



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

Calidad asistencial y su relación con la adherencia al tratamiento
para tuberculosis, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador
2022

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Zambrano Ayala, Gabriela Elizabeth (orcid.org/0000-0002-6735-786X)

ASESORA:

Dr. Loayza Valcárcel, Neri Miguel Ángel (orcid.org/0000-0001-6314-144X)

Dr. Felix Alberto Caycho Valencia (orcid.org/0000-0001-8241-5506)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Dirección de los Servicios de Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA - PERÚ

2023

Dedicatoria

A mami por estar conmigo brindándome su amor, apoyo y comprensión, a mi papi porque a pesar de ya no estar en este plano, siempre lo siento conmigo y sigue siendo un soporte para mí, a Kaleb, que llegó a iluminar mi vida con su carita y su hermosa sonrisa.

Agradecimiento

A mami y papi por el aguante y el soporte de todos mis años de estudios, a Luis y Marcela, por estar conmigo y brindarme su cariño, a mi tío Roberto por apoyarme en los tiempos difíciles y a quienes creyeron en mí, incluso cuando ni yo lo hacía.

Índice de contenidos

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice de contenidos	vi
Índice de tablas	vii
Índice de figuras	viii
Resumen	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	10
III. METODOLOGÍA	26
3.1 Tipo y diseño de la investigación	26
3.2 Variables y operacionalización	26
3.3 Población, muestra y muestreo	27
3.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos	28
3.5 Procedimientos	29
3.6 Método de análisis de datos	30
3.7 Aspectos éticos	30
IV. RESULTADOS	31
V. DISCUSIÓN	38
VI. CONCLUSIONES	45
VII. RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS	47
ANEXOS	58

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1. Validez de instrumentos	23
Tabla 2. Confiabilidad de instrumentos	23
Tabla 3. Niveles de la calidad asistencial	25
Tabla 4. Niveles de las dimensiones de la calidad asistencial	26
Tabla 5. Niveles de la adherencia al tratamiento	27
Tabla 6. Niveles de las dimensiones de la adherencia al tratamiento	28
Tabla 7. Relación entre la calidad asistencial y adherencia al tratamiento	29
Tabla 8. Relación entre la calidad asistencial y adherencia farmacológica	30
Tabla 9. Relación entre Calidad asistencial y adherencia alimentaria	30
Tabla 10. Relación entre Calidad asistencial y adherencia a las medidas preventivas	31

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1. Esquema de investigación correlacional	20
Figura 2. Niveles de la calidad asistencial	25
Figura 3. Niveles de las dimensiones de la calidad asistencial	26
Figura 4. Niveles de la adherencia al tratamiento	27
Figura 5. Niveles de las dimensiones de la adherencia al tratamiento	28

Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre la calidad asistencial y la adherencia al tratamiento para la tuberculosis, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador, 2022. En cuanto a la metodología, la investigación fue de tipo básica y el enfoque cuantitativo. El nivel fue correlacional descriptivo y el diseño no experimental, de corte transeccional. La muestra que se ha considerado para esta investigación son 50 pacientes en tratamiento para tuberculosis y el muestro fue no probabilístico, por conveniencia. La técnica que se empleó para la recolección de datos fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario. Los resultados evidenciaron que la calidad asistencial fue deficiente (50%) y la adherencia al tratamiento fue baja (46%). Se concluyó que existe relación significativa entre la calidad asistencial y la adherencia al tratamiento para la tuberculosis, siendo el grado de correlación positivo elevado ($r = 0,884$).

Palabras clave: *calidad asistencial, adherencia al tratamiento, tuberculosis, establecimiento de salud.*

Abstract

The main objective of this research work was to determine the relationship between the quality of care and adherence to treatment for tuberculosis, in patients from a district of Guayas, Ecuador, 2022. Regarding the methodology, the research was of the type basic and quantitative approach. The level was descriptive correlational, the design was non-experimental and it was a cross-sectional study. The sample that has been considered for this research is 50 patients undergoing treatment for tuberculosis and the sampling was non-probabilistic, for convenience. The technique used for data collection was the survey and the instrument was the questionnaire. The results showed that the quality of care was deficient (50%) and adherence to treatment was low (46%). It was concluded that there is a significant relationship between the quality of care and adherence to treatment for tuberculosis, with a high degree of positive correlation ($r = 0.884$).

Keywords: *quality of care, adherence to treatment, tuberculosis, health facility.*

I. INTRODUCCIÓN

La sustentación de la problemática respecto a la variable calidad de la atención en los establecimientos de salud se ha convertido en una preocupación importante en los últimos tiempos. A pesar de los avances en la ciencia médica y la tecnología, persisten numerosos desafíos para brindar una atención consistente y ejemplar a los pacientes. Uno de estos desafíos son los estándares inconsistentes. Es posible que los establecimientos de atención médica no se adhieran de manera uniforme a los estándares de atención establecidos, lo que genera variaciones en la calidad de los servicios prestados. Esta inconsistencia puede resultar en un tratamiento deficiente para algunos pacientes, lo que podría comprometer sus resultados de salud(Araujo et al., 2020).

Otro aspecto son las restricciones de recursos, ya que muchos centros de atención médica enfrentan limitaciones en términos de personal, equipo y recursos financieros. Los recursos inadecuados pueden obstaculizar la capacidad de brindar atención oportuna e integral, lo que afecta la seguridad del paciente y la satisfacción general. También están presentes los errores médicos, como diagnósticos erróneos, errores de medicación y errores quirúrgicos, continúan ocurriendo, lo que afecta negativamente la salud del paciente. Además, los eventos adversos pueden provocar estancias hospitalarias prolongadas, mayores costos de atención médica e incluso la pérdida de vidas(Avia y Hariyati, 2019).

Asimismo, la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud es esencial para la atención coordinada. Sin embargo, las interrupciones en la comunicación pueden dar lugar a malentendidos, retrasos en el tratamiento y la posibilidad de errores médicos. Otro aspecto es la falta de un enfoque centrado en el paciente puede resultar en una atención que no se alinea con las necesidades, preferencias y valores individuales de los pacientes. Esto puede conducir a una disminución de la satisfacción del paciente y al incumplimiento de los planes de tratamiento(Cullati et al., 2019).

