



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO  
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN  
GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Calidad de Atención según estructura y Adherencia al Tratamiento de  
Personas Afectadas por Tuberculosis en la Micro Red la Esperanza**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**AUTORA:**

**Br. Linda Jhoana Rubio Narro (ORCID: 0000-0002-3772-4948)**

**ASESOR:**

**Dra. Eliana Jackeline Guzmán Avalos (ORCID: 0000-0003-2833-5665)**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

**Calidad de las prestaciones asistenciales  
y gestión de los riesgos de salud**

**Trujillo-Perú**

**2020**

## **DEDICATORIA**

### **A Dios**

Quien como guía estuvo presente en el caminar de mi vida, bendiciéndome y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas sin desfallecer.

### **A mis padres German y Consuelo**

Por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

### **A mi hijo**

Quien es la razón de que me levante cada día y el motivo para esforzarme por el presente y el mañana.

**Linda Jhoana Rubio Narro**

## **AGRADECIMIENTO**

**A la Universidad César Vallejo de Trujillo y sus docentes,**

Por su paciencia y responsabilidad en el desarrollo de todos los cursos del programa de  
Posgrado.

**Al personal que labora en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de  
Tuberculosis de la Micro Red La Esperanza.**

Por permitir la realización del presente trabajo de investigación.

**A mi asesora Dra. Eliana Guzmán Avalos,**

Por su asesoramiento, orientación y aporte durante todo este proceso, quien con su  
dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo

**A todas las personas, colegas y amigos,**

Por brindarme su apoyo, tiempo e información para el logro de mis objetivos.

**Linda Jhoana Rubio Narro**

## **PÁGINA DEL JURADO**

## **Declaratoria de autenticidad**

Yo, Linda Jhoana Rubio Narro estudiante del Programa de Maestría de Gestión de los Servicios de la Salud, de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificada con número de DNI 45957745 con la tesis titulada Percepción de la calidad de atención y adherencia al tratamiento de personas afectadas con tuberculosis e la Micro Red La Esperanza, Trujillo 2019 .Declaro bajo juramento que:

- La tesis es de mi autoría.
- He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- La tesis no ha sido auto plagiado; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros). Asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.



---

**LINDA JHOANA RUBIO NARRO**

**TRUJILLO, 21 DE NOVIEMBRE DEL 2019**

## Índice

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
PÁGINA DEL JURADO.....	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	v
Índice .....	vi
Índice de tablas.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II.MÉTODO.....	18
2.1. Tipo y diseño de investigación.....	18
2.2. Operacionalización de las variables.....	19
2.3. Población, muestra y muestreo (Incluir criterios de selección).....	20
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	21
2.5. Procedimiento.....	23
2.6. Método de análisis de datos.....	23
2.7. Aspectos éticos.....	24
III. RESULTADOS.....	25
IV.DISCUSIÓN.....	31
V CONCLUSIONES.....	37
VI RECOMENDACIONES.....	38
REFERENCIAS.....	39
ANEXOS.....	44

## Índice de Tablas ..

Tabla 1 Percepción de la calidad de atención según dimensión estructura de las personas afectadas con tuberculosis. Micro Red La Esperanza, 2019.....	34
Tabla 2 Adherencia al tratamiento de las personas afectadas con tuberculosis. Micro Red La Esperanza, 2019.....	35
Tabla 3 Percepción de la calidad de atención según estructura relacionado con la adherencia al tratamiento de las personas afectadas por tuberculosis. Micro Red La Esperanza, 2019.....	36
Tabla 4 Componente técnico según dimensión estructura de la calidad de atención relacionada con la adherencia al tratamiento de personas afectadas con tuberculosis. Micro Red La Esperanza, Trujillo 2019.....	37
Tabla 5 Componente interpersonal según dimensión estructura de la calidad de atención relacionada con adherencia al tratamiento de personas afectadas con tuberculosis. Micro Red La Esperanza, Trujillo 2019.....	38
Tabla 6 Componente confort según dimensión estructura de la calidad de atención relacionada con la adherencia al tratamiento de personas afectadas con tuberculosis. Micro Red La Esperanza, Trujillo 2019.....	39

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la calidad de Atención según estructura y la adherencia al tratamiento de la persona afectada por tuberculosis atendidos en la Micro Red La Esperanza, setiembre - noviembre 2019; se realizó un estudio no experimental de corte transversal, descriptiva – correlacional simple. La muestra estuvo conformado por 70 personas afectadas por tuberculosis en tratamiento que son atendidos en la Micro Red la Esperanza. Para la medición de la variable calidad de atención se usó como instrumento un cuestionario cuyo Alfa de Cronbach fue de 0.87; y para la variable adherencia al tratamiento se utilizó una guía de revisión documentaria validada por juicio de expertos. Los resultados hallados revelaron que el 90% de las personas afectadas por tuberculosis tienen una percepción buena de la calidad y el 85,7% muestran adherencia al tratamiento. Asimismo el 85.7% de entrevistados con adherencia el mismo porcentaje calificaron calidad buena, existiendo una relación significativa entre calidad de atención según estructura y la adherencia al tratamiento. En cuanto a los componentes de la calidad según estructura ; en el componente interpersonal el 90% lo califican como buena; de este grupo, el 85,7% muestran adherencia al tratamiento; en el componente técnico el 87,2% la califica como buena y 85,7% muestran adherencia al tratamiento y por último el 82,9% califica como buena el componente confort, de este grupo el 85,7% muestran adherencia al tratamiento. La conclusión a la que se llegó fue que la percepción de la calidad de atención según dimensión estructura se relaciona significativamente con la adherencia al tratamiento de las personas afectadas por tuberculosis. Siendo los valores estadísticos  $X^2 = 46.667$ , significancia de  $0.000 > 0.05$ , por lo que se asume la hipótesis general del estudio.

**Palabras claves:** Percepción de la calidad, adherencia al tratamiento, personas afectadas por tuberculosis.



## ABSTRACT

The present investigation was to the objective determine the relationship between the quality perception and the adherence treatment of the person affected by tuberculosis treated in the Micro Red La Esperanza, september - november 2019, a descriptive non-experimental cross-sectional study was performed - simple correlational.

The sample consisted of 70 people affected by tuberculosis in treatment attending the health facilities of the Micro Red La Esperanza. For the measurement of the quality of care variable, a questionnaire whose validity of Pearson was 0.43 was used as an instrument; and for the variable adherence to treatment, a documentary review guide validated by expert judgment was used. The results found revealed that 90% of people affected by tuberculosis have a good perception of quality and 85.7% show adherence to treatment. Likewise, 85.7% of respondents with adherence the same percentage rated good quality, there being a significant relationship between quality of care according to structure and adherence to treatment. As for the components of quality according to structure; in the interpersonal component 90% rate it as good; of this group, 85.7% show adherence to treatment; In the technical component 87.2% rate it as good and 85.7% show adherence to the treatment and finally 82.9% rate the comfort component as good, of this group 85.7% show adherence to the treatment. The conclusion reached was that the perception of the quality of care according to structure dimension is significantly related to the adherence to treatment of people affected by tuberculosis. The statistical values being  $X^2 = 46,667$ , significance of  $0.000 > 0.05$ , so the general hypothesis of the study is assumed.

**Keywords: perception of quality, adherence to treatment.**

## I. INTRODUCCIÓN

Desde el 2009 la tuberculosis está considerada dentro de las nueve causas principales de muerte en el mundo y primer lugar por patologías infecciosas; ubicándose así antes que el VIH/SIDA. En el 2016 el número de defunciones estimadas por esta enfermedad fue de 1,3 millones en pacientes VIH-negativas, y de 374 000 en VIH-positivas. El número estimado de la población que se contagiaron por tuberculosis en ese periodo resulto ser de 10,4 millones: el 90% personas en etapa de vida adulta y el 65% de género masculino, el 10% con comorbilidad VIH. Por otro lado, la tuberculosis drogo resistente continua en aumento convirtiéndose en una amenaza. Así mismo en el 2016 la resistencia a la rifampicina, considerada la droga de del núcleo básico más eficaz, llego a 600 000 nuevos casos; 490 000 de ellos tenían tuberculosis multidrogoresistente. (OMS, 2017).

Así mismo, en Las Américas, según la Organización Mundial de la Salud estimó 282.000 casos entre nunca y antes tratado por tuberculosis para el 2017, siendo el 3% de los casos en el mundo (10 millones de afectados). El Caribe presenta el número de casos más elevado (61,2 por 100.000 habitantes), en segundo lugar, se encuentra Sudamérica (46,2), América Central y México (25,9) y Norte América (3,3). De igual manera se estimó que en diez países se concentraban el 87% de casos de tuberculosis, siendo Brasil, Perú y México los principales países con un poco más de 50% de los casos. Los casos nuevos y recaídas notificados en 2017 fueron 228.943 en las Américas, un 82% del total de casos estimados. (OPS, 2018)

En tanto en el Reporte Mundial de Tuberculosis del año 2017, ubica a nuestro país en los primeros 30 países en el mundo con mayores casos estimados de Tuberculosis resistente a los medicamentos del núcleo básico del esquema sensible (TB MDR) para los años entre 2016 al 2020; llegando a mas a 1000 casos estimados de tuberculosis multidrogoresistente. Así mismo el Perú se ubica dentro de los tres países con una mayor cifra de casos de tuberculosis en las Américas luego de Haití y Bolivia; y el primero en notificar casos de TB resistente a fármacos, teniendo un tercio de los casos multidrogoresistentes y la mitad de Tuberculosis Extensamente Resistente (TB XDR) reportados. También en nuestro país, este daño se encuentra dentro de las veinte primeras causas de defunción, dañando principalmente a la población con condición socioeconómica baja. (MINSAs. 2015).

A las cifras mencionadas se suma el abandono al tratamiento el cual inicia con la no adherencia; esta abarca varias posibilidades, desde la toma incompleta de dosis total, la negación a recibir el inyectable, la irregularidad al tratamiento que en muchos casos se puede llegar a registrar hasta una sola toma a la semana. Esta barrera se presenta a nivel mundial y con una frecuencia variada, dependiendo de múltiples factores como la condición socioeconómica y desarrollo del país, la epidemiología de la tuberculosis local y la dinámica de los servicios en la prevención y control de tuberculosis, así pues se considera a la irregularidad al tratamiento y al elevado porcentaje de abandono los principales factores que no permiten en control de la tuberculosis en el país. (Burkhart , 2003)

Por otro lado según la Unidad de Prevención y Control de la Tuberculosis. CAP Ciutat Vella, en España aplican la estrategia TODS; el medicamento es administrado por personal de salud que tiene la indicación de verificar que el paciente tome los fármacos y según los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) esta estrategia es aplicada cuando la irregularidad al tratamiento es mayor del 10%. Si no se ha implementado la estrategia TODS en el servicio de salud debe reemplazarse por una vigilancia permanente, visitas al domicilio, control de recetas emitidas y análisis de orina para comprobar la eliminación de los medicamentos. En caso de que el paciente no cumpla con la ingesta de los medicamentos y del seguimiento indicado se debe comunicar inmediatamente a las autoridades sanitarias para que puedan tomar las acciones pertinentes; cabe señalar que en Barcelona, además del TODS, se realiza un seguimiento exhaustivo de los enfermos, por lo que en 2002 se logró el término del tratamiento del 95,2 %. (Gomez, 2005).

En tanto en Estados Unidos el protocolo a seguir cuando se detecta a una persona con tuberculosis consiste en asegurar un plan implementado para que los pacientes reciban un adecuado seguimiento durante el tiempo que dure su tratamiento. Los prestadores de salud de los programas de tuberculosis y otras organizaciones realizan acciones fundamentales al brindar un paquete integral y proporcionar ayuda a los pacientes para lograr que cumplan y terminen el tratamiento indicado, emplean además una estrategia denominada “manejo de casos”. La finalidad de esta estrategia es brindar atención centrada en la persona afectada para que termine con éxito el tratamiento y asegurar que cumplan todas las actividades de salud pública relacionadas con cortar la cadena de la transmisión de la tuberculosis. Es así

que la atención centrada en el usuario ha dado resultados satisfactorios de tratamiento porque se centra en terapias personalizadas para abarcar los problemas orgánicos y sociales del paciente. Por ejemplo, para ayudar algunas personas afectadas en la larga duración del tratamiento puede ser necesario brindar incentivos y facilitadores, vistas al domicilio o acciones cuando se detecta problemas de farmacodependencia. En el enfoque del manejo de casos, un personal sanitario (es decir, un coordinador de casos) tiene como principal función verificar que se lleven a cabo la totalidad de intervenciones que contempla el tratamiento y salud pública. Aunque la responsabilidad principal es asumida por el coordinador de casos, esta estrategia generalmente integra a un equipo de personas que trabajan de manera activa y coordinada para proporcionar continuidad en la atención integral de los pacientes. (Departamento De Salud Y Servicios Humanos, 2014)

Así también en el Perú, entre el año 1980 el entonces llamado Programa de Control de Tuberculosis afrontaba problemas de logística, estructura y organización, las cuales se evidenciaban en inadecuadas medidas de intervención originando así elevadas tasas de incidencia, insuficientes actividades de control y aumento de los abandonos al tratamiento. Los indicadores epidemiológicos mostraban ineficiencia en el programa y el sistema de información no permitía tomar decisiones a tiempo, el 85% de los establecimientos de salud no desarrollaban acciones de diagnóstico y tratamiento; además tenían un abastecimiento de medicamentos insuficientes y acciones de calidad inadecuadas, es decir una ofertas de servicios limitada que daba como resultado una demanda insatisfecha de atención de casos diagnosticados. (Vargas Machuca, 2015)

En respuesta a esta situación nacional a partir de 1990 se desarrollaron grandes esfuerzos para lograr el control de la tuberculosis, fomentando estrategias sanitarias nacionales y así poder lograr nuevas conductas y practicas saludables con la finalidad de mitigar los efectos socioeconómicos de la tuberculosis, considera como una epidemia, es así que la OMS impuso la Estrategia DOTS (tratamiento directamente observado) como parte fundamental para el control eficaz de la tuberculosis. Esta actividad catalogada como esencial ya se había ejecutado en países en desarrollo, más aun antes del lanzamiento a nivel mundial Perú ya había iniciado con esta estrategia a inicios de 1991; por lo que al desarrollar y expandir la detección de casos y aplicar el DOTS se pudo disminuir los altos índices de abandonos y

mantener las tasas del éxito al tratamiento en conjunto con la integración de actividades con los establecimientos de salud.

