medio de la dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana. La base de datos del área de estadística que se obtuvo en formato de Microsoft Excel v 19.0 se filtró de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, para después poder seleccionar de forma aleatoria los casos y controles en la investigación. Luego se procederá a la revisión de las historias clínica que se encontraran en el área de Admisión de los establecimientos de Salud en donde nuevamente se aplicó los criterios de inclusión y exclusión correspondiente de esa forma se logró recolectar la base de datos por medio de la ficha de recolección (ANEXO 1), se obtendrá la cantidad de necesaria de 295 casos y 590 controles. Una vez habiendo recopilado toda la información se digitalizará en una hoja de cálculo de Microsoft Excel v 19.0 para que después puedan ser analizados estadísticamente y sean presentados los resultados de la investigación.

2.5 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Los datos obtenidos por medio de ficha de recolección serán registrados en una base datos por medio de una hoja de cálculo. Todos estos datos se cargaron en un software estadístico llamado IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) v.26. Antes de seguir con el procedimiento estadístico, se revisó de forma meticulosa la posibilidad de datos duplicados, de acuerdo a los códigos de las historias clínicas así mismo se llevó a cabo la anonimización de la base datos.

Con respecto al análisis objetivo de las variables en estudio se realizó el cálculo de las frecuencias absolutas, relativas y porcentajes en donde se utilizó la estadística descriptiva.

Se realizó el análisis bivariado por medio del Chi cuadrado con Odds Ratio (OR) crudo en un IC al 95% y en donde se aplicó las variables de estudio para poder evaluar las hipótesis planteadas y determinar la posible asociación o no entre ellas. Al encontrar la asociación bivariado con $p < 0.25$ de las covariables, de ellas se consideraron para el análisis multivariado con regresión logística binaria en el modelo introducir.

Se hizo efectivo el análisis multivariado con regresión logística binaria en el modelo introducir con Odds (OR) ajustado a un IC 95%, ya que en la investigación hay la existencia de variables confusoras, por lo que se consideró para estimar la posibilidad de asociación entre variables un p menor a 0.05. De esa manera por medio de este análisis permitió obtener resultados en términos explicativos y predictivos, logrando conocer la fuerza de asociación de los otros factores con el abandono del tratamiento antituberculoso. Es importante recalcar que en este estudio las variables confusoras sometidas fueron : la edad, sexo, grado de instrucción, ubicación de domicilio, no tolerancia al tratamiento, comorbilidad, apoyo familiar, estado laboral, hacinamiento y visitas domiciliarias los cuales también pueden afectar de forma independiente tanto a la variable de desenlace como la de exposición siendo un potenciable sesgo de confusión.

2.6 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

En esta investigación, se contó con las siguientes pautas éticas:

- Se solicitó la aprobación por medio del Comité de Ética de la Escuela Profesional de Medicina Humana para la ejecución del proyecto de investigación, ya que según el Art. 64 del capítulo 7 dictadas por el Código de Ética y Deontología del CMP, refiere que en toda investigación de salud debe estar aprobado por el Comité de Ética de Investigación debido a que es ahí donde se evalúa los aspectos de diseño, el respeto de normas éticas y legales así como el compromiso del investigador con respecto a la supervisión. (Peru C. M., 2023)
- Se optó por tener el permiso por parte de las máximas autoridades para la revisión de los datos obtenidos en las historias clínicas de los pacientes que recibieron atención en los establecimientos de salud de las Redes de Servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote, de acuerdo al Art.63 cap.7 del Código de Ética Deontología del CMP, donde se refiere que para elaborar y ejecutar un proyecto de investigación se debe respetar la normativa según las autoridades que lo regulan. (Peru C. M., 2023)
- Se respetó la confidencialidad de la información obtenida de la historia clínica del paciente utilizándose solo para fines de la investigación, ya que en la Declaración de Helsinki que la confidencialidad debe predominar para resguardar la intimidad de los pacientes y para disminuir mínimamente las consecuencias de la investigación. (Helsinki, 2000)
- No se tuvo en cuenta la obtención del consentimiento informado ya que el estudio investigador los datos recolectados se basaron de forma directa de las historias clínicas por lo que se optará utilizando el código de la historia será usada por el investigador.
- Se respetó los derechos de los autores que han sido utilizados en las referencias bibliográficas, también incluye la no falsificación ni plagio de la información detallada así como la ausencia de conflicto de interés por parte del investigador, según el Art.70 del Cap.7 del Código de Ética Y Deontología del CMP. (Peru C. M., 2023)

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION

1. RESULTADOS

Se analizaron 885 pacientes que recibieron tratamiento antituberculoso en los establecimientos de salud que pertenecen a las Redes de Servicios de Salud de Chimbote y Nuevo Chimbote entre el periodo 2014 a 2023 , dentro de los cuales se obtuvieron 295 casos es decir aquellos que abandonaron el tratamiento antituberculoso y 590 controles de pacientes que no abandonaron el tratamiento antituberculoso, en donde se incluyeron también a pacientes que padecen de alcoholismo y drogadicción así como los que no lo son.

TABLA N° 1: Características Sociodemográficas de los pacientes que recibieron tratamiento antituberculoso en las Redes de Servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote durante el 2014 -2023

Características Sociodemográficas De Pacientes	Tratamiento Antituberculoso		
	Población total * (N=885)	Abandono (N=295)*	No Abandono (N=590)*
Sexo			
Masculino %	531 (60)	212 (71.9)	319 (54.1)
Femenino %	354 (40)	83 (28.1)	271 (45.9)
Edad			
18 a 29 años %	344 (38.8)	97(32.9)	247 (41.9)
30 a 39 años %	172 (19.4)	58 (19.7)	114 (19.3)
40 a 64 años %	256 (28.9)	96 (32.5)	160 (27.1)
65 años a más %	113 (12.9)	44 (14.9)	69 (11.7)
Grado de instrucción			
Analfabeto %	27 (3)	11 (3.7)	16 (2.7)
Primaria %	249 (28.1)	89 (30.2)	160 (27.1)
Secundaria %	507 (57.2)	178 (60.3)	329 (55.8)
Superior %	102 (11.7)	17 (5.8)	85 (14.4)
Domicilio			
Urbano %	351 (39.6)	99 (33.6)	252 (42.7)
Urbano-marginal %	534 (60.4)	196 (66.4)	338 (55.3)
Estado laboral			
Empleado %	349 (39.4)	113 (38.3)	236 (40)
Desempleado %	431 (48.7)	163 (55.3)	268 (45.4)
Jubilado %	11 (1.2)	3 (1)	8 (1.4)
Estudiante %	94 (10.7)	16 (5.4)	78 (13.2)
Hacinamiento %			
Si	560 (63.2)	211 (71.5)	349 (59.2)
No	325 (36.8)	84 (28.5)	241 (40.8)
RAM %			
Si	147 (16.6)	75 (25.4)	72 (12.2)
No	738 (83.4)	220 (74.6)	518 (87.8)
Comorbilidad %			
Si	295 (33.3)	145 (49.2)	150 (25.4)
No	590 (66.7)	150 (50.8)	440 (74.6)
Apoyo familiar %			
Si	577(65.1)	101 (34.2)	476 (80.6)
No	308 (34.9)	194 (65.8)	114 (19.4)
Visita domiciliaria			
1era fase			
Si	623 (70.3)	241 (81.7)	382 (64.7)
No	262 (29.7)	54 (18.3)	208 (35.3)
2da fase			
Si	243 (27.5)	168 (56.9)	75 (12.7)
No	642 (72.5)	127 (43.1)	515 (87.3)

Fuente: Historias clínicas de las redes de servicio de salud de Chimbote y Nuevo Chimbote

Abandono: Casos. No Abandono: Controles. *: Frecuencias absolutas y Relativas. RAM: reacción adversa al medicamento

La tabla N.º 1, se presentaron las características sociodemográficos de cada paciente con diagnóstico de tuberculosis que abandonaron o no el tratamiento antituberculoso, en donde se observó que los casos de abandono a nivel masculino fue más frecuente con un 71.9% y el femenino con el 28.1%; la edad más frecuente en los casos de abandono estuvo entre las edades de [18 a 29 años] con un 32.9% seguido entre el grupo de [40 a 64 años] con un 32.5% respectivamente; para los casos de abandono el grado de instrucción más

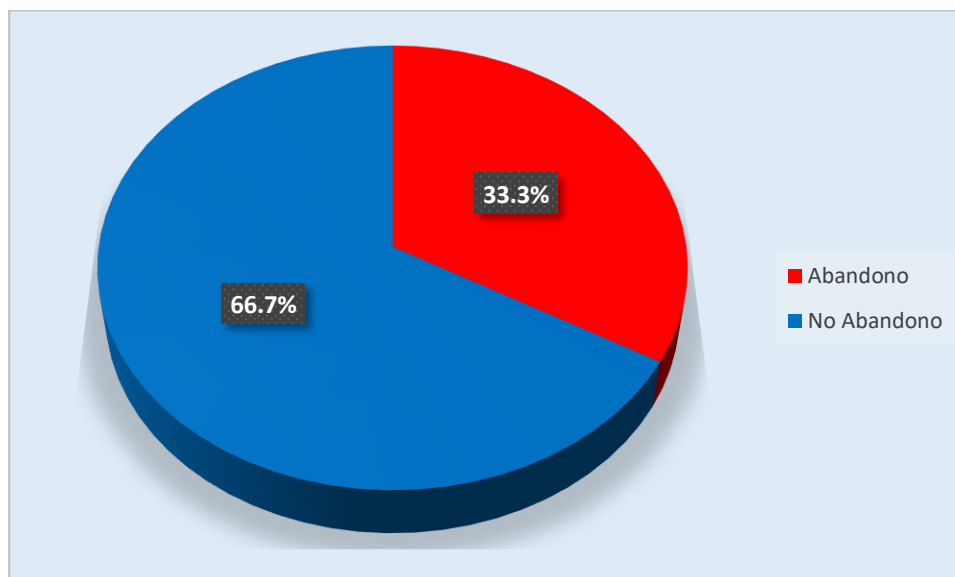
común fue la secundaria con un 60.3% seguido del primario 30.2% siendo el menos común el grupo de analfabeto con 3.7%; con respecto al domicilio a nivel urbano-marginal fue el más frecuente con 66.4% seguido del urbano de 33.6% en los casos de abandono; con respecto a los casos de abandono el estado laboral fue el 55.3% del desempleado ,el empleado el 38.3% y jubilado tan solo el 1%; los pacientes que si vivieron en hacinamiento fueron el 71.5% y los que no el 28.5% dentro de los cuales fueron los que abandonaron el tratamiento respectivamente; en los pacientes que abandonaron el tratamiento, los que no tuvieron RAM fue más común con el 74.6 % y los que sí solamente el 25.4%; el grupo más frecuente con respecto a comorbilidad en los casos de abandono presentaron el 50.8 % que no tuvieron alguna enfermedad de riesgo y el 49.2% que si tuvieron respectivamente; el grupo más frecuente que si tuvieron apoyo familiar fue el 34.2 % y los que no tuvieron fue de 65.8 % estos datos lo obtuvieron los casos de abandono respectivamente; y por ultimo con respecto a la visita domiciliaria en los casos de abandono en 1era fase el 81.7 % si lo realizo mientras el 18.3 % no , por otro lado en la 2da fase solamente el 56.9 % si realizo la visita y el 43.1% no.