Además, ciertos grupos de población pueden enfrentar disparidades en el acceso a la atención médica de calidad, lo que resulta en resultados de salud desiguales. Factores como el nivel socioeconómico, la raza, el origen étnico y la ubicación geográfica pueden influir en el nivel de atención recibida. Asimismo, un

sistema de atención médica sobrecargado puede tener dificultades para satisfacer la creciente demanda de servicios, lo que genera tiempos de espera más largos, duraciones de consulta reducidas y atención comprometida a las inquietudes de los pacientes. Del mismo modo, el monitoreo continuo de los procesos y resultados de atención médica es esencial para identificar las áreas que necesitan mejoras. Sin un sistema sólido de retroalimentación y mejora, la calidad de la atención puede estancarse o disminuir con el tiempo(Navathe et al., 2020).

Otro aspecto es la educación insuficiente del paciente, que puede generar malentendidos sobre las condiciones médicas, los tratamientos y el autocontrol, lo que afecta el cumplimiento del tratamiento y los resultados generales de salud. Además, la integración de la tecnología en el cuidado de la salud puede mejorar la eficiencia, pero también presenta desafíos relacionados con la seguridad de los datos, las violaciones de la privacidad y la posible interrupción de la atención en caso de fallas técnicas(Umoke et al., 2020).

En cuanto a la sustentación de la problemática respecto a la variable adherencia al tratamiento para tuberculosis ha surgido como un desafío importante en los esfuerzos globales para combatir esta enfermedad infecciosa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado la TB una emergencia sanitaria mundial debido a las siguientes áreas problemáticas relacionadas con la adherencia al tratamiento, las cuales incluyen aspectos como el régimen de tratamiento prolongado y complejo. El tratamiento de la TB generalmente implica un curso prolongado y complejo de antibióticos, que dura de seis a nueve meses o incluso más para los casos resistentes a los medicamentos. La duración prolongada y la necesidad de múltiples medicamentos pueden provocar fatiga del paciente y falta de cumplimiento con el tiempo(Rashidi et al., 2020).

Asimismo, algunos medicamentos para la TB pueden causar efectos secundarios adversos, que van de leves a graves, como náuseas, vómitos, mareos y toxicidad hepática. Estos efectos secundarios pueden disuadir a los pacientes de adherirse al plan de tratamiento, lo que lleva a interrupciones o abandono del tratamiento. Además, la TB a menudo se asocia con el estigma, particularmente en ciertas comunidades y regiones. El miedo a la discriminación o al aislamiento social puede desanimar a las personas a buscar tratamiento o revelar su estado de TB, lo que afecta su disposición a seguir el tratamiento prescrito(Mikaili et al.,

2020).

Otro aspecto es que, en muchos entornos de bajos ingresos y recursos limitados, el acceso a servicios de atención médica de calidad para el diagnóstico y tratamiento de la TB puede ser limitado. Los pacientes que residen en áreas remotas o comunidades marginadas pueden enfrentar desafíos para acceder a los centros de atención médica y obtener medicamentos. Además, la falta de conciencia y los conceptos erróneos sobre la TB y su tratamiento pueden provocar demoras en la búsqueda de ayuda médica, tratamiento incompleto o uso de medicina tradicional/alternativa, todo lo cual puede dificultar la adherencia al tratamiento. También, las personas sin hogar o que experimentan una migración frecuente pueden enfrentar interrupciones en su programa de tratamiento, lo que dificulta el cumplimiento de los medicamentos recetados y las visitas de seguimiento (Mikaili et al., 2020).

En el caso de la resistencia a los medicamentos y fracaso del tratamiento, se da debido a que la adherencia inadecuada al tratamiento de la TB puede contribuir al desarrollo de cepas de TB resistentes a los medicamentos, que son más difíciles y costosas de tratar. El fracaso del tratamiento en tales casos puede desanimar aún más a los pacientes y a los proveedores de atención médica. Además, la falta de coordinación y comunicación entre los diferentes proveedores e instalaciones de atención médica puede conducir a planes de tratamiento y atención de seguimiento inconsistentes, lo que podría dificultar la adherencia al tratamiento (Oscalices et al., 2019).

En el caso de algunos pacientes sucede que pueden carecer del apoyo adecuado de los proveedores de atención médica, los miembros de la familia o los trabajadores de la salud de la comunidad para ayudarlos a cumplir con su plan de tratamiento. Además, la vigilancia y el seguimiento de la adherencia al tratamiento pueden resultar insuficientes en determinados entornos sanitarios. Asimismo, las creencias tradicionales y las prácticas culturales pueden influir en las percepciones de los pacientes sobre la TB y su tratamiento. Estas creencias podrían apoyar o disuadir la adherencia al curso de tratamiento recomendado (Arrieta, 2019).

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa de características contagiosas provocada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Principalmente afecta al pulmón, pero también puede involucrar a diferentes

órganos, lo que lleva a una variedad de presentaciones clínicas y complicaciones. A pesar de los importantes esfuerzos para controlar y erradicar la TB, sigue siendo un importante desafío para la salud pública al nivel global, particularmente en los de ingresos limitados. Solo en 2021, aproximadamente 10,6 millones de individuos contrajeron TB y 1,6 millones fenecieron a causa de este mal (OMS, 2023). La carga de la TB se ve agravada aún más por el surgimiento de cepas que resisten a los medicamentos, lo que plantea desafíos adicionales para un tratamiento eficaz (Singh et al., 2020).

El manejo exitoso de la TB depende del diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado y la adherencia del paciente al régimen prescrito. La adherencia al tratamiento es fundamental para lograr resultados favorables, prevenir el desarrollo de resistencia a los medicamentos y reducir la transmisión (Gopaldaswamy et al., 2020). Sin embargo, lograr altas tasas de adhesión al tratamiento sigue siendo un esfuerzo complejo y multifacético. Por ello, la calidad de la atención que se ha ofrecido al paciente con tuberculosis desempeña un papel fundamental en la influencia sobre la adherencia al tratamiento y los resultados generales del tratamiento (Ravenscroft et al., 2020).

La calidad de la atención que se puede ofrecer a los que padecen tuberculosis está influenciada por una multitud de factores en diferentes niveles. A nivel del paciente, las características sociodemográficas, el conocimiento sobre la TB, las creencias, actitudes y percepciones sobre la enfermedad y el tratamiento juegan un rol fundamental en la adherencia al tratamiento (Aggarwal, 2019). Los proveedores de atención médica también desempeñan roles fundamentales en la prestación de atención de calidad, incluido el diagnóstico preciso, los regímenes de tratamiento apropiados y el asesoramiento eficaz para apoyar la adherencia (Subbaraman et al., 2019). Además, los factores relacionados con el sistema de salud, como la accesibilidad y disponibilidades de los servicios de atención médica, la infraestructura, el suministro de medicamentos y los programas de apoyo al paciente, poseen impactos significativos en la calidad de la atención que se entrega a los individuos con tuberculosis (Nyarko et al., 2021).