Así mismo la introducción de norma para los prestadores de salud en el manejo adecuada de las enfermedades respiratorias, atención integral de calidad, incorporación de agentes comunitarios, educadores pares, involucramiento del sector privado, la participación y organización de personas afectadas y la adaptación y ejecución del DOTS adaptado a los escenarios y las situaciones locales permitieron la reducción de las tasas de morbi – mortalidad, cortar la cadena de transmisión; teniendo como resultado la disminución gradual del impacto de la enfermedad, sin embargo es importante seguir fortaleciendo el sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación los cuales tienen como objetivo tener información pertinente y de calidad para la toma de decisiones y retroalimentación en todos los niveles atención. (Lancet, 2009)

Por otro lado con el objetivo de asegurar la calidad en los servicios la Región de las Américas la OPS/OMS desde 1980 ha realizado esfuerzos enfocados a aumentar la calidad y eficacia de la atención en salud y también a ampliar el adecuado uso de los recursos disponibles. La OPS realizó una ardua labor por desarrollar e implementar políticas que logren la calidad de atención de salud. En Sudamérica no se tuvo avances en este aspecto, aun así en México se desarrolló la política de “Trato digno tanto a los usuarios de los servicios de salud como a sus familiares” cuya finalidad fue lograr la optimización la calidad de atención. A finales de los años noventa nuestro país se implementó de manera tardía con la denominación de planificación sanitaria; que tuvo como visión-objetivo “Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad”, más tarde se genera un gran logro con la implementación de los Lineamientos de Política Sectorial 2002-2012 con la creación del principio “calidad de la atención como derecho ciudadano” (MINSa, 2006).

En la región La Libertad durante el 2018 se ha reportado un total 1033 casos de tuberculosis, en la red de servicios de la GERESA, 348 de EsSALUD y 225 en INPE; siendo un total de 1906 casos. En el distrito de Esperanza en el año 2018 según el sistema de información gerencial se reportaron 174 casos, de los cuales 161 fueron casos nuevos, 7 recaídas, 5 abandonos recuperados y 1 fracaso; a la fecha del total de casos 2018, 7 abandonaron tratamiento y se reportaron 20 pacientes con irregularidad o no adherencia al tratamiento; se

evidencia así el débil seguimiento a los pacientes y la atención inadecuada a sus necesidades por parte de personal de salud.

Entre los estudios de investigación relacionados con las variables de la presente investigación encontramos las siguientes:

Garnica Camacho y Paz Zavala (2014), Bolivia, en su estudio tuvo como finalidad evaluar la adherencia al Tratamiento de Tuberculosis en el Centro de Salud Temporal, fue de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal consto de 13 pacientes en tratamiento antituberculoso a los cuales se les aplicó un cuestionario que contienen diferentes dimensiones que involucran el cumplimiento del tratamiento, adaptación de prácticas saludables , automedicación, relación médico-paciente para poder lograr la calificación del cumplimiento al tratamiento. Como resultados se encontró que el 46% modifico su estilo de vida, 53% cumplen con el tratamiento, 61% no se auto medicaron y en el 61% se evidencio una adecuada relación médico-paciente. En conclusión, se determinó que 7 de cada 13 pacientes son adherentes al tratamiento.

Por su parte Rodriguez Alvis y Humberto Modragon (2013), Colombia; en su investigación se planteó como objetivo determinar la prevalencia del incumplimiento o no de adherencia al tratamiento farmacológico y la asociación de esta con los factores determinantes intrínsecos y extrínsecos de pacientes con tuberculosis del Centro de Salud “Manuela Beltrán”; el estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal integrado por 44 pacientes a los cuales se le aplico el test de Morisky-Green-Levine para medir la variable adherencia y para la variable asociación con los factores determinantes, se aplicó una encuesta dividida en los factores determinantes relacionados con la condición socioeconómica, prestadores de salud, tratamiento, enfermedad y con el paciente. Como resultados se determinó que el 81,8% de los pacientes incumplen con el tratamiento terapéutico y los únicos factores que demostraron una asociación estadísticamente significativa son los relacionados con el equipo de asistencia sanitaria. Se llegó a la conclusión que el incumplimiento del tratamiento farmacológico fue muy alto, y que la actitud, resolución de dudas y la información dada por el personal médico y del personal de farmacia durante la atención realizan un rol fundamental en el cumplimiento del tratamiento prescrito.

Así mismo en la investigación realizada por Araujo Ruiz y Arevalo Arevalo (2014), Iquitos, tuvieron como objetivo determinar la asociación entre factores biosociales y la adherencia al tratamiento por tuberculosis pulmonar, en el Centro de Salud Moronacocha y Centro de Salud Belén; con diseño correlacional no experimental, de corte transversal, estuvo integrado por 81 persona afectadas por tuberculosis que reciben tratamiento. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario sobre los factores biosociales y la tarjeta de control de asistencia al tratamiento. Los resultados hallados fueron con respecto a los factores biosociales el 43% son adulto joven, y el 56% adulto maduro, así mismo el 44.4% son de sexo femenino y el 55.6% son masculino; con respecto al grado de instrucción el 53.1% de las personas afectadas tiene grado de instrucción secundaria mientras que el 28.4% poseen grado de instrucción superior. Referente a la adherencia se observó que el 61.7% esta adherido al tratamiento farmacológico, el 71.6% cumplen con las indicaciones de seguimiento; se llegó a la conclusión que existe un grado de asociación bajo entre los factores biosociales: edad, lugar de procedencia, sexo y la adherencia al tratamiento.

Encontramos también a Neyra Sifuentes (2017) en su estudio realizado en Pisco tuvo como finalidad determinar la adherencia al tratamiento antituberculoso que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Centro de Salud San Juan De Dios; investigación de corte transversal, tipo cuantitativa - descriptiva cuya población estuvo conformada por 31 personas con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud San Juan de Dios; utilizó un cuestionario en escala de Likert. Los resultados hallados fueron que en la dimensión tratamiento farmacológico el 45% tiene una buena adherencia al tratamiento; 68% en la dimensión de seguimiento y 65% en equipo de salud, mientras que en la dimensión estilos de vida el 55% presento una adherencia regular; y concluye en que la Adherencia al tratamiento antituberculoso en Pacientes con tuberculosis pulmonar es con tendencia de regular a mala.

Al respecto Pajuelo Herrera (2013), se planteó como objetivo determinar la percepción del paciente con tuberculosis sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería en el Hospital de Barranca, su investigación fue descriptivo de corte transversal, la población consto de 41 personas con tuberculosis. El instrumento utilizado fue una escala modificada tipo Likert; como resultados se obtuvieron que el 63% posee una percepción de medi favorable, el 20% percepción favorable y el 17% desfavorable. En la dimensión

interpersonal 78% presenta una percepción medianamente favorable y el 22% desfavorable; en la dimensión técnica el 66% tiene una percepción favorable media, 22% es favorable y 12% desfavorable; en la dimensión de entorno el 80% tiene percepción favorable media, 15% favorable y 5% desfavorable. Se llegó a la conclusión que la mayor parte de los pacientes tiene una percepción medianamente favorable sobre la calidad de atención.

Además Puelles García (2016), Perú, realizaron su investigación cuyo objetivo fue determinar la percepción del paciente con tuberculosis sobre la calidad de atención que brinda el profesional de Enfermería de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis de los Centros de Salud de la Micro Red I Lima; fue de tipo descriptivo, de corte transversal tuvo como población 317 pacientes con tuberculosis y muestra 173 quienes respondieron un cuestionario tipo Likert. En sus resultados se muestra que el 51% de los afectados poseen una percepción medianamente favorable, el 29% una percepción favorable y el 20% una percepción desfavorable, así mismo en su conclusión indica que la mayoría de pacientes presentaron una percepción medianamente favorable sobre la calidad de atención.

Se encuentra también a Cahuana Hilari y Carlos Meza (2018), quienes tuvieron como finalidad identificar la percepción del paciente con tuberculosis sobre la calidad de atención que brinda el profesional de Enfermería en la dimensión interpersonal, en la dimensión técnica y en la dimensión entorno en la Microred Zamácola de Arequipa; su investigación fue descriptiva y de corte transversal, integrado por 42 pacientes con tuberculosis quienes respondieron un cuestionario escala de Likert. Los hallazgos encontrados fueron que el 35.2% son adultos jóvenes, el 59.5% son de sexo masculino, el 50% poseen grado de instrucción secundaria completa. La conclusión fue que la percepción del paciente con tuberculosis sobre la calidad de atención que brinda el profesional de Enfermería en la Microred Zamácola de Arequipa, es favorable.

Así mismo; Cusi Tomairo y Seras Palomino (2018) Perú, en su objetivo de establecer la relación entre Calidad de atención y nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar - Hospital Regional de Ayacucho realizaron un estudio descriptivo correlacional, la población estuvo conformada por el universo muestra quienes fueron 33 pacientes con Tuberculosis Pulmonar que asisten al establecimiento de salud; se empleó



como instrumento el cuestionario. El 75,8% de pacientes consideran regular la calidad de atención y poseen un nivel medio de adherencia al tratamiento, el 66,7% considera regular la dimensión interpersonal y tienen un nivel medio de adherencia al tratamiento, el 60,6% encuentra como regular la calidad de atención en su dimensión técnica y a su vez presentaron un nivel de adherencia medio; por último el 15,2% califican como alto la calidad de atención en su dimensión técnica y poseen un nivel de adherencia medio. La conclusión a la que se llegó fue que existe una relación directa fuerte entre calidad de atención y adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar.

Encontramos también a Quispe Pauyac (2016), Perú, la finalidad de su estudio fue determinar la percepción sobre calidad de atención de la enfermera y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis en el hospital “Rene toche Groppo Essalud”, el método de estudio fue descriptivo de corte transversal; fue realizada en 25 pacientes con tuberculosis que asisten al establecimiento, el instrumento utilizado fue la escala de Lickert. Dentro de los resultados obtenidos se encuentra que el 76% poseen percepción medianamente favorable, 4% desfavorable, el 20% presenta una percepción favorable; respecto a la adherencia se obtuvo que el 68% presentan una adherencia adecuada al cumplimiento del tratamiento y el 32% presento adherencia inadecuada. En cuanto a la conclusión se halló que en relación a la percepción sobre calidad de atención de la enfermera y la adherencia al tratamiento, los pacientes presentaron una percepción sobre calidad medianamente favorable y la adherencia al tratamiento es adecuada.

Por otro lado es preciso mencionar al respecto a la tuberculosis que es una patología bacteriana e infectocontagiosa, considerada como un problema de salud pública en todo el mundo, es producida por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* cuya transmisión es de una persona infectada a una persona susceptible en las partículas llevadas por el aire al estornudar, toser o hablar, por lo general afecte a los pulmones, aunque también puede verse afectados otros órganos del cuerpo humano. Otro aspecto de la tuberculosis es la existencia de cepas sensible y resistente, la tuberculosis sensible es la más común y por lo general el tratamiento dura seis meses mientras que la tuberculosis resistente es causada por micobacterias que han generado resistencia a por lo menos un medicamento de primera línea entre las que se encuentran la tuberculosis multirresistente (MDR) y la tuberculosis extremadamente resistente XDR cuyo tratamiento alcanza un tiempo mínimo de veinticuatro

meses; es así que tratar y curar la tuberculosis resistentes en sus diferentes formas es más complicado y es mayor el riesgo de morir a causa de un manejo inadecuado. (Centro para el control y prevención de enfermedades, 2016). Ante este daño es la finalidad de esta investigación evaluar la calidad de atención y la adherencia al tratamiento.

Es así que la calidad esta definida como el total de funciones, características (eficencia de un bien o servicio) o comportamientos de un servicio prestado o un bien producido, los cuales logran satisfacer las necesidades de las personas. Es más bien un concepto propio de cada ser humano (netamente subjetivo) dado que cada persona tiene su única impresión o su propia percepción de cuánto vale un producto o servicio que se brinda, así mismo calidad se refiere a cumplir y/o rebalsar las expectativas de forma proporcionada, es comparar una situación existente frente a una expectativa, referencia o contexto, continuando evaluaciones sistemáticas exigiendo un punto básico de referencia y un indicador para evaluar si se logró alcanzar.( Gilmore, 2010).

