



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

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

Calidad de atención y adherencia al tratamiento de pacientes con
Tuberculosis en un centro de salud del distrito de Santa Anita,
2022–2023.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Marcos Virhuez, Melissa Victoria (orcid.org/0009-0003-3763-4584)

ASESORA:

Dra. Huauya Leuyacc, María Elena (orcid.org/0000-0002-0418-8026)

CO-ASESOR:

Mg. Quiñones Castillo, Karlo Ginno (orcid.org/0000-0002-2760-6294)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA - PERÚ

2023

DEDICATORIA

A mi madre, María por su apoyo constante en mi formación profesional y a seguir adelante.

A mi esposo e hijos, por su amor incondicional en ser mi soporte emocional en la realización de mi trabajo académico.

AGRADECIMIENTO

A mi asesora, Dra. María Elena Huauya por su constante apoyo en el largo proceso para desarrollar la presente tesis de investigación.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, HUAUYA LEUYACC MARIA ELENA, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA ESTE, asesor de Tesis titulada: "CALIDAD DE ATENCION Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN UN CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE SANTA ANITA, 2022-2023.", cuyo autor es MARCOS VIRHUEZ MELISSA VICTORIA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 17.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 22 de Julio del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
HUAUYA LEUYACC MARIA ELENA DNI: 10354243 ORCID: 0000-0002-0418-8026	Firmado electrónicamente por: MAHUAUYALE el 01- 08-2023 15:39:38

Código documento Trilce: TRI - 0610985





UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, MARCOS VIRHUEZ MELISSA VICTORIA estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO del programa de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA ESTE, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "CALIDAD DE ATENCION Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN UN CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE SANTA ANITA, 2022-2023.", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
MARCOS VIRHUEZ MELISSA VICTORIA DNI: 40055592 ORCID: 0009-0003-3763-4584	Firmado electrónicamente por: MMARCOSVI el 02-08- 2023 10:26:57

Código documento Trilce: INV - 1231659

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR	iv
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DEL AUTOR/ AUTORES	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	11
3.1. Tipo y diseño de la investigación	11
3.2. Variables y operacionalización	11
3.3. Población, muestreo y muestra	12
3.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos	13
3.5. Procedimientos	13
3.6. Método de análisis de datos	14
3.7. Aspectos éticos	14
IV. RESULTADOS	15
V. DISCUSIÓN	22
VI. CONCLUSIONES	28
VII. RECOMENDACIONES	29
REFERENCIAS	30
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Datos sociodemográficos.....	15
Tabla 2. Calidad de atención y sus dimensiones	16
Tabla 3. Adherencia al tratamiento y sus dimensiones.....	17
Tabla 4. Relación entre la calidad de atención y adherencia al tratamiento.....	18
Tabla 5. Relación entre la calidad de atención dimensión técnica y adherencia al tratamiento.....	19
Tabla 6. Relación entre la calidad de atención dimensión interpersonal y adherencia al tratamiento.....	20
Tabla 7. Relación entre la calidad de atención dimensión de entorno y adherencia al tratamiento.....	21

RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad de salud pública, el año 2021, se notificó 10.6 millones de casos a nivel mundial y 1,6 millones fallecidos; teniendo la estrategia como objetivo garantizar la atención médica a todos los pacientes para completar el tratamiento con éxito. Objetivo: Determinar la relación entre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento de paciente con tuberculosis en un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022- 2023. Metodología: La investigación fue de tipo aplicada con enfoque cuantitativo, nivel correlacional, diseño no experimental y corte transversal. La población fue de 72 personas, con una muestra de 60 pacientes, se utilizó la técnica de encuesta y como instrumento se aplicó cuestionarios. Resultado: El 81.7% presento una buena calidad de atención y el 98.3% presento adherencia al tratamiento, al realizar la prueba de normalidad obtuvo un p valor 0.20; por lo tanto, se hizo uso de la prueba no paramétricas para medir la relación entre variables, con el coeficiente de correlación Rho de Spearman 0.36. Conclusión: No existe relación entre calidad de atención y adherencia al tratamiento de paciente con tuberculosis en un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022- 2023.

Palabras clave: Tuberculosis, calidad de atención, adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

Tuberculosis is a public health disease, the year 2021, 10.6 million cases were reported worldwide and 1.6 million died; having the strategy as an objective to ensure medical care to all patients to complete treatment successfully. Objective: To determine the relationship between quality of care and adherence to treatment of patients with tuberculosis in a health center in the district of Santa Anita, 2022-2023. Methodology: The research was applied with a quantitative approach, correlational level, non-experimental design and cross-sectional. The population was 72 people, with a sample of 60 patients, the survey technique was used and questionnaires were applied as an instrument. Results: 81.7% presented a good quality of care and 98.3% presented adherence to treatment. When the normality test was performed, the p-value was 0.20; therefore, the non-parametric test was used to measure the relationship between variables, with Spearman's Rho correlation coefficient 0.36. Conclusion: There is no relationship between quality of care and adherence to treatment of patients with tuberculosis in a health center in the district of Santa Anita, 2022-2023.

Keywords: Tuberculosis, quality of care, adherence to treatment.

I. INTRODUCCIÓN

El año 2021, a nivel global 10.6 millones de personas adquirieron tuberculosis (TBC), esta cifra es un 4.5% más que el año anterior y 1,6 millones fenecieron por ella, entre ellas 187 000 con VIH. Los dos tercios de pacientes a nivel mundial corresponde a países entre la India, China, Indonesia, Bangladesh y Sudáfrica (1). Para el 2020, los casos disminuyeron significativamente, posiblemente debido a factores relacionados con la pandemia de Covid-19, como el diagnóstico de casos y los limitados recursos en el manejo de la sanidad (2). La pandemia, las desigualdades sociales y económicas hicieron retroceder años de progreso y ha crecentado la carga para los afectados, en especial a los más vulnerables (3).

Hay 46 países en América, siendo Brasil y Perú los que tienen la mayor carga de TBC (4). El reciente aumento en la incidencia de TBC en la región tiene a doce países latinoamericanos como Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela indican el 80% (5). En América hubo aproximadamente 309.000 casos de tuberculosis en 2021 (6). Los números estimados en muertes fue 32.000 y el 11% fueron atribuibles a la coinfección TB/VIH (7). La morbilidad es alta en Latinoamérica y el Caribe, esto es por causa a los determinantes sociales de salud y la gestión en cada país, las organizaciones y estrategias que se encargan del control y previsión de esta enfermedad deberían incidir en eso (8-11).

Actualmente Perú es considerado una de las 30 naciones del mundo con más infección de TBC-MDR, por lo que continúa siendo una gran dificultad de salud más notable (12, 13). En el año 2021 se notificó 26 437 casos, el 88% de ellos son casos nuevos y corresponden a las regiones de Lima y Callao. A nivel de regiones se notifica en riesgo muy elevado a Lima, Callao, Madre de Dios, Ucayali, Tumbes, Cuzco y Amazonas y en riesgo alto a Ica, Loreto, San Martín, Apurímac, Huancavelica y Puno (14, 15).

La investigación se realizó en el distrito de Santa Anita, que corresponde a la jurisdicción de Lima Este donde notificaron que, en el año 2020 se identificaron tres regiones con muy alto riesgo de tuberculosis: Santa Anita, El Agustino y Ate, la zona más poblada de la región; distrito de Lurigancho-Chosica con riesgo alto, Chaclacayo con riesgo medio y Cieneguilla y La Molina con riesgo

bajo riesgo. Para esta región de Lima Este se reportó en el año 2019 en tuberculosis sensible 1953 casos y 355 de tuberculosis resistente” (15).

La TBC es un reto sanitario que viene aquejando desde décadas atrás y abordar los problemas que puedan estar suscitando en el manejo y adherencia al tratamiento es importante. (16, 17) A nivel nacional se tiene los programas de TBC que se encargan de los seguimientos, supervisión y tratamientos gratuitos de los pacientes afectados. Ya que es una prioridad principal para los gobiernos (18-20). Se debe analizar la calidad de atención en las diferentes prestaciones que se ofrecen a los usuarios con el fin de mantener los principios de justicia, no discriminación y respeto al paciente, por lo que es importante incluir cambios a su favor y promover la adherencia al tratamiento, ya que es pilar valioso para la recuperación.

Inga y Arosquipa refieren que contar con recursos humanos de salud idóneos y capacitados asegurará que el desempeño individual este equiparado con el propósito del sector salud y afianzará la atención adecuada y de calidad (15). La estrategia tiene como objetivo brindar atención multidisciplinaria a todas las víctimas para completar con éxito el tratamiento de manera gratuita y garantizar el seguimiento de las normas asociadas con su corte de la cadena de infección de la TBC. De acuerdo a lo planteado se formula los siguiente

El problema general de la investigación fue: ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de atención y adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis en un centro de salud de Santa Anita, 2022-2023?

Asimismo, se propone como problemas específicos las siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de atención dimensión técnica y adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis en un centro de salud de Santa Anita, 2022-2023?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de atención dimensión interpersonal y adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis en un centro de salud de Santa Anita, 2022- 2023?

- ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de atención dimensión entorno y adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis en un centro de salud de Santa Anita, 2022-2023?

Además, se plantea que el presente estudio cuenta con justificación teórica, ya que se enfoca en la relación entre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento de TBC. Esto resulta esencial para controlar la enfermedad, prevenir la aparición de resistencia a los medicamentos y complicaciones. Además, el producto de este estudio será de utilidad futuros estudios e incrementarán el conocimiento en beneficio de los pacientes del programa (21).

La justificación práctica nos ayudará a comprender los posibles problemas entre las variables de investigación en la terapia de pacientes con TBC y permitirá mejorar las estrategias del servicio para evitar abandonos o rechazos del tratamiento. Se utilizando los instrumentos adecuados que va dejar valorar los efectos de la investigación (22).

La justificación social es de gran importancia, dado que tiene un impacto directo en la población de pacientes con tuberculosis, que son el grupo objetivo de este proyecto. El objetivo es que los pacientes puedan adherirse al tratamiento sin sentir dificultades y que puedan recibir su evaluación y seguimiento sin problemas. Así mismo, se trata de mejorar el cuidado y atención de los usuarios, así como también su desarrollo social (23).