TABLA N° 2: Proporción de abandono del tratamiento antituberculoso en las Redes de Servicios de salud de Chimbote y Nuevo Chimbote periodo 2014-2023

Tratamiento Antituberculoso	N	%
Abandono	295	33.3
No Abandono	590	66.7
TOTAL	885	100

Fuente: Historias clínicas de las redes de servicio de salud de Chimbote y Nuevo Chimbote
Abandono: casos. **No abandono:** controles.

GRAFICA N° 1: Proporción de abandono del tratamiento antituberculoso en las Redes de Servicios de salud de Chimbote y Nuevo Chimbote periodo 2014-2023



Fuente: Historias clínicas de las redes de servicio de salud de Chimbote y Nuevo Chimbote

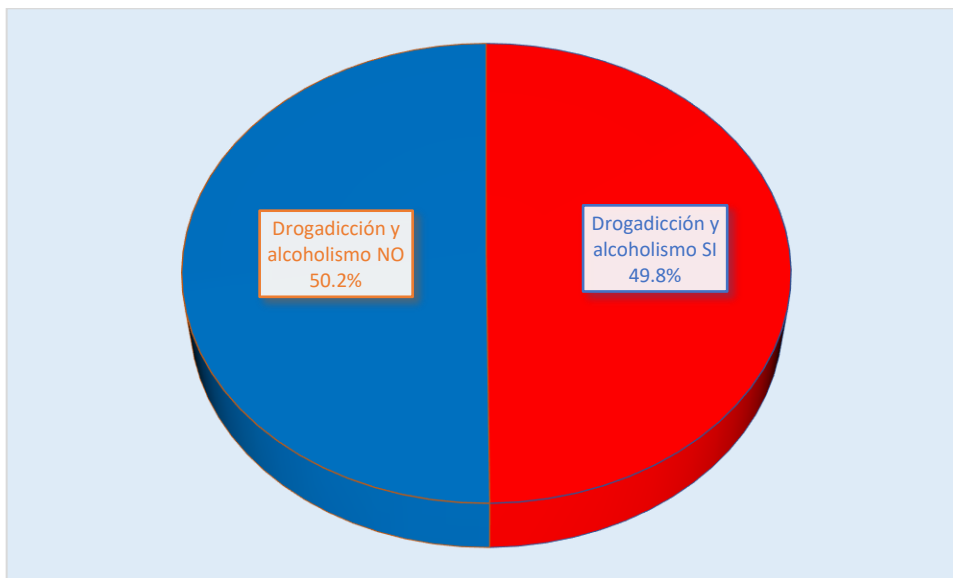
La tabla N° 2 y Gráfica N° 1, nos mostró que la cantidad de pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso (casos) fueron 295 que representa el 33.3%; mientras que la cantidad de pacientes que no abandonaron el tratamiento (controles) fueron 590 los cuales representan el 66.7%. De ello, se infiere que hay mayor proporción de pacientes que no abandonaron el tratamiento antituberculoso.

TABLA N° 3: Proporción de la Drogadicción y Alcoholismo de pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso en las Redes de Servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote periodo 2014-2023.

		Abandono del Tratamiento	
		N	%
Drogadicción y alcoholismo	SI	147	49.8
	NO	148	50.2
TOTAL		295	100

Fuente: Historias clínicas de las redes de servicio de salud de Chimbote y Nuevo Chimbote

GRAFICO N° 2: Proporción de la Drogadicción y Alcoholismo de pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso en las Redes de Servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote periodo 2014-2023.



Fuente: Historias clínicas de las redes de servicio de salud de Chimbote y Nuevo Chimbote

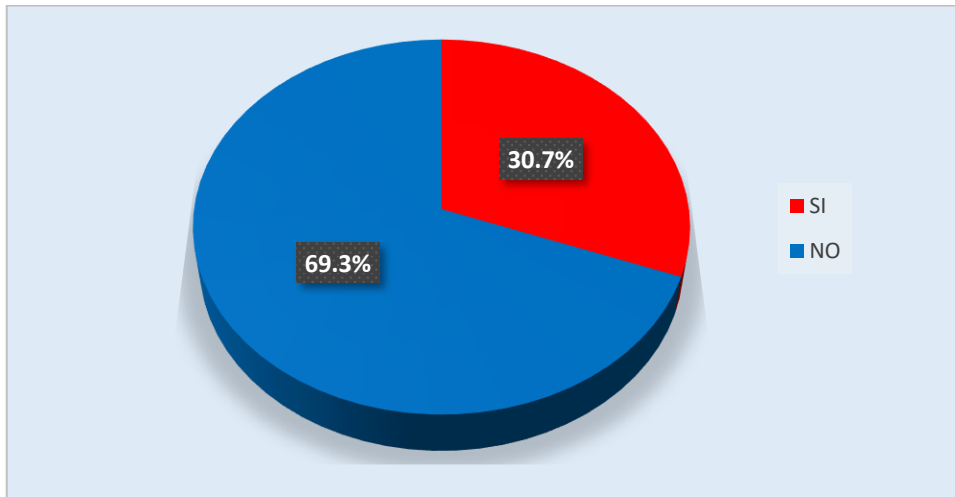
La tabla N° 3 y Grafica N° 2, se observó que de los pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso 147 fueron los que tiene el diagnóstico de drogadicción y alcoholismo los cuales representan el 49.8%; mientras que del grupo de pacientes que no tienen diagnóstico de drogadicción y alcoholismo fueron 148 que representa el 50.2%. De ello, se infiere que la proporción entre ambos grupos es muy similar a pesar de que están expuestas o no al mismo factor.

TABLA N° 4: Frecuencia con y sin diagnóstico de drogadicción y alcoholismo en pacientes que si abandonaron y los que no abandonaron el tratamiento antituberculoso en las Redes de Servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote periodo 2014-2023

Drogadicción y alcoholismo	Tratamiento Antituberculoso					
	Abandono		No abandono		Total	
	N	%	N	%	N	%
SI	147	49.8	125	21.2	272	30.7
NO	148	50.2	465	78.8	613	69.3
Total	295	100	590	100	885	100

Fuente: Historias clínicas de las redes de servicio de salud de Chimbote y Nuevo Chimbote

GRAFICO N° 3: Frecuencia con y sin diagnóstico de drogadicción y alcoholismo en pacientes que si abandonaron y los que no abandonaron el tratamiento antituberculoso en las Redes de Servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote periodo 2014-2023



Fuente: Historias clínicas de las redes de servicio de salud de Chimbote y Nuevo Chimbote

SI: con diagnóstico de drogadicción y alcoholismo **NO:** sin diagnóstico de drogadicción y alcoholismo

La tabla N° 4 y Gráfica N° 3, nos mostró que existe una amplia diferencia en el total de pacientes con diagnóstico de drogadicción y alcoholismo sometidos al tratamiento antituberculoso los cuales fueron 272 individuos que representan el 30.7% en comparación con el grupo de pacientes sin diagnóstico de drogadicción y alcoholismo los cuales fueron 613 individuos que representan el 69.3%.

TABLA N° 5: Frecuencia de drogadicción y alcoholismo de pacientes que recibieron tratamiento antituberculoso por cada establecimiento de salud perteneciente a las Redes de Servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote periodo 2014-2023.

REDES DE SALUD	Drogadicción y alcoholismo	
	N	%
RED CHIMBOTE		
C.S. Progreso	70	25.7
C.S. Miraflores Alto	58	21.3
P.S. Magdalena Nueva	40	14.7
P.S. La Unión	24	8.8
RED NUEVO CHIMBOTE		
C.S. Yugoslavia	40	14.7
P.S. 3 De Octubre	15	5.5
P.S. Garatea	10	3.7
P.S. Villa María	7	2.6
P.S. El Satélite	8	2.9
TOTAL	272	100

Fuente: Historias clínicas de las redes de servicio de salud de Chimbote y Nuevo Chimbote

En la tabla N° 5 observamos que, en la red de salud de Chimbote, el C.S Progreso con el 25.7% presento una mayor frecuencia de pacientes con drogadicción y alcoholismo que recibieron tratamiento antituberculoso, seguido del C.S. Miraflores Alto con el 21.3%, el P.S. Magdalena Nueva con 14.7% y el de menor frecuencia el P.S. La Unión con el 8.8%.

Por otro lado, en la Red de salud de Nuevo Chimbote el C.S. Yugoslavia con el 14.7% representa la mayor frecuencia de pacientes con drogadicción y alcoholismo, seguido del P.S. 3 de Octubre con el 5.5%, el P.S. Garatea con el 3.7%, P.S. Villa María con el 2.6% y el de menos frecuencia el P.S. El Satélite con el 2.9%.

TABLA N° 6: Análisis Bivariante de drogadicción y alcoholismo, y las características Sociodemográficos en relación con el abandono del tratamiento antituberculoso en las Redes de servicios de salud de Chimbote y Nuevo Chimbote periodo 2014-2023.

