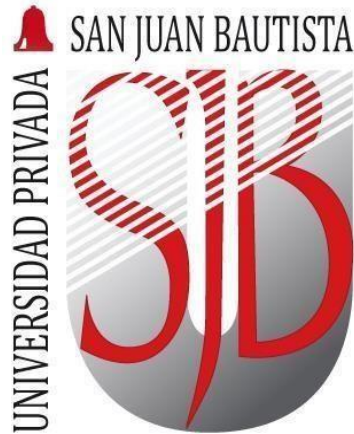


UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS TRATADOS EN 6 CENTROS
DE SALUD DE ICA, 2024**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

RIVERA VASQUEZ MARIA ALEXANDRA

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

ICA-PERU

2025

ASESOR

DR. SARAVIA PAZ SOLDÁN CESAR HERNAN

ORCID: 0000-0002-4734-3145

TESISTA

RIVERA VASQUEZ MARIA ALEXANDRA

ORCID: 0009-0002-4541-5130

LINEA DE INVESTIGACIÓN

SALUD GLOBAL

AGRADECIMIENTO

A DIOS

Por ser la luz que iluminó mi camino, durante todo el proceso de investigación y mi fuerza para superar las adversidades.

A LA UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

Por proporcionarme la formación académica que me ha dotado de la capacidad para realizar esta investigación. Esta casa de estudios es un pilar fundamental en mi desarrollo profesional

A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

En primer lugar, expreso un inmenso agradecimiento hacia el personal administrativo de la Microred La Palma y a cada establecimiento de Salud considerado en el estudio, por permitirme el acceso y la ejecución del estudio de investigación.

A MI ASESOR

Además, agradezco a mi asesor por orientarme durante el desarrollo del presente estudio de investigación.

DEDICATORIA

A mi madre, porque su amor, dedicación y tenacidad han sido mi mayor motivación. Agradezco por inculcarme el valor de la resiliencia, por ofrecerme siempre respaldo sin límites y por ser la guía que me ha facilitado alcanzar este punto. Todo el progreso que he conseguido en este trayecto ha sido factible gracias a tu compromiso y a tu incuestionable fe en mí.

RESUMEN

Introducción: La tuberculosis constituye un problema en salud pública global que requiere tratamiento prolongado, donde la adherencia terapéutica representa un factor crítico para el éxito del tratamiento y prevención de resistencia medicamentosa. Diversos factores sociodemográficos, del paciente y del servicio de salud influyen en el cumplimiento del esquema antituberculoso, siendo necesario identificar estas variables para desarrollar estrategias efectivas de intervención.

Objetivo: Determinar la asociación entre factores sociodemográficos, del paciente y del servicio de salud con la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes atendidos en 6 centros de salud de Ica, 2024.

Metodología: Estudio observacional, analítico de corte transversal en pacientes con tuberculosis. Se aplicaron instrumentos validados para evaluar factores sociodemográficos, del paciente y del servicio de salud. La adherencia se midió mediante cuestionarios estructurados. Se realizó análisis estadístico descriptivo e inferencial utilizando chi-cuadrado con nivel de confianza del 95%.

Resultados: La adherencia global alcanzó 75.8% con predominio masculino (60.9%). Los factores sociodemográficos mostraron asociación estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$), evidenciando mayor adherencia en pacientes de 50-65 años, educación superior técnica e ingresos medios. Los factores del paciente presentaron asociación significativa ($p \leq 0.05$), favoreciendo la adherencia el apoyo familiar, ausencia de reacciones adversas y percepción de mejoría. Los factores del servicio de salud demostraron asociación significativa ($p \leq 0.05$), mejorando la adherencia la calidad de atención y buena relación con personal de salud. **Conclusión:** Se confirmó asociación estadísticamente significativa entre factores sociodemográficos, del paciente y del servicio de salud con la adherencia al tratamiento antituberculoso, validando la hipótesis de asociación multifactorial.

Palabras claves: Adherencia al tratamiento, tuberculosis, pacientes con tuberculosis.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis constitutes a global public health problem that requires prolonged treatment, where therapeutic adherence represents a critical factor for treatment success and prevention of drug resistance. Various sociodemographic, patient, and health service factors influence compliance with the anti-tuberculosis regimen, making it necessary to identify these variables to develop effective intervention strategies.

Objective: To determine the association between sociodemographic, patient, and health service factors with adherence to anti-tuberculosis treatment in patients treated at 6 health centers in Ica, 2024.

Methodology: Observational, analytical cross-sectional study in tuberculosis patients. Validated instruments were applied to evaluate sociodemographic, patient, and health service factors. Adherence was measured through structured questionnaires. Descriptive and inferential statistical analysis was performed using chi-square with 95% confidence level.

Results: Global adherence reached 75.8% with male predominance (60.9%). Sociodemographic factors showed statistically significant association ($p \leq 0.05$), evidencing greater adherence in patients aged 50-65 years, technical higher education, and middle income. Patient factors presented significant association ($p \leq 0.05$), with family support, absence of adverse reactions, and perception of improvement favoring adherence. Health service factors demonstrated significant association ($p \leq 0.05$), with quality of care and good relationship with health personnel improving adherence.

Conclusion: Statistically significant association was confirmed between sociodemographic, patient, and health service factors with adherence to anti-tuberculosis treatment, validating the multifactorial association hypothesis.

Keywords: Adherence to treatment, tuberculosis , tuberculosis patients.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad altamente contagiosa que representa un problema de salud pública en el mundo. Afecta al ser humano de manera integral, poniendo en riesgo tanto su salud física como la mental, además de su bienestar emocional, social y económico. Desde la perspectiva clínica, los afectados con esta enfermedad muestran un deterioro físico que progresa, lo cual provoca una disminución notable de su calidad de vida. Además, los prejuicios socioculturales y las creencias erróneas relacionadas con la enfermedad producen vivencias de rechazo, estigmatización y discriminación que impactan su salud emocional y mental. Estas circunstancias desfavorables restringen su rendimiento y productividad en el trabajo, lo que genera efectos negativos en términos económicos y perjudica su integración y desempeño en el ambiente social. Las barreras observadas en el régimen terapéutico suelen ser provocadas por esquemas terapéuticos inadecuados, el acceso limitado a la atención sanitaria, el abandono terapéutico y una adherencia irregular al tratamiento farmacológico son elementos cruciales para la atención de individuos con tuberculosis. El incumplimiento del régimen terapéutico antituberculoso propicia que la enfermedad avance y complica el control de los síntomas. Esta cuestión supone una dificultad importante para la salud pública, en particular al gestionar enfermedades infecciosas muy contagiosas como la tuberculosis pulmonar.

El objetivo de la investigación fue Determinar asociación significativa en los factores asociados a la adherencia en paciente con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024.

El presente estudio de investigación está dividido en Capítulo I: El Problema, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Metodología de la investigación, Capítulo IV: Resultados, Capítulo V: Discusión, conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas, bibliografía anexos.

INDICE

LINEA DE INVESTIGACIÓN	III
AGRADECIMIENTO	IV
DEDICATORIA	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	VIII
INDICE	IX
INFORME ANTIPLAGIO	XI
LISTA DE TABLAS	XIV
LISTA DE ANEXOS	XV
CAPITULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1. GENERAL	2
1.2.2. ESPECÍFICOS	2
1.3. JUSTIFICACIÓN	3
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	3
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6. OBJETIVOS:	4
1.6.1. GENERAL	4
1.6.2. ESPECÍFICOS	4
1.7. PROPÓSITO	4
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
ANTECEDENTES INTERNACIONALES	6
2.2. BASE TEÓRICA	11

2.3. MARCO CONCEPTUAL	21
2.4. HIPÓTESIS	24
2.4.1. GENERAL	24
2.4.2. ESPECÍFICOS	24
2.5. VARIABLES	24
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	25
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	27
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	27
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	27
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	27
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	28
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
3.4. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS	30
3.5. ASPECTOS ÉTICOS	32
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	34
4.1. RESULTADOS	34
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
5.1. DISCUSIÓN	44
5.2. CONCLUSIONES	47
5.3. RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS	59

INFORME ANTIPLAGIO

MARIA ALEXANDRA RIVERA VASQUEZ TESIS - RIVERA VASQUEZ MARIA ALEXANDRA

 Proyecto de tesis

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid::3117:512267930

Fecha de entrega
13 oct 2025, 8:30 GMT-5

Fecha de descarga
12 nov 2025, 15:17 GMT-5

Nombre del archivo
TESIS - RIVERA VASQUEZ MARIA ALEXANDRA.docx

Tamaño del archivo
643.4 KB

90 páginas

16.788 palabras

100.962 caracteres

6% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...




Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 15 palabras)
- ▶ Trabajos entregados

Exclusiones

- ▶ N.º de fuente excluida

Fuentes principales

- 6%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

*% detectado como IA

La detección de IA incluye la posibilidad de que haya falsos positivos. Aunque cierto texto en esta entrega se generó probablemente con IA, los puntajes inferiores al umbral del 20 % no aparecen porque tienen una mayor probabilidad de falsos positivos.

Precaución: Se necesita revisión.

Es esencial comprender los límites de la detección de IA antes de tomar decisiones acerca del trabajo del estudiante. Te alentamos a obtener más información acerca de las funciones de detección de IA de Turnitin antes de usar la herramienta.

Aviso legal

Nuestra evaluación de escritura con IA está diseñada para ayudar a los académicos a identificar texto que podrían haberse preparado mediante una herramienta de IA generativa. Es posible que nuestra evaluación de escritura con IA no siempre sea precisa (existe la posibilidad de que identifique erróneamente redacciones probablemente generadas por humanos como generadas por IA, y redacciones probablemente generadas por IA como generadas por humanos), por lo que no debe usarse como único fundamento para aplicar sanciones a un estudiante. Para determinar si es un caso de deshonestidad académica, se necesita de un escrutinio mayor y el juicio humano, junto con la aplicación de las políticas académicas específicas de la organización.

Preguntas frecuentes

¿Cómo debería interpretar los falsos positivos y el porcentaje de escritura con IA de Turnitin?

El porcentaje que se muestra en el reporte de escritura con IA es la cantidad del texto calificado en la entrega que el modelo de detección de escritura con IA de Turnitin determina se generó probablemente con IA desde un modelo de lenguaje de gran tamaño.

Los falsos positivos (que marcan incorrectamente alertas de texto escrito por humanos como generado con IA) son una posibilidad en los modelos de IA.

Los puntajes de detección de IA inferiores al 20 %, que no aparecen en reportes nuevos, tienen una mayor probabilidad de ser falsos positivos. Para reducir la probabilidad de malinterpretación, no se atribuye ningún puntaje o resaltado y se indican con un asterisco en el reporte (*%).

El porcentaje de escritura con IA no debe ser el único fundamento para determinar si ha ocurrido una mala conducta. El revisor/instructor debería usar el porcentaje como un medio para iniciar una conversación formativa con sus estudiantes o usarlo para examinar el ejercicio entregado según las políticas de la escuela.

¿Qué significa 'texto calificado'?

Nuestro modelo sólo procesa texto calificado en la forma de escritura de formato largo. La escritura de formato largo se refiere a los enunciados individuales en párrafos que constituyen una parte más grande del trabajo escrito, como un ensayo, una disertación, un artículo, etc. El texto calificado que se ha determinado que se generó probablemente con IA se resaltarán en color cian en la entrega.

El texto no calificado, como viñetas, bibliografías comentadas, etc., no se procesará y puede crear disparidad entre los puntos destacados de la entrega y el porcentaje mostrado.



LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Características sociodemográficas de pacientes con tuberculosis en 6 centros de salud de Ica, 2024	34
Tabla 2	Factores del paciente en tuberculosis en 6 centros de salud de Ica, 2024	36
Tabla 3	Factores del servicio de salud en tuberculosis en 6 centros de salud de Ica, 2024	37
Tabla 4	Prueba de Fiabilidad - Alfa de Cronbach	38
Tabla 5	Prueba de Normalidad: Kolmogorov-Smirnov	39
Tabla 6	Asociación entre factores sociodemográficos y adherencia al tratamiento antituberculoso	40
Tabla 7	Asociación entre factores del paciente y adherencia al tratamiento antituberculoso	42
Tabla 8	Asociación entre factores del servicio de salud y adherencia al tratamiento antituberculoso	43

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo 1	Matriz de consistencia	60
Anexo 2	Operacionalización de variables	65
Anexo 3	Instrumento	68
Anexo 4	Consentimiento informado	72
Anexo 5	Carta de aceptación	74

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tuberculosis es una de las causas más importantes de carga global de morbilidad, afectando a millones de individuos en todo el planeta. El *Mycobacterium tuberculosis* fue identificado por Robert Koch en 1882 como el agente etiológico que causa esta infección, la cual se distingue por su gran capacidad de transmisión mediante partículas aerosolizadas en el aire. La enfermedad se mantiene como una amenaza importante para la salud pública a nivel global, continuando su expansión en varios entornos socioeconómicos y geográficos, a pesar de los progresos científicos en el área terapéutica y diagnóstica.

Durante el año 2022 la Organización Mundial de la Salud¹ estimó que la tuberculosis causó la muerte de 1,3 millones de personas, incluyendo 167,000 con VIH. Esta enfermedad es la segunda infección más letal a nivel mundial, superada por la COVID-19, y se encuentra por delante del VIH y el sida. Se observó que la Región de Asia Sudoriental reportó el mayor número de nuevos casos de tuberculosis (46%), seguida por África (23%) y el Pacífico Occidental (18%). El 87% de estos casos ocurrieron en 30 países con alta carga de tuberculosis, siendo más concentrados en Bangladesh, China, Filipinas, India, Indonesia, Nigeria y Pakistán.

En 2022, la Organización Panamericana de la Salud² documentó la situación de la tuberculosis en las Américas, estimando un total de 325,000 casos de TB, 12,000 eran de tuberculosis multirresistente y 242,000 correspondían a casos notificados nuevos y recaídas. Además, se observó que los hombres eran los más afectados, con 158,000 casos, mientras que las mujeres tuvieron 84,000 casos. Así mismo, los países con un 100% de cobertura en el tratamiento son Antigua y Barbuda, Bermuda, Paraguay, San Martín y Santa Lucía, siendo seguidos por Cuba (97%), Argentina (95%), Argentina (95%).

El Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades del Perú emitió un boletín informativo sobre las cifras encontradas entre el 2018 y 2022, un total de 151,329 casos de tuberculosis, con el menor número de

casos registrado en 2020 (27,487) y el mayor en 2018 (33,939). La detección de casos en 2020-2021 fue la más baja, debido a la escaso acceso a los servicios de salud y tardío diagnóstico consecuente de la pandemia SARS-CoV-2. En 2022, se evidenció un aumento del 8.54% en la notificación de casos en comparación con 2021, originando un incremento de la tasa de morbilidad del 6.72%³.