Se trazaron los siguientes objetivos, considerando el objetivo general:

- Determinar la relación entre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento de paciente con tuberculosis en un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022- 2023.

Siendo los objetivos específicos:

- Identificar la relación entre la calidad de atención dimensión técnica y adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis de un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022- 2023.
- Indicar la relación entre la calidad de atención dimensión interpersonal y adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis de un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022- 2023.

- Analizar la relación entre la calidad de atención dimensión de entorno y adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis de un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022- 2023.

La hipótesis general del estudio plantea que: Existe una relación significativa entre la calidad de atención y adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis de un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022- 2023.

Las hipótesis específicas tenemos:

- Existe una relación significativa entre la calidad de atención dimensión técnica y adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis de un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022- 2023.
- Existe una relación significativa entre la calidad de atención dimensión interpersonal y adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis de un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022- 2023.
- Existe una relación significativa entre la calidad de atención dimensión de entorno y adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis de un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022- 2023.

El presente estudio se enfoca en una problemática de gran relevancia para la salud pública, como es la relación entre la calidad de atención y la adherencia a la terapéutica de pacientes con TBC. La tuberculosis sigue siendo una enfermedad con una alta carga de morbilidad a nivel global, y América, incluyendo Perú, no está exenta de este desafío. La pandemia de Covid-19 ha agudizado esta condición, y ha impactado negativamente en la detección y manejo de casos. El problema de la tuberculosis es una preocupación de salud a nivel global, como lo refleja la notificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la tuberculosis en 2020 (24).

La OMS ha emitido varias directrices para la terapéutica y seguimiento de pacientes con tuberculosis, incluyendo pautas actualizadas en 2017 para el tratamiento de tuberculosis sensible a medicamentos (25), así como orientación en 2016 sobre el tratamiento de tuberculosis resistente a medicamentos (26). Además, la OMS ha proporcionado directrices para el diagnóstico, detección, prevención y tratamiento de tuberculosis, destacando la importancia de la adherencia al tratamiento (27-32).

II. MARCO TEÓRICO

Condori (2020), tuvo como objeto probar la correlación con calidad de la atención y adherencia en el programa hospitalario con TBC. Este método, que utilizó descriptivo, se aplicó a 35 pacientes atendidos en el hospital Chincha Alta, utilizando el método de entrevista, y utilizando como herramienta un cuestionario con escala de Likert de 37 preguntas. Obtuvieron que 74% los pacientes siempre reciben atención de calidad, el 66% de pacientes siempre reciben con oportunidad la atención y el 63% adherencia en el tratamiento de los pacientes es adecuada. Concluyeron que hay una correlación importante entre calidad de atención y adherencia terapéutica del programa de TBC (33),

Maguiña (2022), su propósito fue examinar la relación que hay con la atención sanitaria y la adherencia terapéutica en enfermos afectados con la tuberculosis. La metodología que utilizó fue cuantitativo, descriptivo en un diseño no experimental, considerando a 80 enfermos del programa de Tuberculosis de un establecimiento público, Trujillo, la encuesta fue usada como técnica. Los resultados fueron 96.3% con buena calidad en la atención, 53.8 % para la dimensión técnica en rara vez el personal habla con palabras sencillas, 58.8% dimensión interpersonal, el personal siempre lo llama con amabilidad y construye confianza con el enfermo y 66,3 % dijo que recibió tratamiento en un entorno en el que rara vez se sentía incómodo. La conclusión hay una correlación entre la calidad de la atención y la adherencia terapéutica (34).

Rubio (2020) su investigación se centró en encontrar la correlación entre la calidad de atención, la condición y la adherencia terapéutica. La metodología que desarrolló fue cuantitativa y llevo a cabo un estudio no experimental de corte transversal, donde conformaron 70 pacientes que fueron afectados con la TBC en unos establecimientos de salud de Trujillo y aplicó un cuestionario, en una escala tipo Likert. Los resultados obtenidos fue el 90% tuvieron una percepción buena de la calidad de atención; un 8,6% percepción regular y un 1,4% mala percepción, además el 85,7% de la muestra son adherentes al tratamiento y el 14,3% en lo absoluto niegan, Concluyó en cuanto la calidad de atención tiene correlación significativa con la adherencia en el cumplimiento del tratamiento (35).

Mendoza y Uribe (2021), su finalidad fue establecer la relación entre calidad de atención y adherencia al tratamiento en afectados con TBC. La metodología fue cuantitativa, no experimental, correlacional de corte transversal, se estudió 40 pacientes de TBC en Ayacucho y utilizó encuesta física. Los resultados fueron que el 62.5% pertenecía al sexo masculino, 22,5 %, los que trabajan obrero el 30%, trabajan en agricultura y 27.5% eran empleados calificó la calidad del tratamiento como mala, el 62,5 % la calificó como regular, el 55,0 % consideró que se cumplió con el tratamiento y el 45,0 % no cumplió al tratamiento. Por lo tanto, concluyo que cuando se brinda una atención de calidad, es más probable en mantener a los pacientes en el programa y cumplan su tratamiento (36).

Campos y Damián (2022), su objetivo fue, investigar la relación entre calidad de atención de adherencia; el método empleado es un estudio de diseño cuantitativo no experimental, correlacional y transversal. El estudio fue a 81 enfermos con TBC de la Microred de salud Chiclayo, se utilizó dos cuestionarios. Los resultados fueron que la calidad de atención tuvo como resultado, buena el 90% de los pacientes; en componente interpersonal fue 95%, componente técnica fue 93% y entorno 85% y el 95% tenían una buena adherencia y un p valor de 0,84. En resumen, encontraron que no existe una relación entre calidad de atención y adherencia (37).

Cajo y Guadalupe (2017) cuyo objeto fue establecer las medidas de cuidado de los licenciados para que enfermos de TBC se adhieran al tratamiento. El método que utilizaron fue de tipo descriptivo, cualicuantitativo, observacional y su población fue 35 licenciados en enfermería que trabajan en los establecimientos públicos de la región de Riobamba, Ecuador, Se examinaron los comportamientos de los licenciados de enfermería para evaluar sus conocimientos y así promover la adherencia al tratamiento en enfermos con TBC, cuyo resultado fue el 52,12% de los enfermeros fue positivamente y el 41,82% pertenecía al grupo con conocimientos limitados. Los hallazgos indicaron que, sin una acción adecuada, estas razones estaban directamente relacionadas con la falta de adherencia (38).

Chen et al. (2020) el propósito del autor es averiguar qué influencia tiene la familia, la sociedad y los factores de apoyo de la política nacional en la adherencia

terapéutica de personas afectadas con TBC. El método fue de corte transversal y el instrumento para recolección fue a través de una encuesta a 481 afectados de TBC en el hospital de TBC en Dalian al noreste de China. Como resultado fue el 62% fue de sexo masculino, además el 54,3% pacientes no tuvieron buena adherencia, el 41,0% de los pacientes tenían nivel secundaria o inferior, el 29.3% conocían las políticas del tratamiento, el 80.7 % había buena relación médico-paciente. Concluye que existe una importante falta de adherencia, sin apoyo familiar, una buena adherencia suele implicar el conocimiento de la enfermedad y una buena relación con el personal (39).

Bacilio y Romero (2019) su investigación valoró la adherencia terapéutica a los afectados con TBC. En la metodología que utilizó fue cuantitativo, transversal y la selección de datos, se utilizó la encuesta a 30 pacientes con TBC de establecimiento público en el Ecuador. Los resultados que se encontró fue que el 62% no tenía conocimiento de las consecuencias adversas de los medicamentos y están conscientes seguir con la medicación, el 75% manifestaron reacciones a los medicamentos y el 75% del personal de salud no despejan sus dudas de la enfermedad. Se concluyó que existe mucho desconocimiento sobre la enfermedad entre los afectados y los pacientes en este establecimiento de tratamiento no tenían un buen cumplimiento del tratamiento (40).

Molina et al. (2020) el fin fue describir las características biopsicosociales de los pacientes tuberculosos y su vinculación con la adherencia al tratamiento. La metodología que estudio fue un abordaje descriptivo, transversal y correlacional, se realizó una entrevista y el instrumento fue un cuestionario para 90 pacientes tratados en 35 establecimientos de Iquique, Chile. En los resultados tuvo la edad promedio de 40 años (81.1%), cumplimiento medio de 90,7% en la ingesta de fármacos antituberculosos, por 77 adherentes (85,6%) y de los 13 no adherentes (14,4%). Finalmente, el hallazgo de que las características biopsicosociales de los pacientes con TB destacaron nuevos factores asociados con la adherencia que deben ser considerados en la atención multidisciplinaria (41).

Ajema, et. al. (2020), el objetivo general fue investigar el nivel y componentes concernientes con la no adherencia al programa de prevención de la tuberculosis. La metodología que realizó un estudio transversal y seleccionaron a

289 pacientes que reciben tratamiento en los hospitales de Gamo Gofa, Eutopía; fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio simple y recolectaron datos a través de la entrevista y utilizaron un cuestionario hecho por los mismos autores. Los resultados que obtuvieron fue 40 (16,5%) no cumplieron con la terapia, 155 (62,2%) eran residentes rurales, analfabetos 87 (34,9%), fumadores 215 (86.5%) y el de mayor frecuencia estaban las edades de 25 a 34 años 828.9%9. Las conclusiones refieren que nivel de no adherencia fue alto; el personal médico debe asesorar a los enfermos afectados con la TBC sobre la enfermedad (42).

La calidad de atención es una agrupación de particularidades que favorece a satisfacer necesidades evidentes u obvias en la atención (43). Indica que significa obtener el mayor beneficio posible para su salud con el menor riesgo para el usuario (44). Refieren que se basa en brindar un servicio o producto solicitado por el paciente más allá de lo que el paciente puede o espera (44) Refieren que es cuando en entidades que prestan algún servicio los traten en forma humanizada, tiempo y tienen solución al problema (45). También lo definen como lograr el nivel posible de salud con los recursos disponibles con los servicios de servicios de salud.