Variables	Abandono del Tratamiento Antituberculoso		X ²	P (<0.05)	OR crudo	IC 95%
	Si	No				
	N (%) *	N (%) *				
Drogadicción y alcoholismo						
Si	147(49.8)	125(21.2)	75.98	0.000**	3.695	(2.732 – 4.997)
No	148(50.2)	465(78.8)				
Sexo						
Masculino	212 (71.9)	319 (54.1)	25.9	0.000**	0.461	(0.341 - 0.623)
Femenino	83 (28.1)	271 (45.9)	Ref.	Ref.	--	--
Edad						
18 a 29 años	97(32.9)	247 (41.9)	6.67	0.010**	0.680	(0.508 - 0.912)
30 a 39 años	58 (19.7)	114 (19.3)	0.14	0.904	1.022	(0.718 - 1.454)
40 a 64 años	96 (32.5)	160 (27.1)	2.81	0.093**	1.296	(0.957 - 1.757)
65 años a más	44 (14.9)	69 (11.7)	1.83	0.176**	1.324	(0.881 - 1.989)
Grado de instrucción						
Analfabeto	11 (3.7)	16 (2.7)	0.68	0.407	1.390	(0.637 - 3.033)
Primaria	89 (30.2)	160 (27.1)	0.90	0.341	1.161	(0.853 - 1.580)
Secundaria	178 (60.3)	329 (55.8)	1.68	0.194**	1.207	(0.908 - 1.604)
Superior	17 (5.8)	85 (14.4)	14.4	0.000**	0.363	(0.212 - 0.624)
Domicilio						
Urbano	99 (33.6)	252 (42.7)	Ref.	Ref.	--	--
Urbano-marginal	196 (66.4)	338 (55.3)	6.88	0.009**	1.476	(1.103 - 1.976)
Estado laboral						
Empleado	113 (38.3)	236 (40)	0.23	0.627	0.931	(0.699 - 1.241)
Desempleado	163 (55.3)	268 (45.4)	7..60	0.006**	1.484	(1.120 - 1.965)
Jubilado	3 (1)	8 (1.4)	0.18	0.668	0.747	(0.197 - 2.838)
Estudiante	16 (5.4)	78 (13.2)	12.59	0.000**	0.376	(0.216 - 0.657)
Hacinamiento						
Si	211 (71.5)	349 (59.2)	12.95	0.000**	1.735	(1.283 - 2.345)
No	84 (28.5)	241 (40.8)	Ref.	Ref.	--	--
RAM						
Si	75 (25.4)	72 (12.2)	24.81	0.000**	2.453	(1.712 - 3.515)
No	220 (74.6)	518 (87.8)	Ref.	Ref.	--	--
Comorbilidad						
Si	145 (49.2)	150 (25.4)	49.83	0.000**	2.836	(2.113 - 3.805)
No	150 (50.8)	440 (74.6)	Ref.	Ref.	--	--
Apoyo familiar						
Si	101 (34.2)	476 (80.6)	186.93	0.000**	0.125	(0.091 – 0.171)
No	194 (65.8)	114 (19.4)	Ref.	Ref.	--	--
Visita domiciliaria						
1era fase						
Si	241 (81.7)	382 (64.7)	Ref.	Ref.	--	--
No	54 (18.3)	208 (35.3)	27.11	0.000**	2.430	(1.730 – 3.414)
2da fase						
Si	168 (56.9)	75 (12.7)	Ref.	Ref.	--	--
No	127 (43.1)	515 (87.3)	195.20	0.000**	9.224	(6.596 – 12.89)

Fuente: Historias clínicas de las redes de servicio de salud de Chimbote y Nuevo Chimbote. X²: chi Cuadrado. p: nivel de significancia. OR: odds ratio. IC: intervalo de confianza. RAM: reacción adversa al medicamento. *: Frecuencias absolutas y relativas. **: covariables con p < 0.25

La tabla N° 6, nos mostró a través de la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) = 75.98 y el valor de $p = 0.000$ ($p < 0.05$), lo cual nos indica que si hay una relación estadística significativa, por lo que se acepta la H_a y rechaza la H_o ; ya que se demuestra que si existe asociación entre la drogadicción y el alcoholismo con el abandono del tratamiento antituberculoso en las Redes de Servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote durante el periodo 2014 – 2023. También se observó por medio de la estimación de riesgo con IC AL 95% (2.73-4.99), un Odds Ratio de 3.6 veces más riesgo de abandonar el tratamiento antituberculoso en los pacientes con diagnóstico de drogadicción y alcoholismo. También se observó que las características sociodemográficas que presentaron mayor significancia estadísticamente fue el sexo masculino, edades de 18 a 29 años, estudio superior, la ubicación urbano-marginal, estado laboral desempleado y estudiante, estado de hacinamiento, los que tuvieron RAM, los que presentaron un tipo de comorbilidad, los que no tuvieron apoyo familiar y los que no los visitaron por parte de los profesionales de salud, para verificación y comprobación de la significancia se realizó a través de la prueba de Chi-cuadrado, Odds Ratio crudo y valor p ($p < 0.05$) con un IC al 95%, siendo el nivel laboral desempleado con 1.4 veces más riesgo de abandono del tratamiento. Por otro lado, el domicilio a nivel urbano marginal presentó un ($p=0.009$) y un OR=1.476 que significó 1.4 veces más riesgo en abandonar el tratamiento que de aquellos domiciliados a nivel urbano; el hacinamiento un ($p=0.000$) y OR=1.735 lo cual significó 1.7 veces más riesgo en abandonar el tratamiento antituberculoso que de los que no viven en hacinamiento; los que si presentaron RAM un ($p=0.000$) y OR=2.453 lo cual significó 2.4 veces más riesgo en abandonar el tratamiento antituberculoso que de los no presentan RAM; la presencia de la comorbilidad ($p=0.000$) y OR= 2.836 lo cual significó 2.8 veces más riesgo en abandonar el tratamiento antituberculoso que de aquellos pacientes que no presentaron otra comorbilidad; el sí tener apoyo familiar un ($p=0.000$) y OR=0.125 nos indicó menos riesgo en que se abandone el tratamiento antituberculoso. Por último, con respecto a la no visita domiciliaria en la 1era fase de tratamiento un ($p=0.000$) y OR=2.430 lo cual significó 2.4 veces más riesgo que se abandonara el tratamiento antituberculoso, así mismo en la 2da fase de tratamiento se mostró un ($p=0.000$) y OR= 9.224, por lo que la no visita domiciliaria alcanzó el mayor riesgo siendo 9.2 veces más con respecto al abandono del tratamiento antituberculoso que en comparación con el grupo de pacientes que si se realizó la visita domiciliaria. Por otro lado las covariables que no tuvieron una relación estadísticamente significativa fueron: la edad entre [30 a 39 años],[40 a 64 años] y [65 años a más]; el grado de instrucción de analfabeto, primaria y secundaria; el estado laboral como el empleado y jubilado.

TABLA 7: Análisis Multivariante de la drogadicción y alcoholismo; y las características sociodemográficas en relación con el abandono del tratamiento antituberculoso en las Redes de Servicios de Salud de Chimbote y Nuevo Chimbote periodo 2014-2023

Variables	P (<0.05)	OR Ajustado	IC 95%
Drogadicción y alcoholismo	0.000	2.971	(1.914 – 4.612)
Sexo			
Masculino	0.000	0.432	(0.275 - 0.680)
Edad			
18 a 29 años	0.663	1.134	(0.644 – 1.999)
40 a 64 años	0.516	0.800	(0.407 - 1.570)
65 años a más	0.452	1.408	(0.576 – 3.441)
Grado de instrucción			
Secundaria	0.000	3.289	(1.915 – 5.648)
Superior	0.193	2.182	(0.675 – 7.060)
Domicilio			
Urbano - marginal	0.274	0.776	(0.493 - 1.222)
Estado laboral			
Desempleado	0.065	1.607	(1.035 – 2.496)
Estudiante	0.686	0.795	(0.262 – 2.416)
Hacinamiento	0.001	2.219	(1.364 – 3.609)
RAM	0.240	1.370	(0.810 – 2.317)
Comorbilidad	0.000	3.560	(1.977 – 6.408)
Apoyo familiar	0.000	0.119	(0.079 – 0.178)
Visita domiciliaria			
1era fase	0.639	0.890	(0.548 – 1.447)
2da fase	0.000	8.862	(5.492 – 14.30)

Fuente: Historias clínicas de las redes de servicio de salud de Chimbote y Nuevo Chimbote. **p:** nivel de significancia. **OR:** odds ratio. **IC:** intervalo de confianza. **RAM:** reacción adversa al medicamento

Para el análisis de regresión logística binaria multivariante en el modelo introducir de los pacientes en tratamiento de tuberculosis se seleccionaron las características sociodemográficas que tenían un $p < 0.25$ (ver tabla N.º 6) y dentro de ellas fueron: sexo masculino; edad entre [18 a 29 años],[40 a 64 años],[65 años a más]; grado de instrucción secundaria y superior; domicilio urbano-marginal, estado laboral desempleado y estudiante; hacinamiento; RAM; comorbilidad; apoyo familiar y visita domiciliaria.