Hay diversas razones para un tratamiento ineficaz, incluyendo concentraciones subóptimas de medicamentos contra la tuberculosis en el plasma, falta de adherencia del paciente, problemas en el diagnóstico o deficiencias en la educación⁴. El incumplimiento de la medicación es ampliamente considerado una de las principales causas de problemas de salud y una fuente de carga económica⁵.

De acuerdo con la Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis (DPCTB)⁶, en Ica se reportaron 1,162 casos nuevos de tuberculosis en 2022, de los cuales 683 fueron casos de tuberculosis pulmonar con frotis positivo. También informaron de 43 muertes durante el tratamiento. Además, se registraron un total de 37 casos de tuberculosis multirresistente (TB MDR).

Aunque se han implementado diversas intervenciones para mejorar el cumplimiento de los pacientes, la tuberculosis continúa siendo un grave problema de salud global, afectando a millones de personas anualmente, y dejando a muchos más sin diagnóstico ni tratamiento⁷.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024?

1.2.2. ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es la relación significativa de los factores sociodemográficos asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024?

- ¿Cuál es la relación significativa de los factores del paciente asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024?
- ¿Cuál es la relación significativa de los factores del servicio de salud asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024?

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tiene como uno de sus fines aportar a la comunidad científica con datos confiables obtenidos sobre la tuberculosis como un problema de salud público, sobre todo de contribuir a la base de datos de las instituciones públicas de salud donde se realizará el estudio, para así detectar oportunamente los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento de los pacientes con TB.

Los resultados adquiridos a través de este estudio, fueron aplicados en la población objeto de estudio, sin embargo, también es aplicable en otras instituciones de salud para reforzar la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis, el control del tratamiento e incluso la promoción de la salud. Así mismo, las observaciones efectuadas sirven como premisa para futuros estudios y para generar nuevos instrumentos que potencien la detección de pacientes con alta probabilidad de perder la continuidad del tratamiento.

Los usuarios que se atienden en los centros de salud estudiados, son directamente favorecidos con los resultados obtenidos, generando estrategias para que el personal de salud pueda llegar oportunamente a ellos, mejorando la detección de nuevos casos y reduciendo considerablemente el abandono del tratamiento, lo cual también evitaría que los pacientes desarrollen complicaciones como la TB resistente.

DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se ejecutó en 6 Centros de Salud, conformados por C.S. La Palma, C.S San Joaquín, C.S Huarango, C.S Señor de Luren, C.S

Cachiche y C.S Parcona. Así mismo, el desarrollo de la investigación está elaborado con la información perteneciente al periodo de noviembre del año 2024.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Las principales limitaciones en la elaboración del estudio de investigación, han sido el tamaño de la muestra por ser reducida, asimismo, dificultad en el acceso a la información de antecedentes actualizados, y a estudios similares al método del presente estudio.

OBJETIVOS:

1.2.3. GENERAL

Determinar asociación significativa en los factores asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024.

1.2.4. ESPECÍFICOS

- Determinar asociación significativa en los factores sociodemográficos asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024.
- Identificar asociación significativa en los factores del paciente asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024.
- Identificar asociación significativa en los factores del servicio de salud asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024.

PROPÓSITO

El objetivo de esta investigación es examinar los factores sociodemográficos, así como aquellos vinculados tanto al paciente como a la calidad del servicio de salud, que inciden en el cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes diagnosticados con tuberculosis en

seis centros de salud. Según los descubrimientos, el objetivo es elaborar acciones preventivas y de fomento que potencien la adherencia terapéutica en el nivel de atención primaria, con la finalidad de optimizar los resultados clínicos y reducir la difusión de la enfermedad en la comunidad.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Valarezo, et al⁸ en el año 2024 publicaron un estudio descriptivo de corte transversal, determinaron qué factores influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis. Aplicaron el test de Morisky Levine y un cuestionario; la población tuvo una muestra de 65 pacientes del programa DOT en tres centros de salud. Obtuvieron que el 24,62% pertenecen al estrato económico bajo, el 13,85% carecen de formación académica y más del 50% no cuenta con cobertura médica. El 13,85% no recibió recomendaciones sobre el tratamiento y el 24,6% no tiene apoyo familiar. Finalmente, concluyen que los factores sociodemográficos y la atención médica afectan el tratamiento.

Suescún, et al⁹ en el 2024, publicaron un estudio descriptivo, retrospectivo para registrar los factores que afectan la adherencia al tratamiento de TBC en Boyacá-Colombia, analizó datos registrados de 402 pacientes, en la base del programa departamental de Tuberculosis y SIVIGILA. Evidenciaron una adherencia de 96.5 %, 66,7 sexo femenino, 55,7 % proveniente de zona urbana. Asimismo, la comorbilidad de mayor presencia fue VIH 4,2 %. Los motivos de la no adherencia fueron por desinterés, cambio de vivienda y suspensión por toxicidad hepática. Finalmente, concluyen una asociación estadísticamente significativa entre las variables la adherencia.

Herrera, et al¹⁰ durante el 2025 elaboraron un estudio observacional, retrospectivo y analítico para caracterizar la Tb en el departamento del Atlántico (2021-2023), a través de las historias clínicas, SIVIGILA, y bases de datos institucionales de las IPS, en 1133 pacientes. Observaron que el sexo masculino representó el 62%, con una edad promedio de 42 años. Las comorbilidades más resaltantes fueron la desnutrición 18% y coinfección por VIH 12%. Además, la adherencia al tratamiento alcanzó un

89%, pero inferior en pacientes no asegurados. Concluyeron que la adherencia terapéutica es un desafío relevante en el Atlántico.

Lemma, et al¹¹ en el 2024 realizaron un estudio transversal para determinar la prevalencia de no adherencia y los factores asociados al incumplimiento del tratamiento antituberculoso. Entrevistaron a 233 pacientes en centros de salud de Hossana. Encontraron un 18 % de prevalencia de incumplimiento y factores como reacciones adversas 19.3 %, coinfección de VIH 8,2%. Del 30 % que no confesó el diagnóstico a su familia, el 27.1 % no cumplía régimen terapéutico. El 43.8% tenía educación primaria o secundaria. Concluyeron que el nivel de instrucción y el conocimiento sobre la enfermedad mostraron asociación significativa.

Robles, et al ¹² durante el 2024, desarrolló una investigación observacional, descriptivo, analítico, retrospectivo y transversal, para identificar factores relacionados con el deficiente apego al tratamiento antifímico, mediante las tarjetas de registro y control de 25 pacientes. Evidenciaron 60% de pacientes masculinos, la escolaridad sobresaliente fue el nivel básico 60 %, ocupación empleado 32%. La comorbilidad que predominó fue D.M. tipo 2 con el 40%, seguido de HTA 24%, VIH 8 % y 4% enfermedad renal crónica. Sobresalió el abandono terapéutico con 84%. Concluyeron que existe asociación significativa del nivel económico bajo y enfermedad renal crónica con la adherencia.

Fonseca E, et al¹³ en el año 2023 ejecutaron una investigación observacional epidemiológica con el fin de señalar la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis, donde se usaron modelos de ecuaciones de estimación generalizadas para analizar las relaciones entre variables; la muestra fue un conjunto de 14.178 personas abandonaron el tratamiento de Tuberculosis en el estado de São Paulo durante el periodo estudiado comprendido entre el 2012 y 2017. En sus resultados, se observó una prevalencia de incumplimiento del tratamiento para la tuberculosis superior al 12%. Concluyeron que, existe una correlación entre la magnitud del municipio y la negligencia en el tratamiento.

Appiah et al¹⁴ en el 2023, publicaron un estudio cualitativo descriptivo, donde determinaron las barreras de adherencia al tratamiento de la tuberculosis en Ashanti, Ghana. Realizaron entrevistas a los 20 participantes. Obtuvieron que el costo del transporte y la distancia al centro de tratamiento, inseguridad alimentaria, escaso apoyo familiar, ingreso básico mínimo, falta de conocimiento de TB, efectos secundarios de los medicamentos, fueron las principales barreras de adherencia al tratamiento de TBC. Concluyeron que, para lograr una mayor adherencia al tratamiento, es necesario el apoyo del gobierno y del Programa Nacional de Tuberculosis (PNT), además de respaldo social y económico.

Sofiana L, et al¹⁵ durante el año 2022, elaboraron un estudio observacional analítico de enfoque transversal, determinaron los factores asociados con la adherencia al tratamiento de tbc, aplicaron cuestionarios, a una muestra de 75 personas pertenecientes a 18 centros de salud de Yogyakarta y se analizaron los datos con la prueba de chi-cuadrado con un valor de significancia de £ 0,05. Encontraron que los factores asociados son el conocimiento (sig=0,016) y la actitud (sig=0,038). Los factores que no se asocian son la autoeficacia, motivación, apoyo familiar y el respaldo de los profesionales de la salud. Concluyeron que, el conocimiento y la actitud son elementos de riesgo.

Auguct et al¹⁶ en 2022 publicó un estudio transversal para determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de tuberculosis en Malindi, Kilifi. Para ello, aplicaron el cuestionario de adherencia de Morisky a 235 pacientes. Según sus resultados, encontró que predominaron los hombres 57%, con un 70% perteneciente a las edades 18-27 años, 45% desempleados, 66% educación primaria. Respecto al test de Morisky, se obtuvo una adherencia del 75% y no adherente 25%. Finalmente, los motivos más influyentes de abandono fueron conocimiento deficiente, creencias, estigmas familiares, efectos del medicamento.

Rasaq A, et al¹⁷ en el año 2021 realizaron un estudio mixto, retrospectivo de corte transversal, con la finalidad determinar los conocimientos sobre

tuberculosis, adherencia al tratamiento y resultados entre pacientes ambulatorios con tuberculosis sensible, aplicaron encuestas a 140 pacientes en el 2019, suroeste de Nigeria, y revisaron los registros médicos de TB-DS manejados entre 2013-2017. Registraron 55% hombres y 45% mujeres; los motivos de la falta de adherencia a la medicación fueron la inaccesibilidad a los centros de atención médica (55,0%) y la cantidad de pastillas (16,7%). Concluyen que el 53,5% se curaron, 25,6% completó el tratamiento, 10,6% lo abandonó, 2,3% fracasó en el tratamiento y 7,8% falleció.

ANTECEDENTES NACIONALES

Mantari¹⁸ durante el año 2023 elaboró un estudio de tipo cuantitativo, con nivel relacional, analítico, prospectivo, de corte transversal para evaluar factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con tuberculosis. Aplicó una encuesta en 94 usuarios de 5 Centros de Salud DIRIS Lima Este. Los resultados mostraron que la edad promedio fue de 35 años, el 68,1% eran hombres. La mayoría tenía un nivel de educación de 77,7% y provenía de áreas urbanas 80,9%. Según el Test Morisky – Green – Levine, el 76,6% mostró adherencia.

Dilas, et al¹⁹ en el año 2023, elaboraron un estudio cuantitativo, correlacional para analizar la atención y adherencia al tratamiento de la tuberculosis en Perú, ejecutaron la encuesta y la muestra estuvo constituida por 162 participantes de cuatro C.S de Lima. Se observa, que la edad promedio era de 38 años, con un rango de 18 a 82 años. La mayoría de los participantes eran hombres (62,3%), solteros (51,9%) y tenían educación secundaria (53,1%). Concluyeron que el apoyo social y la calidad de la atención son cruciales para la educación en salud, la cual, a su vez, mejora la adherencia al potenciar el efecto de ambos factores.

Ruiz²⁰ en el año 2023, ejecutó un estudio de tipo transversal y prospectivo, con el propósito de determinar el nivel de adherencia terapéutica y factores relacionados a la no adherencia, empleó encuestas

dirigidas a 102 pacientes de 5 Centros de Salud de Lima, con tratamiento de tuberculosis sensible, cuyos cuestionarios fueron el test de *Morisky-Green Levine* y *Martin Bayarre Grau*; donde el 73,5% de los pacientes siguió el tratamiento según el test *Morisky-Green-Levine* y el 61,8% según el cuestionario *Martin-Bayarre-Grau*. Los aspectos relacionales y comportamentales fueron los más cumplidos. Se concluye que la falta de empleo y RAM aumentan el riesgo de no adherencia.

Zegarra²¹ durante el año 2023 publicó una investigación de enfoque cuantitativo, descriptivo y corte transversal, con el propósito de determinar la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis; la técnica aplicada fue la encuesta y su instrumento el cuestionario de *Morisky-Green-Levine*, la muestra estuvo formada por 35 usuarios con TB en un Centro de Salud de Lima Sur. Se logró evidenciar que los pacientes tenían entre 18 y 64 años. La mayoría eran mujeres (57,1%), y el 65,71% mostró adherencia al tratamiento, mientras que el 34,29% no cumplió con él.

Enriquez²², en el año 2022 publicó una investigación cuantitativa, descriptiva y correlacional con diseño prospectivo, determinó los factores relacionados a la adherencia del tratamiento de TBC, empleó una encuesta, que incluye los factores a estudiar y el test de *Moriski* modificado; a 40 pacientes en los centros de salud de la Red de Cusco Sur. Obtuvo que 55% tienen entre 18-30 años, 65% mujeres y el 52.5% con estudios superiores. Asimismo, el 95 % no tenía hábitos nocivos, el 40% era soltero, y un 32.5% trabajo dependiente. El 57,5% vivía con sus hijos y pareja, el 70% con un ingreso superior al básico. Además, 57.5% provenía de áreas rurales, y 90% percibieron empatía. Concluye que 72.5% tiene tratamiento adecuado.

2.2. BASE TEÓRICA

Modelo de promoción de la salud de la teórica Nola Pender

La comprensión de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso requiere un abordaje teórico integral que permita explicar tanto los comportamientos individuales de los pacientes como las dinámicas relacionales que se establecen en el contexto sanitario. El Modelo de Promoción de la Salud desarrollado por Nola Pender ofrece un marco conceptual fundamental para entender cómo los individuos toman decisiones respecto a conductas que favorecen su bienestar, siendo particularmente relevante para esta investigación ya que permite analizar cómo los pacientes con tuberculosis procesan la información sobre su enfermedad y toman decisiones respecto al cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Según Cervantes, Casique y Álvarez²³, este modelo se fundamenta en la premisa de que las personas buscan activamente regular su propia conducta, siendo capaces de modificar factores interpersonales y ambientales para crear condiciones que favorezcan comportamientos saludables. En el contexto de la tuberculosis, esto se traduce en la capacidad del paciente para evaluar los beneficios percibidos del tratamiento frente a las barreras que puedan presentarse, como los efectos adversos de los medicamentos o las dificultades de acceso al servicio de salud.