Flores distingue tres dimensiones para la primera variable que se trata de calidad en la atención médica y estas dimensiones permitió en el estudio que se evalué y se refleje los resultados para su análisis, que a la vez va ayudar a mejorar el cuidado en los enfermos que concurren a las instalaciones de la sanidad, lo dividió de la siguiente manera (47):

La dimensión técnica representa la capacidad de los profesionales para utilizar eficazmente los conocimientos avanzados y los recursos a su disposición, ayuda a mejorar la salud y la satisfacción del usuario. Esta sección examina tanto las habilidades del terapeuta como el vínculo que enlaza entre el prestador y el cliente. Este es un parámetro muy utilizado para medir esta variable. La práctica clínica; es decir qué hacer y cómo hacerlo (48).

La dimensión interpersonal es un pilar importante para medir esta dimensión por dos razones que son las siguientes: a) Es una forma de brindar una adecuada asistencia técnica. Al interactuar con otras personas, el paciente revela datos necesarios para su diagnóstico y dice a su médico sus necesidades, lo que le

permite elegir el tratamiento adecuado. En cuanto al médico, informa al paciente sobre la enfermedad y lo motiva a cooperar activamente en el cuidado; b) Por otro lado, desde el lado del paciente, contiene gran parte de los factores determinantes de un buen servicio. La consideración, la privacidad, la opción consciente, la atención, el tacto terapéutico, son los resultados de una buena relación para ambas partes (49).

La dimensión del entorno es importante plantear inquietudes sobre el marco operativo. También conocida como el componente de capacidad de respuesta o suministro, también define a la capacidad operativa o función de un sistema de salud, cómo está diseñado, organizado y listo para servir a los usuarios. Integridad, capacidad y continuidad como sus indicadores (44).

De acuerdo a lo expuesto, se ha visto por conveniente investigar la relación de calidad de atención que también es de gran importancia médica, adherencia al tratamiento; siendo estas variables de importancia sanitaria para el cuidado y vigilancia del enfermo con tuberculosis ya que dentro del marco de los programas de TBC es uno de los primordiales apoyos para la gestión de la salud pública por lo que se investigó estas variables.

La adherencia terapéutica, lo define en 2 puntos como la comprensión de las necesidades de tratamiento y recomendaciones con la motivación y habilidades para involucrarse en un comportamiento apropiado (50). Refieren que es la coherencia entre la conducta y el estado de salud de una persona y recomendaciones y prescripciones que recibió (51). Manifiesta como fenómeno multifacético y complejo que se refiere a la intensidad de la conducta de un paciente se ajuste a sus indicaciones acordadas entre personal de la sanidad y los enfermos (52). Atribuyó este complejo como conducta a varios factores: condiciones de salud y económicas relacionadas con la organización sanitaria, el tratamiento, paciente (53).

Soria, et. el. (2009) refieren que las dimensiones de la variante adherencia a la terapéutica, son parte de conducta efectiva del enfermo con sus medicamentos,

dieta y creencia, lo que van a permitir evaluar para el estudio, describiéndose cada uno de ellas (54):

El Control de Ingesta de Medicamentos y Alimentos: se refiere que se debe evaluar qué tan bien la persona está siguiendo las instrucciones médicas con respecto a la medicación y la ingesta de sus alimentos. Esto es importante porque los pacientes se benefician no solo de tomar los medicamentos a tiempo y seguir una dieta adecuada, sino también a nivel institucional debido a la disminución de los costos asociados con el manejo de enfermedades crónicas sería favorable (54).

El Seguimiento Médico Conductual, se trata de estudiar y cambiar el comportamiento del paciente en el entorno hospitalario; tiene en cuenta sus creencias, sentimientos y pensamientos sobre la enfermedad, el tratamiento, la implicación familiar, los médicos, las medicinas, los hospitales, la muerte, etc (55)

La Autoeficacia, lo determinan como las ganas que tiene una persona de actuar positivamente en una variedad de comportamientos diarios, especialmente aquellos relacionados con la previsión y el control de las enfermedades de larga evolución. Por ejemplo, apegarse al tratamiento, no olvidar de tomar la medicación, etc (56).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

3.1.1 Tipo de investigación, en el estudio fue de tipo aplicada, y se fundamentó en ser concreta que busca la aplicación de los conocimientos en resolver algún problema establecido (57). Además, todo este proyecto está basado en el enfoque cuantitativo que se basa en un proceso secuencial y probatorio. El orden es riguroso, no se elude pasos y se miden las variables en un establecido contexto (58).

3.1.2 El diseño del estudio, que se realizó fue de diseño no experimental, porque las personas de la investigación son estudiadas en su contexto real sin cambiar ninguna disposición (59), es de corte transversal porque se caracteriza principal en hacer los estudios en un determinado momento, por lo cual, no hay una vigilancia (60); el nivel de investigación es correlacional porque recoge información sobre la correspondencia entre dos o más variables (55).

3.2 Variables y Operacionalización

En esta investigación se considera para la variable calidad de atención lo siguiente (ver anexo 1).

La definición conceptual, indica que significa obtener el mayor beneficio posible para su salud con el menor riesgo para el usuario (44).

Definición operacional, para medir la calidad de atención aplicamos un cuestionario de 28 preguntas cerradas el cual tendrá una aplicación de 20 minutos por participantes. La autora del instrumento es Verónica Lorena Pajuelo Herrera en el año 2018.

Dimensiones, las dimensiones que se está aplicando en la tesis son: componente interpersonal, componente técnica, y componente entorno (44).

Escala de medición: para la medición de la escala utilizó la escala ordinal, los valores son siempre, raras veces y nunca.

La siguiente variable es adherencia al tratamiento, donde se considera lo siguiente:

Definición conceptual, menciona a la intensidad de la conducta de un paciente se ajuste a sus indicaciones acordadas entre el personal de la sanidad y los usuarios (52).

Definición operacional: para medir la adherencia al tratamiento aplicamos un cuestionario de 16 preguntas el cual tuvo una aplicación de 15 minutos por participantes. La autora del instrumento es Gordillo y lo realizó en el año 2018 (60).

Dimensiones: las dimensiones que se utilizaron son el control de ingesta de medicamento y alimentos, seguimiento médico conductual y autoeficacia.

Escala de medición: para la medición de esta variable se usó una escala nominal los valores son siempre, casi siempre, casi nunca y nunca.

3.3 Población, muestra y muestreo

3.3.1. Población

Está conformado por 72 pacientes que reciben tratamiento en el programa de Tuberculosis en un establecimiento del distrito de Santa Anita.

Criterios de Inclusión:

- Paciente que hayan firmado el consentimiento informado
- Paciente de los dos sexos
- Paciente más de 18 años de edad

Criterios de Exclusión:

- Paciente que tengan menor de 1 mes de tratamiento
- Paciente con alguna discapacidad física
- Pacientes con trastornos mentales

3.3.2. Muestra.

Conformada por 60 pacientes que reciben la terapéutica antituberculosa en un establecimiento público del distrito de Santa Anita, este tamaño muestral fue determinado a partir de la aplicación de la fórmula para poblaciones finitas. (ver anexo N° 3).

3.3.3. Muestreo

Se realizó de forma probabilístico, que refiere a que, de forma estricta, todos los elementos del conjunto, tienen la misma opción de ser incluidas en la selección (61). Y el subtipo fue aleatoria simple debido que asegura que en general los individuos que integran la población mantengan iguales probabilidades de ser incorporado en la prueba (62).

3.3.4. Unidad de análisis

Es un enfermo que recibe la terapéutica para TBC en un establecimiento de salud del distrito de Santa Anita.

3.4 Técnicas de instrumento:

La técnica que se utilizó es la encuesta, frecuentemente utilizada para el logro de recabar información en el proceso de la investigación. Las mismas que serán necesarias para el propósito de una problemática o fenómeno en estudio (63).

Se utilizó como instrumento dos cuestionarios en base a la escala de Likert que consta de 28 preguntas para la variable calidad de atención que fue creado por Verónica Lorena Pajuelo Herrera en el año 2018. El cuestionario fue validado por el Juicio de Experto con validez de 0.43 y confiable según la prueba de Alfa de Cronbach de 0.78. El cuestionario para la variable de adherencia fue creado por Gordillo (60) en el año 2018, consta de 16 preguntas y fue sometido por juicio de expertos, quienes evaluaron a través del cálculo del Coeficiente Alpha de Cronbach siendo su resultado de 0.88 para la confiabilidad y la validez se identificó por el cálculo del coeficiente de V de Aiken, con un resultado de 0.87 (Ver Anexo 4,5).

3.5 Procedimientos:

- La investigación se empezó con la visita al centro de salud para solicitar el permiso.
- Luego se procedió aplicar el consentimiento a todos los participantes.
- Después, se aplicó un cuestionario a los participantes del estudio de manera presencial

- La ejecución del instrumento a los participantes del estudio se realizó presencial, duración aproximada de 35 minutos con cada uno de ellos, previo indicaciones de la importancia del estudio.
- Luego, se consolidó los datos en el sistema estadístico para su procesamiento.

3.6 Método de Análisis de dato:

Se realizó la depuración de los datos, seguidamente se confecciono una base de datos en una hoja Excel, se utilizó un programa estadístico SPSS , luego se realizó la estadística descriptiva mediante la confección de tablas estadísticas, después para el punto inferencial, se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov obteniendo la normalidad en variable calidad de atención, el valor de la estadística de prueba es $KS = ,209$ que tiene asociado un $p\text{-valor} = ,000 < ,05$ y para la segunda variable adherencia, el valor de la estadística de prueba es $KS = ,203$ que tiene asociado un $p\text{-valor} = ,000 < ,05$ (Ver anexo 4), lo que significa que la muestra no tiene una distribución normal, por consiguiente seleccionó una prueba no paramétrica y dentro de ellas la prueba de Spearman por la naturaleza de ambas variables.