Asi también La Organización Mundial de Salud (OMS) nos indica que la calidad de la atención de salud es alcanzar que la persona que acceda a las prestaciones que brinde los servicios de salud para tratamiento o diagnóstico de forma tal que el usuario adquiera una atención integral y completa tomando en cuenta la información previa que el paciente posee sobre su estado de salud adicional a la atención que recibe, para lograr resultados adecuados minimizando errores y alcanzar la satisfacción del usuario. Por parte de la Doctora Palmer, conceptualiza a la calidad como la capacidad de brindar servicios de salud los cuales deben ser alcanzables y de igual magnitud manteniendo un nivel de profesionalismo de manera que esto permita alcanzar satisfacer la necesidad del usuario. (OMS, 2016).

Encontramos también que la atención en salud con los mínimos riesgos posibles y el logro de los máximos beneficio para el usuario se define como buena calidad. Dichos beneficios están contemplados en relación de lo alcanzable y van de la mano con los recursos disponibles para brindar la atención, y con los valores sociales vigentes. Es así que por definición la calidad implica evaluar el impacto de la atención que se brinda en función a la mejora de la salud y a los resultados esperados. Ruelas y Querol (1994).

Por otro lado Vuori. H estudia la calidad enfocada en la parte sanitaria y afirma que la calidad cuenta con categorías las cuales son: a) la calidad lógica que se encuentra centrada en los procesos de toma de decisiones, b) la calidad óptima que abarca a todos los procesos inmersos que tienen como finalidad mejorar los resultados de los servicios; por otro lado Deming habla del constante proceso de mejora, nos dice que según el contexto el límite de la calidad está condicionado por los conocimientos disponibles, siendo estos la principal barrera para lograr el cambio en la calidad, el más importante aporte de este autor es que identifica diversas categorías de los usuarios de los servicios de salud.

Según H. Palmer la calidad es el abastecimiento de servicio de manera accesible y equitativo, con optimas competencias profesionales, que considera los recursos existentes y lograr la adherencia y satisfacción del paciente , involucra cuatro componentes, efectividad que es la capacidad de alcanzar metas trazadas de un procedimiento o tratamiento definido, eficiencia como la alta prestación de unidades medibles de cuidados por unidad de recursos utilizada , accesibilidad es la factibilidad para poder lograr la atención a pesar de presentarse dificultades económicas, socioculturales, organizativas, y aceptabilidad como grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención. (Palmer.H, 1983).

Al respecto Donabedian hace referencia que para lograr que la calidad de atención en salud sea evaluada es indispensable tener en cuenta en primer lugar de los logros por alcanzar y los medios para alcanzar dichos logros, así pues formula tres enfoques para la evaluación de la calidad: estructura, proceso y resultado. Esta propuesta se refiere no como características sino más bien como enfoques para la recopilación de información en relación a que si las características que ayudan a determinar la calidad se encuentran presentes o ausentes.

La dimensión de estructura lo integran todos los atributos de los lugares donde se brinda la atención, en este sentido lo más lógico es que se brinde una atención de calidad cuando los ambientes. Esta perspectiva significa que si se cuenta con medios adecuados y el servicio que se brinda se realiza con estos, la calidad debe de ser buena, esta dimensión toma en cuenta los elementos tangibles (equipos, ambientes, etc), la disponibilidad y la capacidad técnica de los recursos humanos. Es así que la evaluación de la estructura no se refiere a como vienen funcionando un servicio, sino como debería funcionar si se contara con todos los recursos necesarios. (Donabedian, 1994)

Así también Donabedian hace mención de tres componentes de la calidad asistencial: el componente técnico, donde se aplica la ciencia y la tecnología para una atención adecuada y que permita el máximo beneficio, es por ello que es fundamental tener abastecidos los servicios de recursos disponibles para así brindar una atención de buena calidad, también es importante contar con una organización adecuada para así desarrollar procesos de diagnósticos, terapéuticos contribuyendo a garantizar una buena atención de calidad.. Así mismo el componente interpersonal, es la relación de dos persona en la cual es la buena comunicación la característica principal que los prestadores de salud deben para otorgar una atención de calidad, y por último el componente confort se refiere a los componentes del ambiente donde el usuario acude para su atención, si se brinda comodidad esto permitirá un mejor bienestar del paciente y facilitara su proceso de recuperación (Donabedian, 2005).

Por otro lado Parasuraman, Zeithaml y Berry realizaron numerosas investigaciones cualitativas y cuantitativas las cuales dieron inicio a la escala SERVQUAL. Este instrumento se encarga de medir la calidad de los servicios prestadores de salud a través de las distintas formas de percepción y expectativas de los usuarios. Si la valoración de las percepciones es igual o mayor al de las expectativas, se califica de buena calidad, en tanto si el valor es inferior se considera como deficiente calidad al servicio prestado. La calidad percibida está definida como una variable de diferentes dimensiones con características similares a los juicios referente a los diferentes tipos de servicio. Formularon como dimensiones subyacentes que conforman el constructo calidad de servicio cuyos componentes están integrados por elementos tangibles (estados de las instalaciones de los ambientes, equipamiento utilizado, prestadores de servicios materiales de comunicación), la fiabilidad (Habilidad de brindar un servicio de manera puntual), la capacidad de absolución, la seguridad y la empatía. (Veliz Rojas, M. y Villanueva Aparco, R. ,2013).

Además Londoño señala que es fundamental identificar las características que definen una adecuada atención en salud para evaluar la calidad, distintos autores abocados en el tema han detallado las cualidades tales como, oportunidad que responde a la satisfacción de las necesidades de salud en la situación en que se necesita, continuidad que implica la ejecución de actividades que se relacionan a cada etapa del proceso de la atención, suficiencia e integridad, racionalidad, lógico-científica comprende la aplicación del conocimiento médico

y los avances tecnológicos disponibles para atender la problemática de la salud, satisfacción del usuario y del prestador del servicio, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad que engloba la conformidad de la atención total con los deseos y expectativas de los usuarios y sus acompañantes, legitimidad que es la aceptación de los principios éticos, valores, normas, regulaciones y leyes que rigen la comunidad y la equidad como la conformidad con los principios que norman la adecuada repartición los cuidados en el proceso de salud – enfermedad y sus beneficios en toda la población (Londoño, 2008).

Así también algunos autores mencionan que la responsabilidad de la Calidad de la Atención en los Servicios de Salud recae en los diversos grupos profesionales que prestan algún tipo de atención en todos los servicios de salud, sin embargo el quehacer que desempeña el equipo de enfermería tiene una importancia primordial, puesto que es la enfermera quien tiene contacto directo y continuo por más tiempo con el usuario, por lo que para obtener la satisfacción del usuario es importante una atención integral de adecuada calidad; tomando en cuenta que las personas son sensibles al como son tratadas y casi siempre se basan específicamente en este trato al calificar la calidad de la atención en su totalidad, incluyendo el componente técnico, por otro lado señala a la atención oportuna el ofrecer atención al usuario al instante que el lo pida y acorde a su tratamiento indicado, esto va a la par con el buen trato que consiste en entablar una relación cordial con los usuarios. (Tigani D, 2010)

Así pues según la Secretaria de salud (2002), define a la atención de calidad de enfermería como la atención pertinente, individualizada, integral, humanizada, perenne y eficiente que proporciona la enfermera enmarcada en patrones estandarizados para un desenvolvimiento profesional con competencias y responsable con el fin de alcanzar la satisfacción del usuario. El colegio de enfermeros del Perú conceptualiza a la calidad de enfermería como un trabajo endógeno, es una actividad en la cual se cuenta con la participación de todo el personal multidisciplinario haciendo importante la contribución de cada integrante para lograr los objetivos propuestos, la finalidad es llegar a una cultura de calidad de la atención aplicando mecanismos auto reguladores que proporcionen auto superación y la satisfacción por un trabajo hecho adecuadamente.

Por otro lado tenemos a la adherencia al tratamiento que la OMS la conceptualiza como la magnitud en la que el usuario sigue con las indicaciones médicas; esta definición incluye

que el usuario cumpla el régimen terapéutico y la persistencia estricta durante el tiempo que dure el tratamiento indicado por el proveedor de salud. Esto se debe de entender como la aceptación del usuario, la responsabilidad para cumplir con el tratamiento en las condiciones indicadas. La administración de fármacos antituberculosos, según la norma técnica vigente aprobada por el MINSA, debe de ser observado en la totalidad de los casos por el personal de enfermería, la administración del tratamiento deberá ser administrado de lunes a sábados y de manera ambulatoria. (OMS, 2015).

Así mismo Haynes también indica que la adherencia como la conducta que posee el usuario ante la ingesta de fármacos, el cumplimiento de una régimen dietético indicado o el cambio de estilos de vida, y que estas coincidan con lo prescrito por el personal de salud. Tenemos también a Gil y colaboradores quienes indican que a la adherencia como “el nivel de similitudes entre las indicaciones médico-sanitarias, no solo se limita las indicaciones farmacológicas, sino que engloba por ejemplo al cumplimiento de citas, participación de sesiones educativas, búsqueda de cuidados y adaptación a estilos de vida saludables”.

Cohen, SM 2012 señala también se suma a esta línea, pero añade un cierto matiz en torno a la relación entre profesional y usuario. Nos dice que la adherencia es “la persistencia en la práctica y el mantenimiento de las conductas de salud esperados, como consecuencia de la participación activa y los acuerdos; con énfasis en el mantenimiento de una relación concordante y la toma de decisiones compartidas entre el paciente y los profesionales de salud”. Todas estas definiciones tienen algo en común, que reconocen que la adherencia implica algo más que la toma de medicamentos según la prescripción médica. Se trata de un fenómeno complicado que está establecido por múltiples factores de diversa naturaleza. (Cohen, 2012).

Así pues el número de factores abarca una gran variedad de dimensiones, y se debe atender a todas ellas. Los factores socioculturales y la red de apoyo de la persona, así como los conocimientos y las creencias del usuario sobre la enfermedad, pueden cambiar en el transcurso de la misma. El modelo de sistema sanitario y su organización también son un factor influyente, puesto que las aptitudes del personal o la disponibilidad de centros de atención, puede marcar la diferencia en su evolución. Otro punto importante es la aparición de síntomas, ya que las personas asintomáticas no disponen de claves internas para la

adhesión a un tratamiento. Con relación al cumplimiento terapéutico entre los atributos que tienen una mayor influencia tenemos la complejidad, la dosificación y las reacciones adversas.

Por otro lado la conducta de la adherencia terapéutica es un factor fundamental para lograr la efectividad del tratamiento, su incumplimiento puede suponer un grave problema, debido a las consecuencias negativas como incremento de la morbi-mortalidad; aumento del número de errores en el diagnóstico y tratamiento; aumento del gasto e insatisfacción y problemas en la relación entre usuarios y personal sanitario. Solventar este problema implica que los profesionales de la salud deben adoptar estrategias dirigidas a prevenir o disminuir la falta de adherencia. Los usuarios deben estar correctamente informados, y sentirse satisfechos con la atención sanitaria recibida. A su vez los sanitarios deben estar correctamente adiestrados para crear relaciones empáticas de confianza y respeto con el usuario. (OMS, 2014)

Así también El manejo de la tuberculosis requiere un buen seguimiento del paciente, en el que es fundamental el papel que desempeñan los profesionales de Enfermería acompañando al usuario, en este sentido el lenguaje enfermero no solo nos facilita la actuación ante el problema de salud, sino que también nos ayuda como instrumento de medida propio, complementando a los test subjetivos mencionados anteriormente. De esta forma resultados como “conducta de cumplimiento” y sus indicadores, nos permiten medir en consulta de manera rutinaria el grado de adherencia terapéutica del usuario.

Al respecto existen factores atribuidas a la persona que afectan a la adherencia como la enfermedad, el tratamiento o el personal de salud que brinda la atención en los servicios de la salud; es así que las características poblacionales, el nivel de educación, nivel socioeconómico y cultural, factores psicológicos. Así mismo la condición personas en situación de abandono, marginados y drogodependientes es muy compleja; existen investigaciones transversales realizadas en adictos, solo en el 14-17% siguen el tratamiento. Es así que la tuberculosis en zonas marginales se ha encontrado que solo el 20% culminan el tratamiento; la afección por el micobacterium tuberculosis presenta un mal pronóstico y deterioro del estado general progresivo en ausencia de tratamiento, pudiendo esto influir en aceptar la medicación en un principio, sin embargo es conocido que muchas personas

afectadas con tuberculosis dejan el tratamiento inmediatamente los síntomas empiezan a desaparecer ocurriendo esto entre 10 a 20 días de iniciada el uso de fármacos antituberculosos. (Pulido, 1997)

Por otra parte se encuentran distintos modelos que describen a la adherencia terapéutica, entre ellos sobresalen los modelos cognitivos conductuales como la idiosincrasia en salud y el de la teoría de la acción razonada. En los modelos cognitivos se centra en la motivación de los usuarios y la información previa que poseen, sienten la posibilidad de enfermarse y la califican como un problema de gran magnitud, se dan cuenta de la eficiencia de las intervenciones para recuperar su salud y de los cambios que deben de realizar para encontrar el bienestar. En los modelos conductuales lo principal son los determinantes de la conducta, es por ello que se da importancia a los factores que permiten precisar como la actitud de las personas generan acciones para modificarla, entre ellos tenemos las creencias en concordancia con los efectos posibles, la valoración realizada de esos resultados y también las que hacen otras personas. (OMS,2014)

Otros modelos encontrados en el informe de la OMS son el de la autorregulación, que indica como idea principal el concepto que tiene la persona acerca de los riesgos que existen para mantener su salud y no enfermar. Toma en cuenta las ideas que las personas poseen acerca de las patologías que tiene y esto lo que guía en su toma de decisiones y su comportamiento acerca de su tratamiento. Es así que la adherencia debe considerar representaciones de la enfermedad y su tratamiento adecuado y “la creencia de que la propia persona puede organizar su entorno y conducta, aptitudes dirigidas para enfrentar y creer que el tema necesita atención y por lo tanto cambios de conducta, por lo tanto esto va a generar una adherencia más probable por lo que se necesita asegurar que el usuario cuente con todas estos instrumentos de comportamiento. ( OMS, 2014).