Los metaparadigmas propuestos por Pender adquieren especial significado cuando se aplican al fenómeno de la adherencia antituberculosa. La conceptualización de la persona como un ser único, definido por su patrón cognitivo-perceptual y factores variables, permite comprender por qué pacientes con características sociodemográficas similares pueden presentar niveles diferentes de adherencia al tratamiento. Villegas y colaboradores²⁴ destacan que el entorno, entendido como el conjunto de interacciones entre factores cognitivo-

perceptuales y modificadores, influye directamente en la presencia de comportamientos promotores de salud, lo cual explica la importancia de factores del servicio como el horario de atención, la calidad de la infraestructura y la disponibilidad de medicamentos en la continuidad del tratamiento. La salud se considera un estado altamente positivo que los individuos buscan mantener y mejorar, mientras que la enfermería desempeña un papel crucial al motivar a los pacientes para que adquieran responsabilidad personal respecto a su propia salud.

La autoeficacia, como componente central del modelo de Pender, se convierte en un elemento crucial para entender la adherencia al tratamiento antituberculoso. Bustamante, Franco y Gómez²⁵ señalan que esta percepción de la propia capacidad para llevar a cabo una conducta específica aumenta la probabilidad de compromiso con la acción terapéutica. En el contexto de la tuberculosis, los pacientes que perciben mayor control sobre su capacidad para seguir el régimen farmacológico, comprender las indicaciones médicas y manejar los efectos adversos, tienden a mostrar mayor adherencia al tratamiento. Esta perspectiva teórica permite explicar por qué factores como el nivel educativo y el acceso a información sobre la enfermedad emergen como variables significativas en los resultados de adherencia.

Los beneficios percibidos y las barreras identificadas por el modelo de Pender cobran particular relevancia cuando se analizan en el contexto de los factores del paciente. La sensación de mejoría durante el tratamiento representa un beneficio percibido que refuerza la conducta de adherencia, mientras que las reacciones adversas a los medicamentos constituyen barreras que pueden comprometer el cumplimiento terapéutico. El afecto relacionado con la conducta, que incluye las emociones que surgen antes, durante y después de la acción, ayuda a explicar por qué el temor al tratamiento puede convertirse en un factor que disminuye la adherencia, especialmente cuando no se acompaña de un adecuado apoyo familiar o profesional.

Teoría de las Relaciones Interpersonales en Enfermería de Hildegard Peplau

Complementando el enfoque individual del modelo de Pender, la Teoría de las Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau proporciona elementos fundamentales para comprender cómo la relación enfermera-paciente influye en la adherencia al tratamiento antituberculoso. Naranjo²⁶ destaca que esta teoría señala la relevancia de la comunicación terapéutica como herramienta clave entre la enfermera y paciente, favoreciendo la planificación individualizada del cuidado y la adherencia al tratamiento. Esta perspectiva teórica permite entender por qué factores del servicio como la calidad de atención y la comunicación efectiva emergen como variables significativas en los resultados del estudio.

El modelo contempla cuatro fases relacionales que resultan especialmente aplicables al contexto del tratamiento antituberculoso. La etapa de Orientación, donde el paciente reconoce la necesidad de atención y la enfermera contribuye a la identificación del problema de salud, se relaciona directamente con el momento del diagnóstico de tuberculosis y el inicio del tratamiento. Fathidokht y colaboradores²⁷ enfatizan que durante esta fase, la clarificación de dudas y la colaboración en la definición del abordaje asistencial son fundamentales para establecer las bases de una adherencia exitosa.

La fase de identificación adquiere particular importancia en el contexto de la tuberculosis, ya que durante este período el profesional de enfermería ejecuta una valoración holística que abarca características físicas y psicosociales del paciente. Oliveira y Castelo²⁸ señalan que el paciente evidencia sus necesidades y preocupaciones, permitiendo la elaboración de un plan de cuidados individual en el cual asume un rol participativo y se compromete a cumplirlo. Esta fase teórica explica por qué factores como el apoyo familiar y la información recibida sobre la enfermedad resultan determinantes en la adherencia al tratamiento.

Durante la fase de explotación, se ajusta el plan de cuidados de forma dinámica a las necesidades propias del paciente. En el tratamiento antituberculoso, esta fase corresponde al período de seguimiento donde el paciente utiliza de forma exhaustiva los recursos terapéuticos, optimizando los beneficios de la relación terapéutica y del proceso asistencial. La teoría de Peplau permite comprender por qué las visitas domiciliarias y el seguimiento continuo por parte del personal de enfermería se convierten en factores protectores para la adherencia.

La fase de resolución, caracterizada por la finalización gradual del lazo terapéutico, se logra cuando el paciente ha solucionado el problema que originó la intervención o ha alcanzado un nivel óptimo de autonomía. Luiz y colaboradores²⁹ destacan que establecer un diálogo claro y empático entre enfermeras y pacientes influye en la disposición del usuario a seguir correctamente los tratamientos prescritos, lo cual explica por qué la calidad de la relación con el personal de salud emerge como un factor significativamente asociado a la adherencia en los resultados de esta investigación.

Mycobacterium tuberculosis

El entendimiento de los aspectos microbiológicos de la tuberculosis resulta fundamental para comprender la importancia de la adherencia al tratamiento desde una perspectiva clínica. El ciclo de vida de *Mycobacterium tuberculosis* comienza con su transmisión por vía aérea, mediante gotitas que se emiten al toser, hablar o estornudar de personas con tuberculosis activa³⁰. Esta característica de transmisión aérea explica por qué el abandono del tratamiento no solo afecta al paciente individual, sino que representa un riesgo de salud pública, convirtiendo la adherencia en una responsabilidad tanto personal como colectiva.

Al entrar en el huésped, las bacterias viajan por el tracto respiratorio hasta los pulmones, donde son internalizadas por macrófagos alveolares. Sin embargo, cuando estos no logran controlar las bacterias, estas se

multiplican y liberan nuevas bacterias, reiniciando el ciclo. Los linfocitos responden para intentar limitar la multiplicación durante la fase asintomática, pero si el sistema inmunológico está débil, la enfermedad puede evolucionar hacia una tuberculosis clínicamente activa. Este proceso fisiopatológico subraya la importancia de mantener concentraciones adecuadas de medicamentos antituberculosos en el organismo, lo cual solo se logra mediante una adherencia estricta al régimen terapéutico.

Síntomas de la tuberculosis pulmonar

Los síntomas de la tuberculosis pulmonar se manifiestan de manera progresiva y son poco específicos, incluyendo tos persistente con producción de esputo, dolor torácico que puede ser pleurítico, presencia de sangre en el esputo, dificultad para respirar, sibilancias, debilidad o cansancio creciente, pérdida de peso o caquexia, disminución del apetito que lleva a anorexia, escalofríos o fiebre, sudores nocturnos y malestar general³¹. La naturaleza inespecífica de estos síntomas puede contribuir a que los pacientes no perciban la gravedad de su condición, especialmente cuando experimentan mejoría sintomática durante las primeras semanas de tratamiento, lo cual puede llevar al abandono prematuro de la medicación.

Diagnóstico de la tuberculosis

El diagnóstico oportuno y exacto de la tuberculosis es fundamental para optimizar los resultados de la enfermedad. Las técnicas de diagnóstico tradicionales abarcan la microscopía y la tinción, el cultivo en medios sólidos, la identificación de especies a través de pruebas bioquímicas y la evaluación de la sensibilidad a los medicamentos en medios sólidos. Actualmente, se han mejorado las técnicas tradicionales hacia un enfoque más avanzado, aplicando técnicas moleculares y cultivos en medios líquidos³². La comprensión del proceso diagnóstico por parte de los pacientes influye en su percepción sobre la gravedad de la

enfermedad y, consecuentemente, en su motivación para mantener la adherencia al tratamiento.

Tuberculosis sensible

Según la OMS³³, la tuberculosis sensible hace referencia a la enfermedad provocada por cepas de *Mycobacterium tuberculosis* que responden bien a los medicamentos antituberculosos convencionales. En otras palabras, las bacterias causantes de la tuberculosis son efectivamente combatidas por los fármacos de primera línea que se emplean en su tratamiento. Es fundamental tratar de manera temprana y continua para evitar el desarrollo de cepas resistentes a los medicamentos³⁴. Esta conceptualización refuerza la importancia crítica de la adherencia, ya que el tratamiento irregular o incompleto puede llevar al desarrollo de resistencia bacteriana.

Tuberculosis multirresistente (TBMDR)

Se determina así cuando el paciente desarrolla resistencia de forma simultánea a dos fármacos muy potentes de primera línea para el tratamiento, siendo estos Isoniacida y rifampicina³⁵. Consecuentemente, los casos de TB resistentes están aumentando principalmente debido al abandono y al tratamiento irregular de las formas sensibles³⁶. Esta realidad epidemiológica subraya la importancia de los factores asociados a la adherencia estudiados en esta investigación, ya que su identificación y manejo adecuado pueden prevenir la progresión hacia formas resistentes de la enfermedad.

Tratamiento para la tuberculosis

Según la Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral de la Persona Afectada por Tuberculosis, Familia y Comunidad, el tratamiento para la TB es gratuito y se basa en la Terapia Directamente Observada (DOT)³⁷. El esquema de tratamiento para TB sensible está conformado por cuatro medicamentos: Isoniacida (H), Rifampicina (R), Etambutol (E) y

Pirazinamida (Z). El tratamiento en pacientes sin coinfección de VIH se divide en dos fases: los primeros dos meses reciben un total de 50 dosis diarias (primera fase), sin contar domingos, y los 4 meses restantes (segunda fase) son conformados por 54 dosis, administrados 3 veces por semana.

En pacientes con infección por VIH, el tratamiento antituberculoso durante seis meses debe ser de forma diaria, tanto en la primera como en la segunda fase, con los primeros dos meses constando de 50 dosis y los siguientes cuatro meses 100 dosis. Para la tuberculosis resistente a Isoniacida o Rifampicina (TB rH), el régimen terapéutico tiene una duración de 6 meses de 150 dosis diarias, que puede ampliarse a criterio del médico consultor. En el diagnóstico de TB resistente a Rifampicina o multidrogorresistente (TB RR/MDR), el esquema consta de dos fases (450 dosis/18 meses), utilizando fármacos de segunda línea. La complejidad y duración de estos esquemas terapéuticos evidencia por qué la adherencia se convierte en un desafío multifactorial que requiere un abordaje integral.

Factores sociodemográficos

Los factores sociodemográficos constituyen el conjunto de características que se atribuyen a una persona como el género, edad, nacionalidad, ocupación, situación laboral, nivel de educación, estado civil y orientación sexual³⁹. En el contexto de la tuberculosis, estos factores adquieren relevancia especial ya que pueden actuar como facilitadores o barreras para la adherencia al tratamiento. El género ha sido definido por la RAE⁴⁰ como la agrupación de un conjunto de especies con características similares y atributos específicos para clasificarlo dentro de un sistema de clasificación biológica, mientras que la edad representa la cantidad de años vivida por una persona, caracterizada por ciertos rasgos o condiciones⁴¹.

El grado de instrucción, entendido como el nivel más alto de educación

alcanzado o actualmente en curso, resulta relevante para evaluar el grado de comprensión del usuario sobre su enfermedad y tratamiento. El estado civil indica la situación del usuario dentro del registro civil, pudiendo ser soltero, casado, viudo o divorciado, y se relaciona con las redes de apoyo disponibles. El ingreso económico mensual se refiere a la cantidad de dinero ganado regularmente por el usuario, mientras que la ocupación hace referencia al tipo de trabajo que realiza una persona para obtener dicho ingreso. Estos factores interactúan de manera compleja para influir en la capacidad del paciente para mantener la adherencia al tratamiento antituberculoso.

Factores del paciente

El apoyo familiar desarrolla un papel crucial en el entorno de un paciente con TB, sobre todo en la salud emocional⁴². La evasión y la apatía por parte de los miembros de la familia tienen un impacto negativo en el equilibrio entre las responsabilidades laborales, la vida personal y el tratamiento. Las reacciones adversas a los medicamentos, definidas como cualquier respuesta perjudicial e inesperada a un fármaco⁴³, constituyen una causa importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo también al aumento de los costos sanitarios.

La sensación de mejoría representa un factor paradójico, ya que los pacientes que experimentan una mejoría en su estado de salud pueden interrumpir el tratamiento, considerando que el tiempo y los recursos necesarios para continuar con el mismo no son justificables⁴⁴. El consumo de alcohol y drogas ha sido objeto de investigación en relación con el tratamiento de la tuberculosis, encontrándose que existe un alto riesgo de interrupción del tratamiento asociado a estos hábitos⁴⁵. La fragilidad y vulnerabilidad de estos pacientes frecuentemente conducen a decisiones inconsistentes, resultando en falta de adherencia y no conclusión del tratamiento prescrito.

Factores del servicio

Los factores relacionados con el servicio de salud incluyen aspectos como el horario de atención, donde la administración del tratamiento se realizaba frecuentemente de acuerdo a horarios estrictos establecidos por los centros de tratamiento, rara vez adaptándose a la conveniencia de los pacientes⁴⁴. Esta rigidez en la programación, que a menudo requiere visitas diarias durante períodos prolongados, resulta en una significativa carga para los pacientes y sus familias en términos de tiempo, recursos humanos y costos asociados al transporte.

El trato del personal de salud se evalúa desde la perspectiva de la educación y el apoyo psicosocial proporcionado a los pacientes. La vigilancia continua del cumplimiento del tratamiento por parte del personal de salud, especialmente cuando se realiza en colaboración con la familia, está estrechamente vinculada a una alta adherencia al tratamiento⁴⁶. En contraste, el maltrato por parte del personal médico es un factor significativo que contribuye a la falta de adherencia.

La información sobre la enfermedad emerge como uno de los principales obstáculos para la adherencia al tratamiento farmacológico cuando es inadecuada. Los pacientes que no entienden la naturaleza de su enfermedad asumen erróneamente que la infección cesaría con el tiempo, llevándolos a interrumpir la medicación al sentirse mejor. Los tiempos de espera constituyen un factor condicionante en la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud⁴⁷. Las barreras administrativas, como los prolongados tiempos de espera y la falta de disponibilidad oportuna de los servicios, resultan de un diseño deficiente del sistema de salud, generando percepciones negativas tanto para los pacientes como para sus familias.

Las visitas domiciliarias representan una estrategia fundamental cuando los pacientes no acuden frecuentemente a los centros de salud para recibir tratamiento. Las enfermeras realizan estas visitas para determinar

las causas de la falta de asistencia y brindar el apoyo necesario para mantener la adherencia al tratamiento⁴⁸. Estas visitas son esenciales para controlar la propagación de la tuberculosis y mejorar la salud, garantizando que los pacientes reciban el tratamiento adecuado, reduciendo el riesgo de abandono y fomentando la adherencia.