3.7 Aspectos éticos:

La presente tesis tiene sus bases éticas en la bioética, se aplica el principio de la beneficencia, que es una obligación moral hacer el bien a los demás, esto busca promover la buena salud y ayudar activamente a las personas (64). También se aplica la no maleficencia que proviene de no dañar al paciente, que trata de respetar la salud mental como física de los individuos (65) y también tenemos la autonomía, que manifiesta como la posibilidad razonable a que un individuo deba elegir lo que le resulte más conveniente, superando las presiones y condiciones externas (66). Se está trabajando con consentimiento informado (Ver Anexo 6).

IV. RESULTADOS

3.8 Análisis descriptivo

Tabla 1

Datos sociodemográficos

		n	%
Sexo	Hombre	41	68.3
	Mujer	19	31.7
Edad	16-20	7	11.7
	21-30	22	36.7
	31-40	18	30.0
	41-50	5	8.3
	mayor a 51 años	8	13.3
Grado De Instrucción	sin estudios	1	1.7
	primaria	6	10.0
	secundaria	40	66.7
	Superior	13	21.7
Ocupación	estudiante	8	13.3
	Ama de casa	7	11.7
	empleado	26	43.3
	desempleado	19	31.7
Entorno Familiar	Vive solo	10	16.7
	Vive con su familia	50	83.3
	Total	60	100.0

Fuente: elaboración propia.

De la totalidad de encuestados el 68,3% (41) fueron del sexo masculino y femenino el 31,7% (19), para la edad que presenta mayor incidencia es de 21-39 años de edad con el 36,7% (22), seguida de las edades 31-40 años que representa el 30% (18), > de 51 años fueron un 13,3% (8), de 16- 20 años 11,7% (7), y por último los de 41- 50 años fue el 8,3% (5) con menor casos.

En cuanto, el grado de instrucción tenemos con mayor número a los que cursaron secundaria que representa 66,7% (40), mientras los que cursaron estudios superiores fue el 21,7% (13), para primaria fue 10% (6), sin estudios se tiene al 1,7% (1). También se observa para ocupación con mayor numero a los que trabajan con el 43,3% (26), seguido de desempleado el 31,7% (19), a los que estudian un 13,3% (8) y ama de casa en un 11,7% (7). En cuanto ten su entorno familiar el 83,3% (50) vive con su familia y el 16,7% (10) vive solo.

Tabla 2

Calidad de atención y sus dimensiones en pacientes con tuberculosis en un centro de salud de Santa Anita, 2022-2023.

Niveles	Componente interpersonal				Componente técnico				Componente entorno				Calidad de atención			
	f	%	% vál.	% acum.	f	%	% vál.	% acum.	f	%	% vál.	% acum.	f	%	% vál.	% acum.
Mala	3	5,0	5,0	5,0	3	5,0	5,0	5,0	3	5,0	5,0	5,0	1	1,7	1,7	1,7
Regular	8	13,3	13,3	18,3	16	26,7	26,7	31,7	9	15,0	15,0	20,0	12	20,0	20,0	21,7
Buena	49	81,7	81,7	100	41	68,3	68,3	100,0	48	80,0	80,0	100,0	47	78,3	78,3	100,0
Total	60	100	10		60	100	100		60	100,0	100,0		60	100		100

Fuente: elaboración propia.

En los resultados, se aprecia que, de la totalidad de encuestados, el 78,3% (47) percibe la calidad de atención como buena, seguida del 20% (12) que opina que es regular y el 1,7% (1) que considera que es mala. En general, predomina la calificación de buena para la calidad de atención en sus tres dimensiones. Se obtuvo, para componente interpersonal la percepción positiva alcanzó el 81,7% (48), seguido del nivel regular 13,3% (8) y mala 5,0% (3). Para el componente técnico, coincidió el 68,3% (41), seguido del nivel regular 26,7% (16) y mala 5,0% (3). Para el componente entorno, el 80% (48) considera que hay un buen nivel de atención, seguido del nivel regular 15,0% (9) y mala 5,0% (3).

Tabla 3

Adherencia al tratamiento y sus dimensiones en pacientes con tuberculosis en un centro de salud de Santa Anita, 2022-2023.

	Control de ingesta de medicamento y alimentos				Seguimiento médico conductual.				Autoeficacia				Adherencia al Tratamiento			
	f	%	% vál.	% acum.	f	%	% vál.	% acum.	f	%	% vál.	% acum.	f	%	% vál.	% acum.
No Adherencia	1	1,7	1,7	1,7					4	6,7	6,7	6,7	1	1,7	1,7	1,7
Adherencia	59	98,3	98,3	100,0	60	100,0	100,0	100,0	56	93,3	93,3	100,0	59	98,3	98,3	100,0
Total	60	100,0	100,0		60	100,0	100,0		60	100,0	100,0		60	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

En los resultados, se examina que, de un total de 60 pacientes, el 98,3% (59) se encuentran adheridos al tratamiento, mientras que el 1,7% (1) no se encuentran adheridos. Por otro lado, para el componente Control de ingesta de medicamento y alimentos se obtuvo una adherencia del 98,3% (59) en tanto, que para la no adherencia se evidenció 1,7% (1). Para el Seguimiento médico conductual, el 100% (60), muestra adherencia. Y, por último, para la autoeficacia el 93,3%, (56) presenta adherencia, mientras tanto que el 6,7%, (4) no presenta adherencia.

3.9 Análisis inferencial

Prueba de hipótesis general

Ha: Existe una relación significativa entre la calidad de atención y adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis de un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022- 2023.

H0: No existe una relación significativa entre la calidad de atención y adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis de un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022- 2023.

Prueba: Rho de Spearman

P valor: 0,05

Tabla 4

Relación entre la calidad de atención y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis en un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022-2023.

		Adherencia	al
		tratamiento	
Calidad de atención	Coefficiente de correlación rho de Spearman	,120	
	Sig. (bilateral)	,360	
	N	60	

Fuente: elaboración propia.

En los resultados, se observa que tiene $p\text{-valor}=,360$ lo que es $>,05$, por lo que se afirma que no existe relación entre las variables a las que se alude en la tabla 4. Por lo que se rechaza la hipótesis alterna y, por consiguiente, se acepta la hipótesis nula. Esto representaría que las variables no tienen interdependencia.

Prueba de hipótesis específica 1

Ha: Existe una relación significativa entre la calidad de atención dimensión técnica y adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis de un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022- 2023.

H0: No existe una relación significativa entre la calidad de atención dimensión técnica y adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis de un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022- 2023.

Prueba: Rho de Spearman

P valor: 0,05

Tabla 5

Relación entre la calidad de atención dimensión técnica y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis en un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022-2023.

		Adherencia al tratamiento
Componente técnica	Coeficiente de correlación rho de Spearman	,085
	Sig. (bilateral)	,519
	N	60

Fuente: elaboración propia.

Estos resultados, se observa que $p\text{-valor}=,519$ lo que es $>,05$, por lo que se afirma que no existe correlación entre las variables a las que se alude en la tabla 5. Por lo que se rechaza la hipótesis alterna y, por consiguiente, se acepta la hipótesis nula. Esto representaría que las variables no tienen interdependencia o no la tienen al menos en la muestra de estudio.

Prueba de hipótesis específica 2

Ha: Existe una relación significativa entre la calidad de atención dimensión interpersonal y adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis de un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022- 2023.

H0: No existe una relación significativa entre la calidad de atención dimensión interpersonal y adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis de un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022- 2023.

Prueba: Rho de Spearman

P valor: 0,05

Tabla 6

Relación entre la calidad de atención dimensión interpersonal y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis en un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022-2023.

		Adherencia al tratamiento
Componente interpersonal	Coefficiente de correlación rho de Spearman	,135
	Sig. (bilateral)	,304
	N	60

Fuente: elaboración propia.

En los resultados, se observa a $p\text{-valor} = ,304 > ,05$, por lo que se afirma que no existe correlación entre las variables a las que se alude en la tabla 6. Entonces se rechaza la hipótesis alterna y, por consiguiente, se acepta la hipótesis nula. Esto representaría que las variables no tienen interdependencia.

Prueba de hipótesis específica 3

Ha: Existe una relación significativa entre la calidad de atención dimensión de entorno y adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis de un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022- 2023.

H0: No existe una relación significativa entre la calidad de atención dimensión de entorno y adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis de un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022- 2023.

Prueba: Rho de Spearman

P valor: 0,05

Tabla 7

Relación entre la calidad de atención dimensión de entorno y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis en un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022-2023.

		Adherencia al tratamiento
Componente entorno	Coefficiente de correlación rho de Spearman	,157
	Sig. (bilateral)	,231
	N	60

Fuente: elaboración propia.

En los resultados permiten observar que se tiene $p\text{-valor}=,231$ lo que es $>,05$, por lo que se afirma que no existe correlación entre las variables a las que se alude en la tabla 6. Entonces se rechaza la hipótesis alterna y, por consiguiente, se acepta la hipótesis nula.

V. DISCUSIÓN

La presente investigación, con respecto al sexo, el más predominante fue el masculino en un 68.3%, situación similar se observa en los estudios de Mendoza y Uribe (36) y Chen et al. (39), en el cual 69% fue masculino, ello debido a que la población masculina es más probable que los hombres tengan un empleo más demandante y fuerte, lo cual está asociado con un mayor riesgo de contraer la tuberculosis.

Se observó además que para la edad de más proporción fue de 21 a 31 años en un 36.7%, y de 31 a 40 años en un 30%, parecido en los análisis de Condori (33), Molina et al. (24) y Ajema, et. al. (42), en el que éste último tuvo más frecuencia de individuos en periodo de 25 a 34 años que representa el 28.9%, Esto se debe a que los individuos de la agrupación de edad que se menciona, son económicamente más activos a pesar que a mayor edad son más susceptible a enfermarse.

En cuanto al grado de instrucción, el más frecuente fue el grado de secundaria en un 66.7%, siendo similar en los estudios de, Mendoza y Uribe (36), Chen et al. (39); por consiguiente, mostraron que a mayor nivel los pacientes tienen mayores probabilidades de adherirse al tratamiento; en cuanto Condori en su estudio refiere, que el nivel de educación no limita el conocimiento sobre el alcance de la enfermedad y cómo debe ser el tratamiento. En contraste, el estudio de Ajema, et. al. (42), encontró que la mayor parte de la población eran catalogados como incapaz de leer y escribir en un 34.9%; ello debido a que Ajema, et. al (42) realizó su estudio en una población que obtuvo un 62.2% vive en las áreas rurales, área que tuvo como labor primordial la agricultura y con acceso limitado a la educación.