En el contexto internacional, se ha encontrado que existen países con recursos limitados, donde el acceso a los centros de atención médica, las pruebas de diagnóstico y los medicamentos puede ser limitado, lo que lleva que el

diagnóstico y los inicios de los tratamientos se retrasen. Además, las barreras geográficas, los problemas de transporte y las restricciones financieras pueden dificultar aún más la capacidad de los pacientes para acceder a una atención oportuna y adecuada (Marahatta et al., 2020). Asimismo, los desafíos de diagnóstico, la infraestructura de laboratorio inadecuada, la falta de personal capacitado y la dependencia de técnicas de diagnóstico obsoletas, pueden contribuir a retrasos y diagnósticos erróneos. Mejorar la precisión y la puntualidad del diagnóstico de la tuberculosis es fundamental para optimizar los resultados del tratamiento y reducir la morbilidad y la mortalidad (Subbaraman et al., 2020).

Asimismo, la provisión de regímenes de tratamiento apropiados adaptados a las necesidades particulares de los pacientes son aspectos críticos de la atención de calidad. Esto incluye el uso de medicamentos antituberculosos eficaces, el cumplimiento de las pautas de tratamiento estandarizadas y la consideración de comorbilidades e interacciones medicamentosas (Strydom et al., 2019). Sin embargo, desafíos como el desabastecimiento de medicamentos, la mala calidad de los medicamentos y las prácticas de prescripción inadecuadas pueden comprometer la calidad de la atención brindada que se da con tuberculosis (Esmail et al., 2022).

Por otro lado, la adherencia al régimen de tratamiento prescrito es esencial para lograr resultados de tratamiento exitosos en la prevención del desarrollo de resistencia a los medicamentos (Strydom et al., 2019). Sin embargo, varios factores ligados con el paciente pueden incidir en la adherencia. Estos factores incluyen el estatus socioeconómico, el nivel educativo, el conocimiento sobre la tuberculosis, las creencias y actitudes hacia la enfermedad y el tratamiento, el estigma y las redes de apoyo social. La falta de conciencia, los conceptos erróneos, el miedo a los efectos secundarios y las prioridades contrapuestas en la vida de los pacientes pueden contribuir a la falta de adherencia y al fracaso del tratamiento (Nezenega et al., 2020).

En el contexto nacional, se enfrenta desafíos considerables en el control y manejo de la tuberculosis. A pesar de los esfuerzos para combatir la enfermedad, la TB continúa siendo un problema de salud latente, particularmente entre las poblaciones marginadas y en comunidades con acceso limitado a los servicios de salud (Avedillo, 2022). En la actualidad, las tasas de incidencias estimadas de TB

en Ecuador fueron de 33,6 casos por 100.000 individuos en 2019. Además, la aparición de cepas de tuberculosis que resisten a los medicamentos plantea un desafío adicional para el manejo de la TB en el país(OPS, 2023).

Los accesos a servicios de salud de calidad es un componente crítico del manejo de la tuberculosis. En Ecuador, persisten los desafíos relacionados con el acceso y la disponibilidad de atención médica, particularmente en áreas rurales y remotas. La infraestructura de atención médica limitada, las opciones de transporte inadecuadas y las barreras geográficas contribuyen a los retrasos en los diagnósticos, el inicio de los tratamientos y los malos resultados del tratamiento. Se necesitan esfuerzos para mejorar la distribución geográfica de las instalaciones de atención médica, hacer eficientes las redes de transporte y fortalecer los servicios de atención médica en áreas desatendidas(Silva et al., 2019).

La adherencia al tratamiento de la TB está influenciada por los factores socioeconómicos, incluida la pobreza, los accesos limitados a los recursos y la baja alfabetización en salud, que dificultan las capacidades de los pacientes para hacer cumplimiento del tratamiento(Delgado y Benavidez, 2023). Asimismo, la calidad de la relación médico-paciente juega roles cruciales en la promoción de la adherencia a los tratamientos. La comunicación efectiva, la atención que se ha de centrar en el paciente y el asesoramiento son esenciales para abordar las inquietudes de los pacientes, proporcionar información precisa y fomentar la confianza. Sin embargo, los factores relacionados con el proveedor de atención médica, como las limitaciones de tiempo, la alta carga de trabajo y la capacitación inadecuada en el manejo de la TB, pueden dificultar la prestación de atención centrada en el paciente y afectar las tasas de cumplimiento(Tatés-Ortega et al., 2019).

A nivel local, es de vital importancia abordar los accesos a los servicios de salud como un aspecto fundamental para dar garantía de una atención de calidad. En el caso específico de Guayas, se enfrentan desafíos significativos en cuanto al acceso a los establecimientos de salud, especialmente para las poblaciones marginadas que residen en áreas remotas o en barrios marginales urbanos. Estos desafíos pueden tener un impacto negativo en los diagnósticos tempranos y el inicio oportuno de los tratamientos de la tuberculosis (TB).

Uno de los principales obstáculos es la distancia que deben recorrer las personas para llegar a los establecimientos de salud. Las largas distancias pueden dificultar el acceso de las comunidades a los servicios de diagnósticos y los tratamientos de la TB. Además, las dificultades en el transporte, especialmente en áreas rurales o con infraestructura deficiente, pueden limitar aún más la capacidad de las personas para acceder a la atención médica necesaria. Otro factor que contribuye a las limitaciones de los accesos a los servicios de salud es la barrera financiera. Las poblaciones marginadas a menudo enfrentan dificultades económicas que les impiden buscar atención médica oportuna. Los costos asociados con los servicios de salud, como consultas médicas, pruebas de diagnóstico y medicamentos, pueden resultar inasequibles para estas comunidades. Esto puede llevar a retrasos en las búsquedas de atención y, como resultado, a un diagnóstico tardío de la TB.