Adherencia al tratamiento

Según Miléo y colaboradores⁴⁹, la adherencia al tratamiento es el grado en el que el paciente sigue la medicación indicada por el personal de salud, relacionándose con la confianza de los usuarios en los servicios de salud, la integración con otros niveles de asistencia, el apoyo y estímulo psicosocial brindado por el equipo multidisciplinario a los usuarios y sus familias, y la difusión de información a través de acciones efectivas de salud entre la población, coadyuvando en la concepción social de la enfermedad.

Acciones de enfermería frente a la adherencia al tratamiento

De forma clínica, el profesional de enfermería interviene en el diagnóstico temprano de la tuberculosis, la asistencia frente a los efectos secundarios, la supervisión (DOT) y la orientación acerca del tratamiento⁵⁰. Esta última hace referencia al rol de enfermería como educadores de la salud, que se evidencia durante las asesorías, con una comunicación asertiva y la proporción de material informativo. También se destaca la creación de un vínculo y el fomento de la autonomía, así como la humanización en el cuidado, elementos que se alinean con los principios teóricos de Peplau sobre las relaciones interpersonales en enfermería.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Factores asociados

Los factores asociados constituyen variables independientes que mantienen una relación estadísticamente significativa con un fenómeno de interés, sin implicar necesariamente una relación causal directa³⁸. Estos elementos pueden actuar como predictores, moderadores o mediadores en la relación entre variables, permitiendo identificar condiciones que incrementan o disminuyen la probabilidad de ocurrencia de un evento específico. En el contexto sanitario, representan aquellas características individuales, ambientales o del sistema de salud que muestran correlación con los resultados clínicos o comportamientos de salud de los pacientes³⁹.

Falta de adherencia al tratamiento

La no adherencia terapéutica se conceptualiza como el grado en que el comportamiento de una persona respecto a la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida no coincide con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario⁴⁰. Este fenómeno multidimensional involucra aspectos cognitivos, emocionales, conductuales y sociales que interfieren con el cumplimiento óptimo del régimen terapéutico prescrito⁴¹.

Esquema de tratamiento antituberculoso

El esquema terapéutico para tuberculosis representa un protocolo estandarizado que especifica la combinación de medicamentos, dosis, frecuencia y duración del tratamiento farmacológico⁴². Este régimen se estructura en fases diferenciadas según la sensibilidad bacteriana y las características del paciente, garantizando la eliminación efectiva del bacilo tuberculoso y previniendo el desarrollo de resistencia medicamentosa⁴³.

Terapia Directamente Observada (DOT)

La estrategia DOT constituye una intervención de salud pública donde un trabajador sanitario o persona capacitada observa directamente al paciente

mientras ingiere los medicamentos antituberculosos⁴⁴. Esta metodología asegura el cumplimiento terapéutico, permite la detección temprana de efectos adversos y facilita el seguimiento epidemiológico de los casos de tuberculosis⁴⁵.

Reacciones adversas medicamentosas

Las reacciones adversas se definen como respuestas nocivas e involuntarias que ocurren con dosis normalmente utilizadas en humanos para profilaxis, diagnóstico, tratamiento de enfermedades o modificación de funciones fisiológicas⁴⁶. En el contexto antituberculoso, estas manifestaciones pueden ser menores, como náuseas y vómitos, o mayores, incluyendo hepatotoxicidad y neuropatía periférica⁴⁷.

Apoyo social

El apoyo social comprende el conjunto de recursos emocionales, instrumentales, informativos y evaluativos que el individuo percibe disponibles a través de su red social⁴⁸. Este constructo multidimensional incluye tanto la percepción subjetiva de soporte como la disponibilidad objetiva de recursos, influyendo significativamente en los comportamientos de salud y el afrontamiento de enfermedades crónicas⁴⁹.

Calidad de atención en salud

La calidad asistencial se conceptualiza como el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de resultados sanitarios deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual⁵⁰. Esta definición abarca dimensiones técnicas, interpersonales y estructurales que determinan la experiencia del usuario en el sistema sanitario⁵¹.

Accesibilidad a servicios de salud

La accesibilidad representa la facilidad con que los individuos pueden obtener atención sanitaria cuando la necesitan, considerando barreras geográficas, económicas, organizacionales y culturales⁵². Este concepto

integra tanto la disponibilidad de servicios como la capacidad de la población para utilizarlos efectivamente⁵³.

Educación sanitaria

La educación para la salud constituye un proceso planificado de comunicación y aprendizaje diseñado para mejorar la alfabetización sanitaria, desarrollar habilidades de vida y influir en las motivaciones individuales y colectivas necesarias para adoptar comportamientos que promuevan la salud⁵⁴. En el contexto de enfermedades transmisibles, facilita la comprensión de la patología, su tratamiento y las medidas preventivas⁵⁵.

Estigma social

El estigma se define como un atributo profundamente desacreditador que reduce al portador de una persona completa y normal a una manchada y descontada⁵⁶. En tuberculosis, este fenómeno social genera discriminación, aislamiento y ocultamiento de la condición, impactando negativamente en la búsqueda de atención y continuidad terapéutica⁵⁷.

Determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales comprenden las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana⁵⁸. Estos factores estructurales determinan las oportunidades de salud y contribuyen a las inequidades sanitarias observadas entre diferentes grupos poblacionales⁵⁹.

Seguimiento terapéutico

El seguimiento farmacoterapéutico se conceptualiza como la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación⁶⁰. En

tuberculosis, este proceso incluye la monitorización de la efectividad, seguridad y adherencia al régimen prescrito⁶¹.

Abandono de tratamiento

El abandono terapéutico se define como la interrupción del tratamiento por un período mayor a 30 días consecutivos después de la fecha programada para la toma de medicamentos⁶². Esta definición operacional permite la identificación sistemática de casos y la implementación de estrategias de recuperación de pacientes perdidos en el seguimiento⁶³.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. GENERAL

H₁. Existe relación significativa en los factores asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024.

2.4.2. ESPECÍFICOS

- **HE₁**: Existe relación significativa en los asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024.
- **HE₂**: Existe relación significativa en los factores del paciente asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024.
- **HE₃**: Existe relación significativa en los factores del servicio de salud asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024.

2.5. VARIABLES

VARIABLE 1

Factores asociados

VARIABLE 2

Adherencia al tratamiento

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **Factores asociados:** Conjunto de características sociodemográficas, clínicas, psicosociales, del sistema de salud y relacionadas con medicamentos que presentan relación estadística medible con la adherencia terapéutica antituberculosa mediante instrumentos estandarizados aplicados.
- **Falta de adherencia al tratamiento antituberculoso:** Comportamiento de incumplimiento terapéutico evaluado a través del porcentaje de dosis omitidas, ausencias a citas programadas y discontinuación temporal o permanente del esquema farmacológico prescrito según documentación médica oficial.
- **Pacientes con tuberculosis:** Individuos con diagnóstico confirmado de infección por *Mycobacterium tuberculosis* mediante pruebas laboratoriales, imagenológicas o criterios clínicos establecidos, bajo seguimiento médico en el Centro de Salud San Cosme durante la investigación.
- **Factores sociodemográficos:** Variables relacionadas con edad, género, estado civil, nivel educativo, ocupación, ingresos económicos y lugar de residencia que caracterizan la población estudiada y pueden influir en el comportamiento terapéutico del paciente.
- **Factores clínicos:** Características médicas del paciente incluyendo tipo de tuberculosis, fase del tratamiento, presencia de comorbilidades, efectos adversos experimentados, estado nutricional y respuesta bacteriológica al esquema antituberculoso durante el seguimiento.
- **Factores psicosociales:** Elementos relacionados con apoyo familiar, estado emocional, conocimientos sobre la enfermedad, creencias

culturales, estigma social percibido y motivación personal que afectan la continuidad del tratamiento antituberculoso prescrito.

- **Factores del sistema de salud:** Aspectos organizacionales como accesibilidad geográfica, tiempo de espera, calidad de atención médica, disponibilidad de medicamentos, horarios de consulta y relación médico-paciente en el establecimiento sanitario.
- **Factores relacionados con el medicamento:** Características farmacológicas incluyendo número de tabletas diarias, frecuencia de administración, efectos secundarios experimentados, palatabilidad, presentación farmacéutica y complejidad del esquema terapéutico antituberculoso establecido por protocolo.
- **Adherencia terapéutica:** Grado de cumplimiento del paciente respecto a las indicaciones médicas incluyendo toma correcta de medicamentos, asistencia a controles programados y seguimiento de recomendaciones generales durante todo el período de tratamiento.

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se caracteriza por ser de enfoque cuantitativo, fundamentado en lo descrito por Hernández-Sampieri⁵³, debido a que las variables son susceptibles de medición numérica y análisis estadístico, permitiendo la cuantificación de los factores asociados mediante instrumentos estandarizados. En referencia a su finalidad, constituye una investigación aplicada según Hadi et al.⁵⁴, orientada a generar conocimiento práctico que contribuya a la solución de problemas específicos en el ámbito sanitario, proporcionando evidencia científica utilizable por profesionales de salud para mejorar las estrategias de adherencia terapéutica en tuberculosis.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio se clasifica como una investigación correlacional, según lo establecido por Hernández-Sampieri et al.⁵⁷, debido a que su objetivo principal es identificar y analizar la relación existente entre diversos factores (sociodemográficos, clínicos, psicosociales, del sistema de salud y relacionados con el medicamento) y la falta de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del Centro de Salud San Cosme. Este nivel permite cuantificar el grado de asociación entre las variables independientes y la variable dependiente, sin manipular ninguna de ellas, proporcionando evidencia sobre qué factores están más fuertemente relacionados con la no adherencia terapéutica.

En cuanto al tiempo de aplicación, corresponde a un estudio prospectivo, ya que los datos sobre adherencia y factores asociados se recolectan durante el período actual de tratamiento de los pacientes. Respecto a la secuencia temporal, se define como transversal, porque la evaluación de la adherencia y los factores asociados se mide en un momento específico del

proceso terapéutico, sin realizar seguimiento longitudinal de los participantes a lo largo de múltiples períodos temporales⁵⁸.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

El conjunto total de la población fue conformado por 128 pacientes atendidos en 6 centros de salud de Ica; que se encuentran en tratamiento, en el mes de noviembre del año 2024. Debido a que la población a investigar es reducida, el tipo de muestreo es censal, porque se estudia a toda la población y se considera muestra censal.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Pacientes que pertenecen al C.S Parcona y a los Centros de Salud que constituyen la microrred de la Palma: La Palma Grande, San Joaquin, el Huarango, Señor de Luren y Cachiche.
- Pacientes con diagnóstico de tuberculosis que acepten participar en el estudio.
- Pacientes de edad superior a los 18 años.
- Pacientes de ambos géneros.
- Pacientes con mínimo un mes de tratamiento.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no pertenecen al C.S Parcona y a los Centros de Salud que constituyen la microrred de la Palma: La Palma Grande, San Joaquin, el Huarango, Señor de Luren y Cachiche.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes menores de edad.
- Pacientes con alteraciones neurológicas.
- Pacientes que no hayan recibido tratamiento.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la presente investigación se empleó la técnica de encuesta como método principal de recolección de datos, la cual permitió obtener información directa y sistemática de los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud San Cosme. Esta técnica se complementó con el análisis documental de historias clínicas y registros médicos para triangular la información obtenida y garantizar la veracidad de los datos clínicos reportados.

El instrumento utilizado consistió en un cuestionario estructurado diseñado específicamente para evaluar los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento antituberculoso. El formato del cuestionario incluyó una presentación inicial que explicaba el propósito del estudio y garantizaba la confidencialidad de la información proporcionada, seguida de instrucciones claras para el correcto llenado del instrumento. Asimismo, se incorporaron secciones para datos generales del participante y datos específicos organizados según las variables de estudio establecidas en la operacionalización.

El cuestionario fue elaborado por la investigadora basándose en una exhaustiva revisión de literatura científica especializada y adaptando ítems de instrumentos previamente validados en estudios sobre adherencia terapéutica en tuberculosis a nivel nacional e internacional. Al ser desarrollado originalmente en idioma español, no requirió proceso de traducción, lo que facilitó su aplicación directa en la población objetivo del estudio.

La estructura del instrumento contempló cinco dimensiones principales distribuidas de la siguiente manera: factores sociodemográficos con ocho preguntas correspondientes a los ítems del 1 al 8, factores clínicos con doce preguntas abarcando los ítems 9 al 20, factores psicosociales con diez preguntas comprendidas entre los ítems 21 al 30, factores del sistema de

salud con ocho preguntas ubicadas en los ítems 31 al 38, y factores relacionados con el medicamento con siete preguntas finales correspondientes a los ítems 39 al 45.

Para las preguntas relacionadas con actitudes, percepciones y opiniones se utilizó una escala de Likert de cinco puntos, donde las opciones de respuesta fueron: totalmente en desacuerdo con valor 1, en desacuerdo con valor 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo con valor 3, de acuerdo con valor 4, y totalmente de acuerdo con valor 5. Las preguntas correspondientes a datos sociodemográficos y clínicos presentaron opciones de respuesta dicotómicas del tipo Sí/No o de selección múltiple según la naturaleza específica de cada variable evaluada.

La confiabilidad del instrumento se estableció mediante la realización de una prueba piloto con treinta pacientes que presentaron características similares a la población de estudio pero que no formaron parte de la muestra definitiva. Se aplicó el coeficiente Alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna del instrumento, obteniéndose un valor de 0.85, el cual se considera altamente confiable al superar el valor mínimo aceptable de 0.70, garantizando así la precisión y estabilidad de las mediciones realizadas en el estudio

3.4. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

El procesamiento de los datos recolectados se realizó siguiendo un orden sistemático que garantizó la organización y preparación adecuada de la información para su posterior análisis estadístico. En primer lugar, se llevó a cabo la codificación mediante la asignación de códigos numéricos específicos a cada una de las respuestas obtenidas en el cuestionario, utilizando codificación numérica secuencial para las variables categóricas, manteniendo los valores originales del 1 al 5 para las variables de escala Likert, y codificando las variables dicotómicas como 1 para "Sí" y 0 para "No". Posteriormente se procedió a la tabulación mediante la construcción

de una base de datos utilizando la hoja de cálculo Microsoft Excel versión 2019, donde se registraron sistemáticamente todas las respuestas codificadas de los participantes, incluyendo variables de identificación, sociodemográficas, clínicas, psicosociales, del sistema de salud y relacionadas con el medicamento. El procesamiento continuó con la depuración y validación de la información, verificando la consistencia de los datos ingresados y corrigiendo posibles errores de digitación, para posteriormente elaborar tablas de frecuencias y gráficos descriptivos que permitieron visualizar la distribución de las variables estudiadas, utilizando el paquete estadístico SPSS versión 28.0 para el análisis estadístico.