Ante todo lo mencionado se formula el problema ¿Cuál es la relación entre la percepción de la calidad de atención, según estructura y la adherencia al tratamiento de la persona afectada por tuberculosis atendidos en la Micro Red La Esperanza, setiembre - noviembre 2019?

Esta investigación se justifica dado que este daño es una patología infecciosa que más afectado a la sociedad, siendo aún hoy en día una de las principales causas de morbilidad y



mortalidad en nuestra sociedad. En el transcurso de los últimos años se ha visto incrementado las cepas resistentes, esto producto de las recaídas, abandono y la irregularidad que se refiere a la falta de adherencia al tratamiento que poseen las personas.

Entre las principales limitantes en el control y prevención de la tuberculosis es lograr que la persona afectada cumpla adecuadamente el esquema de tratamiento indicado, es decir que no presente irregularidad y que acceda al protocolo establecido según la norma técnica aprobada por el MINSA.

En la experiencia diaria siendo coordinadora de la estrategia de prevención y control de tuberculosis en la Micro red La Esperanza pude identificar la irregularidad al tratamiento en las personas afectadas sobre todo en los drogoresistentes, llegando muchas veces a abandonar el tratamiento por diversas razones.

Mediante la presente investigación se podrá identificar si la calidad de atención que se brinda en el servicio a las personas afectadas con este daño influye en su adherencia al tratamiento y así pues presentar propuestas de mejora para la calidad de atención y en base a ello, protocolizar técnicas de evaluación de calidad de atención, así mismo este estudio puede contribuir a la implementación de estrategias para brindar una buena calidad de atención a las personas afectadas por tuberculosis disminuyendo así la irregularidad y el abandono al tratamiento; a largo plazo se podrá lograr cortar la cadena de transmisión y disminuir la morbi mortalidad de la tuberculosis.

Por otro lado la guía de revisión documentaria de la tarjeta de tratamiento que se ha creado en esta investigación será de gran aporte pues podría convertirse en una herramienta útil al realizar los monitores en el nivel operativo. Así mismo permite verificar la actividad del profesional de enfermería en donde se percibirá su función activa para garantizar que toda persona afectada por tuberculosis tome el tratamiento indicado cumpliendo horarios y dosis de medicamentos apropiados por el tiempo indicado.

Es así que se plantea hipótesis general: la calidad de atención según estructura está relacionada con la adherencia al tratamiento de personas afectadas por tuberculosis, desprendiéndose las hipótesis específicas: el componente técnico según dimensión estructura de la calidad de atención se relaciona con la adherencia al tratamiento de

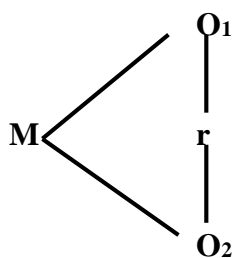
personas afectada de tuberculosis, el componente interpersonal según dimensión estructura de la calidad de atención se relaciona con la adherencia al tratamiento de personas afectada de tuberculosis y el componente confort según dimensión estructura de la calidad de atención se relaciona con la adherencia al tratamiento personas afectada de tuberculosis.

Así mismo; se establece como objetivo general determinar la relación entre la percepción de la calidad de atención según estructura y la adherencia al tratamiento de la persona afectada de tuberculosis atendidos en la Micro Red La Esperanza, setiembre - noviembre 2019 y como objetivos específicos identificar la percepción de la calidad de atención según estructura de las personas afectadas por tuberculosis atendidos en la Micro Red La Esperanza, identificar la adherencia al tratamiento de la persona afectada por tuberculosis atendidos en la Micro Red La Esperanza, establecer la relación entre el componente Técnico según dimensión estructura de la calidad de atención con la adherencia al tratamiento de personas afectada por tuberculosis; establecer la relación entre el componente interpersonal según dimensión estructura de la calidad de atención con la adherencia al tratamiento de personas afectada por tuberculosis; componente Confort según dimensión estructura de la calidad de atención con la adherencia al tratamiento de personas afectada de tuberculosis.

## II. MÉTODO

### 2.1 Tipo y Diseño de Investigación

Se realizó un estudio no experimental, descriptiva – correlacional simple de corte transversal en la cual se evaluó y determino la dependencia o asociación que existe entre las dos variables de la presente investigación (Fernández y Baptista, 2010) y se esquematiza de la siguiente manera:



Dónde:

M : Personas afectadas con Tuberculosis que forman parte del estudio

O<sub>1</sub> : observación de la percepción de la calidad de atención.

O<sub>2</sub> : observación de la Adherencia al tratamiento.

r : Relación de las variables de estudio.

## 2.2 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
CALIDAD DE LA ATENCIÓN SEGÚN ESTRUCTURA	Calidad de atención es lograr los máximos beneficios, minimizando los riesgos posibles para el usuario, considerando los recursos disponibles (Donabedian, 2005)	<p>La calidad de atención según Donabedian se divide en Estructura, proceso y resultado y para esta investigación se tomará solo a la Estructura con sus componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica</li> <li>- Interpersonal</li> <li>- Confort</li> </ul> <p>Se recogerá la información mediante una encuesta estructurada que consta de 28 ITEMS. Elaborado por Pajuelo Herrera y adecuada por Cusi Toraimo.</p>	TÉCNICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo</li> <li>• Información recibida</li> <li>• Fiabilidad</li> </ul>	Ordinal:  Bueno (58-84) Regular (29-57) Malo (0-28)
			INTERPERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeto</li> <li>• Información</li> <li>• Interés</li> <li>• Amabilidad</li> <li>• Confianza</li> </ul>	
			CONFORT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comodidad</li> <li>• Ambientación</li> <li>• Limpieza</li> <li>• Orden</li> <li>• privacidad</li> </ul>	
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	magnitud en la que el usuario sigue con las indicaciones médicas; esta definición incluye que el usuario cumpla el régimen terapéutico y la persistencia estricta durante el tiempo que dure el tratamiento indicado por el proveedor de salud (OMS, 2015)	Revisión documentaria. ( tarjeta de tratamiento)	Adherencia al tratamiento	ADHERENTE NO ADHERENTE	NOMINAL

## 2.3 Población, muestra y muestreo

### 2.3.1 Población:

Es el grupo de personas, elementos o objetos que gozan de atributos similares en un determinado momento y lugar; con el fin de estudiarlos.

La población de este estudio lo conformaron 86 personas afectada con tuberculosis que recibieron tratamiento en la Micro Red La Esperanza, 2019 (Fuente: Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis).

### 2.3.2 Muestra:

La muestra es un subconjunto que representa puntualmente a la población.

La determinación de muestra se estableció con los procedimientos de población finita. Se estableció la selección de la muestra a través del uso del muestreo probalístico aleatorio.

Para determinar la muestra de personas que forman parte de esta investigación, se utilizó la siguiente formula y valores:

$$n = \frac{NZ^2 * p(1-p)}{(N-1)E^2 + Z^2 * p(1-p)}$$

E = Error esperado: 0.05

p = proporción de personas adherentes al tratamiento 90% .

q = proporción de personas no adherente al tratamiento 10%

Z = 1.96 nivel de confiabilidad del 95%

N = Población: 86

$$n = \frac{86 * 1.96^2 * 0.90 * 0.10}{85 * 0.05^2 + 1.96^2 * 0.90 * 0.10}$$

**n= 70** personas afectas

### 2.3.3 criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Personas afectadas con tuberculosis mayores de 15 años.

- Personas afectadas con tuberculosis de ambos sexos.
- Personas afectadas con tuberculosis con tiempo de tratamiento mayor o igual de un mes.

Criterios de exclusión:

- Personas afectadas con tuberculosis menores de 15 años.
- Personas afectadas con tiempo de tratamiento menor de un mes.

## **2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

### 2.4.1 Técnica:

Las técnicas de investigación consisten en procesos e instrumentos requeridos para lograr alcanzar información y conocimiento. Se deben utilizar según protocolos constituidos y para cada metodología establecida.

#### **Encuesta:**

Implica en realizar preguntas a la población de estudio, de preferencia se debe de hacer en un ambiente privado para poder obtener una información más veraz de lo que los sujetos piensan o sienten, para después ser procesada mediante métodos para obtener resultados veraces.

En el presente estudio se aplicó una encuesta persona a persona para medir la variable calidad de atención.

#### **Revisión documentaria:**

Son las que recolectan información a través de fuentes previas como estudios, libros, historias clínicas, y utilizan instrumentos definidos según dichas fuentes; en esta investigación se utilizó para medir la variable adherencia al tratamiento.

### 2.4.2: Instrumento:

#### **Cuestionario:**

Para medir la variable calidad de atención se aplicó un cuestionario que consta de 28 items elaborado por Pajuelo Herrera y adecuada por Cusi Toraimo, una escala tipo Likert, dicho instrumento consta de tres dimensiones: interpersonal, técnica y entorno. La dimensión interpersonal consta de 8 items, la dimensión técnica de 15 items y la dimensión entorno de 5 items; así mismo las alternativas fueron nunca, rara veces y siempre, que se recategorizan como buena regular y mala.

### Guía de revisión documentaria:

Para medir la variable de adherencia al tratamiento se utilizó una guía en la cual se vaciaron datos específicos de la tarjeta de tratamiento sobre la administración del tratamiento, dosis efectivas, inasistencias, control de peso, control bacteriológico y el seguimiento clínico.

Nombre	Calidad de atención al usuario con tuberculosis
Autor	Veronica Lorena Pajuelo Herrera, adecuación Jeanet Cusi Tomairo y Elizabeth Seras Palomino
Año	2018
Bases teóricas	El cuestionario se basó en la teoría desarrollada por Adevis Donaberian, quien contempla tres dimensiones: Técnica, interpersonal y entorno.
Versión	SPS 22.
Sujetos de aplicación	Personas afectada por tuberculosis en tratamiento
Tipo de administración	Se aplicó de manera individual, es decir paciente por paciente desarrollo el cuestionario de forma privada
Duración	El tiempo en resolver el cuestionario se estima aproximadamente en 20 minutos.
Normas de puntuación	Escala de Likert cuya valoración es: nunca, rara vez y siempre.
Campo de aplicación	Hospital de Ayacucho
Validez	El cuestionario fue sometido a opinión de los jueces de expertos, además de aplicar la formula “r de Pearson. Validez > 0.20
Confiabilidad	Alfa de Cronbach de 0.87
Categorización de la medición general y rangos	Mala 28 a 47 Regular 48 a 66 Buena 67 a 84

### **2.4.3 validez y confiabilidad.**

En lo que respecta a la confiabilidad de un instrumento este se da cuando se aplica en varias oportunidades a la misma población de estudio, por lo tanto se debería de obtener resultados iguales o similares dentro de un margen razonable lo que significa que no se perciban distorsiones, que puedan atribuirse a imperfecciones que sean del instrumento mismo. Hernández (1991).

**Variable percepción de la calidad de atención:** se utilizó el instrumento que a continuación se detalla en la ficha técnica:

**Variable adherencia al tratamiento:** La guía de revisión documentaria fue sometida al juicio de cinco expertos y a la medición de la escala de AIKE cuyo resultado fue de 3.00. (anexo 4)

## **2.5 Procedimiento**

Se tramitó el permiso por medio de una solicitud dirigida al Sub Gerente de la Micro Red La Esperanza, posteriormente se coordinó con cada responsable de la Estrategia de Prevención y Control de Tuberculosis de los establecimientos de salud para solicitar la firma del consentimiento informado a las personas afectada que reciben tratamiento.

Luego de obtener los permisos pertinentes la encuesta se ejecutó de lunes a viernes de 7 a.m a 12: 00 p.m, para su aplicación se consideró de 20 a 30 minutos por persona, posterior a ello se consolidaron los datos en una base Excel los cuales fueron exportados al sistema SPS 22 para ser procesados y analizados.

## **2.6 Métodos de análisis de datos**

En base a los objetivos específicos del tipo descriptivo y correlación, así como la hipótesis de investigación se utilizara métodos estadísticos descriptivos.

### **Estadística descriptiva**

Se hará uso de tablas de frecuencias y figuras para representar de manera resumida información sobre la calidad y adherencia.



## **Estadística inferencial**

Se usó tablas bidimensionales para representar la información de las variables o dimensiones. Así mismo el método estadístico utilizado en la relación de variables corresponde a la prueba chi cuadrado con nivel de significancia del 0.05.

### **2.7 Aspectos éticos.**

En este estudio se respetó la Ley N° 30287 “Ley de Prevención y Control de Tuberculosis en el Perú”, la cual en el artículo 6 menciona que la persona afectada por tuberculosis tiene, mientras dure su tratamiento el derecho de aceptar o rechazar y elegir su participación en investigaciones que comprometan su cuidado, es por ello que antes de la aplicación del instrumento se solicitó que firmen un consentimiento informado. Además de ello se dio cumplimiento con la normatividad y principios éticos contemplados por Belmont los cuales son:

El consentimiento informado que es el respeto a las personas, el cual se da a los sujetos, en la medida de sus capacidades, la oportunidad de escoger lo que les pueda ocurrir o no. En el estudio se brindó a las personas afectadas por tuberculosis la opción de participar o no en la aplicación de la encuesta.