Además de los desafíos relacionados con el acceso físico y financiero, también existen problemas en calidad y la disponibilidad de los servicios de los laboratorios. Los establecimientos de salud pueden tener una disponibilidad limitada de laboratorios equipados con tecnología de calidad para el diagnóstico de la TB. Esto puede llevar a retrasos en la obtención de resultados de los test, lo que a su vez retrasa el inicio del tratamiento adecuado. Otro aspecto a considerar es la dependencia de técnicas de diagnóstico obsoletas. En algunos casos, los establecimientos de salud pueden utilizar métodos de diagnóstico desactualizados, lo que puede afectar la precisión y la rapidez de los resultados. La falta de acceso a pruebas de diagnóstico más avanzadas, como las reacciones en cadenas de la polimerasa (PCR) o las pruebas de diagnóstico molecular, puede limitar la capacidad de detectar la TB de manera oportuna y precisa.

Asimismo, la adherencia al tratamiento de la TB está influenciada por aspectos económicos y sociales, las creencias culturales, el estigma y los conceptos erróneos sobre la TB lo cual afecta el tratamiento y las tasas de cumplimiento. Otro aspecto es la disponibilidad limitada de programas de apoyo al paciente y los sistemas de monitoreo insuficientes que dificultan la adherencia al tratamiento. La deficiente gestión de las cadenas de suministros de medicamentos y la falta de implementación de programas sólidos de apoyo al paciente dificulta que existan mecanismos efectivos de monitoreo y evaluación. Otro problema

importante dentro de los establecimientos de salud es la infraestructura inadecuada y la limitación de recursos, que impactan directamente en la calidad de atención y adherencia a los tratamientos de los pacientes que padecen TB.

Bajo este contexto se ha establecido la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las relaciones entre la calidad asistencial y la adherencia a los tratamientos para la tuberculosis, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador, 2022? y asimismo se determinaron los problemas específicos: (i) ¿Cuáles son las relaciones entre la calidad asistencial y la adherencia farmacológica, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador, 2022?; (ii) ¿Cuáles son las relaciones entre la calidad asistencial y la adherencia alimentaria, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador, 2022? (iii) ¿Cuáles son las relaciones entre la calidad asistencial y la adherencia a las medidas preventivas, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador, 2022?

En cuanto a la justificación teórica de esta investigación se ha basado en las teorías de la calidad asistencial y las teorías de la adherencia al tratamiento. En relación a la justificación metodológica, se ha considerado la importancia de aplicar el método científico para alcanzar los objetivos establecidos. Se empleó un enfoque cuantitativo y un diseño no experimental en un tipo de investigación básica. Esto permitió examinar las relaciones entre la calidad asistencial y la adherencia a los tratamientos sin intervenir en ninguna variable. Se utilizaron cuestionarios como herramientas para recopilar los datos, los cuales posteriormente fueron procesados e interpretados mediante técnicas de estadística descriptiva e inferencial, junto con el estadístico de correlación de Rho de Spearman.

La justificación práctica para realizar una investigación correlacional sobre la calidad de la atención y las adherencias a los tratamientos de la TB radican en la necesidad de comprender la relación entre estas dos variables. Al explorar la correlación entre la calidad de la atención que se ofrece a los pacientes con tuberculosis y su nivel de adherencia al tratamiento, los investigadores pueden obtener información valiosa sobre los factores que pueden incidir en el tratamiento y sus resultados. De esta manera, se puede informar el desarrollo de intervenciones y estrategias específicas para incrementar la calidad de la atención, lo que en última instancia conduce a mejores tasas de cumplimiento y mejores

resultados del tratamiento para los pacientes con tuberculosis.

Además, conforme al objetivo de investigación, se centra en determinar las relaciones entre la calidad asistencial y la adherencia a los tratamientos para la tuberculosis, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador, 2022. Asimismo, se pudieron considerar los objetivos específicos subsiguientes: (i)determinar las relaciones entre la calidad asistencial y la adherencia farmacológica, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador, 2022; (ii)determinar las relaciones entre la calidad asistencial y la adherencia alimentaria, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador, 2022; (iii)determinar las relaciones entre la calidad asistencial y la adherencia a las medidas preventivas, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador, 2022.

Finalmente, la hipótesis general para la investigación fue: Existen relaciones significativas entre la calidad asistencial y la adherencia a los tratamientos para la tuberculosis, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador, 2022. Por lo cual se determinan las siguientes hipótesis específicas: (i)Existen relaciones significativas entre la calidad asistencial y la adherencia farmacológica, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador, 2022; (ii)Existen relaciones significativas entre la calidad asistencial y la adherencia alimentaria, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador, 2022; (iii)Existen relaciones significativas entre la calidad asistencial y la adherencia a las medidas preventivas, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador, 2022.

II. MARCO TEÓRICO

En cuanto al constructo teórico de la calidad de la atención, se tiene modelo de Donabedian (1988), es un marco indispensable para evaluar y mejorar los servicios de salud. Este modelo hace hincapié en la interacción entre la estructura, el proceso y los resultados de la prestación de la atención, proporcionando información valiosa para los responsables de la formulación de políticas, los administradores de atención médica y los profesionales para mejorar la calidad general de los servicios de atención médica y, en última instancia, mejorar la salud y el bienestar del paciente.

En cuanto a la adherencia al tratamiento es un constructo teórico crítico en el cuidado de la salud, y la Teoría Cognitiva Social, propuesta por Bandura (1977), la cual postula que el comportamiento individual está influenciado por una interacción dinámica entre factores personales, factores ambientales y factores de comportamiento. Cuando se aplica a la adherencia al tratamiento, ayuda a comprender el complejo proceso por el cual los pacientes deciden adherirse o no a sus tratamientos prescritos. Por tanto, al considerar los factores personales, ambientales y de comportamiento, los profesionales de la salud pueden desarrollar estrategias específicas para mejorar la adherencia al tratamiento, lo que en última instancia conduce a una mejor salud y bienestar del paciente.

En cuanto a los estudios recopilados del contexto internacional se tuvo a Dilas et al. (2023) quienes evaluaron el efecto facilitador de la educación sobre el tratamiento, la calidad de la atención y la adherencia a los tratamientos en enfermos con TB. Se desarrolló un estudio transversal considerando 162 pacientes de cuatro centros de salud del sector público peruano. Se recolectó data sobre variables del apoyo social, calidad asistencial, educación en salud y adherencia al tratamiento. Como hallazgo se evidenció que la calidad de la atención y el apoyo social incidieron directamente en la educación para la salud. Además, la educación en salud media la calidad asistencial y el apoyo social para conseguir una adherencia al tratamiento efectiva. Se pudo concluir que si los hospitales toman iniciativas para ofrecer mejor educación en salud sobre el tratamiento de la TB, se garantiza una mejor adherencia al tratamiento.