El análisis descriptivo se orientó a caracterizar la muestra de estudio y describir el comportamiento de las variables investigadas mediante frecuencias absolutas y relativas con análisis porcentual para las características sociodemográficas de los participantes, incluyendo edad, sexo, nivel educativo, estado civil, ocupación y procedencia, así como las características clínicas como tiempo de diagnóstico, fase del tratamiento, presencia de comorbilidades y antecedentes de tuberculosis. Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central como media, mediana y moda, junto con medidas de dispersión incluyendo varianza, desviación estándar, valores mínimos y máximos, según correspondiera al tipo de distribución de los datos, permitiendo caracterizar el comportamiento de variables como la edad de los participantes, tiempo de tratamiento y puntajes de adherencia. La variable principal de adherencia al tratamiento antituberculoso fue analizada mediante la construcción de tablas de frecuencias que mostraron la distribución de los participantes según los niveles de adherencia establecidos, elaborando gráficos de barras y circulares para visualizar la distribución porcentual de la adherencia y facilitar la interpretación de los resultados obtenidos.

El análisis inferencial se realizó previa evaluación de la distribución normal de los datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, determinando la elección entre pruebas paramétricas o no paramétricas según correspondiera, y dado el carácter correlacional del estudio, se empleó

estadística inferencial para determinar la existencia de asociaciones significativas entre las variables independientes y la adherencia al tratamiento antituberculoso. Para evaluar la asociación entre variables categóricas se utilizó la prueba Chi-cuadrado de Pearson con un nivel de significancia de $p < 0.05$, mientras que para las variables cuantitativas se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson en caso de distribución normal o el coeficiente de Spearman cuando la distribución no cumplía con los supuestos de normalidad, permitiendo evaluar la fuerza y dirección de las relaciones lineales entre las variables numéricas y los puntajes de adherencia. Para la interpretación de los resultados de la variable adherencia al tratamiento antituberculoso, se estableció una escala de valoración utilizando el método de estatinos, clasificando la adherencia en tres niveles: baja adherencia para los estatinos 1-3, adherencia moderada para los estatinos 4-6, y alta adherencia para los estatinos 7-9, lo que permitió categorizar adecuadamente el comportamiento de adherencia de los pacientes y establecer comparaciones entre los diferentes grupos de estudio según las variables independientes analizadas.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

Los aspectos éticos que se tomaron en consideración para la investigación están establecidos con base en el informe de Belmont. La autonomía, siendo esta la facultad humana de tomar decisiones por sí mismo, se relaciona directamente con el principio de respeto hacia las personas, por lo que se respeta la decisión de los individuos frente a su participación en la investigación. Resultó incondicional solicitar la participación voluntaria por lo cual, se explicaron los objetivos y el procedimiento de la recolección de datos, como también el uso anónimo de los mismos y la posibilidad de retirarse del estudio.

En segundo lugar, el principio de justicia es considerado como un valor que busca la igualdad, y que durante la investigación se dió un trato igualitario para todos los participantes, sin ningún tipo de discriminación por sexo,

raza, religión o por sus creencias. Beneficencia, cuyo principio es considerado como hacer exclusivamente el bien y en relación a la investigación se va a proteger la integridad de la persona, procurando siempre realizar el bien. Este estudio sirve en beneficio a enfermeras para mejorar la práctica clínica y para concientizar al paciente.

Por último, el principio de no maleficencia, se refiere a la obligación de evitar hacer daño a otros. Por lo tanto, la realización de la investigación no representa ningún riesgo para los participantes. Así mismo, se solicitó la aprobación del Comité Institucional de Ética e Investigación de la Universidad Privada San Juan Bautista, siendo el código de registro N°2103-2024-CIEI-UPSJB.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

Tabla 1

**Características sociodemográficas de pacientes con tuberculosis en
6 centros de salud de Ica, 2024**

Características sociodemográficas	n	%
Edad		
18-25 años	28	21.90%
26-49 años	60	46.90%
50-65 años	32	25.00%
>65 años	8	6.20%
Sexo		
Masculino	78	60.90%
Femenino	50	39.10%
Grado de instrucción		
Sin estudios	15	11.70%
Primaria	28	21.90%
Secundaria	70	54.60%
Superior técnico	10	7.80%
Superior universitario	5	3.90%
Estado civil		
Soltero	45	35.20%
Casado	38	29.70%
Conviviente	32	25.00%
Divorciado	8	6.20%
Viudo	5	3.90%
Ocupación		
Trabajo independiente	81	63.10%
Empleado público	12	9.40%
Empleado privado	18	14.10%
Estudiante	8	6.20%
Ama de casa	9	7.00%

Características sociodemográficas	n	%
Ingreso mensual		
Menos de 1000 soles	32	25.00%
1000-1599 soles	21	16.40%
1600-3000 soles	75	58.50%
Más de 3000 soles	0	0.00%
Procedencia		
Urbana	95	74.20%
Rural	33	25.80%
Total	128	100.00%

Los factores sociodemográficos muestran que la tuberculosis afecta principalmente a adultos de 26-49 años (46.9%), con predominio masculino (60.9%) y nivel educativo secundario (54.6%). El 63.1% se dedica al trabajo independiente, con ingresos entre 1600-3000 soles (58.5%). La mayoría son solteros (35.2%) y proceden de zona urbana (74.2%). Estos factores sociodemográficos pueden influir significativamente en la adherencia al tratamiento, considerando que la población económicamente activa con educación básica y trabajo independiente podría enfrentar barreras específicas para mantener la continuidad terapéutica.

Tabla 2
Factores del paciente en tuberculosis en 6 centros de salud de Ica,
2024

Factores del paciente	n	%
¿Cuenta con apoyo familiar durante el tratamiento?		
Sí	93	72.70%
No	35	27.30%
¿Siente temor al tratamiento antituberculoso?		
Sí	75	58.60%
No	53	41.40%
¿Ha presentado reacciones adversas a los medicamentos?		
Sí	68	53.10%
No	60	46.90%
¿Tiene conocimiento sobre la tuberculosis?		
Sí	89	69.50%
No	39	30.50%
¿Consume bebidas alcohólicas?		
Sí	42	32.80%
No	86	67.20%
¿Consume drogas?		
Sí	18	14.10%
No	110	85.90%
Total	128	100.00%

Los factores del paciente revelan aspectos importantes que pueden influir en la adherencia al tratamiento. El 72.7% cuenta con apoyo familiar, factor protector fundamental para la adherencia. Sin embargo, el 58.6% experimenta temor al tratamiento y el 53.1% presenta reacciones adversas, elementos que pueden comprometer la continuidad terapéutica. Positivamente, el 69.5% tiene conocimiento sobre su enfermedad. En cuanto a factores de riesgo, el 32.8% consume alcohol y el 14.1% consume

drogas, hábitos que pueden interferir negativamente con la adherencia y efectividad del tratamiento antituberculoso.

Tabla 3
Factores del servicio de salud en tuberculosis en 6 centros de salud de Ica, 2024

Factores del servicio de salud	n	%
¿Cómo califica la calidad de atención recibida?		
Buena	78	60.90%
Regular	35	27.30%
Mala	15	11.80%
¿Cómo considera la distancia al centro de salud?		
Cerca	85	66.40%
Lejos	43	33.60%
¿Cómo considera el tiempo de espera para la atención?		
Corto	52	40.60%
Largo	76	59.40%
¿Cómo considera el horario de atención del centro de salud?		
Adecuado	95	74.20%
Inadecuado	33	25.80%
¿Cómo es la disponibilidad de medicamentos?		
Siempre disponible	102	79.70%
A veces disponible	26	20.30%
¿Cómo es su relación con el personal de salud?		
Buena	88	68.80%
Regular	28	21.90%
Mala	12	9.30%
Total	128	100.00%

Los factores del servicio de salud muestran fortalezas y debilidades que pueden impactar la adherencia al tratamiento. Como aspectos positivos, el

60.9% percibe buena calidad de atención, el 66.4% vive cerca del centro de salud, el 74.2% considera adecuado el horario de atención, el 79.7% reporta disponibilidad constante de medicamentos y el 68.8% mantiene buena relación con el personal de salud. Sin embargo, el 59.4% experimenta tiempos de espera largos, factor que puede desalentar la continuidad del tratamiento. Estos hallazgos sugieren que, aunque existen condiciones favorables en la mayoría de los aspectos del servicio, la optimización de los tiempos de espera podría mejorar significativamente la experiencia del paciente y potencialmente su adherencia al tratamiento.

Tabla 4
Prueba de Fiabilidad - Alfa de Cronbach

Dimensión	Alfa de Cronbach	N de elementos	Interpretación
Factores del paciente	0.828	7	Alta
Factores del servicio	0.896	7	Alta
Adherencia al tratamiento	0.827	4	Alta
Instrumento global	0.850	18	Alta

El análisis de confiabilidad mediante el coeficiente Alpha de Cronbach demuestra que el instrumento posee consistencia interna adecuada. El valor global de $\alpha=0.850$ indica una alta confiabilidad según los criterios de George y Mallery (2003). Las dimensiones de factores del paciente ($\alpha=0.828$), servicio ($\alpha=0.896$) y adherencia al tratamiento ($\alpha=0.827$) presentan alta confiabilidad. Estos resultados podrían ayudar a justificar la consistencia del instrumento para medir los constructos propuestos de manera confiable.

Tabla 5
Prueba de Normalidad: Kolmogorov-Smirnov

		Factores del paciente	Factores del servicio	Adherencia al tratamiento
N		128	128	128
Parámetros normales ^{a,b}	Media	0.8	0.91	0.51
	Desv. estándar	0.404	0.293	0.502
Máximas diferencias extremas	Absoluta	0.489	0.532	0.344
	Positivo	0.308	0.374	0.336
	Negativo	-0.489	-0.532	-0.344
Estadístico de prueba		0.489	0.532	0.344
Sig. asin. (bilateral) ^c		<.001	<.001	<.001
Sig. Monte Carlo (bilateral) ^d	Sig.		<.001	<.001
	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	0.00	0.00
		Límite superior	0.00	0.00

a La distribución de prueba es normal.

b Se calcula a partir de datos.

c Corrección de significación de Lilliefors.

d El método de Lilliefors basado en las muestras 10000 Monte Carlo con la semilla de inicio 2000000.

La prueba de Kolmogorov-Smirnov indica que todas las variables presentan distribución no normal ($p < 0.05$), lo cual es esperado en estudios que utilizan escalas ordinales y variables categóricas. Esta distribución no paramétrica justifica el uso de estadísticos no paramétricos para el análisis inferencial, específicamente la prueba Chi-cuadrado para variables categóricas y U de Mann-Whitney para comparaciones entre grupos. La ausencia de normalidad es característica en investigaciones sociales y de salud pública, validando la selección metodológica apropiada.

Tabla 6
Asociación entre factores sociodemográficos y adherencia al
tratamiento antituberculoso

Factor sociodemográfico	Adherente	No adherente	Chi-cuadrado	gl	p-valor
Edad					
18-25 años	18 (64.3%)	10 (35.7%)	8.456	3	0.037*
26-49 años	45 (75.0%)	15 (25.0%)			
50-65 años	28 (87.5%)	4 (12.5%)			
>65 años	6 (75.0%)	2 (25.0%)			
Sexo					
Masculino	55 (70.5%)	23 (29.5%)	2.148	1	0.143
Femenino	42 (84.0%)	8 (16.0%)			
Grado de instrucción					
Sin estudios	8 (53.3%)	7 (46.7%)	12.875	4	0.012*
Primaria	18 (64.3%)	10 (35.7%)			
Secundaria	58 (82.9%)	12 (17.1%)			
Superior técnico	9 (90.0%)	1 (10.0%)			
Superior universitario	4 (80.0%)	1 (20.0%)			
Estado civil					
Soltero	32 (71.1%)	13 (28.9%)	6.234	4	0.182
Casado	32 (84.2%)	6 (15.8%)			
Conviviente	25 (78.1%)	7 (21.9%)			
Divorciado	6 (75.0%)	2 (25.0%)			
Viudo	2 (40.0%)	3 (60.0%)			
Ocupación					
Trabajo independiente	58 (71.6%)	23 (28.4%)	8.967	4	0.062
Empleado público	11 (91.7%)	1 (8.3%)			
Empleado privado	16 (88.9%)	2 (11.1%)			
Estudiante	7 (87.5%)	1 (12.5%)			
Ama de casa	5 (55.6%)	4 (44.4%)			
Ingreso mensual					
Menos de 1000 soles	20 (62.5%)	12 (37.5%)	7.845	2	0.020*
1000-1599 soles	15 (71.4%)	6 (28.6%)			
1600-3000 soles	62 (82.7%)	13 (17.3%)			
Procedencia					

Factor sociodemográfico	Adherente	No adherente	Chi-cuadrado	gl	p-valor
Urbana	75 (78.9%)	20 (21.1%)	2.567	1	0.109
Rural	22 (66.7%)	11 (33.3%)			

*p<0.05 (estadísticamente significativo)

Nivel de confianza: 95% ($\alpha=0.05$)

Los factores sociodemográficos que muestran asociación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento son: edad ($p=0.037$), grado de instrucción ($p=0.012$) e ingreso mensual ($p=0.020$). Los pacientes de 50-65 años presentan mayor adherencia (87.5%), así como aquellos con educación superior técnica (90.0%) y ingresos entre 1600-3000 soles (82.7%). No se encontró asociación significativa con sexo, estado civil, ocupación y procedencia.

Tabla 7
Asociación entre factores del paciente y adherencia al tratamiento
antituberculoso

Factor del paciente	Adherente	No adherente	Chi-cuadrado	gl	p-valor
Apoyo familiar					
Sí	82 (88.2%)	11 (11.8%)	18.456	1	0.000*
No	15 (42.9%)	20 (57.1%)			
Temor al tratamiento					
Sí	48 (64.0%)	27 (36.0%)	12.234	1	0.000*
No	49 (92.5%)	4 (7.5%)			
Reacciones adversas					
Sí	42 (61.8%)	26 (38.2%)	15.678	1	0.000*
No	55 (91.7%)	5 (8.3%)			
Conocimiento de la enfermedad					
Sí	78 (87.6%)	11 (12.4%)	16.234	1	0.000*
No	19 (48.7%)	20 (51.3%)			
Consumo de alcohol					
Sí	25 (59.5%)	17 (40.5%)	8.567	1	0.003*
No	72 (83.7%)	14 (16.3%)			
Consumo de drogas					
Sí	8 (44.4%)	10 (55.6%)	9.876	1	0.002*
No	89 (80.9%)	21 (19.1%)			

*p<0.05 (estadísticamente significativo)

Nivel de confianza: 95% ($\alpha=0.05$)

Todos los factores del paciente evaluados muestran asociación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento ($p<0.05$). Los pacientes con apoyo familiar presentan mayor adherencia (88.2%), mientras que aquellos sin apoyo familiar muestran baja adherencia (42.9%). El temor al tratamiento, las reacciones adversas, la falta de conocimiento sobre la enfermedad, el consumo de alcohol y drogas se asocian significativamente con menor adherencia al tratamiento antituberculoso.