La tabla N.º 7, nos mostró por el análisis multivariante de regresión logística binaria que las variables estadísticamente significativas con respecto al abandono del tratamiento

antituberculoso y a través del Odds Ratio ajustado y valor p ($p < 0.05$) con un IC al 95% fueron: la drogadicción y alcoholismo ($p=0.000$) y $OR=2.971$ ($OR >1$) lo cual significó 2.9 veces más riesgo en abandonar el tratamiento antituberculoso que de aquellos que no tienen esta condición; el sexo masculino ($p=0.000$) y $OR=0.432$ ($OR <1$) significó menos riesgo que se abandonara el tratamiento antituberculoso que el sexo femenino, el grado de instrucción secundaria ($p=0.000$) y $OR=3.289$ ($OR >1$) el cual indica 3.2 veces más riesgo en abandonar el tratamiento antituberculoso que de aquellos que están en otro grado de estudios; el vivir en hacinamiento ($p=0.001$) y $OR=2.219$ ($OR >1$) el cual indica 2.2 veces más riesgo en abandonar el tratamiento antituberculoso en comparación a los que no están en hacinamiento, si presenta una comorbilidad ($p=0.000$) y $OR=3.560$ ($OR >1$) lo que significó 3.5 veces más riesgo de abandonar el tratamiento antituberculoso en comparación con el grupo de no presentar comorbilidad; el recibir apoyo a familiar ($p=0.000$) y $OR=0.119$ ($OR <1$) lo cual indica menos riesgo de abandono del tratamiento antituberculoso que el de aquellos que no reciben apoyo familiar; por último la no visita domiciliaria durante la 2da fase de tratamiento ($p=0.000$) y $OR=8.862$ ($OR >1$) nos mostró el más alto riesgo de abandono del tratamiento antituberculoso en comparación con el grupo que si realizó la visita domiciliaria. Por otro lado, de las covariables que no tuvieron estadísticamente significancia en relación con el abandono del tratamiento antituberculoso fueron: la edad, el grado de instrucción superior, el domicilio, el estado laboral, el RAM y la visita domiciliaria durante la 1era fase de tratamiento.

2. DISCUSION

La proporción del abandono dentro de los resultados que se logró obtener a partir de los pacientes que recibieron el tratamiento antituberculoso en los diferentes establecimientos de salud que pertenecen a la Red de Servicios de Salud de Chimbote y Nuevo Chimbote fue un 33.3% y de aquellos que no abandonaron el tratamiento un 66.7%. Estas cifras sobre el abandono del tratamiento son altas si lo comparamos principalmente con otras regiones como el Callao, Lima, Tumbes ya que en ellos estuvo por encima algo del 10%. (MINSAL, 2018). En el estudio realizado por Cárdenas R. sus resultados difieren de forma amplia pues la proporción de abandono fue solo de 17.8% lo cual es una cifra inferior pero aun así es alta si es comparada a nivel de todo el Perú en donde llega al 7% aproximadamente en cada año. (Renato, 2024) En el estudio realizado por Calderón Silva C. los resultados son diferentes en la proporción de abandonos siendo el 15.2 % y en donde se determinó que más de la mitad de pacientes tuvieron una irregularidad constante en el tratamiento ya sea por sus características clínicas y por la demografía así como la limitación del tiempo en la supervisión y falta de compromiso del personal de salud dando lugar a que los pacientes no perciban el soporte necesario para completar el tratamiento tan complejo. (Cecilia, 2018). Los resultados obtenidos en el estudio de Reynoso Meza S. también difiere en más de la mitad siendo este el 15.9% de abandono del tratamiento (Sayda, 2024) y el estudio cohorte retrospectivo de Ade S. realizado en Benin se obtuvo tan solo un 8% de abandono debido a que las actividades de rastreo por parte del personal de salud es comprometido sobre todo a los pacientes que faltan a sus citas programadas incrementan la tasa de éxito del tratamiento. (Ade, 2016). Mencionado todo lo anterior es importante recalcar que en este estudio la cifra es alta con el 33.3% de proporción de abandono de tratamiento por eso la OMS refiere que debería ser menor al 20% por lo tanto esta situación puede ser consecuencia de la falta de acceso a todos los servicios de salud y por ser un país subdesarrollado como es el nuestro.

Otro de los resultados obtenidos fue la proporción de pacientes con diagnóstico de drogadicción y alcoholismo en asociación con los casos de abandono del tratamiento antituberculoso fue de 147 (49.8%). En contraste con ello los resultados fueron similares al estudio realizado por Huaman donde nos mostró que los hábitos nocivos obtenían un 56% por parte del alcoholismo mientras que por la drogadicción el 44% por lo cual constituyeron factores de riesgo para el abandono del tratamiento contra la tuberculosis. (Elyana Huaman Ramos, 2021), así mismo los resultados de Zevallos fueron similares con un 51% de alcoholismo y de drogas un 33%. (Zevallos, 2017). Por otro lado, con

respecto a los resultados del estudio de Carlos Albornoz este difiere en gran parte con una proporción de 27.7% para los pacientes drogadictos y alcohólicos (Boyle, 2023); así como en el estudio realizado por Astuvilca donde obtiene un 34.6% por consumo de sustancias. (Wendy, 2021). Los factores individuales de cada paciente, pues son determinantes sociales que se asocian con el consumo de sustancias nocivas esto conlleva a modificar su comportamiento y compromiso como es el abandono de su tratamiento contra la tuberculosis, los cuales se deben tener en cuenta para enfrentarlo realizando un trabajo interrelacionado con áreas de salud mental e intersectorial. (Salud, 2021)

Los resultados que se lograron obtener en este estudio demostraron que la drogadicción y el alcoholismo se asocian e incrementan el riesgo de abandono del tratamiento antituberculoso, de acuerdo al OR crudo de 3.69, el cual significó que un paciente drogadicto y alcohólico tiene 3.6 veces más riesgo de abandonar el tratamiento antituberculoso. Este resultado coincide con el trabajo de investigación retrospectivo de Chavez J. realizada en Lima, donde se utilizó el análisis bivariado para determinar que por el lado del alcoholismo existe un riesgo de OR = 3.3 veces más y por la drogadicción un riesgo de OR = 2.8 veces más en abandonar el tratamiento contra la tuberculosis. (Chavez J, 2017). De igual manera, los resultados son similares con el estudio por Antezana I. realizado en la ciudad de Ica donde por análisis multivariante se encontró de forma separada el consumo de alcohol con un ($p < 0.001$) y OR = 2.6 mientras que por las drogas tenía un ($p < 0.001$) y OR = 6.9, dando lugar a tener mayor riesgo por el abandono del tratamiento antituberculoso. (Ismael, 2021). Otra investigación con resultados parecidos fue la realizada por Zeballos M. donde se logró analizar una amplia muestra de pacientes siendo 285 casos y 570 controles obteniéndose con respecto a los hábitos nocivos de alcoholismo y drogadicción un ($p < 0.001$) y un OR = 2.58 mostrando una asociación de factor de riesgo importante. (Zevallos, 2017). Según Culqui y Cols. afirma que el consumo de ciertas sustancias como el alcohol y drogas interviene como factores de riesgo para abandonar la terapia de una enfermedad tan compleja como la tuberculosis esto radica principalmente porque modifica el comportamiento del paciente pues invierte las prioridades y responsabilidades por la adicción. (Culqui DR, 2005). Otro estudio de casos y controles donde los resultados encontrados tuvieron una relación mucho mayor y que coincidieron fue el realizado por Cárdenas R. el cual se obtuvo una única variable como el de consumo de drogas que abarcó de forma general al alcohol, marihuana y PBC teniendo un ($p < 0.005$) y un OR = 6.3 significativamente asociado y de riesgo al abandono del tratamiento, esto pudo deberse por la alteración propia en el campo biológico y social

de este grupo de pacientes drogadictos, ya que los imposibilita siendo incapaces de continuar de forma correcta y con disciplina el esquema tan amplio de terapia contra la tuberculosis. (Renato, 2024). Para Olivera Valladares J. y Meza Cordero M. la asociación entre el consumo de alcohol y drogas con el abandono del tratamiento contra la Tuberculosis se debe por la íntima relación de los efectos adictivos de las sustancias psicoactivas pues genera comportamientos obsesivos que autodestruye la salud de los pacientes en donde pierden el interés por la enfermedad dejando de asistir todos los controles y por ende el éxito del tratamiento. (Johana Olivera, 2023).

Por otro lado, hay también investigaciones con resultados contrarios en donde no se pudo establecer la asociación entre la drogadicción y el alcoholismo con el abandono del tratamiento antituberculoso. El estudio realizado por Barrera Campos Y. fue de tipo correlacional- transversal siendo el análisis de las variables de forma separada como el consumo de alcohol donde se evidenció que no existía significancia estadística ($p=0.169$) y $OR= 0.44$ y el de drogas ($p=0.913$) y $OR=1.06$. (Yesenia, 2024) Es importante resaltar que la diferencia de los resultados entre mi estudio y el de Barrera Campos podría ser por la variación de los estilos de vida de cada población estudiada así como la percepción del efecto del consumo de alcohol y drogas, la metodología aplicada fue solamente el bivariante y la muestra estudiada solamente de 79 participantes, ya que mi estudio se utilizó el análisis multivariante y tipo casos y controles con un número amplio de 885 participantes. La investigación realizada por Inca Vigo de tipo descriptivo – prospectivo fue aplicado en 70 pacientes también presentó la no asociación entre el alcoholismo y drogadicción con el abandono de tratamiento contra la tuberculosis en donde se obtuvo como resultado un ($p=0.133$). (Vigo, 2017) Frente a esta diferencia podría ser consecuencia a que dicho estudio tuviera una muestra muchísimo menor así como la metodología utilizada fue solamente descriptiva y prospectiva.

Dentro de los resultados encontrados con asociación fue el sexo masculino ($p=0.000$) y $OR= 0.432$ ($OR < 1$) el cual indica que es un factor protector es decir hay menor riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso que con respecto al sexo femenino, este resultado de la investigación de (Zevallos, 2017) es similar en el cual el sexo femenino tuvo un riesgo de 1.5 veces mayor para abandonar la farmacoterapia que el sexo masculino, en cambio en otra investigación de (Gutierrez, 2022) los resultados fueron contrarios por lo que se obtuvo un ($p=0.75$) y $OR= 1.195$ ($OR > 1$) con respecto al sexo masculino siendo este un factor de riesgo para abandonar el tratamiento antituberculoso en comparación con el sexo femenino. Estos resultados difieren básicamente por el

contexto de cada investigación ya sea por la metodología así como por los cambios a nivel económico, social y cultural de la misma sociedad peruana en donde se ha visto que el sexo femenino pues tiene un rol más activo a nivel laboral para solventar su familia por lo que sobrecargan sus actividades y conlleva a que descuiden su salud sobre todo en casos de la informalidad laboral o la falta de pensión por enfermedad así como otros temas relacionados a su hogar, todas estas condiciones incrementan el riesgo de abandonar el tratamiento contra la tuberculosis.