En el caso de Stagg et al. (2020) tuvieron el propósito de describir cómo los pacientes toman su medicación para la tuberculosis y los factores temporales

ligados con la falta de adherencia al tratamiento. El estudio fue de enfoque cuantitativo e incluyó a pacientes con tuberculosis pulmonar. Los hallazgos evidenciaron que la falta de adherencia era frecuente, dado que en 780 pacientes, se omitieron 16 794 (23,9 %) de 70 200 dosis, 9487 de las cuales se debieron a la implementación de dosificación subóptima (56,5 %). A los 60 días, el 5,1 % de los participantes había interrumpido y el 14,4 % lo había hecho a los 120 días. La mayoría de los participantes (95,9 %) omitieron al menos una dosis. La mayoría de los intervalos fueron de una sola dosis (71,4 %), aunque el 22,6 % de los participantes tuvo al menos un intervalo de 2 semanas o más. Se concluyó que la mejora en la calidad de las herramientas digitales proporciona un cambio radical en la descripción y el tratamiento de la falta de adherencia.

Asimismo, Davtyan et al. (2019) tuvo como finalidad evaluar la satisfacción del paciente con los servicios de TB y su asociación con la adherencia a los tratamientos. Para ello, 505 pacientes con TB seleccionados al azar fueron sometidos a una encuesta transversal por teléfono. Se utilizó como instrumentos el cuestionario de satisfacción del paciente y la adherencia al tratamiento se evaluó usando la Escala de Adherencia de Morisky. Como hallazgos se evidenciaron que casi el 99% de los pacientes cumplieron con el tratamiento. Sin embargo, el 8,9% mencionaron los efectos secundarios como motivo para no seguir el tratamiento, revelando un nivel de no adherencia de aproximadamente el 9%. Alrededor del 93 % de los pacientes estaban satisfechos con los servicios de TB, el 46 % estaban de acuerdo con la consulta y percibían empatía. Además, el 95 % consideraban la capacitación adecuada. Se pudo concluir que los pacientes con TB estuvieron conformes con la atención ofrecida. Empero, analizar las características específicas asociadas con la satisfacción podría hacer que el programa de TB sea más eficiente.

Para De Schacht et al. (2019) el objetivo fue lograr que los pacientes mozambiqueños con TB sensible a los medicamentos, VIH positivo y tuberculosis multirresistente a los medicamentos comprendan y evalúen la calidad asistencial. El enfoque del estudio fue cualitativo donde los datos se recolectaron a través de discusiones de grupos focales separados. Un total de 51 pacientes participaron en 11 discusiones. Se hizo un análisis de contenido y se identificaron los temas principales. Se halló que los grupos focales compartieron una serie de temas

destacados. Los encuestados identificaron numerosos desafíos, incluidos los retrasos en el diagnóstico, el estigma relacionado con el diagnóstico y el tratamiento, las largas esperas en los establecimientos de salud, la ausencia de apoyo nutricional para los pacientes con TB, la ausencia de un programa integral de apoyo psicosocial y la falta de conocimiento general sobre la TB o TB multirresistente en la comunidad. Se concluyó que se necesita fortalecer la conciencia en la comunidad, el monitoreo continuo de la calidad asistencial y la capacitación en el servicio para aumentar la detección, el diagnóstico y el tratamiento de la TB.

En cuanto a Thekkur et al. (2019) tuvieron como propósito evaluar el efecto de la calidad de la atención en los resultados del tratamiento de la TB entre los pacientes con TB-VIH. Se realizó un estudio de métodos mixtos donde se probó un nuevo paquete de atención en algunos centros de salud, mientras que al resto se le brindaba atención convencional. El componente cuantitativo involucró un análisis de cohorte secundario de los datos del programa de rutina. Los resultados fallidos del tratamiento de la TB fueron mayores en el nuevo paquete de atención en comparación con la atención convencional (30,5 % frente a 23,4 %; valor de $p < 0,001$). Los desafíos clave incluyeron la incapacidad de los pacientes para dar llamadas perdidas, mayor carga de trabajo para el personal, menor interacción paciente-proveedor, deficiencias en la capacitación y falta de claridad de roles entre los proveedores y menor participación del personal del programa de TB. Se pudo concluir que con el nuevo paquete de atención, los resultados del tratamiento de la TB no mejoraron como se esperaba y, por el contrario, disminuyeron en comparación con la atención convencional.

En el caso de los antecedentes nacionales se tuvo a Echeverría (2022) quien tuvo el propósito realizar la evaluación de la adherencia al tratamiento contra la TB. El enfoque metodológico utilizado fue cuantitativo, involucrando el uso de herramientas informáticas y estadísticas. El diseño fue no experimental y de tipo descriptivo transeccional. El instrumento usado en la evaluación fue el test de Morisky-Green Levine, aplicado a 41 pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar que asistían a centros de salud para recibir tratamiento. La muestra utilizada en el estudio representó el 100% de los participantes que acudían a los centros sanitarios, incluyendo tanto a hombres como a mujeres. Los hallazgos

evidenciaron que el 24,39% de los pacientes con TB eran mujeres, mientras que el 75,61% eran hombres. En cuanto a las edades, el grupo más numeroso de pacientes (48,78%) se hallaba en una media de 27 a 63 años. Dichos hallazgos llevaron a concluir que gran parte de la población estudiada presentaba un bajo grado de adherencia al tratamiento, alcanzando un 97,56%. Recomendándose implementar estrategias de reestructuración para mejorar la efectividad del tratamiento.

Dávila (2022) tuvo como fin establecer el análisis de los factores que contribuían a que los pacientes abandonen el tratamiento contra la tuberculosis en un hospital de Guayaquil. El enfoque metodológico utilizado fue una investigación básica y el diseño del estudio fue no experimental de tipo transversal. Se utilizó la técnica de entrevista para recopilar información de 40 pacientes con tuberculosis. Los resultados obtenidos revelaron que varias subcategorías contenían elementos relacionados con el abandono acelerado del tratamiento. Se observó que los varones tenían una mayor tendencia a abandonar el tratamiento, de semejante forma que aquellos que vivían a una mayor distancia del hospital. Entre los factores asociados con el paciente, destacaron el tiempo de interrupción del tratamiento y la duración del mismo. En cuanto a los factores asociados al servicio de salud, se identificaron las carencias en el suministro de medicamentos, la ausencia de información sobre la enfermedad y los tratamientos. Asimismo, se encontraron las asociaciones entre el transporte y el apoyo social. Se pudo concluir que los factores que tienen incidencia en el abandono de los tratamientos en enfermos con tuberculosis poseen una característica demográfica, ligada con el paciente, así como características únicas de la institución sanitaria.