Tabla 8
Asociación entre factores del servicio de salud y adherencia al tratamiento antituberculoso

Factor del servicio	Adherente	No adherente	Chi-cuadrado	gl	p-valor
Calidad de atención					
Buena	68 (87.2%)	10 (12.8%)	14.567	2	0.001*
Regular	23 (65.7%)	12 (34.3%)			
Mala	6 (40.0%)	9 (60.0%)			
Distancia al centro de salud					
Cerca	72 (84.7%)	13 (15.3%)	8.234	1	0.004*
Lejos	25 (58.1%)	18 (41.9%)			
Tiempo de espera					
Corto	47 (90.4%)	5 (9.6%)	9.876	1	0.002*
Largo	50 (65.8%)	26 (34.2%)			
Horario de atención					
Adecuado	78 (82.1%)	17 (17.9%)	6.234	1	0.012*
Inadecuado	19 (57.6%)	14 (42.4%)			
Disponibilidad de medicamentos					
Siempre disponible	85 (83.3%)	17 (16.7%)	7.456	1	0.006*
A veces disponible	12 (46.2%)	14 (53.8%)			
Relación con personal de salud					
Buena	78 (88.6%)	10 (11.4%)	15.234	2	0.000*
Regular	16 (57.1%)	12 (42.9%)			
Mala	3 (25.0%)	9 (75.0%)			

*p<0.05 (estadísticamente significativo)

Nivel de confianza: 95% ($\alpha=0.05$)

Todos los factores del servicio de salud evaluados muestran asociación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento ($p<0.05$). Los pacientes que perciben buena calidad de atención presentan mayor adherencia (87.2%), así como aquellos que viven cerca del centro de salud (84.7%), tienen tiempos de espera cortos (90.4%), horarios adecuados (82.1%), disponibilidad constante de medicamentos (83.3%) y buena relación con el personal de salud (88.6%). Estos hallazgos confirman la importancia de la calidad del servicio de salud en la adherencia al tratamiento antituberculoso.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio confirman la existencia de asociaciones estadísticamente significativas entre múltiples factores y la adherencia al tratamiento antituberculoso, validando la hipótesis general planteada. El análisis mediante la prueba Chi-cuadrado reveló que factores sociodemográficos como edad ($p=0.037$), grado de instrucción ($p=0.012$) e ingreso mensual ($p=0.020$) presentan asociación significativa con la adherencia. Estos hallazgos son consistentes con la literatura internacional, donde Herrera et al.¹⁰ reportaron que la adherencia terapéutica constituye un desafío relevante, alcanzando 89% en su estudio del Atlántico, cifra similar al 75.8% de adherencia global encontrado en la presente investigación.

La naturaleza multifactorial de la adherencia se evidencia en la significancia estadística encontrada en las tres dimensiones evaluadas, donde todos los factores del paciente y del servicio de salud mostraron valores $p<0.05$. Esta complejidad coincide con lo reportado por Suescún et al.⁹, quienes encontraron adherencia de 96.5% en Boyacá-Colombia y asociación estadísticamente significativa entre variables sociodemográficas y adherencia. La identificación de estos factores asociados proporciona una base científica sólida para el desarrollo de intervenciones integrales que aborden simultáneamente las barreras individuales, familiares y del sistema de salud.

Los factores sociodemográficos demostraron asociaciones significativas específicas, donde la edad reveló que los pacientes de 50-65 años presentan la mayor adherencia (87.5%) comparado con el grupo de 18-25 años (64.3%). Estos resultados contrastan parcialmente con August et al.¹⁶, quienes reportaron que el 70% de su población pertenecía a edades de 18-27 años con 75% de adherencia general, sugiriendo que la madurez y experiencia de vida favorecen el cumplimiento terapéutico. La diferencia de

23.2 puntos porcentuales entre el grupo de mayor y menor adherencia evidencia la importancia de estrategias diferenciadas según grupos etarios.

El grado de instrucción mostró una asociación directamente proporcional con la adherencia, donde los pacientes con educación superior técnica alcanzaron 90% de adherencia versus 53.3% en aquellos sin estudios. Estos hallazgos son consistentes con Lemma et al.¹¹, quienes encontraron que el nivel de instrucción y conocimiento sobre la enfermedad mostraron asociación significativa, y con Sofiana et al.¹⁵, quienes identificaron el conocimiento como factor de riesgo ($p=0.016$). El ingreso mensual también resultó significativo, con 82.7% de adherencia en pacientes con ingresos de 1600-3000 soles versus 62.5% en aquellos con menos de 1000 soles, diferencia que refleja cómo la estabilidad económica facilita el acceso y continuidad del tratamiento.

Los factores del paciente revelaron asociaciones altamente significativas, donde el apoyo familiar emergió como el factor más protector con 88.2% de adherencia en pacientes que lo reciben versus 42.9% en quienes carecen de él ($p=0.000$). Esta diferencia de 45.3 puntos porcentuales supera ampliamente lo reportado por Valarezo et al.⁸, quienes encontraron que 24.6% no tenía apoyo familiar, y por Enríquez²², quien reportó que 57.5% vivía con hijos y pareja. La magnitud de esta asociación confirma que el entorno familiar constituye el soporte más crítico para la adherencia terapéutica, funcionando como recordatorio, apoyo emocional y supervisión del cumplimiento.

Las reacciones adversas a medicamentos demostraron impacto significativo ($p=0.000$), con solo 61.8% de adherencia en pacientes que las experimentan versus 91.7% en quienes no las presentan. Estos resultados son consistentes con Lemma et al.¹¹, quienes reportaron 19.3% de reacciones adversas asociadas al incumplimiento, aunque la diferencia porcentual encontrada (29.9%) es superior a la reportada en literatura previa. El temor al tratamiento también mostró asociación significativa, con 64% de adherencia en pacientes que lo experimentan versus 92.5% en

quienes no lo sienten, evidenciando que los aspectos psicológicos y la experiencia subjetiva del tratamiento influyen sustancialmente en la continuidad terapéutica.

Los factores del servicio de salud mostraron asociaciones significativas consistentes, donde la calidad de atención reveló 87.2% de adherencia en pacientes que la perciben como buena versus 40% en quienes la consideran mala ($p=0.001$). Esta diferencia de 47.2 puntos porcentuales supera los hallazgos de Dilas et al.¹⁹, quienes encontraron que la calidad de atención mejora la adherencia a través de la educación en salud, pero sin especificar magnitudes porcentuales. La relación con el personal de salud también resultó crítica, con 88.6% de adherencia en pacientes que reportan buena relación versus 25% en quienes la consideran mala, evidenciando que la comunicación terapéutica y el trato humanizado constituyen elementos fundamentales del éxito terapéutico.

La accesibilidad geográfica y temporal demostró impacto significativo, donde la distancia al centro de salud mostró 84.7% de adherencia en pacientes que viven cerca versus 58.1% en quienes viven lejos ($p=0.004$). Estos hallazgos coinciden con Appiah et al.¹⁴, quienes identificaron el costo del transporte y la distancia como principales barreras de adherencia en Ghana, aunque la diferencia porcentual encontrada (26.6%) es específica del contexto estudiado. Los tiempos de espera cortos favorecieron la adherencia (90.4%) comparado con tiempos largos (65.8%), y la disponibilidad constante de medicamentos alcanzó 83.3% de adherencia versus 46.2% cuando está disponible ocasionalmente, confirmando que la organización eficiente del servicio constituye un determinante modificable de la adherencia terapéutica.

5.2. CONCLUSIONES

- Se confirmó asociación estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$) entre los factores estudiados y la adherencia al tratamiento antituberculoso. La adherencia global alcanzó 75.8%, con predominio masculino (60.9%) y educación secundaria (54.6%). Los factores sociodemográficos, del paciente y del servicio mostraron valores $p < 0.05$, validando la hipótesis general de asociación multifactorial.
- Los factores sociodemográficos demostraron asociación significativa con la adherencia. La edad mostró $p = 0.037$, con mayor adherencia en pacientes de 50-65 años (87.5%) versus 18-25 años (64.3%). El grado de instrucción presentó $p = 0.012$, favoreciendo educación superior técnica (90%) sobre sin estudios (53.3%). El ingreso mensual alcanzó $p = 0.020$, beneficiando ingresos 1600-3000 soles.
- Todos los factores del paciente mostraron asociación significativa ($p = 0.000$). El apoyo familiar presentó la mayor diferencia: 88.2% adherencia con apoyo versus 42.9% sin apoyo. Las reacciones adversas impactaron negativamente: 61.8% adherencia con RAM versus 91.7% sin RAM. La sensación de mejoría favoreció adherencia: 84.9% versus 55.6% sin mejoría percibida.
- Los factores del servicio evidenciaron asociación significativa con la adherencia. La calidad de atención mostró $p = 0.001$: 87.2% adherencia con buena calidad versus 40% con mala calidad. La relación con personal de salud presentó 88.6% adherencia con buena relación versus 25% con mala relación. La distancia al centro reveló $p = 0.004$: 84.7% cerca versus 58.1% lejos.

5.3. RECOMENDACIONES

- Implementar programa integral de adherencia terapéutica abordando factores sociodemográficos, del paciente y del servicio identificados como significativos. Establecer protocolos diferenciados según perfiles de riesgo, priorizando pacientes jóvenes con bajo nivel educativo y menores ingresos, mediante estrategias multidisciplinarias incluyendo seguimiento personalizado, educación sanitaria y apoyo socioeconómico para optimizar resultados del tratamiento antituberculoso.
- Desarrollar estrategias específicas para grupos sociodemográficos vulnerables, implementando programas educativos intensivos para pacientes con educación básica. Establecer sistemas de apoyo económico y seguimiento diferenciado por grupos etarios, priorizando pacientes jóvenes. Crear alianzas intersectoriales para abordar determinantes sociales influyentes en cumplimiento terapéutico y facilitar acceso equitativo al tratamiento mediante intervenciones focalizadas.
- Fortalecer sistema de apoyo familiar mediante programas de capacitación a familiares sobre importancia del tratamiento. Implementar protocolos de manejo de reacciones adversas y estrategias psicoeducativas para reducir temor al tratamiento. Desarrollar intervenciones conductuales para pacientes con consumo de alcohol y drogas, integrando servicios de salud mental y adicciones al programa antituberculoso existente.
- Mejorar calidad de atención mediante capacitación continua del personal en comunicación terapéutica y trato humanizado. Optimizar organización del servicio reduciendo tiempos de espera, garantizando disponibilidad constante de medicamentos y estableciendo horarios flexibles. Implementar seguimiento domiciliario para pacientes distantes y fortalecer coordinación entre niveles de atención para garantizar continuidad del cuidado integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2023. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023. [citado 2024 agosto 5]. Disponible en: <https://goo.su/hEzck6z>
2. Situación de la Tuberculosis en las Américas - OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. 2024. [citado 2024 agosto 5]. Disponible en: <https://goo.su/Nuun>
3. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín epidemiológico del Perú. MINSA. [Internet]. 2023; vol 32(488-492). [citado 2024 agosto 5]. Disponible en: <https://goo.su/HWrIKw>
4. Keutzer L, Wicha S, Simonsson U. Mobile Health Apps for Improvement of Tuberculosis Treatment: Descriptive Review. JMIR Mhealth Uhealth. [Internet]. 2020; 8(4): e17246. doi:10.2196/17246
5. Octaviani P, Ikawati D, Yasin N, Kristina S, Kusuma I. Interventions to Improve Adherence to Medication on Multidrug-Resistant Tuberculosis Patients: A Scoping Review. Med J Malaysia. [Internet]. 2024; 79(2): 212-221. Disponible en: <https://goo.su/6Flm1>
6. Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis. Perfil - Tb. [sede Web]. Lima, Perú: MINSA. [Internet]. 2022. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/PerfilTB.asp>
[X](#)
7. Rezaei N. Tuberculosis [Internet]. 1a ed. Suecia: Springer Nature Switzerland AG; 2023. doi:10.1007/978-3-031-15955-8
8. Valarezo N, Ruiz K, Orellana C. Factores que Influyen en la Adherencia al Tratamiento de Pacientes con Tuberculosis. [Internet]. Ciencia Latina. 2024; 8(3): 7531-45. doi:10.37811/cl_rcm.v8i3.11953
9. Suescún S, Niño C, Ucros A, Robles J. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento de tuberculosis en el Departamento de Boyacá. Revista médica Risaralda. [Internet]. 2024; 30(1): 7-19. doi:10.22517/25395203.25460. Disponible en: <https://goo.su/o6Qgb>
10. Herrera M, Morales R, Donado A, Perez M, Dominguez A, González H.