El entorno familiar del paciente, se encontró que los pacientes en un 83.3% vive en compañía de su familia, caso parecido en las investigaciones de Bacilio y Romero (40),y Chen et al. (39), que refieren que el apoyo familiar puede incrementar la confianza de enfermo para la adherencia al tratamiento; Chen, et. al. (39) en su investigación también revelo que los pacientes con altas tasas de adherencia tenían apoyo moral frecuente de los miembros de la familia y control frecuente de la medicación en forma diaria. No obstante, Molina et al. (41) en su investigación

difieren en la relación del apoyo familiar con la adherencia terapéutica, ya que resultó no ser significativo.

En cuanto a la ocupación, se observó el mayor porcentaje eran lo que trabajaban en un 43.3% como empleados, situación similar se observa en la investigación de Mendoza y Uribe (36), en el cual la más predominante eran los que trabajan siendo esto el 30% trabajan en agricultura y 27.5% eran empleados; ello debido a que Mendoza y Uribe realizaron su estudio en provincia cuya población tiene como actividad principal la agricultura.

La variable calidad de atención se encontró buena en un 78.3%, en cuanto sus dimensiones, el componente interpersonal fue 81.7%, componente técnico 68.3% y componente entorno el 80%, situación parecida se observó en las investigaciones de Rubio (35), Campos y Damián (37), en los cuales fueron buena 90%, en sus 3 dimensiones obtuvieron más del 80% ; Rubio hace referencia a que la buena calidad de atención que recibe los enfermos con TBC, es debido al fortalecimiento del personal competente y exclusivo del programa con capacitaciones frecuentes.

En contraste con Mendoza y Uribe (36) que obtuvieron en la calidad de atención un 15% como buena, 62.5% regular y 22.5% mala, ello debido a que lo atribuyen que no cuentan con personal exclusivo del programa y los pacientes no recibían una atención integral, encontrándose en las dimensiones interpersonal, técnica y entorno como buena menos del 50%.

Para la adherencia al tratamiento, halló que el 98.3% tuvieron adherencia, evidenciado en sus 3 dimensiones, situación muy parecida se registra en el estudio de Molina (41), Rubio (35), Campos y Damián (37), en el cual fue 95% de pacientes con adherencia al tratamiento; esto refiere en el estudio de Campos y Damián que la lucha contra la TBC está buscando disminuir el número de contagios lo que conduciría a disminuir la incidencia y desarrollo de las formas graves. Sin embargo, para el análisis de Chen, et al. (39), y Ajema, et al. (42) y Rubio (35) se encontró en sus resultados una baja adherencia al tratamiento, y ello debido a que Ajema, et al. (42) y Chen, et al. (39) realizaron sus estudios en una población con factores socioeconómicos y socioculturales como el alcoholismo, drogadicción y apoyo familiar bajo que conlleva a la baja adherencia.

En el estudio se indica no existe relación entre calidad de atención y la adherencia al tratamiento; situación parecida al reportado en el estudio de Campos y Damián (37) que tampoco encontraron, pero así mismo podemos señalar que hay estudios que si cuentan con una relación determinada como los estudios de Mendoza y Uribe (36), Condori (33), Maguiña (34), en donde Maguiña determinó que, hubo relación entre las dos variables con resultado de la prueba con un Rho de Spearman de 0.48, con una significancia positiva moderada.

Mendoza y Uribe (36) realizaron su investigación en una zona de provincia, encontraron la calidad de atención como regular y baja adherencia, ello debido que se desarrolló en zonas rurales que se tenía que considerar su aspecto geográfico y accesibilidad para su atención. También influyó las deficiencias que se encuentran en el ámbito de la sanidad en términos de infraestructura, insumos y recursos humanos; los profesionales de salud se esfuerzan por superar tales deficiencias y realizan esfuerzos concertados para satisfacer la oferta. Es evidente que esta situación se da en forma general en todo el país, pero es aún mayor en zonas alejadas de provincia, sintiéndose la ausencia de las autoridades de salud; con población que informa su descontento en su atención.

La relación entre la dimensión técnica y adherencia en la terapéutica, se indica que no existe correlación entre la dimensión técnica y la adherencia, lo mismo se observó en el estudio de Campos y Damián (37), su resultado fue un p valor de 0,30 quienes también manifiesta que no existe relación entre la dimensión técnica y adherencia al tratamiento, refiriendo que el programa cuentan con personal exclusivo y capacitado según las normas de la estrategia para su atención de forma continua; lo mismo pasa en este estudio que se tiene desde el año 2019 personal multidisciplinario contratado para la estrategia y que recibe continuamente capacitaciones de las guías, normas, etc. y que además son supervisadas constantemente por sus autoridades del sector.

En contraste en los estudios Mendoza y Uribe (36) encontraron que la atención en su componente técnica era mala y se apegaba poco a la terapia, obtuvo que la tecnología para ser utilizada en los enfermos o sospechosos de esta enfermedad todavía no les permitía como territorio hacer diagnósticos más rápidos y precisos, como es el caso de los establecimientos de zona urbana, capital.

Para la relación entre dimensión interpersonal y la adherencia terapéutica, se tuvo como resultado un p valor de 0,30, caso parecido se encontró en el estudio de Campos y Damián (37), cuya conclusión es que no hay correlación entre las variables durante el periodo estudiado, para los autores Campos y Damián (37) en la dimensión interpersonal indicaron que las enfermeras del área de atención de TBC eran amables y manifestaban el interés durante el seguimiento de la enfermedad. A diferencia del estudio de Condori (33) Mendoza y Uribe (36), Condori (33) señala que, si existe relación significativa entre las variables, manifiestan que el personal no estaba preparado para atender de forma adecuada a los enfermos de TBC, referían los pacientes que no eran amables con ellos, ni se interesaban en su progreso.

Mendoza y Uribe (36) en su investigación también encontraron la existencia de la relación del ámbito interpersonal con la adherencia, indicando que los pacientes con TBC necesitan sentirse cómodos con el personal de salud que los atiende, debido a la confianza, el apoyo y la seguridad de que el tratamiento y la orientación sobre la enfermedad son el único objetivo para restaurar su salud.

También tenemos que la relación entre la calidad de atención en la dimensión entorno y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis, se obtuvo un p valor de 0,23, de igual caso fue en el estudio de Campos y Damián (37), quienes obtuvieron en su estudio un p valor de 0,84, lo que indica que no existe correlación entre las dos variables de estudio, en ambos estudios se utilizó el mismo instrumento.

Además, refiere Campos y Damián (37) que la atención de los pacientes se realiza en un lugar y ambiente exclusivo, hecho que pasa lo mismo en este estudio que cuenta con un área exclusiva para su atención, puerta diferenciada, insumos, exámenes y otros para su seguimiento en el tratamiento. Sin embargo, tenemos en los estudios de Condori (33) y Rubio (35), en el cual mostraron que, si existe relación significativa entre la dimensión entorno y la adherencia al tratamiento, es por ello que Condori (33) manifiesta que los pacientes con TBC recibieron atención oportuna por parte del profesional de manera consistente y recibieron la atención en un entorno aceptable y además que el retraso y la falta de un entorno adecuado pueden conducir al fracaso del tratamiento.

Rubio, en su investigación menciona a esta dimensión como confort, obtuvo el punto con la denominación más baja la privacidad, considerando que no todos los establecimientos de salud cuentan con las instalaciones adecuadas para que los pacientes con tuberculosis que acuden diariamente a recibir tratamiento se sientan segura y no puedan ser vistas por las demás personas que asisten a otros servicios. Además, no existe un horario de atención diferenciada, por lo que es muy común que varios pacientes tomen su medicación a la vez; perjudicando a los pacientes en su atención.

Los estudios descritos anteriormente son investigaciones realizados antes o durante la pandemia del covid que encontraron que, debido a las dificultades en el sistema de atención médica, los pacientes no podían continuar con tratamiento de manera supervisada, es más los pacientes por su propia condición de afectados con TBC debían estar aislados con limitaciones para su seguimiento y controles periódicos propios del programa a lo que condujeron al incumplimiento al tratamiento.

Cabe mencionar que muchos de los establecimientos de salud se convirtieron en centro de atención de covid, dirigiendo a su personal de salud para que priorice la atención de pacientes covid, dejando de lado los programas de salud entre ellos la estrategia de Tuberculosis.

También hay un contraste con otros establecimientos de salud, ya que existen establecimientos de salud que cuentan con un equipo integral propio del programa de TBC, el cual realizaban los trabajos necesarios para que los pacientes reciban la medicación oportunamente y eran monitorizados con llamadas telefónicas o videollamadas, actividad que fue implementada por el ministerio de salud a través de la telemedicina en diversos escenarios médicos durante la pandemia en los diferentes establecimientos de salud, para el seguimiento de los pacientes, todo ello, para evitar que los pacientes no progresen a las formas más graves, llegando a la mortalidad.

Además, señalar que este grupo era más propenso a fallecer por la infección de covid, ya que pertenecían al grupo de riesgo a enfermarse y llegar a la muerte. Esto también se hizo evidente para muchos pacientes con TBC, ya que se preocuparon

por los riesgos que podría presentar contraer la infección por covid, lo que llevó a muchos pacientes a preocuparse más por su salud y quieran recuperarse de la enfermedad de tuberculosis más rápidamente. Por lo que podemos observar que la calidad de atención no está relacionado a la adherencia en esta población, ya que los pacientes priorizaban su tratamiento y cuidado de su salud para disminuir el riesgo de formas graves y mortalidad que se presentaron en la pandemia.