Ormeño (2022) tuvo como propósito establecer los factores que protegen contra el abandono de los tratamientos de TB en el hospital de Guayaquil en 2022. Los estudios se llevaron a cabo utilizando un enfoque cuantitativo, de tipo básico y con un diseño descriptivo no experimental. La variable "factores protectores" se evaluó mediante un cuestionario compuesto por 8 preguntas relacionadas con la biología humana, 12 preguntas relacionadas con el ambiente, 4 preguntas relacionadas con los estilos de vida y 10 preguntas relacionadas con los servicios de salud. Para evaluar el abandono de los tratamientos de tuberculosis, se utilizó un cuestionario con 4 preguntas para la dimensión operativa y 2 preguntas para la

dimensión bacteriológica. Ambos cuestionarios fueron aplicados a pacientes internados por tuberculosis. Los hallazgos del estudio revelaron que no hubo una correlación significativa entre los factores protectores y el que se abandone el tratamiento de tuberculosis. Las correlaciones encontradas entre las dimensiones de los factores protectores y el abandono de los tratamientos de tuberculosis en la muestra seleccionada fueron poco significativas. Como conclusión, se determinó que los factores protectores no inciden en el abandono de los tratamientos de TB.

Asimismo, Echeverría (2021) quien tuvo como finalidad evaluar el comportamiento sanitario y la adherencia a los tratamientos en pacientes con TB. Este estudio se clasifica como básico, descriptivo, cuantitativo, correlacional y de corte transversal, y se incluyeron a todos los internados a quienes se les diagnosticó con tuberculosis. La población de estudio consistió en 64 pacientes mayores de edad, registrados en la Coordinación Zonal de Salud, que tenían un diagnóstico confirmado de tuberculosis y cumplían con los criterios de inclusión. La técnica desarrollada para recopilar datos fue el análisis de historias clínicas, las cuales fueron instrumentos con validez conforme con las normas dictadas por el Ministerio de Salud. Los hallazgos obtenidos mostraron que las variables relacionadas con el comportamiento sanitario no tuvieron un impacto significativo en la adherencia al tratamiento contra la TB, ya que el valor de p fue mayor a 5%. Se logró concluir que no hay una relación de característica negativa entre las variables estudiadas, lo cual se evidencia por el valor de p mayor al 5% en la prueba de Fisher.

Para Cajo y Guadalupe, (2019) el propósito fue evaluar la labor de enfermería relacionadas con la adherencia a los tratamientos en pacientes con TB. La población se conformó por 30 enfermeros. Se desarrolló un estudio descriptivo, mixto, no participativo, observacional, de campo y de corte transeccional. Se determinaron variables sociodemográficas, encontrando que la edad de los participantes rondaba los 20 y 39 años, predominando el género femenino, y teniendo una experiencia laboral de 1 a 3 años. A través del uso de un cuestionario de conocimientos sobre la labor que los profesionales de enfermería pueden llevar a cabo para facilitar la adherencia a los tratamientos de pacientes que padecen TB, se encontró que el 52,12% de los enfermeros respondió de forma acertada. Se observaron factores que inciden en la adherencia a los tratamientos de TB son los

servicios sanitarios, el trato brindado, la accesibilidad y las competencias del personal de enfermería. Como conclusión, se determinó que una guía centrada en los pacientes favorecería la adherencia al tratamiento contra la TB. Esta guía debe estar basada en un enfoque sanitario que promueva una educación para la salud inclusiva y de calidad.

Con respecto a la variable de calidad asistencial, de acuerdo con Araujo et al. (2020) se refiere a un constructo multidimensional que evalúa el rango en que los servicios de atención médica cumplen con los estándares y expectativas establecidos, lo que resulta en experiencias y resultados positivos para los pacientes. Asimismo, para Karaca y Durna (2019), la calidad asistencial se conceptúa como el grado en que la atención sanitaria es segura, efectiva, centrada en el paciente, con resultados oportunos, eficientes y equitativos. Li et al. (2020) destacan la importancia de brindar atención que sea segura, eficaz para lograr los resultados deseados, enfocadas en las necesidades y preferencias de los pacientes, brindada de manera oportuna, utilizando los recursos de manera eficiente y distribuida equitativamente entre todas las personas.

Según Al-Jabri et al. (2021), la calidad asistencial es el grado en que los servicios de atención sanitaria brindados a individuos y poblaciones mejoran los resultados de salud esperados. Esta definición enfatiza el enfoque en hacer que los resultados de salud sean eficientes y reconoce que la atención de calidad debe generar cambios favorables en el estado de salud de los pacientes. Destaca la importancia de brindar atención que conduzca a una mejor salud y bienestar para las personas y las comunidades. Tan et al. (2019) definen la calidad asistencial como la prestación de servicios que pueden satisfacer las necesidades de los pacientes, se basan en la mayor evidencia disponible y se brindan de manera técnicamente competente y compasiva. Singh y Prasher, (2017) enfatizan el enfoque con el paciente como aspecto principal, la práctica basada en la evidencia, la competencia técnica y la compasión en la prestación de atención. Asimismo, Khurshid et al. (2020) subrayan la importancia de adaptar la atención a los pacientes individuales, utilizando la mejor evidencia disponible y asegurando un alto nivel de competencia profesional y empatía en la prestación de atención médica.

Según Araujo et al. (2020), operacionalmente la calidad de la atención posee las dimensiones: dimensión tecno-científica, dimensión humana y dimensión del entorno. De acuerdo con Barrios-Ipenza et al. (2021), la dimensión técnico-científica consiste en la aplicación de prácticas basadas en evidencia, conocimiento científico y tecnologías avanzadas para ofrecer servicios sanitarios de calidad elevada. Esta dimensión enfatiza la importancia de utilizar la mejor evidencia científica disponible, las guías clínicas y los avances tecnológicos para guiar al tomar decisiones clínicas, las intervenciones de tratamiento y el manejo de los pacientes. De acuerdo con Al-Jabri et al. (2021), en el ámbito de la atención de salud, la dimensión técnico-científica implica que los profesionales médicos y de salud deben estar actualizados con los últimos avances científicos y tecnológicos en sus respectivas áreas. Esto implica mantenerse al tanto de la investigación médica más reciente, las mejores prácticas clínicas y las nuevas tecnologías médicas que puedan mejorar el diagnóstico, el tratamiento y la atención de los pacientes.