La Beneficencia la cual considera a las personas de manera ética, respeta sus decisiones y protege del daño, además se encarga de asegurar su bienestar, es por ello que se trataron de disminuir los riesgos brindándoles privacidad a las personas que participaron en este estudio.

### III. RESULTADOS

#### 3.1 Descripción de resultados

**Tabla 1**

*Percepción de la calidad de atención según dimensión estructura de las personas afectadas con tuberculosis. Micro Red La Esperanza, 2019*

CALIDAD DE ATENCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	63	90%
REGULAR	6	8,6%
MALA	1	1,4%
TOTAL	70	100%

En la tabla 1, se observa que el 90% de las personas afectadas por tuberculosis de la Microred La Esperanza tienen una percepción buena de la calidad de atención; un 8,6% presentan una percepción regular y un 1,4% tienen una mala percepción de la calidad.

**Tabla 2**

*Adherencia al tratamiento de las personas afectadas por tuberculosis. Micro Red La Esperanza, 2019*

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADHERENTE	60	85,7%
NO ADHERENTE	10	14,3%
TOTAL	70	100%

En la tabla 2, se observa que el 85,7% de las personas afectadas por tuberculosis de la Microred La Esperanza son adherentes al tratamiento y el 14,3% son no adherentes.

### 3.2 Análisis asociado a la hipótesis

**Hipótesis general:** La percepción calidad de atención según estructura está relacionada con la adherencia al tratamiento de personas afectadas por tuberculosis atendidas en la Micro Red La Esperanza, 2019

**Hipótesis específicas:** Existe relación significativa entre el componente técnico según dimensión estructura de la calidad de atención y la adherencia al tratamiento de personas afectada de tuberculosis; existe relación significativa entre el componente interpersonal según dimensión estructura de la calidad de atención y la adherencia al tratamiento de personas afectada de tuberculosis y existe relación significativa entre el componente confort según dimensión estructura de la calidad de atención y la adherencia al tratamiento persona afectada de tuberculosis.

**Tabla 3**

*Percepción de la calidad de atención según estructura relacionado con la adherencia al tratamiento de las personas afectadas por tuberculosis. Micro Red La Esperanza, 2019*

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	CALIDAD DE ATENCIÓN SEGÚN ESTRUCTURA						TOTAL	
	BUENA		REGULAR		MALA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
ADHERENTE	60	85,7	0	0	0	0	60	85,7
NO ADHERENTE	3	4,3	6	8,6	1	1,4	10	14,3
<b>TOTAL</b>	63	90	6	8,6	1	1,4	70	100

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	G1	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46,667 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	33,294	2	,000
N de casos válidos	70		

En la tabla 3 se puede observar que del 85.7% de entrevistados con adherencia el mismo porcentaje calificaron calidad buena. Así mismo del 14,3% que calificaron no adherencia; 4.3% tienen calidad buena y 8.6% calidad regular. Los valores estadísticos  $X^2 = 46.667$ , significancia de  $0.000 < 0.05$  evidencian que existe relación significativa entre calidad de atención según estructura y la adherencia al tratamiento.

**Tabla 4**

*Componente técnico según dimensión estructura de la calidad de atención relacionada con la adherencia al tratamiento de personas afectadas con tuberculosis. Micro Red La Esperanza, Trujillo 2019*

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	COMPONENTE TECNICO SEGÚN ESTRUCTURA DE LA CALIDAD				TOTAL	
	BUENA		REGULAR		N°	%
	N°	%	N°	%		
ADHERENTE	58	<b>82,9</b>	2	<b>2,8</b>	60	<b>85,7</b>
NO ADHERENTE	3	<b>4,3</b>	7	<b>10</b>	10	<b>14,3</b>
<b>TOTAL</b>	61	<b>87,2</b>	9	<b>12,8</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46,667 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	39,213	1	,000		
Razón de verosimilitud	33,294	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
N de casos válidos	70				

En la tabla 4 se puede observar que del 85.7% de entrevistados con adherencia, el 82,9% calificaron el componente técnico como bueno. Así mismo del 14,3% que calificaron como no adherente; el 4.3% califican bueno el componente técnico y 10% como regular. Los valores estadísticos de Fisher  $X^2 = 46.667$ , significancia de  $0.000 < 0.05$  evidencian que existe relación significativa entre el componente técnico según dimensión de la calidad de atención y adherencia al tratamiento.

**Tabla 5**

*Componente interpersonal según dimensión estructura de la calidad de atención relacionada con adherencia al tratamiento de personas afectadas con tuberculosis. Micro Red La Esperanza, Trujillo 2019.*

COMPONENTE INTEPERSONAL SEGÚN ESTRUCTURA DE LA CALIDAD						TOTAL	
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	BUENA		REGULAR		N°	%	
	N°	%	N°	%			
ADHERENTE	60	85,7	0	0	60	85,7	
NO ADHERENTE	3	4,3	7	10	10	14,3	
<b>TOTAL</b>	63	90	7	10	70	100	

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46,667 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	39,213	1	,000		
Razón de verosimilitud	33,294	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
N de casos válidos	70				

En la tabla 5 se puede observar que del 85.7% de entrevistados con adherencia el mismo porcentaje calificaron el componente interpersonal bueno. Así mismo del 14,3% que calificaron como no adherente; el 4.3% califican bueno el componente interpersonal y 10% como regular. Los valores estadísticos de Fisher  $X^2 = 46.667$ , significancia de  $0.000 < 0.05$  evidencian que existe relación significativa entre el componente interpersonal según dimensión estructura de la calidad de atención y la adherencia al tratamiento.

**Tabla 6**

*Componente confort según dimensión estructura de la calidad de atención relacionada con la adherencia al tratamiento de personas afectadas con tuberculosis. Micro Red La Esperanza, Trujillo 2019*

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	COMPONENTE CONFORT DE LA CALIDAD SEGÚN ESTRUCTURA						TOTAL	
	BUENA		REGULAR		MALA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
ADHERENTE	55	<b>78,6</b>	5	<b>7,1</b>	0	<b>0</b>	60	<b>85,7</b>
NO ADHERENTE	3	<b>4,3</b>	6	<b>8,6</b>	1	<b>1,4</b>	10	<b>14,3</b>
<b>TOTAL</b>	58	<b>82,9</b>	11	<b>15,7</b>	1	<b>1,4</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,495 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	18,645	2	,000
N de casos válidos	70		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,14.

En la tabla 6 se puede observar que del 85.7% de entrevistados con adherencia el 78,6% calificaron el componente confort como buena. Así mismo del 14,3% que calificaron como no adherente; el 4,3% califican bueno el componente confort, el 8,6% como regular y el 1,4% como mala el componente confort. Los valores estadísticos  $X^2 = 24.495$ , significancia de  $0.000 < 0.05$  evidencian que existe relación significativa entre el componente confort según dimensión estructura de la calidad de atención y adherencia al tratamiento.

#### IV. DISCUSIÓN

La calidad en la prestación de los servicios de salud es la principal inquietud en la gestión de la salud, puesto que es el eje principal de los procesos en la vida de la población en general, es así que el estado se encuentra obligado a preservar su salud a través de mejorar las capacidades institucionales en los diferentes sectores y niveles. La calidad en la prestación es el resultado de la optimización de los esfuerzos e intervenciones, además de un trato humanizado para la totalidad de usuarios que acuden a recibir atención en los establecimientos salud. (MINSAL, 2007).

Así también La falta de adherencia constituye un problema existente en el proceso de enfermedad por lo que es necesario enfrentarlo para lograr un mejor estado de salud del usuario. El incumplimiento al tratamiento no permite que el usuario adquiera beneficios que le otorgan los tratamientos prescritos y es por ello que la adherencia es la principal herramienta que va a generar una evolución favorable en la salud. (SALINAS, 2002)

Encontramos la tabla 1, que el 90% de las personas afectadas por tuberculosis tienen una percepción buena de la calidad de atención; 8,6% presentan una percepción regular y un 1,4% tienen una mala percepción de la calidad.

En la atención las personas con tuberculosis, la atención principal es brindada por el personal de enfermería y su labor es de vital importancia ya que es la enfermera quien está día a día con el paciente y es de ella de quien depende la integración, aceptación y adherencia al tratamiento; es así que la percepción de calidad por parte de los pacientes está enfocada principalmente en como ella brinda los cuidados, la relación y empatía que establece con cada persona. Desde agosto del 2018 los establecimientos de salud de la Micro Red la Esperanza han sido fortalecidos con personal competente y exclusivo para la atención de las personas afectadas por tuberculosis, situación contraria a la mayoría de servicios de salud en el país donde un solo personal realiza multifunciones y en su gran mayoría dejan de lado la atención a la persona afectada por tuberculosis reflejando una mala calidad en la atención de todo su cuidado integral.

Avedis Donabedian define a la calidad como el tipo de atención esperada que permitirá magnificar el bienestar de las personas siempre que se tenga en cuenta el balance de



ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del procesos de atención”. Este autor propone tres elementos que integran la calidad a saber: aspectos científico – técnicos.

Se realizaron investigaciones similares, pero con escalas de valoración y resultados diferentes, encontramos a **Puelles en el año 2016 que la percepción sobre la calidad de atención del personal de enfermería fue que el 51% de los pacientes con TBC considera una calidad medianamente favorable, el 29% percepción favorable y el 20% percepción desfavorable. También Pajuelo Herrera en el año 2013 encontró que la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería 63% fue medianamente favorable, 20% favorable y un 17% desfavorable y por ultimo Quispe en el año 2011, encontró 47.5% percepción medianamente favorable de la calidad de atención, 30.0% favorable y 22.5%.**

En la tabla 2 se observa que el 85,7% de las personas afectadas por tuberculosis de la Microred La Esperanza son adherentes al tratamiento y el 14,3% son no adherentes.

Los resultados son similares lo los hallado por Salazar en el año 2017 quien encontró el 80% son adherentes al tratamiento de TBC, también encontramos a Murcia en el año 2014 se determinó que al egreso el 83.5% fueron adherentes al tratamiento; igualmente la investigación hecha en Iquitos por Araujo, Arévalo y Torres en el mismo año el 61.7% de las personas afectadas presentan adherencia al tratamiento. Sin embargo, los resultados difieren con los hallados por Rodríguez y Humberto en el que encontraron que el cumplimiento terapéutico de los pacientes fue solo 18.2%.

Los resultados de la tabla 3 evidencian que e del 85.7% de entrevistados con adherencia el mismo porcentaje calificaron calidad buena. Así mismo del 14,3% que calificaron no adherencia; 4.3% tienen calidad buena y 8.6% calidad regular. Los valores estadísticos  $X^2 = 46.667$ , significancia de  $0.000 > 0.05$ , dichos hallazgos comprueban la hipótesis de investigación, por lo que podemos afirmar que existe relación significativa entre la percepción de la calidad de atención y la adherencia al tratamiento de personas afectada por tuberculosis.

Según los epidemiólogos Haynes y Scakett, aproximadamente el 33% de los usuarios toman el tratamiento que se les ha indicado y otro porcentaje similar lo ingiere de manera incorrecta

e incompleta, por último otro tercio ni siquiera lo inician. Las causas que afectan a la irregularidad del tratamiento son diversas, una de ellas es el conocimiento que se tiene sobre las reacciones adversas y su afección en el proceso de recuperación, sobre las interacciones medicamentosas y la información brindada; es así que para poder alcanzar tasas de cumplimiento adecuadas se debe de brindar información comprensible y según el nivel de educación sobre la dosificación adecuada, frecuencia y duración del tratamiento, todo ello forma parte de la atención en salud por lo que si la calidad de la misma es buena o mala influiría en la adherencia al tratamiento indicado.

Se recopilaron estudios que presentaron resultados diferentes a los de la presente investigación; tenemos así a Puelles en 2016 quien determino que el 15% de personas con tuberculosis poseen una percepción medianamente favorable sobre la calidad de atención, el 29% una percepción favorable y el 20% una percepción desfavorable, encontramos también a Cusi Tomairo y Seras Palomino en 2018 encontró que el 75,8% de pacientes califican como regular la calidad de atención y como medio al nivel de adherencia al tratamiento y una relación directa fuerte entre las variables, igualmente Quispe Pauyac en 2014 el 76% tiene una percepción medianamente favorable y el 20% tienen una percepción favorable sobre la calidad de atención y en cuanto a la adherencia al tratamiento el 68% tiene una adherencia adecuada al cumplimiento del tratamiento y el 32% muestran adherencia inadecuada.

Los resultados de la presente investigación pueden obedecer a que desde el 2018 en la región La Libertad se viene implementado el plan de intervención de Prevención y Control de Tuberculosis 2018-2020; dentro de sus objetivos específicos se plantea incrementar el éxito del tratamiento fortaleciendo la atención integral e integrada centrada en la persona afectada por este daño, para tales efectos se priorizaron a 318 establecimientos de salud, de los cuales 56 pertenecen a la Red Trujillo y 8 específicamente a la Micro Red La Esperanza, lugar donde se realizó el presente estudio. A cada establecimiento de salud se les incorporo recursos humanos de diferentes grupos ocupacionales para la atención exclusiva a las personas afectadas por tuberculosis, cierre de brechas y ejecutar planes y acciones para mejorar la adherencia al tratamiento de la tuberculosis en todas sus formas a través de intervenciones centradas en el usuario.