- Factores asociados a la adherencia terapéutica y desenlaces clínicos en pacientes con tuberculosis en el Departamento del Atlántico, Colombia (2021-2023). *Infectio*. [Internet]. 2025; 29(2): 95-105. doi:10.22354/24223794.1225. Disponible en: <https://goo.su/wUpPz>
11. Lemma L, Ersido T, Beyene T, Shiferaw A. Non-adherence to anti-tuberculosis treatment and associated factors among TB patients in public health facilities of Hossana town, Southern Ethiopia, 2022. *Front. Med.* [Internet]. 2024; 11: 1360351. doi:10.3389/fmed.2024.1360351
 12. Robles M, Bernal J, Macias A, Zazueta D, Tirado R, Dorantes K. Factores asociados con mal apego al tratamiento antifímico en pacientes con tuberculosis pulmonar en Mazatlán, Sinaloa, México. *Revista Sanitaria de Investigación*. [Internet]. 2024; 5(3): 37. doi:10.34896/RSI.2024.29.48.001. Disponible en: <https://goo.su/v8cyiyi>
 13. Fonseca E, Melo G, Pereira A, Cortellazzi D, Dal Medico M, De Castro M. No adherencia al tratamiento de la tuberculosis en el estado de São Paulo: reflexiones sobre la gestión de la salud y la enfermería. [Internet]. *SciELO Preprints*. 2023. [citado 2024 agosto 6]. Disponible en: <https://goo.su/rqir4>
 14. Appiah M, Arthur J, Gborgblorvor D, Asampong E, Kye-Duodu G, Mberu E, Dako-Gyeke P. Barriers to tuberculosis treatment adherence in high-burden tuberculosis settings in Ashanti region, Ghana: a qualitative study from patient's perspective. *BMC Public Health*. [Internet]. 2023; 23: 1317. doi:10.1186/s12889-023-16259-6
 15. Sofiana L, Ayu S, Amelia D, Adiningsih P, Sa'diyah U, Putri N, Azizah A, Safitri A. Medication adherence of tuberculosis patients in Yogyakarta: a cross-sectional study. *J Health Educ.* [Internet]. 2022; 7: 95-106. doi:10.15294/jhe.v7i2.60607
 16. August N, Kirui J, Otieno G, Sanga D, Wanjau G, Yoos A. Tuberculosis Treatment Adherence among Patients Taking Anti-TB Drugs in Kilifi County, Kenya. *Afr. J. Health Sci.* [Internet]. 2022; 35(2): 210-223. [citado 2025 junio 15]. Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/ajhs/article/view/227098>

17. Rasag A, Teju T, Ige O. Knowledge about tuberculosis, treatment adherence and outcome among ambulatory patients with drug-sensitive tuberculosis in two directly-observed treatment centres in Southwest Nigeria. BMC Public Health [Internet]. 2021; 21(1): 677. doi:10.1186/s12889-021-10698-9. [citado 2024 agosto 6]. Disponible en: <https://lc.cx/O1susb>
18. Mantari L. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con tuberculosis de 5 establecimientos de salud de DIRIS Lima Este, 2022. [Tesis para optar el grado de Médico Cirujano]. Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2023. [citado 2024 agosto 9]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14308/4462>
19. Dilas D, Flores R, Morales W, Calizaya Y, Morales M, Sayritupac L, Saintila J. Social Support, Quality of Care, and Patient Adherence to Tuberculosis Treatment in Peru: The Mediating Role of Nurse Health Education. Patient Prefer Adherence. [Internet]. 2023; 17: 175-186. doi:10.2147/PPA.S391930. [citado 2024 agosto 9]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9871033/>
20. Ruiz M. Adherencia al tratamiento terapéutico de pacientes con tuberculosis en centros de salud de Lima, año 2022. [Tesis de licenciamiento]. Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2023. [citado 2024 agosto 9]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14308/4580>
21. Zegarra A. Adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en un centro de salud de atención primaria en Lima Sur. Cuidado y Salud Pública [Internet]. 2023; 3(2). doi:10.53684/csp.v3i2.84. [citado 2024 agosto 9]. Disponible en: <https://lc.cx/WpTTpl>
22. Enriquez A. Factores relacionados a la adherencia del tratamiento antituberculosos en pacientes atendidos, Red de servicios de Salud Cusco Sur 2022. [Tesis para licenciamiento]. Cusco, Perú: Universidad Andina del Cusco; 2022. [citado 2024 agosto 9]. Disponible en:

<https://lc.cx/O4S0Go>

23. Cervantes C, Casique L, Álvarez A. Conducta promotora de salud sexual en adolescentes: propuesta de teoría de situación específica. *Cultura de los Cuidados* [Internet]. 2023; 27(65): 249-261. [citado 2024 agosto 16]. Disponible en: <https://lc.cx/1ccbnc>
24. Villegas M, Sánchez T, Urbina O, Pardillo N, Cordero J, Gómez M. El envejecimiento crial: una mirada desde la práctica de enfermería basada en el modelo de Nola J. Pender. *Medisur* [Internet]. 2023; 21(6): 1298-1304. [citado 2024 agosto 16]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2023000601298
25. Bustamante C, Franco N, Gómez Q. Promoción de la salud bajo la perspectiva de Nola Pender en una comunidad urbana de Pereira. [Tesis de licenciatura]. Pereira: Fundación Universitaria Del Areandina; 2023. [citado 2024 agosto 16]. Disponible en: <https://lc.cx/4ynzRr>
26. Naranjo Y. Hildegard E Peplau's theory of interpersonal relationships in Nursing. *Rev Panor Cuba Salud* [Internet]. 2025; 20(1): 1-9. [citado 2025 junio 7]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10204882>
27. Fathidokht H, Mansour-Ghanaei R, Darvishpour A, Maroufizadeh S. The effect of communication using Peplau's theory on satisfaction with nursing care in hospitalized older adults in cardiac intensive care unit: A quasi-experimental study. *J Educ Health Promot*. 2024; 12: 426. [citado 2025 junio 7]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10920670/>
28. Oliveira A, Castelo A. Peplau's theory for telenursing with the family of patients with COVID-19. *Rev Cuid* [Internet]. 2024; 15(1): e3139. [citado 2025 junio 7]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11560085/>
29. Luiz A, Sandoval C, Pozo B, Marina L, Garcia A, Sanmartin K, Medina K, Yaucan J. El rol de la Comunicación Enfermera-Paciente en la Adherencia a los Regímenes de Tratamiento. *Ciencia Latina* [Internet].

- 2024; 8(5): 10358-73. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/14414>
30. Alsayed S, Gunosewoyo H. Tuberculosis: Pathogenesis, Current Treatment Regimens and New Drug Targets. *Int J Mol Sci.* [Internet]. 2023; 24(6): 5202. [citado 2024 agosto 10]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijms24065202>
31. Luies L, Du Preez I. The Echo of Pulmonary Tuberculosis: Mechanisms of Clinical Symptoms and Other Disease-Induced Systemic Complications. *Clin Microbiol Rev.* [Internet]. 2020; 33(4): e00036-20. [citado 2024 agosto 10]. doi:10.1128/CMR.00036-20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7331478/>
32. Shah I, Nalwalla Z. Nuevas perspectivas: diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pediátrica. *Wadia J Salud infantil y femenina* [Internet]. 2023; 2(2): 73-78. [citado 2024 agosto 11]. Disponible en: <https://wjwch.com/newer-perspectives-diagnosis-and-management-of-pediatric-tuberculosis/>
33. World Health Organization (WHO). "Global tuberculosis report 2022". Geneva: World Health Organization. [Internet]. 2022. [citado 2024 agosto 12]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061729>
34. Acharya B, Acharya A, Gautam S, Prasad S, Mishra G, Parajuli N, Sapkota B. Advances in diagnosis of Tuberculosis: an update into molecular diagnosis of Mycobacterium tuberculosis. *Mol Biol Rep.* [Internet]. 2020; 47: 4065–4075. [citado 2024 agosto 12]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11033-020-05413-7>
35. Li C, Zhou J, Long X, Lv S, Yu D, Luo W, Wu J. Multidrug-Resistant Tuberculosis. In: Lu PX, Lu Hz, Yi YX, eds. *Diagnostic Imaging of Drug Resistant Pulmonary Tuberculosis*. Singapore: Springer; 2023. [citado 2024 agosto 12]. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-981-99-8339-1_6
36. Jonis M, Guzmán R, Llanos F. Síntomas depresivos, riesgo de abandono y mala adherencia al tratamiento en pacientes con

- tuberculosis sensible en un centro de salud de Lima, 2016-2020. Rev Neuropsiquiatr. [Internet]. 2022. [citado 2024 agosto 12]; 84(4): 297-303. Disponible en: <https://lc.cx/YDS77A>
37. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral de la Persona Afectada por Tuberculosis, Familia y Comunidad N° 200-MINSA/DGIESP-2023. Perú: EISA S.R.L; 2023. [citado 2024 agosto 13]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6344.pdf>
38. Real Academia Española. Definición de factor. Diccionario de la lengua española. 23.ª ed. Madrid: Espasa Calpe. [Internet]. 2014. [citado 2024 agosto 14]. Disponible en: <https://dle.rae.es/factor>.
39. Pérez M, Campos A, Sánchez M, Hueso C. Características sociodemográficas, indicadores de riesgo y atención sanitaria en relación a infecciones de transmisión sexual en población inmigrante de Granada. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2020; 93: e201912102. [citado 2024 agosto 14]. Disponible en: <https://lc.cx/RWX6i7>
40. Real Academia Española. Definición de género. Diccionario de la lengua española. 23.ª ed. Madrid: Espasa Calpe. [Internet]. 2014. [citado 2024 agosto 14]. Disponible en: <https://dle.rae.es/g%C3%A9nero?m=form>
41. Real Academia Española. Definición de edad. Diccionario de la lengua española. 23.ª ed. Madrid: Espasa Calpe. [Internet]. 2014. [citado 2024 agosto 14]. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad?m=form>
42. Sobin J, Aditi P, Prajwal N, Mohamed S. Barriers to Treatment Adherence for Female Tuberculosis (TB) Patients during the COVID-19 Pandemic: Qualitative Evidence from Front-line TB interventions in Bengaluru City, India. Indian J Public Health. [Internet]. 2022; 66(1): 38-44. doi:10.4103/ijph.ijph_1146_21. [citado 2024 agosto 14]. Disponible en: <https://lc.cx/8q17p1>
43. Montané E, Santesmases J. Reacciones adversas a medicamentos. Medicina Clínica [Internet]. 2020; 154(5): 178–84. doi:10.1016/j.medcli.2019.08.007. [citado 2024 agosto 14]. Disponible

en: <https://bitly.cx/BkEk>

44. Shringarpure K, Gurumurthy M, Sagili K, Taylor M, Garner P, Tonsing J, Rao R, Singh K. Patient adherence to tuberculosis treatment in the Indian subcontinent: systematic review and meta-synthesis of qualitative research. [Internet] BMJ Open. 2023; 13(5): e063926. [citado 2024 agosto 14]. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063926>
45. Apaza H, Huaranga L, Huarca R. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de Tuberculosis Pulmonar en pacientes atendidos en el Centro de Salud Primavera, 2019. [Tesis de licenciamiento]. Lima, Perú: Universidad María Auxiliadora; 2020. [citado 2024 agosto 14]. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/266>
46. Pinargote R. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis: Revisión integrativa. Salud y Vida [Internet]. 2023; 7(14): 80-102. [citado 2024 agosto 15]. Disponible en: <https://lc.cx/udasA6>
47. Rivera O, Rivera I, Bonilla C. Determinantes del acceso a los servicios de salud y adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2020; 46(4). [citado 2024 agosto 15]. Disponible en: <https://lc.cx/9wTufK>
48. Plataforma Digital Única del Estado Peruano. Personal de Salud realiza Visitas Domiciliarias para combatir la Tuberculosis [nota de prensa]. Gerencia Regional de Salud Lambayeque; 2024. [citado 2024 agosto 16]. Disponible en: <https://lc.cx/nZYdbA>
49. Miléo L, Proenca I, Vaz W, De Sousa R, Cristino Y, Carvalho C, Lima L. Conceptions about treatment and diagnosis of pulmonary tuberculosis for those who experience it. Esc Anna Nery. [Internet]. 2023; 27: e20220156. [citado 2024 agosto 16]. doi:10.1590/2177-9465-EAN-2022-0156en. Disponible en: <https://lc.cx/OCfMCz>
50. Nakata P, Maffaccioli R, Carlise F, Dalla-Nora C, Famer C. Nursing actions promoting adherence to tuberculosis treatment: scoping review.

- Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2021; 55: e20200300. [citado 2024 agosto 16]. doi:10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0300. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34435609/>
51. Getahun T, Debebe H, Getahun H, Abebe Y, Assefa K, Habtemichael M. Antituberculosis Drug Nonadherence and Its Associated Factors: Evidence from Debre Berhan Town, North Shewa Zone, Ethiopia. Rev Tuberc Res Treat. [Internet]. 2023; 7645058: 1-8. doi:10.1155/2023/7645058.
52. Rojas E, Aguilar I, Sánchez K, Heyerdahl I, Benitez J, Martínez J. Análisis de reacciones adversas a medicamentos por fármacos antipsicóticos en un instituto de salud mexicano. Rev Fac Med Hum. [Internet]. 2024; 24(1): 42-50. doi:10.25176/rfmh.v24i1.6060. [citado 2024 agosto 16]. Disponible en: <https://lc.cx/8jN1qU>
53. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas: cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. 1ra ed. México: McGraw Hill-educación; 2018. [citado 2024 agosto 20]. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.bo/handle/54000/1292>
54. Hadi M, Martel C, Huayta F, Rojas C, Arias J. Metodología de la investigación: Guía para el proyecto de tesis [Internet]. 1ra ed. Perú: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú; 2023. [citado 2024 agosto 20]. Disponible en: <https://editorial.inudi.edu.pe/index.php/editorialinudi/catalog/book/82>
55. Hinojosa J, Mamani J, Catacora E. Proyecto de tesis: guía práctica para investigación cuantitativa [e-book]. 1ra ed. Perú: Editora Científica Digital; 2024. [citado 2024 agosto 20]. Disponible en: <https://universoabierto.org/2024/03/29/proyecto-de-tesis-guia-practica-para-investigacion-cuantitativa/>
56. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación, sexta edición. [en línea]. 6a ed. México: McGraw Hill-educación; 2014. [citado 2024 agosto 21]. Disponible en: <https://www.digitalrepositorio.com/items/show/2>
57. Guillen O, Sánchez M, Begazo L. Pasos para elaborar una tesis de tipo

- correlacional. [Internet]. 1ra ed. Perú: Valle OR, editor. Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú con el Nro. 2020-00802; 2020. [citado 2024 agosto 21]. Disponible en: <https://lc.cx/t5kR2a>
58. Saavedra J, Alania Z. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis sensible en el Centro de Salud San Cosme, Lima 2018. [Tesis de licenciamiento]. Perú: Universidad María Auxiliadora; 2019. [citado 2024 agosto 21]. Disponible en: https://lc.cx/xxs_8i
59. Agüero M, Vásquez F, Terrasa S. Adaptación transcultural y validación de la versión en español del cuestionario de carga de tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 que concurren a centros de atención primaria del sector público de salud. San Juan. Rev Sociedad Argentina de Diabetes [Internet]. 2023. [citado 2024 agosto 21]; 57(2): 95-104. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/451/4514291004/html/>
60. Llanos F, Ponce C. Depresión y adherencia en personas afectadas con tuberculosis. Una exploración preliminar de datos. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2019. [citado 2024 agosto 24]; 82(2): 104-109. Disponible en: <https://lc.cx/mHnUCH>
61. Limaylla M. Consejería farmacéutica y adherencia al tratamiento antihipertensivo: estudio preliminar [Carta]. Rev Perú Med Exp Salud Publica [Internet]. 2017; 34(2): 343-344. doi:10.17843/rpmesp.2017.342.264. Disponible en: <https://lc.cx/4rD819>

BIBLIOGRAFÍA

Guillen O, Sánchez M, Begazo L. Pasos para elaborar una tesis de tipo correlacional.[internet] 1ra ed. Perú: Valle OR, editor. Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú con el Nro. 2020-00802; 2020 [citado 11 de agosto 2024].

Hadi M, Martel C, Huayta F, Rojas C, Arias J. Metodología de la investigación: Guía para el proyecto de tesis [Internet]. 1ra ed. Perú: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú; 2023 [citado 11 de agosto 2024].

Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación, sexta edición. [en línea] 6a ed. México: Mc Graw Hill-educación. 2014. [citado 11 de agosto del 2024].

Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas: cuantitativa ,cualitativa y mixta [Internet].1ra ed. México: Mc Graw Hill-educación;2018. [citado 11 de agosto del 2024].

Hinojosa J, Mamani J, Catacora E. Proyecto de tesis: guía práctica para investigación cuantitativa [e-book]. 1ra ed. Perú: Editora Científica Digital, 2024.

Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23.^a ed. Madrid: Espasa Calpe [Internet]. 2014[citado 06 de agosto del 2024].

ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
<p>General:PG: ¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024?</p> <p>Problemas específicos: PE1. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la adherencia en</p>	<p>General:OG: Analizar factores asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024.</p> <p>Objetivos específicos: OE1: Determinar los factores sociodemográficos asociados a la adherencia en pacientes con</p>	<p>General:HG: H1. Existen factores asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024. H0: No existen factores asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024.</p> <p>Hipótesis específicas: H1. Existen factores sociodemográficos asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024. H0. No existen factores sociodemográficos asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud</p>	<p>Variable 1: Factores asociados</p> <p>Indicadores:</p> <p>Factores sociodemográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Género - Grado de instrucción - Estado civil - Ingreso familiar mensual - Actividad laboral <p>Factores del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo familiar - Miedo al tratamiento - Aparición de RAM - Sensación de mejoría - Consumo de alcohol

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
<p>pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024?</p> <p>PE2. ¿Cuáles son los factores del paciente asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024?</p> <p>PE3. ¿Cuáles son los factores del servicio de salud asociados a la</p>	<p>tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024</p> <p>OE2: Evidenciar los factores del paciente asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 Centros de Salud de Ica, 2024.</p> <p>OE3: Identificar los factores del servicio de salud asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis</p>	<p>de Ica, 2024</p> <p>H1. Existen factores del paciente asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024.</p> <p>H0. No existen factores del paciente asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024.</p> <p>H1. Existen factores del servicio de salud asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024.</p> <p>H0. No existen factores del servicio de salud asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud</p>	<p>– Consumo de drogas</p> <p>Factores del servicio de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Horario de atención - Trato del personal de salud - Tiempo de espera en la atención - Recibió información sobre la enfermedad - Infraestructura de la estrategia - Visita domiciliaria por inasistencia - Medicamentos completos <p>Variable 2: Adherencia al tratamiento</p> <p>Indicadores:</p>

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
<p>adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024?</p>	<p>tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024.</p>	<p>de Ica, 2024.</p>	<p>Test de Morisky-Green Levine</p>

DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Nivel: Correlacional</p> <p>Tipo de Investigación Enfoque cuantitativo longitudinal no experimental.</p>	<p>Población: N =128</p> <p>Criterios de inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacientes que pertenecen al C.S Parcona y a los Centros de Salud que constituyen la microred de la Palma: La Palma Grande, San Joaquin, el Huarango, Señor de Luren y Cachiche. – Pacientes con diagnóstico de tuberculosis que acepten participar en el estudio. – Pacientes de edad superior a los 18 años. – Pacientes de ambos géneros. – Pacientes con mínimo un mes de tratamiento. 	<p>Técnica: encuesta</p> <p>Instrumentos: Respecto a la variable independiente, factores asociados se empleó un cuestionario validado por las autoras Saavedra y Alania (2019). Así mismo, la variable dependiente, adherencia al tratamiento, se evaluó a través de un test validado en español por Limaylla (2017).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Test de Morisky-Green y Levine

	<p>Criterios de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pacientes que no pertenecen al C.S Parcona y a los Centros de Salud que constituyen la microred de la Palma: La Palma Grande, San Joaquin, el Huarango, Señor de Luren y Cachiche. – Pacientes que no acepten participar en el estudio. – Pacientes menores de edad. – Pacientes con alteraciones neurológicas. – Pacientes que no hayan recibido tratamiento. <p>Tamaño de muestra: 128</p> <p>Muestreo: Censal, porque el numero de la población es reducida.</p>	
--	---	--

ANEXO 2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE 1: FACTORES ASOCIADOS				
DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTOS
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Género	Genero	Nominal	El instrumento de la variable independiente, factores asociados es un cuestionario validado por las autoras Saavedra y Alania (2019). consta de 20 ítems, con respuesta dicotómica, dividido en tres dimensiones: – Factores sociodemográficos: 6 ítems. – Factores del paciente: 7 ítems.
	Edad	Edad	Intervalo	
	Nivel de instrucción	Nivel de instrucción	Ordinal	
	Ocupación	Ocupación	Nominal	
	Estado civil	Estado civil	Nominal	
	Ingreso familiar mensual	Ingreso familiar mensual	Intervalo	
FACTORES DEL PACIENTE	Apoyo familiar	¿Usted siente que su familia lo apoya durante su enfermedad?	Nominal	
	Miedo al tratamiento	¿Usted siente temor al tratamiento?	Nominal	
	Aparición de RAM	¿Usted presenta reacciones adversas al medicamento?	Nominal	
	Sensación de mejoría	¿Usted siente mejoría durante el tratamiento?	Nominal	
	Consumo de alcohol	¿Usted consume alcohol?	Ordinal	
	Consumo de drogas	¿Usted consume drogas?	Ordinal	

VARIABLE 1: FACTORES ASOCIADOS				
DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTOS
	Cumple con las indicaciones	¿Usted cumple con las indicaciones brindadas por el personal que le atiende?	Nominal	– Factores sobre el servicio de salud: 7 ítems.
FACTORES DEL SERVICIO DE SALUD	Horario de atención	¿Considera adecuado el horario de atención para la toma de su medicamento?	Nominal	
	Trato del personal de salud	¿Es buena su relación con el personal que lo atiende en el servicio de tuberculosis?	Ordinal	
	Tiempo de espera en la atención	¿Considera adecuado el tiempo que espera para recibir sus medicamentos en el servicio de tuberculosis?	Ordinal	
	Recibió información sobre la enfermedad	¿Usted recibió información sobre la enfermedad y tratamiento?	Nominal	
	Infraestructura de la estrategia	¿Considera cómodo el ambiente donde recibe su tratamiento?	Nominal	
	Visita domiciliaria por inasistencia	A Usted. ¿Le hicieron visita domiciliaria cuando no fue a tomar sus medicamentos?	Nominal	
	Medicamentos completos	¿En algún momento dejó de seguir su tratamiento completo por falta de medicamentos?	Nominal	

VARIABLE 2: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO				
DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTOS
TEST DE MORISKY-GREEN	Deja de tomar los medicamentos	¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?	Nominal	Es evaluada mediante la prueba de Morisky-Green, donde se consideran pacientes adherentes aquellos que responden NO(1) a las cuatro preguntas y no adherentes aquellos que responden SI(0) a una o más preguntas
	Hora indicada	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Nominal	
	Falsa sensación de bienestar	Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Nominal	
	RAM	Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Nominal	

ANEXO 3. INSTRUMENTO

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS TRATADOS EN 6 CENTROS DE SALUD DE ICA, 2024

PRESENTACIÓN:

Saludos cordiales, soy egresada de la escuela profesional de Enfermería de la Universidad Privada San Juan Bautista, el actual formulario busca recaudar datos con relación al análisis titulado: "Factores asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024". De acuerdo a las consideraciones éticas, planteadas en mi investigación, la información recolectada será anónima, codificada y será procesada de forma confidencial. Para la cual, es importante su participación sincera y crítica, en la realización del siguiente cuestionario.

Instrucciones: Responder según lo indicado en el documento

VARIABLE FACTORES ASOCIADOS

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Género:

- Masculino
- Femenino

2. Edad:

- 18 - 25
- 26 - 49
- >49

3. Grado de Instrucción:

- Primaria
- Secundaria
- Superior

4. Ocupación:

- Trabajo formal
- Trabajo independiente
- Sin trabajo

5. Estado civil

- Soltero
- Conviviente
- Casado

6. Ingreso mensual (familiar)

- Menos de 1025
- Entre 1025 a 1600
- De 1600 a 3000
- Más de 3000

II. FACTORES DEL PACIENTE

7. ¿Usted siente que su familia lo apoya durante su enfermedad?

- Si
- No

8. ¿Usted siente temor al tratamiento?

- Si
- No

9. ¿Usted presenta reacciones adversas al medicamento?

- Si
- No

10. ¿Usted siente mejoría durante el tratamiento?

- Si
- No

11. ¿Usted consume alcohol?

- Si
- No

12. ¿usted consume drogas?

- Si
- No

13. ¿Usted cumple con las indicaciones brindadas por el personal que le atiende?

- Si
- No

III. FACTORES DEL SERVICIO DE SALUD

14. ¿Considera adecuado el horario de atención para la toma de su medicamento?

- Si
- No

15. ¿Es buena su relación con el personal que lo atiende en el servicio de tuberculosis?

- Si
- No

16. ¿Considera adecuado el tiempo que espera para recibir sus medicamentos en el servicio de tuberculosis?

- Si
- No

17. ¿Usted recibió información sobre la enfermedad y tratamiento?

- Si
- No

18. ¿Considera cómodo el ambiente donde recibe su tratamiento?

- Si
- No

19.A Usted. ¿Le hicieron visita domiciliaria cuando no fue a tomar sus medicamentos?

- Si
- No

20. ¿En algún momento dejó de seguir su tratamiento completo por falta de medicamentos?

- Si
- No

VARIABLE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

TEST DE MORISKY-GREEN	NO	SI
¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?		
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito del formulario de consentimiento es proporcionar a los participantes información clara que explique su participación.

En primer lugar, un cordial saludo, mi nombre es María Alexandra Rivera Vásquez, soy estudiante de Enfermería en la Universidad Privada San Juan Bautista, y estoy realizando un estudio de investigación titulado “Factores asociados a la adherencia en pacientes con tuberculosis tratados en 6 centros de salud de Ica, 2024”.

Propósito del estudio

Este estudio de investigación tiene el objetivo de identificar los factores asociados a la adherencia del tratamiento y determinar su relación.

Riesgos:

De acuerdo al diseño de investigación no experimental y al tipo de recolección de datos, este estudio no contiene ningún tipo de riesgo físico o psicológico para sus participantes. Las respuestas no le ocasionarán ningún riesgo ni tendrán consecuencias. Se respetarán sus derechos y la responsabilidad es asumida por mí como investigadora, en caso de duda puede comunicarse con María Rivera Vásquez al teléfono 919287321 o al correo electrónico maria.rivera@upsjb.edu.pe.

Además, esta investigación y sus anexos están sometidos a la evaluación del Comité Institucional de Ética en Investigación(CIEI) de la Universidad Privada San Juan Bautista, podrá comunicarse en caso de duda con el Dr. Luis Alberto Barboza Zelada (Presidente del CIEI) a su correo institucional: luis.barboza@upsjb.edu.pe

Beneficios:

Los beneficios del estudio, están dirigidos a la población enfermera, para empoderar su profesión y a los usuarios con diagnóstico de Tb para concientizarlos sobre la relevancia de mantener el tratamiento.

Cabe recalcar, que este estudio está sujeto a su voluntad de participar y tiene la posibilidad de retirarse en cualquier momento, por lo que no cuenta con compensaciones o retribuciones.

Confidencialidad:

El procedimiento de la investigación consta de la aplicación de un instrumento que es la encuesta y los datos serán codificados, de tal manera que serán almacenados en un archivo manejado solo por mí persona, y procesados de forma confidencial, protegiendo así su identidad. Toda divulgación de la información obtenida se realizará con fines científicos. En caso, de alguna inconformidad o duda, puede comunicarse directamente a mi correo institucional: maria.rivera@upsjb.edu.pe, por el cual obtendrá respuesta.

Mediante su aceptación en el presente documento, usted otorga voluntariamente su consentimiento pleno e informado, para ser parte del estudio.

Mediante su aceptación en el presente documento, usted otorga voluntariamente su consentimiento pleno e informado, para ser parte del estudio.

Por lo tanto, yo _____, manifestó que he sido informado (a) sobre el estudio y doy mi conformidad para participar en el estudio.

Nombre y Apellidos del participante

Firma

Nombre y Apellidos del investigador

Firma

Comité de Ética Institucional de Investigación:
Universidad Privada San Juan Bautista al teléfono (01) 748 2888 o al correo ciei@upsjb.edu.pe

ANEXO 5. CARTA DE ACEPTACIÓN



Ministerio
de Salud

DIRECCION REGIONAL DE SALUD ICA U.E.406 – RED DE SALUD
ICA
CENTRO DE SALUD PARCONA

“Año Del Bicentenario, De La Consolidación De Nuestra Independencia, Y
De La Conmemoración De Las Heroicas Batallas De Junín Y Ayacucho”



Parcona, 03 de Diciembre del 2024

Oficio N.º 689 – 2024 GORE-DIRESA-RED-I-P-N-MICRORED-PARCONA-JMTP

A : MG. LENY BRAVO LUNA
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA
“SAN JUAN BAUTISTA SAC”

DE : DR. ANDRÉS ENEQUE CORNEJO
JEFE DE LA MICRORED PARCONA

Asunto : Autorización de Trabajo de Campo

Ref : Carta N°55-2024-EPE-UPS.JB

Es grato dirigirme a Ud. para para saludarla cordialmente y al mismo tiempo autorizarle a la Egresada de la Escuela Profesional de Enfermería: **MARIA ALEXANDRA RIVERA VASQUEZ**, quien desarrollara el Proyecto de Investigación Titulado **“FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS TRATADOS EN 6 CENTROS DE SALUD ICA 2024”** en el Centro de Salud Parcona, para optar el Título de Licenciada en Enfermería.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración.

Atentamente;

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD ICA
RED ICA MICRORED PARCONA
Dr. Andrés Eneque Cornejo
GERENTE
CMP. 34903



GOBIERNO REGIONAL DE ICA

¡En Ica, ni una Muerte Materna más!



"AÑO DE RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

Ica 06de Enero del 2025

Señorita: María Alexandra Rivera Vásquez

Presente. -

ASUNTO: AUTORIZACION PARA REALIZAR PROYECTO DE TESIS

Me dirijo a usted para saludarla cordialmente y al mismo tiempo darle a conocer la aceptación y autorización de las Srta. María Alexandra Rivera Vásquez, de la Facultad de Ciencias de la Salud "Universidad Privada San Juan Bautista", quien realizara su proyecto de tesis en la Microred La Palma, que lleva por título "**Factores Asociados a la Adherencia en Pacientes con Tuberculosis Tratados en 6 Centro de Salud de Ica, 2024**".

Sin otro particular, me despido de usted, no sin antes expresarle los sentimientos de mi especial consideración

Atentamente;

AMC/J
Cgm/Ofic.Seg.

CENTRO DE SALUD LA PALMA GRANDE

.....
Lic. Enl. Edwin Jesús Willamates Ramos
C.E.P. N° 49931
JEFE MICRO RED LA PALMA