Otro resultado con asociación fue el grado de instrucción secundaria con un ($p=0.000$) y $OR=3.289$ ($OR >1$) lo cual significa que hay 3.2 veces más riesgo de abandonar el tratamiento contra la tuberculosis, esto es contrario con respecto al estudio realizado por (Caballero Franco Daniel, 2023) en donde no se encontró asociación tanto a nivel de grado de instrucción secundaria incompleta un ($p=0.617$) y $OR=0.746$ ($OR <1$) así como secundaria completa un ($p=0.578$) y $OR=1.36$ ($OR >1$). Este resultado es diferente por las características propias de la población así como la metodología empleada en cada investigación utilizada por lo que conlleva a otros tipos de análisis.

El hacinamiento es otro de los resultados encontrados en las características sociodemográficas que han tenido asociación con un ($p=0.001$) y $OR=2.219$ ($OR >1$) el cual indica 2.2 veces más riesgo en abandonar el tratamiento antituberculoso en comparación a los que no están en hacinamiento, en comparación con otra investigación que no obtuvo significancia ya que este factor riesgo no tenía relación con el abandono del tratamiento siendo estos los resultados al análisis estadísticos con un $OR=0.831$ no teniendo valores de significancia para el abandono del tratamiento. (Tapia Tenorio, 2018). En nuestros resultados el hacinamiento es un factor de riesgo que conlleva a tener recaídas y abandono del tratamiento aumenta la tasa de incidencia de casos de diseminación y contagios en la población.

Otras de las características sociodemográficas tenemos a los pacientes que tienen una comorbilidad asociada la cual aumenta el riesgo de fracaso o abandono del tratamiento antituberculoso en nuestros datos estadísticos de significancia tenemos ($p=0.000$) y $OR=3.560$ ($OR >1$) lo que significó 3.5 veces más riesgo en comparación con el grupo de que no presentaron comorbilidad; los resultados fueron parecidos en otra investigación de (Liddy Varela, 2023) pues encontraron que los pacientes que tuvieron como diagnóstico de tuberculosis también sufrían de enfermedades como VIH y Diabetes mellitus con un $OR=1.69$ (VIH) y $OR=1.89$ (Diabetes mellitus), tenían un riesgo de recaída o abandono del tratamiento antituberculoso.

En otro resultado se encontró un factor protector el contar con el apoyo familiar con un ($p=0.000$) y $OR=0.119$ ($OR < 1$) ya que es de importancia que los pacientes sienta el cariño y amor de la familia ante el diagnóstico de tuberculosis en el cual el tratamiento debe ser culminado para su curación completa, así mismo podemos observar en la investigación de (Renato, 2024) los pacientes que no tuvieron apoyo familiar presentaron un $OR=7.8$ veces mayor que los pacientes que si contaban con el apoyo de su familia.

También hemos podido encontrar una asociación del abandono del tratamiento con alta significancia con la visita domiciliaria en la 2 fase que quiere decir que es necesario que el personal de salud continúe con las visitas para la concientización a que el paciente cumpla con el tratamiento y lo pueda llevar a término, en los resultados estadísticos encontrados fueron ($p=0.000$) y $OR=8.862$ ($OR >1$) nos mostró el más alto riesgo de abandono del tratamiento antituberculoso en comparación con el grupo que si realizó la visita domiciliaria, así mismo con los resultados de (Tapia Tenorio, 2018) encontraron significancia estadísticas en las visitas domiciliarias realizadas a los pacientes tuberculosis.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES

- Se evidenció que si existe asociación entre los pacientes con diagnóstico de drogadicción y alcoholismo con el abandono del tratamiento antituberculoso ya que presenta 3.6 veces más riesgo.
- Las características sociodemográficas de los pacientes que recibieron tratamiento antituberculoso fue en el sexo masculino de 60% y el femenino 40%; la edad fue de [18 a 29 años] con un 38.8% y de [40 a 64 años] el 28.9%; el grado de instrucción secundaria con 57.2%, de primaria el 28.1% ; el domicilio urbano marginal fue 60.4% y el urbano de 39.6% ; el estado laboral fue ser desempleado con 48.7% y el empleado con 39.4% ; los que vivían en hacinamiento el 63.2% y los que no vivían en hacinamiento el 36.8%; no presentaron RAM un 83.4% y los que si tuvieron RAM solo 16.6%; si contaban con el apoyo familiar el 65.1% mientras los que no contaban con apoyo familiar el 34.9%; si tenían comorbilidad 33.3% ; por último la visita domiciliaria en 1era fase si realizó la visita el 70.3% y aquellos en las que no se realizó la visita el 29.7% y en 2da fase no se realizó la visita con 72.5% mientras que si se realizó la visita el 27.5%.
- La proporción de abandono del tratamiento antituberculoso representa el 33.3% de los pacientes atendidos en las Redes de Servicios de salud Chimbote y Nuevo Chimbote durante el periodo 2014-2023.
- La proporción de pacientes con diagnóstico de Drogadicción y Alcoholismo representa el 49.8% con respecto a los que abandonaron el tratamiento antituberculoso en las redes de servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote durante el periodo 2014-2023.
- La diferencia es amplia entre la frecuencia de pacientes diagnosticados con drogadicción y alcoholismo con respecto a los grupos que si abandonaron y no abandonaron el tratamiento antituberculoso los cuales representan el 30.7% en comparación con el 69.3% de los pacientes sin drogadicción y alcoholismo.
- La frecuencia de la drogadicción y alcoholismo de pacientes que recibieron tratamiento antituberculoso por cada establecimiento de salud en la red de salud de Chimbote fue, en el C.S Progreso con el 25.7%, C.S. Miraflores Alto con el 21.3%, el P.S. Magdalena Nueva con 14.7% y el P.S. La Unión solo con el 8.8%. Por otro lado, en la Red de salud de Nuevo Chimbote en el C.S. Yugoslavia se

obtuvo el 14.7%, P.S. 3 de Octubre con el 5.5%, el P.S. Garatea con el 3.7%, P.S. Villa María con el 2.6% y el P.S. El Satélite solo con el 2.9%.

- Las características sociodemográficas que tienen asociación al abandono de tratamiento antituberculoso en las redes de servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote durante el periodo 2014-2023 son el grado de instrucción nivel secundario, el hacinamiento, las comorbilidades, no contar con el apoyo familiar y las visitas domiciliarias en 2da fase.

2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los profesionales salud hacer una mejor recolección de información en el llenado de las historias clínicas, con el propósito de identificar el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol.
- Se recomienda implementar programas de psicoterapia para los pacientes con adicciones, con la finalidad de rehabilitarlos a dejar el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, de forma paralela para que favorezca el cumplimiento del tratamiento contra la TBC y evitar su abandono.
- Socializar los resultados de este presente estudio con aquellos encargados del programa contra la TBC, principalmente el área de epidemiología de las Redes de servicio de salud Chimbote y Nuevo Chimbote para que tengan en cuenta las acciones de forma específica a considerar a nivel local y así se pueda mejorar la adherencia al tratamiento antituberculoso.
- Concientizar al personal de salud el alto índice de drogadicción y alcoholismo encontrado en sus establecimientos de salud, por lo que deberían mejorar su empatía con sus pacientes y más bien motivar a que concluyan su tratamiento antituberculoso.
- El programa de TBC debe impulsar a que el equipo multidisciplinario fomente acciones de mejoras en las actividades de visitas domiciliarias de rescate para los pacientes que están llevando su tratamiento antituberculoso y sobre todo de los que abandonan ; tales como sesiones educativas explicando detalladamente los cuidados que debe tener en cuenta el paciente y la importancia que tiene culminar con el tratamiento, así también captaciones de sintomáticos respiratorios, realizar seguimientos continuos y brindar apoyo al paciente y familia.

CAPITULO VI : REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abuse, N. I. (Diciembre de 2008). El Abuso de Drogas y La Drogadiccion. *National Instutes of Health*, 20(3). Recuperado el 5 de Mayo de 2024, de <https://manantiales.org/wp-content/uploads/2021/08/El-abuso-de-drogas-y-la-drogadiccion-Fuente-NIDA.pdf>
- Ade, S. (enero de 5 de 2016). Seguimiento y Rastreo de pacientes con tuberculosis que no acuden a sus citas programadas en Cotonu Benin. *BMC Health Serv Res*, 11-16. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26754808/>
- Americas, O. R. (2022). Recuperado el 02 de Mayo de 2024, de Organizacion Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis#collapse1>
- Barrientos, A. (2024). *Factores asociados al Abandono del Tratamiento Antituberculoso en pacientes Diagnosticados de tuberculosis pulmonar sensible en Centro de Salud San Sebastian,2021-2022*. Recuperado el 3 de julio de 2024, de <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/8460>
- Boyle, C. A. (2023). Recuperado el 5 de Mayo de 2024, de Influencia de Drogadiccion y Alcoholismo en el Aprendizaje formal de Jovenes de Ubranzacion de Moras y Tingo-Huanuco: <https://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/9638>
- Caballero Franco Daniel, G. T. (2023). Recuperado el 4 de Mayo de 2024, de Factores de Riesfo y Abandono del Tratamiento Antituberculoso en Pacientes: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/131646>
- Carmen Aldaz Guananga, L. C. (julio de 2023). Factores de Riesgo de Tuberculosis Pulmonar en Adultos Jovenes del Recinto Sabanilla. *Redilat*, 4(2), 4392. Obtenido de <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.907>
- Carrasco, S. (2023). *Factores asociados al Abandono de Tratamiento de TBCen pacientes atendidos en Microred de Salud Santa Fe, Callao - 2021*. Recuperado el 3 de julio de 2024, de <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/8123>
- Cecilia, C. S. (13 de Diciembre de 2018). *"Frecuencia de abandono del tratamiento antituberculoso y factores de riesgo en un Centro Nacional de Excelencia en Tuberculosis.Lima, Peru 2010-2015*. Recuperado el 11 de enero de 2025, de https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/624999/Calder%c3%b3n_sc.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Chavez J, P. B. (2017). Factores Socioeconomicos asociados al Abandono del Tratamiento de Tuberculosis Pulmonar Sensible Micro-Red Ollantay , San Juan de Lurigancho, Lima-Peru. *Revista Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma*, 12-18. doi:10.25176/RFMH.v17.n4.1204
- Claudia Perlaza, F. C. (Diciembre - marzo de 2023). Factores de Abandono al Tratamiento de la Tuberculosis en la Red Publica de Salud. *Revista de Salud Publica*, 57(8). Recuperado el 3 de Mayo de 2024, de <https://www.scielo.br/j/rsp/a/R98wLy8mbzNt37spBMGdGCG/?format=pdf&lang=es>