En la tabla 4 se puede observar que del 85.7% de entrevistados con adherencia, el 82,9 calificaron el componente técnico como bueno. Así mismo del 14,3% que calificaron como no adherente; el 4.3% califican bueno la componente técnica y 10% como regular, así mismo la prueba estadística  $X^2 = 46.667$ , significancia de  $0.000 > 0.05$  muestran que existe relación significativa entre el componente técnico según dimensión de la calidad de atención y adherencia al tratamiento.

Es la dimension central de la calidad y la menos discutible. Trata de que los servidores al brindar un servicio utilizen el mayor nivel de capacidades y conocimientos existentes, para tratar los problemas de salud. Es la dimension que mas se entiende y trata de emplear el conocimiento científico en las necesidades sanitarias. En la estrategia de control y prevencion de tuberculosis este componente es de suma importancia debido a que la persona afectada va al servicio de salud todos los días y por ser un tratamiento de largo tiempo se realiza un seguimiento integral estricto como supervsion de la toma del tratamiento, control mensual de peso, entrega de envase mensual para recolectar esputo, estudio de contactos y visitas domiciliarias. Otro aspecto de esta dimension comprende como el personal explica de forma clara y sencilla al paciente el curso de su enfermedad, las reacciones adversas de los medicamentos o cualquier condiccion especial que se presente durante todo su tratamiento.

Los hallazgos del presente estudio difieren a los presentados por Ruiz en 2014, en la dimensión técnica de la calidad el 61.5% de personas con tuberculosis poseen una percepción media favorable, un 23.1% con una percepción favorable. De igual manera Quispe Pauyac en el año 2016 en cuanto a la percepción de los pacientes con tuberculosis sobre la calidad de atención en la dimensión técnica, un 60% tiene una percepción medianamente favorable y el 40% tiene una percepción desfavorable. Tenemos también a Cusi Tomairo y Seras Palomino en 2018, determino que el 60,6% de las personas con TB califican como Regular la dimensión técnica y como medio el nivel de adherencia al tratamiento, así también existe relación significativa entre las variables.

Encontramos que en la tabla 5 el 85.7% de entrevistados con adherencia el mismo porcentaje calificaron el componente interpersonal bueno. Así mismo del 14,3% que calificaron como no adherente; el 4.3% califican bueno el componente interpersonal y 10% como regular, así mismo los valores estadísticos  $X^2 = 46.667$  muestran una significancia de  $0.000 > 0.05$  evidenciando que existe relación significativa entre el componente interpersonal según dimensión estructura de la calidad de atención y la adherencia al tratamiento.

Dentro del componente interpersonal se destacan definiciones fundamentales en la interrelación de las personas las cuales son apatía, simpatía, antipatía y empatía, así mismo Herzberg indica que la satisfacción fundamental para los pacientes es la intrínseca que parte de las relaciones interpersonales, la cual sugiere una formación integral, responsabilidad social y compromiso ético de verdadero acercamiento humano a la persona. En la dimensión interpersonal se considera como el personal se relaciona con la persona afectada, la forma de dirigirse hacia el paciente, el uso de un lenguaje sencillo para poder darse a atender y la muestra de interés hacia su persona entorno a su salud y a su recuperación; en el presente estudio muestra que el personal que brinda la atención se relaciona de manera adecuada con los pacientes, se preocupa por su recuperación y permiten que participen de manera activa en su tratamiento, los pacientes perciben esta situación y se sienten cómodos con la atención brindada.

Investigaciones parecidas con diferentes resultados fueron encontrados; es así que Puelles en el 2016 determino que en la dimensión interpersonal, el 82% presentan una percepción media favorable y 18% desfavorable; así también en el trabajo realizado por Cusi Tomairo y Seras Palomino en 2018 se muestra que un 66,7% de pacientes perciben como regular la dimensión interpersonal y como medio el nivel de adherencia existiendo una relación significativa. Encontramos además a Quispe Paucar quien en el mismo año respecto a la percepción de la calidad de atención de Enfermería determino que en la dimensión interpersonal el 80% de pacientes, tienen una percepción medianamente favorable, un 20% tiene una percepción favorable.

Por otro lado en la tabla 6 se puede observar que del 85.7% de entrevistados con adherencia el 78,6% calificaron el componente entorno como buena. Así mismo del 14,3% que

calificaron como no adherente; el 4,3% califican buena el componente entorno, el 8,6% como regular y el 1,4% como mala; es así que los valores estadísticos  $X^2 = 24.495$ , significancia de  $0.000 > 0.05$  evidencian que existe relación significativa entre el componente confort según dimensión estructura de la calidad de atención y adherencia al tratamiento.

El componente confort explica la importancia que tiene el espacio donde se desarrolla la prestación de salud. Se le denomina también la capacidad de respuesta o dimensión de la oferta, engloba la capacidad operativa o funcional de los diferentes servicios de salud, de cómo se encuentran organizados para la atención de los usuarios; implica además un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio. En el presente estudio es la dimensión con menor porcentaje calificada como “buena”, teniendo incluso calificación de mala. El ítem con menor calificación es el de la privacidad, considerando que no todos los establecimientos de salud cuentan con la infraestructura adecuada para que la persona afectada que llega todos los días a la administración de su tratamiento se sienta seguro de que no es visto por otras personas; además no existe hora diferenciada de atención por lo que resulta muy frecuente que varios pacientes tomen sus medicamentos de manera simultánea.

Al respecto Puelles (2016), en la dimensión entorno, el 54% presenta una percepción medianamente favorable, el 37% una percepción favorable, y el 9% una percepción desfavorable. En el mismo año Quispe Pauyac determino según la dimensión de entorno la percepción de los pacientes con tratamiento antituberculosis que el 60% tienen una percepción medianamente favorable y el 40% tienen una percepción desfavorable. Así mismo Cusi Tomairo y Seras Palomino en el año 2018 muestran que el 36,4% calificaron como alto a la dimensión entorno y como medio a la adherencia al tratamiento; por lo que la relación entre las variables es directa moderada.

## V. CONCLUSIONES

1. El 90% de las personas afectadas por tuberculosis tienen una percepción buena de la calidad de atención; 8,6% presentan una percepción regular y un 1,4% tienen una mala percepción de la calidad.
2. El 85,7% de las personas afectadas por tuberculosis de la Microred La Esperanza son adherentes al tratamiento y el 14,3% son no adherentes.
3. La percepción de la calidad de atención según estructura se relaciona significativamente con la adherencia al tratamiento de las personas afectadas por tuberculosis. Siendo los valores estadísticos  $X^2 = 46.667$ , significancia de  $0.000 > 0.05$ , por lo que se asume la hipótesis general del estudio.
4. El componente interpersonal de la calidad de atención según estructura se relaciona significativamente con la adherencia al tratamiento de las personas afectadas por tuberculosis. Siendo los valores estadísticos  $X^2 = 46.667$ , significancia de  $0.000 > 0.05$ , por lo que se asume la hipótesis del estudio.
5. El componente técnico de la calidad de atención según estructura se relaciona significativamente con la adherencia al tratamiento de las personas afectadas por tuberculosis. Siendo los valores estadísticos  $X^2 = 46.667$ , significancia de  $0.000 > 0.05$ , por lo que se asume la hipótesis del estudio.
6. El componente confort de la calidad de atención según estructura se relaciona significativamente con la adherencia al tratamiento de las personas afectadas por tuberculosis. Siendo los valores estadísticos  $X^2 = 24.495$ , significancia de  $0.000 > 0.05$ , por lo que se asume la hipótesis del estudio.

## **VI. RECOMENDACIONES**

1. Realizar investigaciones cualitativas para buscar que otros factores pueden influir en la irregularidad al tratamiento y poder realizar intervenciones para así cortar la cadena de transmisión de la tuberculosis y disminuir la morbi mortalidad.
2. Realizar gestión y abogacía para que los establecimientos de salud cuenten con ambientes adecuados que cumplan con criterios de bioseguridad y de privacidad para las personas afectadas por este daño.
3. Fortalecer con competencias y capacidades a todo el personal involucrado en la atención integral de la persona afectada para que sigan brindando una atención con calidad.
4. En los establecimientos de salud implementar estrategias para garantizar la adherencia y el éxito al tratamiento centrado en el cuidado integral de las personas afectadas.

## REFERENCIAS

- Abanto, W. (2014). Diseño y desarrollo del Proyecto de Investigación: Guía de aprendizaje. Universidad César Vallejo. Trujillo.
- Alvarez, G. (2011). Estudio Cualitativo: Percepciones Y Prácticas Relacionadas con la Tuberculosis y La Adherencia al Tratamiento en la Ciudad de Chiapas México; 2011. [Tesis Doctoral.].Estudio.tomado.de:  
[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102049892001000500001](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892001000500001). Arriola, H.,
- Araujo, Ruiz y Arevalo A. (2014). Factores biosociales asociados a la adherencia al tratamiento por tuberculosis pulmonar en dos establecimientos de salud Iquitos. (Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería). Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.
- Bustamante S. (2004). Enfermería familiar: Principios de cuidado a partir del saber (in) común de las familias. Departamento de Salud Familiar y Comunitaria. Universidad Nacional de Trujillo 2004. Pág. 15-87.
- Cabello, E. (2001).
- Burkhart PV, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs. 2003; 35(3):207.
- Cahuana,H y Carlos, M (2018). Percepción de los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería. Microred Zamácola. Arequipa. (Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería). Universidad Nacional Santa Maria
- Castillo, T., Quispe, G. y Torres, C. (2011). Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento antituberculoso. Lima Perú.
- Cespedes, M y Neira, S. (2017). Adherencia al tratamiento anitubeculosos en pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud San Juan de Dios Pisco. Tesis para optar



el título profesional de licenciada en enfermería). Universidad Privada San Juan Bautista.

Departamento De Salud Y Servicios Humanos De Los Estados Unidos Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades Centro Nacional para la Prevención del VIH/Sida, Hepatitis Virales, ETS y Tuberculosis División de Eliminación de la Tuberculosis. Atlanta, Georgia 2014

Donabedian A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Quarterly;83(4):691– 729.

Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis - Dirección General de Salud de las Personas Situación de la Tuberculosis en el Perú y Política Nacional para su Control. Arequipa 2014. [Acceso 25 de agosto 2015] . Disponible en: <http://190.223.45.115/newtb/Archivos/RecursoInformacion/20140630174703.pdf> .

Gómez, A (2005) Unidad de Prevención y Control de la Tuberculosis. CAP Ciutat Vella. Avda. Drassanes, 17-21. Barcelona. España.

Gronroos, C. (1988) Service Quality: The six criteria of good service quality. Review of Business, vol 9, pp. 10-13.

Hernández, R. Metodología de la investigación. Ed. Mc Graw Hill. México. 2006. Herrera, O. (2015).

Factores asociados a la calidad de atención en el Servicio de Emergencia. Hospital Sergio E. Bernales 2015. (Tesis para optar Grado de Maestro). Universidad San Martín de Porras. Lima Perú

Iparraguirre, M. (2016). Factores asociados con la adherencia al tratamiento en personas afectadas con tuberculosis en los establecimiento de Salud de la Microred el Porvenir Trujillo, 2015. (Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad César Vallejo. Trujillo.

MINSA (2015). Documento técnico: Política Nacional de Calidad en Salud. Disponible en:  
[http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/politica\\_nacional\\_calidad.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/politica_nacional_calidad.pdf)

MINSA (2006). Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001- Julio 2006

Ministerio de Salud del Perú (1999). Unidad Coordinadora de Acreditación de Establecimientos de Salud. Compendio del Curso de Capacitación para evaluación de Establecimientos de Salud.

Navarro, D. (2011). Metodología de la Investigación Científica y Elaboración de Tesis. Centro de Producción Editorial e Imprenta de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Organización Panamericana de la salud, organización mundial de la salud. Contacto con los medios. OPS/OMS insta a los países de las Américas a fortalecer la detección y el tratamiento de la tuberculosis para poner fin a la epidemia. Marzo 2015. [Acceso 2 de febrero 2015]. Disponible en:  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10607%3A2015-pahowho-urges-better-detection-and-treatment-of-tb&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10607%3A2015-pahowho-urges-better-detection-and-treatment-of-tb&Itemid=1926&lang=es) 51

OPS (1992). Federación Latinoamericana de Hospitales. La Garantía de Calidad. Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe. HDS/SILOS13.

OPS y FEPPEN (2001). Calidad de los Servicios de salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería. Disponible en  
[http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/investigacion/pluginfile.php/20402/mod\\_resource/content/4/CALIDAD%20EN%20LOS%20SERVICIOS%20DE%20SALUD%20OP S.pdf](http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/investigacion/pluginfile.php/20402/mod_resource/content/4/CALIDAD%20EN%20LOS%20SERVICIOS%20DE%20SALUD%20OP S.pdf)

- Ordaz, E. (2012). Promoción de la Salud Tuberculosis: LA tuberculosis se previene mediante una vida sana e higiénica. Hospital Psiquiátrico de la Habana. Biblioteca Julio A. Mella, N°9.
- Pajuelo, V. (2013). Percepción del paciente con tuberculosis sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería en la estrategia sanitaria de prevención y control de tuberculosis Hospital de Barranca. Perú.
- Puelles, Y. (2016). Percepción del paciente con tuberculosis sobre la calidad de atención que brinda el profesional de Enfermería de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis de los Centros de Salud de la Micro Red I Lima Ciudad-2016. (Tesis de Licenciatura en Enfermería). Universidad de San Martín de Porres, Lima.
- Quevedo L. et al. (2015). Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. Rev. Enfermería Herediana. 8(1): 11-16. Lima. 2015
- Quispe, A. (2016). Percepción sobre calidad de atención de enfermería y adhesión al tratamiento en pacientes con tuberculosis. (Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad Autónoma de Ica. Perú. Ruiz, P. (2014).
- Percepción de los pacientes multidrogoresistentes del Programa de control de tuberculosis sobre la calidad de atención de enfermería en Centros de Salud de Lima. (Tesis para optar el título Profesional de Enfermería). Universidad mayor de San Marcos. Perú 2013.
- Pulido OF, Peña SR, Rubio RG, González GJ, Pérez-Herrero CJR, Vázquez RJJ, Pérez-Medel AP. Factores predictivos del abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Rev Clin Esp. 1997;197(3): 163-6.