Para Karaca y Durna (2019), la aplicación de prácticas basadas en evidencia implica que los profesionales de la salud deben utilizar la mejor evidencia científica disponible al tomar decisiones clínicas. Esto implica basar las decisiones médicas en estudios clínicos rigurosos y en investigaciones científicas que han demostrado ser efectivas y seguras. Al hacerlo, se busca garantizar que los pacientes reciban los tratamientos más apropiados y basados en la evidencia para sus condiciones médicas. Además, según Cajo y Guadalupe, (2019) la dimensión tecno-científica también se refiere al uso de tecnologías avanzadas en la prestación de servicios sanitarios. Esto incluye el uso de equipos médicos de última generación, sistemas de información y comunicación, y tecnologías de diagnóstico y tratamiento más avanzadas. Estas tecnologías pueden mejorar la precisión de los diagnósticos, optimizar los tratamientos y facilitar una atención más eficiente y segura.

Anghel et al. (2019) manifiesta que, en el contexto de la calidad asistencial, la dimensión técnico-científica engloba varios aspectos clave como la práctica fundamentada en las evidencias, la cual implica la integración de la mejor evidencia científica disponible con la experiencia clínica y los valores y preferencias del paciente. Según Li et al. (2020) enfatiza el uso de hallazgos de investigación rigurosos, guías clínicas y revisiones sistemáticas para informar la toma de decisiones clínicas. Los profesionales de la salud que se adhieren a la práctica con

evidencias patentes se esfuerzan por brindar atención basada en la eficacia y los resultados clínicos comprobados.

Para Vera (2019), otro aspecto clave son las guías clínicas y los protocolos, las cuales son recomendaciones basadas en evidencia desarrolladas por paneles de expertos u organizaciones profesionales. Brindan a los proveedores de atención médica enfoques estandarizados para los diagnósticos, tratamientos y el manejo del paciente. Al seguir estas pautas y protocolos, los profesionales de la salud pueden asegurarse de que su práctica se alinee con la evidencia científica más reciente y las mejores prácticas, promoviendo así una atención constante y de alta calidad.

Asimismo, Abbas (2020) indican que la dimensión técnico-científica de la calidad asistencial también reconoce el papel significativo de los avances tecnológicos en las mejoras de los resultados de la atención médica. Los avances en dispositivos médicos, herramientas de diagnóstico, tecnologías de imágenes, telemedicina, registros médicos electrónicos y análisis de datos han revolucionado la prestación de atención médica. Estas tecnologías permiten diagnósticos precisos, intervenciones de tratamiento eficientes, comunicación optimizada y mayor seguridad del paciente, lo que en última instancia conduce a una mejor calidad de la atención.

También, Hernández (2022) manifiesta que la dimensión técnico-científica de la calidad asistencial enfatiza en aspectos importantes de la investigación y la innovación permanentes en la asistencia sanitaria. Los estudios de investigación, los ensayos clínicos y las iniciativas de innovación contribuyen al desarrollo de nuevos tratamientos, intervenciones y modelos de prestación de atención médica. Al mantenerse actualizados con los últimos hallazgos de investigación y ser partícipes en actividades de investigación, los profesionales de la salud pueden mejorar continuamente sus conocimientos y habilidades, impulsando mejoras en la calidad de la atención.

Para Buljac-Samardzic et al. (2020), mantener y mejorar la dimensión técnico-científica de la calidad asistencial, los profesionales sanitarios se comprometen en un desarrollo profesional continuo. Esto implica participar en actividades educativas, asistir a conferencias, talleres y seminarios, y mantenerse actualizado con los últimos avances en sus respectivos campos. Al expandir

continuamente sus conocimientos y habilidades, los profesionales de la salud logran ofrecer atención que se alinee con la evidencia científica en evolución y las mejores prácticas.

Según Abbas (2020), en la dimensión técnico-científica, los programas de que aseguren la calidad y acreditación juegan un papel fundamental para asegurar y promover la calidad de la atención. Estos programas establecen estándares y criterios rigurosos que las organizaciones de atención médica deben cumplir para demostrar su compromiso de brindar atención de alta calidad. Los organismos de acreditación evalúan el cumplimiento de estos estándares por parte de las organizaciones de atención médica, incluido el uso de prácticas basadas en evidencia y la integración de avances científicos, para garantizar una prestación de atención consistente y segura.

Molina-Mula y Gallo-Estrada (2020) mencionan que la dimensión humana se centra en los aspectos compasivos, centrados en el paciente y empáticos de la prestación de atención médica. Reconoce que brindar atención va más a fondo de los aspectos técnicos y abarca el bienestar integral y la dignidad de los pacientes. La dimensión humana enfatiza la importancia de establecer una fuerte relación proveedor-paciente, respetando la autonomía del paciente y abordando las necesidades emocionales y psicosociales de los pacientes. Según O'Leary et al., (2020), los elementos clave de la dimensión humana incluyen la atención enfocada en los pacientes, la cual implica reconocer y respetar las preferencias, los valores y las necesidades individuales de los pacientes. El personal de atención médica se esfuerza porque los pacientes se involucren en la toma de decisiones, garantizar una comunicación eficaz y fomentar una relación de colaboración. La atención que se enfoca en el paciente reconoce la importancia de comprender las perspectivas de los pacientes y adaptar la atención a sus circunstancias únicas.

Asimismo, Wu (2021) sostiene que la empatía y la compasión son componentes esenciales de la dimensión humana. Los proveedores de atención médica demuestran empatía al comprender y compartir emociones y sentimientos de los pacientes. La compasión implica mostrar amabilidad, cuidado y sensibilidad hacia los pacientes, aliviar su sufrimiento y brindar apoyo emocional. La atención empática y compasiva crea un entorno enriquecedor y de apoyo, que mejora la experiencia y el bienestar general de los pacientes. Además, Jacobs, (2019) afirma

que respetar la autonomía del paciente es un principio clave de la dimensión humana. Implica reconocer el derecho de los pacientes para que tomen decisiones informadas acerca de su atención médica, basadas en sus valores, creencias y circunstancias personales. Los proveedores de atención médica se deben asegurar que los pacientes tengan acceso a información clara y comprensible, y los apoyan en el ejercicio de su autonomía mientras brindan orientación y experiencia.