- CONALTID, U. (2015). Recuperado el 6 de Mayo de 2024, de Problematica de las Drogas: https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematica_de_las_drogas.pdf
- Culqui DR, G. C. (2005). Factores Pronosticos del Abandono del Tratamiento Antituberculoso en una Region Endemica del Peru. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 14-20. Recuperado el 10 de enero de 2025
- Diana Falcon Cordova, J. C. (23 de diciembre de 2023). Tuberculosis en el Mundo y en el Ecuador, en la actualidad 2021. *Redilat*, 4(6), 658. Recuperado el 7 de Mayo de 2024, de <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/1476/1831>
- Diaz, A. U. (enero-junio de 2020). Tuberculosis Multidroresistente. *Rev. Salud Bosque*, 10(1), 80-89. Recuperado el 7 de Mayo de 2024, de <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/view/2834/2414>
- DSM-5, A. (2014). *Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastonos Mentales-DSM5* (5ta ed.). (M. Alvear, Ed.) Madrid, España: Editorial Medica Panamericana. Recuperado el 6 de Mayo de 2024
- Elyana Huaman Ramos, F. L. (Septiembre-Diciembre de 2021). Servicios de Salud y Abandono del Tratamiento de Tuberculosis. *Revista Medica Rosario*, 87(3). Recuperado el 4 de Mayo de 2024, de <https://revistamedicaderosario.org/index.php/rm/article/view/153>
- Enriqueta Ochoa Mangado, A. M. (enero-marzo de 2009). Diagnostico y Tratamiento de la Dependencia de alcohol. *Med Segur Trab*, 55(214). Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v55n214/original1.pdf>
- Evelyn Kimani, S. M. (October- March de 2021). Factors influencing TB treatment interruption and treatment outcomes among patients in Kiambu County. (E. Ochodo, Ed.) *AMREF Health Africa*, 16(4). Recuperado el 3 de Mayo de 2024, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8023511/pdf/pone.0248820.pdf>
- Garcia, O. P. (enero-marzo de 2014). Alcoholismo. *Ciencia*, 5(3). Recuperado el 6 de Mayo de 2024, de https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/65_1/PDF/Alcoholismo.pdf
- Gutierrez, V. (20 de agosto de 2022). *Factores de Riesgo sociodemograficos asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis en el centro de salud las Delicias de Villa periodo enero 2017-junio 2020*. Lima: Repositorio Universidad Ricardo Palma. Obtenido de Repositorio de Universidad Ricardo Palma.
- Helsinki, A. M. (2000). Recuperado el Mayo de 10 de 2024, de Declaracion de Helsinki de la Asociacion Medica Mundial: https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/declaracion_helsinki.pdf
- Hilda Arias Brito, G. L. (2023). Recuperado el 7 de Mayo de 2024, de Factores de Riesgo para el Desarrollo de Tuberculosis Pulmonar en Pacientes que acuden Hospital Jose Rodriguez Guayaquil : <http://190.15.129.146/handle/49000/15172>
- INDEC. (2000). *Sistema de Estadisticas Sociodemograficas*. Recuperado el 2 de julio de 2024, de https://www.indec.gob.ar/ftp/indecinforma/nuevaweb/cuadros/7/sesd_glosario.pdf
- INE. (2023). Recuperado el 9 de Mayo de 2024, de Instituto Nacional de Estadistica: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4484#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20OMS%2C%20el%20%22sexo,apropiados%20para%20hombres%20y%20mujeres.>

- INEI. (2014). Obtenido de Glosario del Instituto Nacional de Estadística e Informática: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digiales/Est/Lib1267/glosario.pdf
- Ismael, A. R. (20 de enero de 2021). *Factores Asociados al Abandoo del Tratamiento Antituberculoso Esquema TB sensible pacientes nuevos BK(+), Ica 2018-2019*. Recuperado el 10 de enero de 2025, de <https://repositorio.unica.edu.pe/items/d348702b-a004-4976-9efa-af8a404ca038>
- Johana Olivera, M. M. (2023). (R. I. Palma, Productor) Recuperado el 3 de Mayo de 2024, de Factores de Riesgo y Abandono al Tratamiento contra la Tuberculosis Pulmonar Sensible: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/6234>
- Jose Caminero, J. G. (marzo de 2020). Actualización de la Normativa SEPAR "Diagnostico y Tratamiento de la Tuberculosis con Resistencia a Farmacos". *SEPAR*, 56(8), 514-521. Obtenido de <https://scihub.yncjkj.com/https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300289620301010>
- Karen Ramos Zambrano, J. S. (30 de Enero de 2019). La Drogadiccion como uno de los Agentes Desencadenantes de la Tuberculosis. (R. C. Mundo, Ed.) *RECIAMUC*, 3(1), págs. 60-77. Recuperado el 02 de Mayo de 2024, de <http://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/222>
- Larissa Araujo, G. d. (April- October de 2023). Factors Associated with the Abandonment of Tuberculosis Treatment in Brazil: A Systematic Review. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 56((e0155-2022)). Recuperado el 3 de Mayo de 2024, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9870282/pdf/1678-9849-rsbmt-56-e0155-2022.pdf>
- Liddy Varela, J. O. (2023). Factores asociados al tratamiento no exitoso para tuberculosis en pacientes previamente tratado en Cali, Colombia, en periodo 2015-2019. *Biomedica Revista del Instituto Nacional de Salud*, 360-373. doi:<https://doi.org/10.7705/biomedica.6961>
- Luis, L. Z. (2017). Recuperado el 4 de Mayo de 2024, de Drogadiccion y Alcoholismo como Factores asociados al Abandono de la Farmacoterapia Antituberculosa Red Servicios de Salud Trujillo 2014-2016: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/3435>
- Maricela, C. R. (2021). *Factores asociados al Exito, Abandono e Irregularidad del tratamiento de TB drogo sensible Peru*. (U. N. Villarreal, Ed.) Recuperado el 3 de julio de 2024, de https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/4919/UNFV_Curisinc he_Rojas_Maricela_Doctorado_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mexico, S. d. (2017). *Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades*. Recuperado el 2 de julio de 2024, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/482209/GUIA_ADHERENCIA_TERAPIA_UTICA.pdf
- MINSA. (2005). Recuperado el 6 de Mayo de 2024, de Modulo de Atencion Integral en Salud Mental: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1758.pdf>

- MINSa. (2006). *Programa de Familias y Viviendas Saludables*. Lima: GMC Digital. Recuperado el 28 de mayo de 2024, de Programa de Familias y Viviendas Saludables: https://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/150_progfam.pdf
- MINSa. (Octubre-Diciembre de 2018). *Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas con Tuberculosis*, 57(4). Recuperado el 02 de Mayo de 2024, de <http://142.44.242.51/index.php/diagnostico/article/view/50/60>
- MINSa. (2019). *CARE PERU*. Recuperado el 2 de julio de 2024, de https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/484_MINSA4-2.pdf
- NIDA. (2023). Obtenido de Instituto Nacional de Abuso de Drogas: <https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/la-comorbilidad#:~:text=Hay%20comorbilidad%20cuando%20dos%20o,la%20salud%20de%20una%20persona.>
- Oblitas, F. M. (2009). *Dependencia Alcohólica como Factor de Riesgo de Tuberculosis Multidrogas Resistente*. Recuperado el 03 de Mayo de 2024, de Cybertesis.Repositorio de Tesis Digitales.UNMSM: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2524/Musayon_of.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OIT. (2004). *CINTERFOR*. Recuperado el 2 de julio de 2024, de <https://www.oitcinterfor.org/taxonomy/term/3693#:~:text=Situaci%C3%B3n%20de%20una%20persona%20econ%C3%B3micamente,de%20una%20cooperativa%20de%20producci%C3%B3n.>
- Olga Muñoz Roca, A. M. (3 de enero - junio de 2023). Abandono de Tratamiento Antifímico en Pacientes con Tuberculosis atendidos en Centro de Salud Público de Guayaquil. *Revista Medicina e Investigación. Clínica Guayaquil*, 4(6), 7. Obtenido de <https://revistaclinicaguayaquil.org/index.php/revclinicaguaya/article/view/132/361>
- OMS. (2008). *Alcohol y Atención Primaria de Salud*. Recuperado el 27 de mayo de 2024, de Alcohol y Atención Primaria de Salud: <https://socidrogalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/alcohol/documentos/Alcohol-atencion-primaria-2008.pdf>
- OPS. (2008). Recuperado el 9 de Mayo de 2024, de Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2008/3_GT_VConferencia_Farmacovigilancia.pdf
- Organization, W. H. (2023). Recuperado el 02 de mayo de 2024, de Global Tuberculosis Report: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373828/9789240083851-eng.pdf?sequence=1>
- Pallavi Chandra, S. G. (July de 2022). Immune Evasion and Provocation by Mycobacterium Tuberculosis. *Nature Reviews Microbiology*, 20, 750-766. Recuperado el 7 de Mayo de 2024, de <https://www.nature.com/articles/s41579-022-00763-4>
- Pauline Caraux Paz, S. D. (15 de december de 2021). Tuberculosis in the Elderly. *JCM*, 10(24). Recuperado el 7 de Mayo de 2024, de <https://www.mdpi.com/2077-0383/10/24/5888>
- Peduzzi P, C. J. (1996). A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *NIH*, 1373-9. doi:10.1016/s0895-4356(96)00236-3