Salinas Cruz E, Nava Galán M. Adherencia terapéutica. *Enf Neurol (Mex)*. 2012 [citado 27 Oct 2014];11(2):102-4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>

Secretaría de Salud. Comisión Institucional de Enfermería. Evaluación Sistematizada de la calidad de los servicios de enfermería, 2002. Colegio de Enfermeros del Perú. Boletín informativo N°001. Lima. 2001. Pág. 8. Becerra, Armando; Sectores Sociales y la Atención de Salud. Perú. UNMSM. 1986. Pág38

Sociedad Peruana de Neumología (s.f.). Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Disponible en <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/25/BOLETIN%20TB.pdf>

Soto, J. (2005). Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología. 1ª. ed. Madrid. ERGON. [Ttps://zacamilmedicina.files.wordpress.com/2008/07/manual-de-diagnostico-yterapeutica-en-neumologia1.pdf](https://zacamilmedicina.files.wordpress.com/2008/07/manual-de-diagnostico-yterapeutica-en-neumologia1.pdf)

Tacuri M. (2009). Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera El Agustino, 2009. Tesis para optar el título profesional en Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.

Torres, S. (2016). Relación entre apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de salud “San Cosme” junio 2016. (Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad Privada San Juan Bautista. Lima.

Torres R. (2001). Participación ciudadana y educación: Una mirada amplia y 20 experiencias en América Latina. Uruguay, Pág. 2-8. Ventura, J. y Rojas, R. (2017). Soporte Familiar relacionado a la adhesión al tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar, en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho, 2017. (Tesis para Licenciatura en Enfermería). Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho.

## ANEXOS

### ANEXO N°1

#### UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

Calidad de Atención Según Estructura y Adherencia al Tratamiento de Personas

Afectadas por Tuberculosis en la Micro Red la Esperanza

#### INSTRUMENTO PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN SEGÚN

#### ESTRUCTURA

Elaborado por Pajuelo Herrera (2013) y adecuada por Cusi Toraimo (2018)

#### INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente los siguientes ítems y marque con aspa según corresponda.

N°	ITEMS	NUNCA	RARAS VECES	SIEMPRE
	<b>COMPONENTE INTERPERSONAL</b>			
1	La enfermera le saluda cordialmente y con respeto cuando llega al ambiente para su atención			
2	Le agrada que la enfermera le llame por su nombre			
3	La enfermera establece una relación de confianza con usted			
4	Le agrada que la enfermera le preste atención cuando conversa con usted			
5	La enfermera muestra interés por su estado de salud.			
6	La enfermera incentiva su participación durante su tratamiento			
7	La enfermera le da consuelo cuando esta afligido porque su vida personal y familiar se ve afectada a causa de su enfermedad			
8	Le molesta que la enfermera le responda de modo descortes a sus preguntas			
	<b>COMPONENTE TECNICA</b>			
9	La enfermera le orienta con palabras sencillas sobre su enfermedad			
10	Le incomoda que la enfermera utilice un lenguaje poco comprensible sobre los cuidados a tener en el hogar			
11	Le agrada que la enfermera le informe sobre su salud			
12	Le molesta que la enfermera no le oriente sobre los procedimientos que se realizan en el servicio			
13	La enfermera le orienta sobre las posibles reacciones adversas del tratamiento			
14	Le incomode que la enfermera omita o no le exprese los motivos de la visita a su domicilio			

15	La enfermera le informa acerca de sus controles de mensuales de muestra de esputo, evaluación médica y evaluación a sus familiares.			
16	La enfermera la evalúa mensualmente su peso			
17	La enfermera permanece a su lado y observa mientras toma su medicamento			
18	Le satisface que la enfermera le explique sobre la duración y las fases de su tratamiento			
19	La enfermera le entrega el envase de esputo			
20	La enfermera le brinda información sobre la tuberculosis			
21	La enfermera le expresa con palabras sencillas su interés por el cumplimiento de su tratamiento			
22	La enfermera le orienta sobre las consecuencias en caso de abandonar tratamiento			
23	Le agrada que la enfermera le oriente sobre los beneficios del tratamiento			
	<b>COMPONENTE CONFORT</b>			
24	Le agrada el lugar donde toma sus medicamentos porque tiene privacidad			
25	El lugar donde es atendido tiene iluminación natural			
26	Le satisface el lugar donde recibe su tratamiento porque se encuentra limpio			
27	Es cómodo el lugar donde es atendido por la enfermera			
28	El ambiente donde recibe su tratamiento le proporciona privacidad			

MALA: 0 a 28

REGULAR: 29 a 57

BUENA: 58 A 84.

## ANEXO N°2

### UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

Calidad de Atención Según Estructura y Adherencia al Tratamiento de Personas  
Afectadas por Tuberculosis en la Micro Red la Esperanza

#### GUÍA DE REVISIÓN DOCUMENTARIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Código:

Edad: ..... Género: .....

Esquema de tratamiento: .....

Duración de tratamiento: .....

INSTRUCCIONES: Marque con un aspa según corresponda, cada ítem verificado en la tarjeta de tratamiento en atención a la persona afectada con tuberculosis.

N°	ÍTEMS que evalúan la adherencia al tratamiento supervisado	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Cumple asistencia a la toma de medicamentos		
2	cumple menos de tres inasistencias a la toma de medicamentos en la primera fase		
3	cumple ingesta de dosis completa de medicamentos		
4	cumple peso mensual		
5	cumple control de baciloscopias mensuales		
6	cumple evaluación por médico tratante		
7	cumple evaluación de enfermería		
8	cumple evaluación por nutrición		
9	Cumple evaluación por servicio social		
10	cumple evaluación por psicología		

CUMPLE 100%	ADHERENTE
CUMPLE < 100%	NO ADHERENTE

### ANEXO N° 3

#### BAREMOS DE LA VARIABLE CALIDAD DE ATENCIÓN SEGÚN ESTRUCTURA Y SUS COMPONENTES

<b>VARIABLE</b>	<b>RANGOS</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>
COMPONENTE TECNICO	0-13	MALA
	14-27	REGULAR
	28-42	BUENA

<b>VARIABLE</b>	<b>RANGOS</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>
COMPONENTE INTERPERSONAL	0-7	MALA
	8-15	REGULAR
	16-24	BUENA

<b>VARIABLE</b>	<b>RANGOS</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>
COMPONENTE CONFORT	0-4	MALA
	5-9	REGULAR
	10-15	BUENA



## ANEXO N°4

### MEDICIÓN DE AIKEN GUÍA DE REVISIÓN DOCUMENTARIA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SUPERVISADO

---

GUIA DE REVISION DOCUMENTARIA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SUPERVISADO

0 item no pertenece a la dimension

1 item probablemente no pertenece a la dimension

2 item probablemente si pertenece a la dimension

3 item si pertenece a la dimension

item	exp 1	exp 2	exp 3	exp 4	exp 5	Total	Media	Escala - item	V aiken	Escala - Item
1	3	3	3	3	3	15	3.000	Validez fuerte	1.000	valido
2	3	3	3	3	3	15	3.000	Validez fuerte	1.000	valido
3	3	3	3	3	3	15	3.000	Validez fuerte	1.000	valido
4	3	3	3	3	3	15	3.000	Validez fuerte	1.000	valido
5	3	3	3	3	3	15	3.000	Validez fuerte	1.000	valido
6	3	3	3	3	3	15	3.000	Validez fuerte	1.000	valido
7	3	3	3	3	3	15	3.000	Validez fuerte	1.000	valido
8	3	3	3	3	3	15	3.000	Validez fuerte	1.000	valido
9	3	3	3	3	3	15	3.000	Validez fuerte	1.000	valido
10	3	3	3	3	3	15	3.000	Validez fuerte	1.000	valido

## ANEXO N° 5

### FICHA DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS POR EXPERTOS: GUÍA DE REVISIÓN DOCUMENTARIA



#### FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

**DATOS**

Nombre del instrumento : GUIA REVISION DOCUMENTARIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Autor del instrumento : Rublo Narro Linda Ihoana

Título de la investigación: PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS EN LA MICRO RED LA ESPERANZA, TRUJILLO 2019

Estimado Doctor, complete la tabla despues de haber observado o evaluado el instrumento.  
Si existe alguna opinion o propuesta de modificacion, anotar en la columna de observaciones

Item a evaluar	NO PERTENECE	PROBABLEMENTE NO pertenece	PROBABLEMENTE SI pertenece	SI PERTENECE	observaciones
1 Registra asistencia a la toma de medicamentos				✓	
2 Registra menos de tres inasistencias a la toma de medicamentos en la primera fase				✓	
3 Registra ingesta de dosis completa de medicamentos				✓	
4 Registra peso mensual				✓	
5 Registra control de baciloscopias mensuales				✓	
6 Registra evaluación por médico tratante				✓	
7 Registra evaluación de enfermería				✓	
8 Registra evaluación por nutrición				✓	
9 Registra evaluación por servicio social				✓	
10 Registra evaluación por psicología				✓	

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable (  )

Aplicable despues de corregir ( )

No aplicable ( )

Apellidos y nombres:

VENPOS: Garbino Sánchez  
Med. en Salud Pública

Firma del evaluado

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 URB. NO. DE TRUJILLO ESTE  
 M. D. ESCOBAR ESPINOZA SÁNCHEZ  
 RED TUBERCULOSIS  
 RED TRUJILLO

FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

CS Scanned with CamScanner

DATOS

Nombre del instrumento : GUÍA REVISIÓN DOCUMENTARIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Autor del instrumento : Rublo Narro Linda Jhoana

Título de la Investigación: PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS EN LA MICRO RED LA ESPERANZA, TRUJILLO 2019

Estimado Doctor, complete la tabla despues de haber observado o evaluado el instrumento. Si existe alguna opinion o propuesta de modificacion, anotarlo en la columna de observaciones

Item a evaluar	NO PERTENECE	PROBABLEMENTE NO pertenece	PROBABLEMENTE Si pertenece	SI PERTENECE	observaciones
1 Registra asistencia a la toma de medicamentos				X	
2 Registra menos de tres inasistencias a la toma de medicamentos en la primera fase				X	
3 Registra ingesta de dosis completa de medicamentos				X	
4 Registra peso mensual				X	
5 Registra control de baciloscopias mensuales				X	
6 Registra evaluación por médico tratante				X	
7 Registra evaluación de enfermería				X	
8 Registra evaluación por nutrición				X	
9 Registra evaluación por servicio social				X	
10 Registra evaluación por psicología				X	

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable (X)    Aplicable despues de corregir ( )    No aplicable ( )

Apellidos y nombres: Dr. Gina Guzmán Avulo  
 Especialidad: Doctora en Salud Pública  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
 URBANA Y RURAL - ESTE  
Dr. Gina Guzmán Avulo  
Exp. de Salud Pública

  
 Firma del evaluado

FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

DATOS

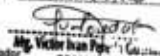
Nombre del instrumento : GUIA REVISION DOCUMENTARIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
 Autor del instrumento : Rubio Narro Linda Ihoana

Título de la investigación: PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS EN LA MICRO RED LA ESPERANZA, TRUJILLO 2019  
 Estimado Doctor, complete la tabla despues de haber observado o evaluado el instrumento.  
 Si existe alguna opinión o propuesta de modificación, anotarla en la columna de observaciones

Item a evaluar	NO PERTENECE	PROBABLEMENTE NO pertenece	PROBABLEMENTE SI pertenece	SI PERTENECE	observaciones
1 Registra asistencia a la toma de medicamentos				X	
2 Registra menos de tres inasistencias a la toma de medicamentos en la primera fase				X	
3 Registra ingesta de dosis completa de medicamentos				X	
4 Registra peso mensual				X	
5 Registra control de baciloscopias mensuales				X	
6 Registra evaluación por médico tratante				X	
7 Registra evaluación de enfermería				X	
8 Registra evaluación por nutrición				X	
9 Registra evaluación por servicio social				X	
10 Registra evaluación por psicología				X	

Opinión de aplicabilidad: Aplicable ( X )      Aplicable despues de corregir ( )      No aplicable ( )

Apellidos y nombres: Edgardo CUBANILLO VICTOR SUVAJ  
 Especialidad : ESTADISTICO

  
 Firma del evaluador: **Mg. Víctor Ivan Paez**  
 COESPES 33  
 COLEGIO DE ESTADISTICOS  
 REG. N° 1541 SER

Firma del evaluado

FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

DATOS

Nombre del instrumento : GUIA REVISION DOCUMENTARIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Autor del instrumento : Rubio Narro Linda Jhoana

Título de la investigación: PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS EN LA MICRO RED LA ESPERANZA, TRUJILLO 2019

Estimado Doctor, complete la tabla después de haber observado o evaluado el instrumento.