VI. CONCLUSIONES

1. No existe una relación entre calidad de atención y adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis en un centro de salud de Santa Anita en los años 2022-2013.
2. No existe una relación entre la calidad de atención dimensión técnica y adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis de un centro de salud del distrito de Santa Anita, en los años 2022-2013.
3. No existe una relación entre la calidad de atención dimensión interpersonal y adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis de un centro de salud del distrito de Santa Anita, en los años 2022-2013.
4. No existe una relación entre la calidad de atención dimensión entorno y adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis de un centro de salud del distrito de Santa Anita, en los años 2022-2013.

VII. RECOMENDACIONES

Aunque no se encontró una relación significativa entre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento, es importante seguir investigando y analizando posibles factores que puedan influenciar la ausencia de correlación. Se sugiere realizar estudios más extensos y con un enfoque más amplio que involucren diferentes variables, como el acceso a los servicios sanitarios, la educación de los pacientes sobre la afección y el tratamiento, así como el apoyo social y familiar durante el proceso de tratamiento.

Se recomienda a los directivos del ministerio de salud garantizar que los establecimientos de salud cuenten con el equipo multidisciplinario capacitado para la atención de los pacientes afectados con la tuberculosis, según Reglamento de la Ley N° 30287, Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú decreto supremo n° 021-2016-s, artículo 5 – 6., ya que los estudios indican que no cuentan con personal capacitado y equipo exclusivo para su tratamiento y seguimiento, según el reglamento en mención.

Se sugiere a los directores de los hospitales y directores de las direcciones de salud, vigilar la implementación de la ley N° 30421, ley marco de Telesalud, modificada por el decreto legislativo 1303 y 1490, establece que los establecimientos de salud deben incorporar los servicios de Telesalud en los diferentes servicios que ofertan entre ellos el programa de TBC para optimizar su atención oportuna.

Aunque no se encontró una relación dimensión entorno y la adherencia, se sugiere evaluar el entorno y las condiciones en las que los pacientes reciben el tratamiento. Es esencial garantizar que el entorno de atención sea propicio para la adherencia al tratamiento, lo que podría incluir la disponibilidad de recursos adecuados, el acceso a apoyo social y psicológico, así como la minimización de barreras logísticas que puedan dificultar la vigilancia de la terapéutica de los enfermos.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis [sede Web]. Ginebra: OMS; 2021 [acceso 12 de mayo 2023]. [Internet] . Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
2. Centers for Disease Control and Prevention, División of Tuberculosis Elimination, National Center for HIV, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, CDC 2022, EEUU.
3. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis en las Américas Informe regional 2020. [internet]. D.C. Washington: 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275324479>.
4. Tadesse T, Demissie M, Berhane Y, Kebede Y, Abebe M. A Qualitative Assessment of Challenges to Tuberculosis Management and Prevention in Northern Ethiopia. *Ethiop J Health Sci.* 2015;25(2):125-134. doi:10.4314/ejhs.v25i2.3
5. Halpern B y Ranzani OT. Enseñanzas de la pandemia de COVID-19 en América Latina: la vulnerabilidad genera más vulnerabilidad. *Rev Panam Salud Publica.* 2022;46:e59. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.59>
6. Centers for Disease Control and Prevention. Managing Tuberculosis Patients and Improving Adherence. 2016. <https://www.cdc.gov/tb/education/ssmodules/pdfs/modules6-508.pdf>. Accessed July 24, 2023.
7. Alarcón V, Alarcón E, Figueroa C, Mendoza-Ticona A. Tuberculosis en Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* [internet]. 28 de junio de 2017 [citado el 11 de mayo de 2023];34(2):299-310. disponible desde: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2384>
8. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health.* 2018;6(11):e1196-e1252. doi:10.1016/S2214-109X(18)30386-3
9. Munro SA, Lewin SA, Smith H, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patient adherence to tuberculosis treatment: A systematic review of qualitative research. *PLoS Med.* 2007;4(7):e238. doi:10.1371/journal.pmed.0040238

10. Munro SA, Lewin SA, Smith H, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patient adherence to tuberculosis treatment: A systematic review of qualitative research. *PLoS Med.* 2007;4(7):e238. doi:10.1371/journal.pmed.0040238
11. Muñoz del Carpio Toia Agueda, Sánchez-Pérez Héctor Javier, Vergès de López Claude, Sotomayor-Saavedra María Angélica, López-Dávila Luis, Sorokin Patricia. Tuberculosis en América Latina y el Caribe: reflexiones desde la bioética. *pers.bioét.* [Internet]. diciembre de 2018 [citado el 11 de mayo de 2023]; 22(2): 331-357. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222018000200331&lng=en. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.10> .
12. Organización Mundial de la Salud. Adherence to long-term therapies. Evidence for action [sede Web]. Ginebra: OMS;2003 [Internet]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>
13. Ministerio de Salud. Documento técnico: Política Nacional de Calidad en Salud [internet] Lima: 2015. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/politica_nacional_calidad.pdf
14. Altamirano G, Bringas E, Ventura EM. Adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial que acuden a un centro de salud de Lima Norte, 2021. *Rev. Cient. Cuidado y Salud Pública.* 2021; 1(2): 3-8. DOI: 10.53684/csp.v1i2.18
15. Inga-Berrosipi Fiorella, Arosquipa Rodríguez Carlos. Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú y su importancia en la calidad de atención. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [Internet]. 2019 Jun [citado 2023 Mayo 31] ; 36(2): 312-318. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200021&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4493>.
16. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health.* 2018;6(11):e1196-e1252. doi:10.1016/S2214-109X(18)30386-3
17. Munro SA, Lewin SA, Smith H, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patient adherence to tuberculosis treatment: A systematic review of qualitative research. *PLoS Med.* 2007;4(7):e238. doi:10.1371/journal.pmed.0040238

18. Munro SA, Lewin SA, Smith H, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patient adherence to tuberculosis treatment: A systematic review of qualitative research. *PLoS Med.* 2007;4(7):e238. doi:10.1371/journal.pmed.0040238
19. Centers for Disease Control and Prevention. Tuberculosis Screening, Testing, and Treatment of U.S. Health Care Personnel: Recommendations from the National Tuberculosis Controllers Association and CDC, 2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2019;68(19):439-443. doi:10.15585/mmwr.mm6819a3
20. Kruk ME, Gage AD, Joseph NT, Danaei G, García-Saisó S, Salomon JA. Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet.* 2018;392(10160):2203-2212. doi:10.1016/S0140-6736(18)31668-4
21. Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches.* Sage publications.
22. Bryman, A. (2016). *Social research methods.* Oxford university press.
23. Neuman, W. L. (2013). *Social research methods: qualitative and quantitative approaches.* Pearson.
24. World Health Organization. *Global Tuberculosis Report 2020.* Geneva: World Health Organization; 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>. Accessed July 24, 2023.
25. World Health Organization. *Treatment of Tuberculosis: Guidelines for Treatment of Drug-Susceptible Tuberculosis and Patient Care, 2017 Update.* Geneva: World Health Organization; 2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK458602/>. Accessed July 24, 2023.
26. World Health Organization. *WHO Treatment Guidelines for Drug-Resistant Tuberculosis, 2016 Update.* Geneva: World Health Organization; 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK368248/>. Accessed July 24, 2023.
27. World Health Organization. *WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis: Module 4: Treatment: Drug-Resistant Tuberculosis Treatment.* Geneva: World Health Organization;

2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555977/>. Accessed July 24, 2023.
28. World Health Organization. WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis: Module 3: Diagnosis: Rapid Diagnostics for Tuberculosis Detection. Geneva: World Health Organization; 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555976/>. Accessed July 24, 2023.
29. World Health Organization. WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis: Module 2: Screening: Systematic Screening for Active Tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555975/>. Accessed July 24, 2023.
30. World Health Organization. WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis: Module 1: Prevention: Tuberculosis Preventive Treatment. Geneva: World Health Organization; 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555974/>. Accessed July 24, 2023.
31. World Health Organization. WHO Treatment Guidelines for Drug-Resistant Tuberculosis, 2016 Update. Geneva: World Health Organization; 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK368248/>. Accessed July 24, 2023.
32. World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 5: prevention. Geneva: World Health Organization; 2020. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240001503>.
33. Condori LA. Calidad De Atención Y Adherencia Al Tratamiento Del Paciente En El Programa De Tuberculosis Del Hospital Rene Toche Groppo Diciembre 2018 – PERÚ 2020. <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/611>
34. Maguiña Inga, R. Calidad de atención y adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar de un centro médico en Trujillo, 2022, Perú [tesis de maestría]. Trujillo: universidad cesar vallejo; 2022. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/104103>

35. Rubio Narro, L, Calidad de Atención según estructura y Adherencia al Tratamiento de Personas Afectadas por Tuberculosis en la Micro Red la Esperanza, Perú Trujillo, [tesis de maestría].Trujillo: Universidad Cesar Vallejo;2020. Disponible en <https://hdl.handle.net/20.500.12692/45882>
36. Medoza Flores OOL, Uribe Vilca RI. Calidad de atención y adherencia al tratamiento de personas afectadas por tuberculosis en la Red de Salud San Francisco Ayacucho - 2021 [Internet]. [Callao - Perú]: Universidad Nacional del Callao; 2022. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/6889/TESIS%20MAESTR%C3%8DA%20MENDOZA%20-%20URIBE%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
37. Campos K, Damián A. Nivel Calidad De Atención Y Adherencia Al Tratamiento del paciente de la Microred Chiclayo. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Perú: Universidad señor de Sipán; 2022.
38. Cajo Montero, L; Guadalupe Morales, A. Acciones de Enfermería en la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis. Distrito Riobamba-Chambo. octubre 2018-marzo 2019. [Proyecto de Investigación para la obtención del Título de Licenciada en Enfermería. Unach. Riobamba. 2019; <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5673>
39. Chen, X., Du, L., Wu, R., Xu, J., Ji, H., Zhang, Y., Zhu, X., & Zhou, L.. The effects of family, society and national policy support on treatment adherence among newly diagnosed tuberculosis patients: a cross-sectional study. *BMC infectious diseases*, 2020; 20(1), 623. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05354-3>
40. Bacilio González, Sheyla Claribel; Romero Rodríguez, Yardel René. Adherencia al tratamiento de la tuberculosis en los pacientes atendidos en el centro de salud de Santa Elena. 2019.. UPSE, Matriz. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud. 2020; 54p.
41. Molina-Chailán Pía, Mendoza-Parra Sara, Sáez C. Katia, Cabrera F. Salvador. Perfil biopsicosocial del paciente con tuberculosis y factores asociados a la adherencia terapéutica. *Rev. chil. enfermo respirar* [Internet]. 2020 junio [citado 2023 mayo 05] ; 36(2): 100-108. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717