- Peru, C. M. (2023). *Codigo de Etica y Deontologia del CMP*. Lima. Recuperado el 9 de Mayo de 2024, de <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2023/02/Actualizacion-Codigo-de-etica-ultima-revision-por-el-comite-de-doctrina01feb.pdf>
- Peru, M. d. (2023). *Boletin Epidemiologico del Peru* (Vol. 32). Lima. Recuperado el 3 de julio de 2024, de https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202320_28_163316.pdf
- Peru, M. d. (2023). *Norma Tecnica de Salud para el Cuidado Integral de la Persona Afectada por Tuberculosis, Familia y Comunidad*. Norma tecnica, MINSA, Lima, San Martin de Porres. Recuperado el 7 de Mayo de 2024, de <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6344.pdf>
- RAE. (2023). *Academias de la Lengua Española*. Recuperado el 02 de julio de 2024, de <https://dpej.rae.es/lema/domicilio>
- RAE. (2024). Recuperado el 9 de Mayo de 2024, de Asociacion de Academias de la Lengua Española: <https://dle.rae.es/edad>
- Remache Agualongo, L. B. (2021). *Factores que Conllevan al Abandono de la Estrategia DOTS en Pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud "Los Pinos" canton Milagro*. Tesis Pregrado, Universidad Estatal Bolivar, Guayas, Guaranda. Obtenido de F: <https://dspace.ueb.edu.ec/handle/123456789/4051>
- Renato, C. A. (2024). (Cybertesis UNMSM) Recuperado el 3 de Mayo de 2024, de Factores Asociados al Abandono del Tratamiento contra la Tuberculosis sensible en un Centro de Salud Lima 2018-2022: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/21727/Cardenas_ar.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rengifo, S. T. (2020). Recuperado el 4 de Mayo de 2024, de Factores Asociados al Abandono del Tratamiento Antituberculoso en pacientes del Hospital Nacional Hipolito Unanue 2019: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2483>
- Riestra Ayora, G. M. (Abril de 2023). Tuberculosis en Epoca de COVID-19: los exitosos resultados del tratamiento en el Peru. *ELSEVIER*, 41(7), 137-140. Recuperado el 7 de Mayo de 2024, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9132789/pdf/main.pdf>
- Roberto, B. E. (septiembre de 2020). Tuberculosis¿ Es la Pandemia Ignorada? *Revista Mexicana de Patologia Clinica y Medicina de Laboratorio*, 67(2), 93-112. Recuperado el 7 de Mayo de 2024, de https://web.archive.org/web/20201005220331id_/https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2020/pt202g.pdf
- Salud, O. P. (2021). Recuperado el 02 de Mayo de 2024, de Tuberculosis en las Americas . Informe Regional: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57084/9789275326497_spa.pdf?sequence=11&isAllowed=y
- Samanta, G. F. (2023). Recuperado el 5 de Mayo de 2024, de Drogadiccion y su Recuperacion en el comportamiento Adolescente de 16 años Centro Rehabilitacion Autonomo: <https://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/14339>
- Sayda, R. B. (06 de marzo de 2024). *Factores de riesgo asociados al abandono de tratamiento contra la tuberculosis en pacientes atendidos en Centro de Salud Pedro Sanchez Meza*

- Chupaca 2015-2022*. Recuperado el 20 de julio de 2024, de <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/14091>
- Sinchi, G. (2020). *Factores asociados al Abandono de Tratamiento Antituberculosis Esquema I centro de Salud Defensores de la Patria, Ventanilla 2017-2019*. Obtenido de <https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/a4674833-0acf-4dda-b7cd-7e0c8d14525d/content>
- Tapia Tenorio, P. A. (2018). Factores asociados al abandono del tratamiento de pacientes con tuberculosis de la Red de Salud Tacna. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 4780-4800. doi: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.4800
- Valle, C. (2019). *Factores de riesgo para el Abandono al tratamiento de Tuberculosis en Pacientes del Hospital de Huaycan 2017-2018*. Recuperado el 3 de julio de 2024, de <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/0b6a1fd2-33b8-477b-ad9d-0b403615ad63>
- Victor, C. A. (2022). Recuperado el 4 de Mayo de 2024, de Alcoholismo y drogadicción como factores asociados al abandono del Tratamiento Antituberculoso Centro de Salud MINSA 2007-2019: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5285>
- Vigo, I. (30 de mayo de 2017). *Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes ambulatorios del hospital II Cajamarca-EsSalud 2015-2016*. Obtenido de <https://dspace.unitru.edu.pe/items/f32961ae-4e1d-46d5-be05-9184b274be56>
- Wendy, A. I. (2021). Recuperado el 4 de Mayo de 2024, de Factores de Riesgo asociado al Abandono del Tratamiento Tuberculosis Pulmonar Sensible Centro de Salud San Jose, Lima Sur: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6076>
- Yesenia, B. C. (15 de abril de 2024). *Repositorio UNCP*. Obtenido de Factores que influyen en el abandono al tratamiento antituberculoso de pacientes adultos con tuberculosis del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrion 2015-2019: <http://hdl.handle.net/20.500.12894/10926>
- Zevallos, M. (2017). *Factores Asociados al Abandono del Tratamiento Antituberculoso Esquema I RED de Salud San Juan de Lurigancho*. Recuperado el 3 de julio de 2024, de https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1030/Factores_ZevallosRomero_Maritza.pdf?sequence=1&isAllowed=y

CAPITULO VII : ANEXOS

ANEXO 1 : Calculo del Tamaño de Muestra

Tamaño de la muestra para estudio de casos- controles no pareados		
Nivel de confianza de dos lados	95	(1-alpha) generalmente 95%
Potencia (% de probabilidad de detección)	80	Generalmente 80%
Razón de controles por caso	2	Para muestras iguales, utilice 1.0
Porcentaje de controles expuestos	11	Entre 0.0 y 99.99
Por favor, rellene uno de los siguientes. El otro se calculará.		
Odds Ratio	<input type="text" value="1.80"/>	
Porcentaje de casos con exposición	18.2	Entre 0.0 y 99.99

Tamaño de la muestra para estudios de casos-controles no pareados

Para:

Nivel de confianza de dos lados (1-alpha)	95
Potencia (% de probabilidad de detección)	80
Razón de controles por caso	2
Proporción hipotética de controles con exposición	11
Proporción hipotética de casos con exposición:	18.2
Odds Ratios menos extremas a ser detectadas	1.80

	Kelsey	Fleiss	Fleiss con CC
Tamaño de la muestra - Casos	264	275	295
Tamaño de la muestra - Controles	528	549	590
Tamaño total de la muestra	792	824	885

Referencias

Kelsey y otros, Métodos en Epidemiología Observacional 2da Edición, Tabla 12-15
 Fleiss, Métodos Estadísticos para Relaciones y Proporciones, fórmulas 3.18&, 3.19

CC= corrección de continuidad

Los resultados se redondean por el entero más cercano

Imprima desde el menú del navegador o seleccione copiar y pegar a otros programas.

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSCC

Imprimir desde el navegador con ctrl-P

o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

ANEXO 2 : Instrumento

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

GRUPO DE ESTUDIO: Casos () Controles ()

N.º HISTORIA CLINICA:

FECHA DE INGRESO TRATAMIENTO:.....

DOMICILIO:.....Urbano () Urbano/marginal ()

FECHA DE ALTA O ABANDONO:.....

I. DATOS GENERALES

1. SEXO: Masculino () Femenino ()

2. EDAD:

Grupo de edad 18- 29 años: ()

Grupo de edad 30-39 años: ()

Grupo de edad 40-64 años: ()

Grupo de edad 65 a mas : ()

3. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

() Analfabeto () primaria () secundaria () superior

4. ESTADO LABORAL:

() empleado () desempleado () jubilado () estudiante

5. HACINAMIENTO (> 3 personas x habitación):

Si () No ()

II. DATOS CLINICOS:

1. CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS:

DROGADICCIÓN:

SI () NO () Tipo de Droga:.....

AICHOHOLISMO:

SI () NO() Tipo de Bebida:

2. COMORBILIDAD:

SI () NO() Especificar:.....

3. NO TOLERANCIA AL TRATAMIENTO (reacción adversa al medicamento o síntoma molesto asociado al tratamiento)

SI () NO() Especificar:.....

4. CONTAR CON APOYO FAMILIAR:

SI () NO()

5. VISITAS DOMICILIARIAS:

1era Fase: SI ().....NO ()

2da Fases: SI ().....NO ()

6. ABANDONO DEL TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS:

SI () NO()

ANEXO 3: Constancia de Aprobación por el Comité de Ética



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.

Constancia Nro. 20 - 2024

El presente proyecto de investigación titulado: "DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO ASOCIADO AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN REDES DE SERVICIOS DE SALUD CHIMBOTE Y NUEVO CHIMBOTE" cuyo investigador es el Bachiller Zavaleta Rodríguez Luis, ha sido **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias; pues considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad Nacional del Santa, los lineamientos éticos y científicos, el balance riesgo beneficio, la calificación del equipo investigador, la confidencialidad de los datos, entre otros.

La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. Protocolo de investigación versión 03.


Cualquier enmienda, desviación o eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el 25 de agosto del 2025.

Si aplica, los trámites para renovación deben iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Nuevo Chimbote 25 de agosto del 2024.