Si existe alguna opinión o propuesta de modificación, anotar en la columna de observaciones

Item a evaluar	NO PERTENECIA	PROBABLEMENTE NO PERTENECIA	PROBABLEMENTE SI PERTENECIA	SI PERTENECIA	Observaciones
1 Registra asistencia a la toma de medicamentos				✓	
2 Registra menos de tres inasistencias a la toma de medicamentos en la primera fase				✓	
3 Registra ingesta de dosis completa de medicamentos				✓	
4 Registra peso mensual				✓	
5 Registra control de baciloscopias mensuales				✓	
6 Registra evaluación por médico tratante				✓	
7 Registra evaluación de enfermería				✓	
8 Registra evaluación por nutrición				✓	
9 Registra evaluación por servicio social				✓	
10 Registra evaluación por psicología				✓	

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (✓)    Aplicable después de corregir ( )    No aplicable ( )

Apellidos y nombres: Lupis Castillo Cruz

Especialidad: Neurólogo en Salud Pública

Firma del evaluador

Firma del evaluado

REGIÓN "LA LIBERTAD"  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
SUB GERENCIA DE CUIDADO INTEGRAL

Mg. LUPIS B. CASTILLO CRUZ  
Responsable Unidad Técnica TS DE ES/CTA  
CPF: 41982



## ANEXO N° 6

### MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO GUÍA DE REVISIÓN DOCUMENTARIA

CS Scanned with CamScanner

#### MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

**NOMBRE DEL INSTRUMENTO:**

**"GUÍA REVISIÓN DOCUMENTARIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO"**

**OBJETIVO:** Determinar la relación entre la percepción de la calidad de atención y la adherencia al tratamiento de la persona afectada de tuberculosis atendidos en la Micro Red La Esperanza, setiembre - noviembre 2019.

**DIRIGIDO A:** Personas afectada en tuberculosis.

**APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:** PEREDA GONZALO, VICTOR IVAN

**GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:** H6 EN FILANZAS

**VALORACIÓN:**

Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
----------	------	-------	------	----------

(La valoración va a criterio del evaluador, esta valoración es solo un ejemplo)

  
Mg. Victor Ivan Pereda Gonzalez  
C.O.E.N.P. : 383  
COLEGIO DE ESTADISTICOS DEL PERU  
FIRMA DEL EVALUADOR

### MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

**NOMBRE DEL INSTRUMENTO:**

**"GUIA REVISION DOCUMENTARIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO"**

**OBJETIVO:** Determinar la relación entre la percepción de la calidad de atención y la adherencia al tratamiento de la persona afectada de tuberculosis atendidos en la Micro Red La Esperanza, setiembre - noviembre 2019.

**DIRIGIDO A:** Personas afectada en tuberculosis.

**APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:** Guzmán Aguilar Eliana Jickeline

**GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:** Doctora en Salud Pública

**VALORACIÓN:**

Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
----------	------	-------	------	----------

(La valoración va a criterio del investigador, esta valoración es solo un ejemplo)

RED DON LA ESPERANZA  
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD  
C/TA 810 TAMBAY  
C/TA 810 TAMBAY  
  
Dr. Eliana Guzmán Aguilar  
COORDINADORA DE LA RED DON  
**FIRMA DEL EVALUADOR**

## ANEXO N° 7

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO -----, Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es de conocer la calidad de atención que brinda el personal de salud.

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionarios lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Firma del Participante



## ANEXO N° 8

### SOLICITUD DE PERMISO

**SOLICITO: Permiso para realizar Trabajo de Investigación**  
**Mg. CARMEN ROSA MONZÓN ALVA**  
**SUB GERENTE MICRO RED LA ESPERANZA**

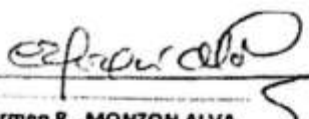
Yo, LINDA JHOANA RUBIO NARRO, identificada con DNI° 45957745 con domicilio Jr Baquijano y Carrillo 1685 La Esperanza. Ante usted respetuosamente me presento y expongo:

Que estando cursando la Maestría en Gestión de los Servicios de Salud en la Universidad Cesar Vallejo solicito a usted permiso para realizar el trabajo de investigación sobre “**CALIDAD DE ATENCIÓN SEGÚN ESTRUCTURA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS EN LA MICRO RED LA ESPERANZA, TRUJILLO 2019**”, para optar el grado de Magister.

**POR LO EXPUESTO:**

Ruego a usted acceder a mi solicitud.



  
Carmen R., MONZON ALVA  
SUB GERENTE M.R. LA ESPERANZA

## ANEXO N°9

### BASE DE DATOS VARIABLE ADHERENCIA

item	edad	genero	I1.1	I1.2	I1.3	I1.4	I1.5	I1.6	I1.7	I1.8	I1.9	I1.10
1	21	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
2	72	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
3	61	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
4	39	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
5	66	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
6	20	M	2		1	1	2	2	2	2	2	2
7	24	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
8	66	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
9	39	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
10	80	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
11	21	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
12	35	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
13	50	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
14	82	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
15	81	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
16	70	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
17	19	M	2		2	1	1	1	2	2	2	2
18	41	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
19	53	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
20	18	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
21	82	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
22	35	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
23	23	F	2		1	1	2	2	2	2	2	2
24	72	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
25	22	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
26	18	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
27	80	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
28	47	F	2		2	2	1	1	2	2	2	2
29	20	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
30	66	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
31	36	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
32	29	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
33	70	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
34	81	M	2		2	1	1	2	2	2	2	2
35	25	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
36	57	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
37	40	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
38	74	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
39	58	M	2		2	2	1	1	2	2	2	2
40	70	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
41	76	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
42	35	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
43	24	F	2		2	1	1	1	2	2	2	2
44	37	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
45	57	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
46	27	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
47	46	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
48	53	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
49	78	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
50	21	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
51	83	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
52	20	F	2		1	1	1	2	2	2	2	2
53	27	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
54	79	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
55	20	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
56	79	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
57	58	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
58	16	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
59	86	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
60	51	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
61	16	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
62	44	F	2		1	1	1	2	2	2	2	2
63	45	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
64	19	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
65	72	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
66	28	F	2		2	2	2	2	2	2	2	2
67	20	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
68	35	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2
69	21	M	2		1	1	1	2	2	2	2	2
70	55	M	2		2	2	2	2	2	2	2	2



## ANEXO N° 11

### TARJETA DE TRATAMIENTO 1 LINEA

#### TRATAMIENTO DIARIO DIRECTAMENTE OBSERVADO:

Día Mes-año	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Dosis mensuales		Peso							
	Mensual		Acumulada																																						

Marque con una check azul (✓) el día en que los medicamentos fueron tomados bajo observación directa y con una F (color rojo) el día en que el paciente no recibió tratamiento.

#### I. SEGUNDA FASE

Medicamento	Dosis	Dosis	Dosis	Dosis
	3	4 mes	mes 5	mes 6
Rifampicina				
Isoniacida (H)				

Frecuencia de dosis:	
	Lunes, Miércoles y Viernes
	Martes, Jueves y Sábado
	Diario de Lunes a Sábado

#### TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO:

Día Mes-año	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Dosis mensuales		Peso									
	Mensual		Acumulada																																								

Marque con una check azul (✓) el día en que los medicamentos fueron tomados bajo observación directa y con una F (color rojo) el día en que el paciente no recibió tratamiento.

N° de caso: \_\_\_\_\_

Dirección de Salud: \_\_\_\_\_ Red de Salud: \_\_\_\_\_

Microrred: \_\_\_\_\_ Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_

Médico tratante: \_\_\_\_\_ N° Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kg. Talla: \_\_\_\_\_ mts.

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento/Región: \_\_\_\_\_

**LOCALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD (marque una casilla)**

Pulmonar  Extrapulmonar  \_\_\_\_\_  
(especifique)

**CONDICIÓN DE INGRESO (marque una casilla)**

Nuevo  Abandono recuperado   
Recáida  Transferencia recibida   
Fracaso  Otra: \_\_\_\_\_  
(especifique)

Fecha de inicio de tratamiento: \_\_\_\_\_

Fecha esperada de fin de tratamiento: \_\_\_\_\_

**I. PRIMERA FASE**

Esquema de tratamiento

\_\_\_\_\_

(especificar en siglas)

Medicamento	Dosis mes 1	Dosis mes 2
Rifampicina (R)		
Isoniacida (H)		
Etambutol (E)		
Pirazinamida (Z)		
Estreptomina (S)		

Mes	Fecha	Resultado de baciloscopí	Resultado de cultivo	Peso (kg)	Fecha de próxima consulta
0					
1					
2					
3					
4					
5					
6					

TB-VIH		
	Fecha	Resultado*
Prueba de VIH		
CD4		
Inicio de TPC*		
Inicio de TARGA*		

\* Resultados de VIH: P = positivo; N = negativo; I = indeterminado; ND = no se realizó; los puntajes VIH positivos deben ser derivados al consultorio de VIH; TPC = terapia personalizada con sulfonamidas; TARGA = tratamiento antirretroviral de gran actividad.

Diabetes Mellitus	
Resultado de Glicemia	
Fecha diagnóstico de DM	
Fecha inicio de tratamiento	

Tiene PS rápida H y R: No  Sí  Método: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

**ANEXO N° 12**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TITULO: CALIDAD DE ATENCIÓN SEGÚN ESTRUCTURA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS  
CON TUBERCULOSIS EN LA MICRO RED LA ESPERANZA, TRUJILLO 2019**

Autora: Br. Rubio Narro, Linda Jhoana

Asesora: Dr. Eliana Avalos Guzmán

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>DISEÑO METODOLÓGICO</b>
<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>HIPÓTESIS GENERAL</b>	<b>VARIABLE 1:</b>	<b>INTERPERSONAL</b>	<b>DISEÑO:</b> Estudio descriptivo – correlacional, de corte transversal, no experimental.  <b>POBLACIÓN:</b> Persona afectada de tuberculosis de la jurisdicción de la Micro Red La Esperanza en tratamiento.  <b>Muestra:</b>
¿Cuál es la relación entre la percepción de la calidad de atención según estructura y la adherencia al tratamiento de la persona afectada con tuberculosis atendidos en la Micro Red La Esperanza, setiembre - noviembre 2019?.	Determinar la relación entre la percepción de la calidad de atención según estructura y la adherencia al tratamiento de la persona afectada de tuberculosis atendidos en la Micro Red La Esperanza, setiembre - noviembre 2019	Esta la calidad de atención está relacionada con la adherencia al tratamiento de personas afectada de tuberculosis atendidos en la Micro Red La Esperanza, setiembre - noviembre 2019	percepción de la calidad de atención según estructura	<b>TÉCNICA</b>  <b>CONFORT</b>	

	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b>	<b>VARIABLE 2:</b> adherencia al		Estará formada por 70 personas afectada de
	<p><b>A.</b> Identificar la percepción de la calidad de atención según estructura de las personas afectadas por tuberculosis atendidos en la Micro Red La Esperanza.</p> <p><b>B.</b> Identificar la adherencia al tratamiento de la persona afectada por tuberculosis atendidos en la Micro Red La Esperanza,</p> <p><b>C.</b> Establecer la relación entre la dimensión técnica y adherencia al tratamiento de personas afectada de tuberculosis atendidos en la Micro Red La Esperanza, setiembre - noviembre 2019</p>	<p>A. Existe relación entre la dimensión interpersonal y la adherencia al tratamiento de personas afectada de tuberculosis atendidos en la Micro Red La Esperanza, setiembre - noviembre 2019</p> <p>B. Existe relación entre la dimensión técnica y la adherencia al tratamiento de personas afectada de tuberculosis atendidos en la Micro Red La Esperanza, setiembre - noviembre 2019.</p> <p>C. Existe relación entre la dimensión de entorno y la adherencia al tratamiento</p>	tratamiento		<p>tuberculosis en tratamiento de la jurisdicción de la Micro Red La Esperanza.</p> <p><b>TÉCNICA DE RECOLECCION DE DATOS:</b> Encuesta Revisión documentaria.</p> <p><b>INSTRUMENTO:</b> Cuestionario. Guía de revisión documentaria.</p>

	<p><b>D.</b> Establecer la relación entre la dimensión interpersonal y adherencia al tratamiento de personas afectada de tuberculosis atendidos en la Micro Red La Esperanza, setiembre - noviembre 2019</p> <p><b>E.</b> Establecer la relación entre la dimensión de entorno y adherencia al tratamiento de personas afectada de tuberculosis atendidos en la Micro Red La Esperanza, setiembre - noviembre 2019</p>	<p>personas afectada de tuberculosis atendidos en la Micro Red La Esperanza, setiembre - noviembre 2019</p>			
--	--	---	--	--	--



**ANEXO 13**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS**  
**AFECTADAS POR TUBERCULOSIS**

		ADHERENCIA		
		Adherente	No adherente	Total
Genero	Femenino	26	5	31
	Masculino	34	5	39
Edad	( Media y desviación )	48.9 ± 22.9 a	36.5 ± 20.8 a	

Fuente: Encuestas aplicadas

Elaboración propia

Se puede observar en la tabla 1, considerando las características de los pacientes con respecto a al sexo y género, se encontró el grupo más representativo son del género masculino (39). Así mismo, se evidencia que 60 personas que tienen adherencia al tratamiento, mostrando diferencia notoria si este se asocia al género, 34 pacientes masculinos con adherencia y 26 pacientes femeninos.

Con respecto a la edad, se encontró que son más jóvenes (36.5 años en promedio) los pacientes que no muestran adherencia al tratamiento en comparación a la edad del grupo que si muestra adherencia (48.9 años en promedio).