42. Ajema, D., Shibru, T., Endalew, T., & Gebeyehu, S.. "Level of and associated factors for non-adherence to anti-tuberculosis treatment among tuberculosis patients in Gamo Gofa zone, southern Ethiopia: cross-sectional study." *BMC public health* vol. 20,1 1705. 13 Nov. 2020, doi:10.1186/s12889-020-09827-7
43. Juran, J M. (1990). *Juran y la planificación de la calidad*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
44. Donabedian A. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press. 2003;240 pages
45. Molina Astúa Milena, Quesada Mena Luis Diego, Ulate Gómez Daniel, Vargas Abarca Sindy. *La calidad en la atención médica*. *Medicina interna*. Costa Rica [Internet]. marzo de 2004 [consultado el 5 de mayo de 2023]; 21(1): 109-117. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152004000100007&lng=en.
46. Cano S, Giraldo A, Forero C. Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Pública* 2016; 34(1): 48-53. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n1a06
47. Flores C. *Modelo de gestión por resultados para mejorar la calidad de atención en usuarios de la Municipalidad Distrital de Morales*, 2020 [tesis doctoral]. Tarapoto: Universidad Cesar Vallejo; 2021.
48. Cabadas Avi6n R, *Quality Care: La calidad asistencial: ¿de qu6 estamos hablando?* asociaci6n espa6ola de cirugía mayor ambulatoria, 2015. Disponible en: [www. Asecma.org](http://www.Asecma.org).
49. Flores, R., Dilas, D. *Apoyo social, calidad de atenci6n y adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis en Per6: El rol mediador de la educaci6n sanitaria impartida por enfermeras [tesis maestra de salud p6blica]* Universidad Peruana Uni6n; 2022. <http://hdl.handle.net/20.500.12840/5833>
50. Amico KR, Mugavero M, Krousel-Wood MA, Bosworth HB, Merlin JS. Advantages to Using Social-Behavioral Models of Medication Adherence in Research and Practice. *J Gen Intern Med* 2018;33(2):207-215.

51. Reyes-Flores E, Trejo-Alvarez R, Arguijo-Abrego S, Jiménez-Gómez A, Castillo-Castro A, Hernández-Silva A, Mazzoni-Chávez L. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. Rev Méd Hondur [Internet]. 15 de diciembre de 2016 [citado 23 de julio de 2023];84(3-4):125-32. Disponible en: <https://camjol.info/index.php/RMH/article/view/12384>
52. Ortega Cerda J., Sánchez Herrera D., Rodríguez Miranda Ó, Ortega Legaspi J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta méd. Grupo Ángeles [revista en la Internet]. 2018 Sep [citado 2023 Mayo 06] ; 16(3): 226-232. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es.
53. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. Ars Pharm [Internet]. 20 de diciembre de 2018 [citado 19 de mayo de 2023];59(4):251-8. Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/7357>
54. Soria Trujano, Rocío, Vega Valero, Zaira, Nava Quiroz, Carlos, Saavedra Vázquez, Karina. Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. Liberabit, 2011; 17(2), 223-230. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272011000200011&lng=es&tlng=es
55. Arroyo Jiménez C, Reyes Ortega MA, Lara Puente A, Zúñiga Chacón GL, Torres Márquez K, Villalpando Martínez T, et al. Efectos conductuales de la Terapia de Aceptación y Compromiso con pacientes de un hospital pediátrico. Apunt Psicol [Internet]. 2020 [citado el 23 de julio de 2023];38(2):81–9. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/111519>
56. Canales S, Barra E. Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. Psicol Salud. 2014;24(2):167-73. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/922>
57. Ríos Ramírez RR. Metodología para la investigación y redacción [Internet]. Campus Universitario Teatinos Boulevard Louis Pasteur, 4 Málaga 29071: Servicios Académicos intercontinentales S.L.; 2017. Disponible en:

<https://es.scribd.com/document/589988988/Metodologia-de-La-Investigacion-y-Redaccion-Rios-2017#>

58. George Thomas C. Research Methodology and Scientific Writing [Internet]. Nueva Delhi, India: ANE Books; 2020. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/335701346_Research_Methodology_and_Scientific_Writing_2nd_Edition
59. Arias Gonzáles JL, Covinos Gallardo M. Diseño y metodología de la investigación [Internet]. Prolongación Avenida Ejército 618, Arequipa-Perú: Enfoques Consulting EIRL.; 2021. Disponible en: <https://repositorio.concytec.gob.pe/handle/20.500.12390/2260>
60. Gordillo T. Adherencia al tratamiento y depresión en pacientes con Tuberculosis de la Microred Pachacutec Ventanilla. [Tesis] Lima. Universidad Cesar Vallejo, 2018; <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/27934>
61. López P, Fachelli S. El diseño de la muestra. A: Metodología de la investigación social cuantitativa. 2017, cap. II.4. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona. <https://ddd.uab.cat/record/185163>
62. Otzen T., Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio Sampling Techniques on a Population Study 35(1):227-232 Chile. Int. J. Morphol., 2017.
63. Arias Gonzáles JL. Técnicas e instrumentos de investigación científica [Internet]. Prolongación Avenida Ejército 618, Arequipa - Perú: Enfoques Consulting EIRL; 2020. Disponible en: <http://repositorio.concytec.gob.pe/handle/20.500.12390/2238>
64. Molina Ramírez N. La bioética: Sus principios y propósitos, para un mundo tecnocientífico, multicultural y diverso. Rev. Colombiana de bioética [internet] 2013; 8(2), 18-37. Disponible: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?i>
65. López LE, Zuleta G. El principio de beneficencia como articulador entre la teología moral, la bioética y las prácticas biomédicas. Universidad Pontificia Bolivariana Medellín, Colombia: Franciscanum 174; 2020. Vol. 62; 1-30.
66. Hincapié, J., & Medina, M. (2019). Bioética: Teorías y principios. UNAM. <https://bit.ly/3Hqu9E>

Anexo N° 1: Matriz de Operacionalización

Variable de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Calidad de Atención	Es el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Donabedian (2003).	Para medir la calidad de atención aplicaremos un cuestionario de 28 preguntas cerradas el cual tendrá una aplicación de 25 minutos por participantes	<p>componente interpersonal</p> <p>Componente técnica</p> <p>Componente entorno</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Saludo cordial -Identificación del paciente -Establece confianza -Diálogo asertivo -Interés por la salud -Incomodidad al mal trato -Orientación sencilla del mal Lenguaje sencillo -Informe adecuado sobre salud -Incomodidad por mala orientación -Orientación de efectos adversos a tratamiento -Orientación sobre visita -Vigila la toma tratamiento -Orienta cumplimiento de tratamiento -Lugar adecuado para tratamiento -Limpieza y comodidad del local 	<p>Escala ordinal de tipo Likert</p> <p>Nunca: 1 Raras veces:2 Siempre: 3</p> <p>Recategorización: Mala 28 a 47 Regular 48 a 66 Buena 67 a 84</p>
Adherencia al Tratamiento	Se refiere a la intensidad de la conducta de un paciente se ajuste a sus indicaciones acordadas entre los profesionales de la sanidad y los pacientes (Ortega et al. 2018).	Para medir la adherencia al tratamiento aplicaremos un cuestionario de 16 preguntas el cual tendrá una aplicación de 15 minutos por participantes.	<ul style="list-style-type: none"> -Control de ingesta de medicamento y alimentos. -Seguimiento médico conductual. -Autoeficacia 	<ul style="list-style-type: none"> -Cumplimiento de horario de medicación Dieta rigurosa -Cumplimiento indicaciones médico-enfermera -Relación enfermera-paciente -Cumplimiento con exámenes complementarios -Puntualidad en las consultas -Cumplimiento de recomendaciones Barreras -Disminución de síntomas -Apego al tratamiento Barreras para asistencia -Percepción de la evaluación de salud Soporte familiar Complejidad del tratamiento 	<p>Escala nominal de tipo Likert</p> <p>Siempre:4 Casi siempre: 3 Casi Nunca: 2 Nunca: 1</p> <p>No adherencia < 24 puntos Adherencia= > 25 puntos</p>

Anexo N° 2: Tabla de consistencia

Problema de investigación	Objetivos	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Items	Escala de medición
¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de atención y adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis en un centro de salud de Santa Anita, 2022-2023	General Indicar la relación entre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento de paciente con TBC en un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022- 2023 Específicos:	Calidad de Attention	Cano, Giraldo & Forero (2016) Refiere cuando en las instituciones prestadoras de servicios los tratan de forma humanizada, a tiempo y tienen solución al problema	Para medir la calidad de atención aplicaremos un cuestionario de 28 preguntas cerradas el cual tendrá una aplicación de 20 minutos por participantes. La autora del instrumento es Verónica Lorena Pajuelo Herrera	Técnica	-Orientación sencilla de la enfermedad - Lenguaje sencillo - Informe adecuado sobre su salud -Incomodidad por mala orientación -Orientación de efectos adversos a tratamiento -Orientación sobre visita -Vigila la toma tratamiento	1,2,,3,3..4,6,8,10, 11	Escala ordinal de tipo Likert Nunca: 1 Raras veces:2 Siempre: 3
					Interpersonal	-Saludo cordial -identificación de paciente -Establece confianza, diálogo asertivo -Interés por la salud -Incomodidad al mal trato	7,,12,,13,14,15,11,17,18,19	Recategorización: Mala 28 a 47 Regular 48 a 66
					Entorno	-Lugar adecuado para tratamiento -Limpieza y comodidad del local	20,21,22,23,24,25,26,26,28	Buena 67 a 84
	Determinar la relación entre la calidad de atención dimensión interpersonal y adherencia al tratamiento de pacientes con TBC de un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022- 2023.	Adherencia al tratamiento	Ortega J, Sanchez D. (2018) refiere que implica conductas, refiriéndose al grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente.	Para medir la adherencia al tratamiento aplicaremos un cuestionario para la variable de adherencia fue creado por Gordillo Fernández Thalia Mercedes	Control de Ingesta de Medicamentos y Alimentos	-Saludo cordial -Identificación del paciente -Establece confianza -Diálogo asertivo -Interés por la salud -Incomodidad al mal trato	1,3,4,5	Escala nominal de tipo Likert Siempre: 4 Casi siempre: 3 Casi
					Seguimiento Médico Conductual	-Relación enfermera-paciente -Cumplimiento con exámenes complementarios -Puntualidad en las consultas -Cumplimiento de recomendaciones Barreras -Disminución de síntomas	7, 8,9,10	Nunca: 2 Nunca: 1 No herencia < 24 puntos
					Autoeficacia	-Apego al tratamiento Barreras para asistencia -Percepción de la evaluación de salud - Soporte familiar Complejidad del tratamiento	11,12,13,15,16	Adherencia= Seguimiento 25-32 puntos

ANEXO N° 3

Cálculo Muestral

Calcular la muestra:

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

n = muestra

N = Población

Z = nivel de confianza 1.96

E = resto de confianza 0.05

p = certeza 0,5

q = error 0,5

n= 60

Anexo N° 4

Encuesta de Calidad de Atención

La Investigación: Calidad de atención y nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.