Mg. Guillermo Arana Morales
Presidente del Comité de Ética
en Investigación

ANEXO 4: Carta de Presentación en Red de Salud Pacifico Sur




03

**FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de
Junín y Ayacucho"

CARTA DE PRESENTACIÓN N° 044/2024 -EPMH

Nuevo Chimboto, 29 octubre de 2024

Señor:
LIC. Víctor Ávila Acuña
DIRECTOR EJECUTIVO -RED DE SALUD PACIFICO SUR
NVO.CHIMBOTE, -



**ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACIÓN Y PERMISO PARA BRINDAR INFORMACIÓN
A ESTUDIANTE DE EPMH- UNS - ACCESO AL AREA DE ESTADISTICA
CORRESPONDIENTE AL PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL
DE TUBERCULOSIS SIGTB**

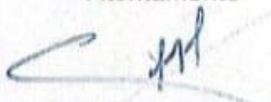
Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo, y al mismo tiempo solicito que a través de su despacho se le autorice acceso para la recopilación de información del área de estadística acerca del registro pacientes que pertenecen al programa de prevención y control de tuberculosis SIGTB a partir de los años 2014-2023 ,al estudiante de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Santa; información que servirá para el desarrollo de su proyecto de tesis denominado: "Drogadicción y Alcoholismo asociado al Abandono del Tratamiento Antituberculoso en Redes de Servicios de Salud Chimboto y Nuevo Chimboto ", cuyo autor es:

➤ **LUIS EDUARDO ZA VALETA RODRÍGUEZ** (Cód. N° 0201524029)

Motivo por el cual, pido a usted les brinde las facilidades necesarias para el desarrollo y ejecución del trabajo de investigación quien cuentan con la asesoría del Dr. **ARMANDO DEIVI MORE VALLADARES**

Con la seguridad de su apoyo y comprensión, le reitero mi consideración y estima personal

Atentamente

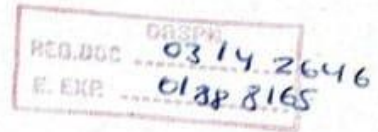


MC. Mg. Jorge Luis Solar Rossel
Director de la EPMH

ANEXO 4: Carta de Presentación en Red de Salud Pacifico Norte



FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



CARTA DE PRESENTACIÓN N° 045/2024 -EPMH

Chimbote, 29 octubre de 2024

Soñor:
MC. Alex Farly Corcuera Cruz
DIRECTOR EJECUTIVO -RED DE SALUD PACIFICO NORTE
CHIMBOTE.-



ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACIÓN Y PERMISO PARA BRINDAR INFORMACIÓN A ESTUDIANTE DE EPMH- UNS - ACCESO AL AREA DE ESTADISTICA CORRESPONDIENTE AL PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE TUBERCULOSIS SIGTB

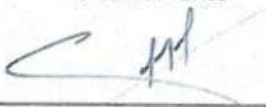
Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo, y al mismo tiempo solicito que a través de su despacho se le autorice acceso para la recopilación de información del área de estadística acerca del registro pacientes que pertenecen al programa de prevención y control de tuberculosis SIGTB a partir de los años 2014-2023 ,al estudiante de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Santa; información que servirá para el desarrollo de su proyecto de tesis denominado: "Drogadicción y Alcoholismo asociado al Abandono del Tratamiento Antituberculoso en Redes de Servicios de Salud Chimbote y Nuevo Chimbote ", cuyo autor es:

➤ **LUIS EDUARDO ZA VALETA RODRÍGUEZ** (Cód. N° 0201524029)

Motivo por el cual, pido a usted les brinde las facilidades necesarias para el desarrollo y ejecución del trabajo de investigación quien cuentan con la asesoría del Dr. **ARMANDO DEIVI MORE VALLADARES**

Con la seguridad de su apoyo y comprensión, le reitero mi consideración y estima personal

Atentamente


MC. Mg. Jorge Luis Solar Rossel
Director de la EPMH

ANEXO 5: Base de Datos y resultados en SPSS

MATRIZ TBC-TEISIS.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 29 de 29 variables

	Categoría	Domicilio	Sexo	Dieciocho	Treinta	Cuarenta	Sesenta y cinco	Edad	Analfabeto	Primaria	Secundaria	Superior	Grado Ins. trucción	Empleado	Desempleado	J
1	Control	Urbano-Ma...	Femenino	1	0	0	0	18 a 29 años	0	0	1	0	Secundaria	0	0	
2	Control	Urbano-Ma...	Femenino	1	0	0	0	18 a 29 años	0	0	1	0	Secundaria	0	0	
3	Control	Urbano-Ma...	Femenino	1	0	0	0	18 a 29 años	0	0	0	1	Superior	0	0	
4	Control	Urbano-Ma...	Femenino	1	0	0	0	18 a 29 años	0	0	0	1	Superior	0	0	
5	Control	Urbano-Ma...	Femenino	1	0	0	0	18 a 29 años	0	0	1	0	Secundaria	1	0	
6	Control	Urbano-Ma...	Femenino	1	0	0	0	18 a 29 años	0	0	1	0	Secundaria	0	1	
7	Caso	Urbano-Ma...	Femenino	1	0	0	0	18 a 29 años	0	0	1	0	Secundaria	0	1	
8	Control	Urbano-Ma...	Femenino	1	0	0	0	18 a 29 años	0	0	1	0	Secundaria	0	1	
9	Control	Urbano-Ma...	Femenino	1	0	0	0	18 a 29 años	0	0	1	0	Secundaria	0	1	
10	Control	Urbano	Femenino	1	0	0	0	18 a 29 años	0	0	1	0	Secundaria	0	1	
11	Control	Urbano	Femenino	1	0	0	0	18 a 29 años	0	0	1	0	Secundaria	0	1	
12	Control	Urbano-Ma...	Femenino	1	0	0	0	18 a 29 años	0	0	1	0	Secundaria	0	1	
13	Control	Urbano-Ma...	Femenino	1	0	0	0	18 a 29 años	0	0	0	1	Superior	0	0	
14	Control	Urbano-Ma...	Femenino	1	0	0	0	18 a 29 años	0	0	1	0	Secundaria	0	1	
15	Control	Urbano-Ma...	Femenino	1	0	0	0	18 a 29 años	0	0	0	1	Superior	0	1	
16	Control	Urbano-Ma...	Femenino	1	0	0	0	18 a 29 años	0	0	0	1	Superior	0	0	
17	Control	Urbano	Femenino	1	0	0	0	18 a 29 años	0	1	0	0	Primaria	0	1	
18	Control	Urbano-Ma...	Femenino	1	0	0	0	18 a 29 años	0	0	1	0	Secundaria	1	0	
19	Control	Urbano-Ma...	Femenino	1	0	0	0	18 a 29 años	0	1	0	0	Primaria	1	0	
20	Control	Urbano	Femenino	1	0	0	0	18 a 29 años	0	1	0	0	Primaria	1	0	
21	Control	Urbano	Femenino	1	0	0	0	18 a 29 años	0	0	1	0	Secundaria	1	0	

Vista de datos Vista de variables

MATRIZ TBC-TEISIS.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 29 de 29 variables

	Jubilado	Estudiante	Estado.Laboral	Hacinamiento	Consumo.Sustancias	Comorbilidad	No.Tolerancia.Tratamiento	Apoyo.Familiar	Visita.Domiciliar	Abandono.Tratamiento	Drogadiccion	Alcoholismo	Primera.Fase	Segunda.Fase	var
1	0	0	1 Estudiante	Si	No	No	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
2	0	0	1 Estudiante	Si	No	No	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
3	0	0	1 Estudiante	Si	No	No	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
4	0	0	1 Estudiante	Si	No	No	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
5	0	0	0 Empleado	Si	No	No	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
6	1	0	0 Desemplea...	Si	No	No	No	No	.	No	No	No	Si	No	
7	1	0	0 Desemplea...	Si	No	No	No	No	.	Si	No	No	Si	Si	
8	1	0	0 Desemplea...	Si	No	No	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
9	1	0	0 Desemplea...	Si	No	No	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
10	1	0	0 Desemplea...	Si	No	No	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
11	1	0	0 Desemplea...	No	No	No	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
12	1	0	0 Desemplea...	No	No	No	No	No	.	No	No	No	Si	No	
13	0	0	1 Estudiante	No	No	No	No	No	.	No	No	No	No	No	
14	1	0	0 Desemplea...	No	No	No	No	No	.	No	No	No	No	No	
15	1	0	0 Desemplea...	No	No	No	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
16	0	0	1 Estudiante	No	No	No	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
17	1	0	0 Desemplea...	Si	No	No	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
18	0	0	0 Empleado	No	No	No	No	No	.	No	No	No	Si	No	
19	0	0	0 Empleado	No	No	No	No	No	.	No	No	No	Si	No	
20	0	0	0 Empleado	Si	No	No	No	No	.	No	No	No	Si	No	
21	0	0	0 Empleado	No	No	No	No	No	.	No	No	No	Si	No	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo. Unicode ON

MATRIZ TBC- TESIS.sav [ConjuntoDatos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 29 de 29 variables

	Sexo	Jubilado	Estudiante	Estado Laboral	Hacinamiento	Consumo Sustancias	Comorbilidad	No Tolerancia Tratamiento	Apoyo Familiar	Visita Domiciliar	Abandono Tratamiento	Drogadiccion	Alcoholismo	Primera Fase	Segunda Fase	var
865	1	0	0	Desemplea...	Si	No	Si	No	No	.	No	No	No	Si	No	
866	1	0	0	Desemplea...	Si	No	Si	No	Si	.	No	No	No	Si	Si	
867	1	0	0	Desemplea...	Si	No	No	No	No	.	No	No	No	Si	No	
868	1	0	0	Desemplea...	No	No	Si	No	No	.	No	No	No	Si	No	
869	1	0	0	Desemplea...	No	No	No	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
870	0	0	0	Empleado	Si	No	Si	No	No	.	No	No	No	Si	No	
871	1	0	0	Desemplea...	Si	No	Si	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
872	1	0	0	Desemplea...	Si	No	Si	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
873	1	0	0	Desemplea...	Si	No	Si	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
874	0	0	0	Empleado	Si	No	Si	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
875	1	0	0	Desemplea...	No	No	No	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
876	1	0	0	Desemplea...	No	No	Si	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
877	1	0	0	Desemplea...	Si	No	Si	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
878	1	0	0	Desemplea...	Si	No	No	No	No	.	No	No	No	Si	No	
879	1	0	0	Desemplea...	Si	No	No	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
880	1	0	0	Desemplea...	Si	No	No	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
881	1	0	0	Desemplea...	Si	No	Si	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
882	0	0	1	Estudiante	No	No	No	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
883	0	0	1	Estudiante	Si	No	No	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
884	0	0	1	Estudiante	No	No	No	No	Si	.	No	No	No	Si	No	
885	0	0	1	Estudiante	Si	No	No	No	Si	.	No	No	No	Si	No	

Vista de datos Vista de variables

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	75,798 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	74,458	1	,000		
Razón de verosimilitud	73,694	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	75,712	1	,000		
N de casos válidos	885				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 90,67.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para CONSUMO DE SUSTANCIAS (No / Si)	3,695	2,732	4,997
Para cohorte ABANDONO DE TRATAMIENTO = No	1,651	1,440	1,892
Para cohorte ABANDONO DE TRATAMIENTO = Si	,447	,374	,534
N de casos válidos	885		