Las Instrucciones: Estamos realizando un estudio con los pacientes con tuberculosis, para conocer respecto a la atención que les brindan durante su consulta y su nivel de adherencia al tratamiento.

Sus respuestas son confidenciales, así que le vamos agradecer su sinceridad.

Para responder a las siguientes preguntas, debe tener en encuesta las escalas de valoración: (1) nunca, (2) Raras veces y (3) Siempre

N°	ITEMS	(1)	(2)	(3)
	Dimensión interpersonal			
1	La enfermera lo saluda cordialmente y con respeto cuando llega a la consulta.			
2	Le satisface que la enfermera lo 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 familiar se ve afectada a causa de su enfermedad.			
8	Le molesta que la enfermera le responda de modo descortés a sus preguntas			
	Técnica			
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 realicen en el servicio.			

13	La enfermera le orienta sobre los posibles efectos adversos del tratamiento y como resolverlos.			
14	Le incomoda que la enfermera omita o no le exprese los motivos de la visita a su domicilio.			
15	La enfermera le informa acerca de la muestra de esputo, control médico y quimioprofilaxis a su familia.			
16	La enfermera evalúa mensualmente su peso.			
17	La enfermera le proporciona los envases para su muestra de esputo mensualmente.			
18	La enfermera permanece a su lado y observa mientras toma sus medicamentos.			
19	Le satisface que la enfermera le informe sobre el cambio de fase en su			
20	La enfermera le da folletos sobre la tuberculosis.			
21	La enfermera expresa con palabras sencillas su interés por el cumplimiento de su tratamiento.			
22	La enfermera le orienta sobre las consecuencias, en caso de abandonar el tratamiento.			
23	Le agrada que la enfermera le oriente sobre los beneficios del tratamiento			
	Entorno			
24	Le agrada el lugar donde toma sus medicamentos porque tiene ventilación natural.			
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 resulta incómodo.			

Recategorización:

Mala 28 a 47

Regular 48 a 66

Buena 67 a 84

Anexo N° 5

Cuestionario de Nivel de adherencia al tratamiento

Instrucciones: Marque con una X el ítem que describa mejor su adherencia al tratamiento

Ítems	Siempre (4)	Casi siempre (3)	Casi nunca (2)	Nunca (1)
Control de ingesta de Medicamentos y alimentos				
1. La ingesta de los medicamentos la realizo puntualmente y según lo indicado por los profesionales de salud.				
2 Si veo que no mejora mi salud dejo el tratamiento				
3. cumpliría con una dieta rigurosa en caso me lo indique el profesional de salud				
4 Dejaría de hacer algo que me agrada como fumar o ingerir alcohol si me lo indica el enfermero o médico				
5 Sigo con el tratamiento si tengo una buena relación con el profesional médico				
Seguimiento médico conductual				
6 Realizo los exámenes auxiliares (radiografía de tórax, BC en esputo) cuando me lo indiquen los profesionales.				
7 Asisto puntualmente a las consultas síntomas desaparecen y me siento curado dejo el tratamiento				
8 Sigo las recomendaciones de los profesionales referentes a alguna molestia que aparezca y afecte mi estado de salud.				

9 He sentido que, en mi familia, trabajo u otro lugar me han discriminado y eso ha afectado mi tratamiento				
10 Me realizo los exámenes de manera periódica según las indicaciones				
11 Si los síntomas desaparecen y me siento curado dejo el tratamiento				
Autoeficacia				
12. Cuando recibo los resultados de mis análisis me convengo de lo que tengo y sigo mi tratamiento con responsabilidad				
13 Si tengo mucho trabajo u otras cosas que hacer dejo de asistir a tomar los medicamentos al centro de salud				
14 A pesar de lo largo del tratamiento siempre tomo mis medicamentos a la hora indicada				
15 Es necesario que me recuerden a otros amigos o familiares para que yo siga con el tratamiento.				
16 continuo con el tratamiento, aunque sea difícil.				

No adherencia < 24 puntos

Adherencia= Seguimiento > 25 puntos

Anexo N° 6

Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Calidad de atención	,209	60	,000
Nivel de adherencia al tratamiento	,203	60	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

La tabla muestra los resultados de la prueba Kolmogorov-Smirnov para las variables y dimensiones contempladas en la presente investigación, se considera un p-valor= ,05.

Variable calidad de atención: el valor de la estadística de prueba es KS= ,209 que tiene asociado un p-valor= ,000<,05. Por tanto, su distribución no es normal.

Variable nivel de adherencia al tratamiento: el valor de la estadística de prueba es KS= ,203 que tiene asociado un p-valor= ,000<,05. Por tanto, su distribución no es normal.

Por consiguiente, debe usarse una prueba de análisis no paramétrico como rho de Spearman.

Anexo N° 7

Consentimiento informado

Título de la investigación: Calidad de atención y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis en un centro de salud del distrito de Santa Anita, 2022-2023.

Investigadora: Melissa Victoria Marcos Virhuez

Propósito del estudio

Le invitamos a participar en la investigación titulada “Calidad de atención y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis, cuyo objetivo es determinar la relación que hay entre la calidad de atención y adherencia en pacientes con tuberculosis. Esta investigación es desarrollada por estudiante de posgrado, de la carrera profesional maestría en gestión de los servicios de la salud de la Universidad César Vallejo del campus Lima Este, aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad y con el permiso de la institución.

Lo cual contribuirá a mejorar la atención de los pacientes y seguimiento de la enfermedad, temas muy importantes en nuestros tiempos.

Procedimiento

Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente:

1. Se realizará una encuesta o entrevista donde se recogerán datos personales y algunas preguntas sobre la investigación titulada: “Calidad de atención y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis”.
2. Esta encuesta o entrevista tendrá un tiempo aproximado de 35 minutos y se realizará en el ambiente de sala de espera de la institución.

Las respuestas de los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Participación voluntaria

Puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada.

Posterior a la aceptación no desea continuar puede hacerlo sin ningún problema,

Riesgo

NO existe ningún riesgo de participar en la investigación. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene la libertad de responderlas o no.

Beneficios

Se le informará que los resultados de la investigación se le alcanzará a la institución al término de la investigación. No recibirá ningún beneficio económico ni de ninguna otra índole. El estudio no va a aportar a la salud individual de la persona, sin embargo, los resultados del estudio podrán convertirse en beneficio de la salud pública.

Confidencialidad

Los datos recolectados deben ser anónimos y no tener ninguna forma de identificar al participante. Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente Confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y pasado un tiempo determinado serán eliminados convenientemente.

Problemas o preguntas:

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con el Investigador Melissa Victoria Marcos Virhuez, email: melissavmv@hotmail.com y Docente Huauya Leuyacc María Elena.

Consentimiento

Después de haber leído los propósitos de la investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

Nombre y apellidos:

Fecha y hora:

POSGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Escuela de Posgrado

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Lima SJL, 18 de mayo del 2023

N°Carta P.209– 2023-1 EPG – UCV LE

SEÑOR(A)

M.C PAULO CESAR PRADO CUADROS
Medico jefe
Centro de Salud San Carlos

Asunto: Carta de Presentación del estudiante **Marcos Virhuez Melissa Victoria.**

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para presentar a **MARCOS VIRHUEZ MELISSA VICTORIA.** identificado(a) con DNI N.°40055592 y código de matrícula N° 7002755967; estudiante del Programa de MAESTRIA DE GESTION EN LOS SERVICIOS DE SALUD quien se encuentra desarrollando el Trabajo de Investigación (Tesis):

CALIDAD DE ATENCIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN UN CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE SANTA ANITA, 2022 – 2023.

En ese sentido, solicito a su digna persona facilitar el acceso de nuestro(a) estudiante a su Institución a fin de que pueda aplicar entrevistas y/o encuestas y poder recabar información necesaria.

Con este motivo, le saluda atentamente,



Cc. Interesado,
Administrativo (MRCV)



LIMA NORTE Av. Alfredo Mendiola 6232, Los Olivos. Tel.:(+511) 202 4342 Fax.:(+511) 202 4343
LIMA ESTE Av. del Parque 640, Urb. Canto Rey, San Juan de Lurigancho Tel.:(+511) 200 9030 Anx.:2510.
ATE Carretera Central Km. 8.2 Tel.:(+511) 200 9030 Anx.: 8184
CALLAO Av. Argentina 1795 Tel.:(+511) 202 4342 Anx.:2650.

Anexo N° 10: Evidencia fotográfica



Fotografía N°1: Entrega de consentimiento informado



Fotografía N°2: Entrega de cuestionario.



Fotografía N° 3: Recepción del consentimiento informado e instrumentos.