Del mismo modo, Moncayo et al. (2020) sostiene que la dimensión humana reconoce la importancia de abordar las necesidades psicosociales y emocionales de los pacientes. El personal de atención sanitaria ofrece apoyo y recursos para ayudar a los pacientes a sobrellevar el impacto emocional de sus condiciones de salud, aliviar la ansiedad y el estrés y promover el bienestar general. Esto puede implicar derivaciones a servicios de asesoramiento, grupos de apoyo u otros recursos que brinden apoyo emocional a los pacientes y sus familias. Además, Maphumulo y Bhengu (2019) indican que la sensibilidad cultural y la diversidad juegan un rol vital en la dimensión humana. El personal de atención médica respeta y valora la diversidad de antecedentes culturales, creencias y prácticas de los pacientes. Se esfuerzan por brindar una atención culturalmente apropiada que tenga en cuenta los valores y tradiciones culturales de los pacientes. Comprender y aceptar las diferencias culturales aumenta la confianza, mejora la comunicación y contribuye a un entorno de atención médica más inclusivo y equitativo.

Según Moncayo et al. (2020), preservar la dignidad y la privacidad del paciente es parte integral de la dimensión humana de la calidad de la atención. Los proveedores de atención sanitaria se deben asegurar que los pacientes sean tratados con respeto, mantengan su privacidad durante los exámenes y procedimientos y protejan su confidencialidad. Reconocer y defender la dignidad del paciente fomenta la confianza y ayuda a los pacientes a sentirse valorados y respetados a lo largo de su proceso de atención médica.

De acuerdo con, Wali et al. (2022), en el caso de la dimensión del entorno abarca los aspectos físicos, organizativos y culturales del entorno sanitario que contribuyen a la prestación de una atención de óptima calidad. Reconoce que el entorno de atención médica juega un rol de preponderancia en la configuración de las experiencias del paciente, la seguridad y los resultados generales. Esta dimensión enfatiza la creación de un entorno seguro, de apoyo y propicio tanto para

los pacientes como para el personal sanitario. Según Maassen et al., (2021), los elementos clave de la dimensión ambiental de la calidad de la atención incluyen el entorno físico, el cual se refiere al diseño, la distribución y la infraestructura de los establecimientos de salud. Incluye factores como la limpieza, la comodidad, la accesibilidad, la seguridad y el control de infecciones. Un entorno físico bien diseñado promueve la comodidad del paciente, reduce el estrés y mejora la satisfacción general. También incluye servicios y recursos apropiados para respaldar una prestación de atención eficiente, como salas de examen bien equipadas, iluminación adecuada y suministros médicos accesibles.

Asimismo, para Casabona et al. (2019), la dimensión del entorno reconoce la importancia del fomento de una cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias. Esto implica promover un compromiso compartido con la seguridad del paciente entre todos los miembros del personal, desde los proveedores de atención médica de primera línea hasta los administradores. Una cultura de seguridad fomenta la comunicación abierta, la notificación de errores o cuasi accidentes y la implementación de protocolos y prácticas de seguridad para evitar daños a los pacientes. También incluye esfuerzos proactivos para identificar y mitigar los riesgos dentro del entorno de atención médica.

De acuerdo con Mella et al. (2020), la dimensión del entorno destaca la importancia de la coordinación y continuidad efectivas de la atención en diferentes entornos de atención médica. Implica transiciones de atención fluidas, comunicación clara entre los proveedores de atención médica y acceso oportuno a la información relevante del paciente. Un entorno de atención bien coordinado e integrado garantiza que los pacientes reciban una atención constante e integral, minimizando las brechas en la atención y mejorando la seguridad y los resultados del paciente. Del mismo modo, Lugo et al. (2021) indican que la dimensión del entorno reconoce que un ambiente de trabajo de apoyo para el personal de atención médica impacta directamente en la calidad de la atención. Implica proporcionar niveles adecuados de personal, recursos y capacitación para ayudar a los profesionales de la salud a brindar atención de alta calidad. Apoyar el bienestar y el desarrollo profesional de los proveedores de atención médica promueve la satisfacción laboral, reduce el agotamiento y, en última instancia, mejora la calidad de la atención brindada a los pacientes.

Además, para Rodríguez-Fernández et al. (2021), la dimensión del entorno reconoce el grado influyente de la cultura institucional y el liderazgo en la calidad de la atención. Una cultura organizacional positiva fomenta el trabajo en equipos, la colaboración y el compromiso con la mejora continua. Un liderazgo sólido promueve una clara visión de la calidad de la atención, fomenta la innovación y apoya la implementación de prácticas basadas en evidencia. Una cultura de responsabilidad por la calidad y el liderazgo crea un entorno que prioriza y mantiene una atención de alta calidad. En ese sentido, Lugo et al. (2021) manifiestan que la dimensión del entorno reconoce la importancia de involucrar a los pacientes y sus familias en el proceso de atención. Implica que los pacientes y sus familias sean partícipes activos al tomar las decisiones, brindándoles información y recursos, y fomentando su participación en la planificación y autogestión del cuidado. La participación del paciente y la familia promueve que las decisiones sean compartidas, el empoderamiento del paciente y una mejor adherencia a los planes de tratamiento, lo que en última instancia mejora la calidad de la atención.

Con respecto a la variable adherencia al tratamiento, para Pradipta et al., (2020) se conceptúa como el grado en que los pacientes siguen el régimen terapéutico prescrito, incluida la adherencia a la medicación, las modificaciones del estilo de vida y la adherencia a las citas médicas recomendadas. Nyirongo et al., (2021) enfatizan la adherencia del paciente a todos los aspectos del plan de tratamiento según lo prescrito por el proveedor de atención médica. Asimismo, Özkaptan et al., (2019) indican que la adherencia al tratamiento se relaciona con el grado en que los pacientes siguen las recomendaciones acordadas de medicación, dieta, modificaciones del estilo de vida y otras conductas relacionadas con la atención sanitaria. Para Nikolaev et al. (2020) la adherencia abarca no solo la adherencia a la medicación sino también la adherencia a otros componentes esenciales del plan de tratamiento.

De acuerdo con Kähkönen et al. (2022), la adherencia se define como la medida en que los pacientes toman los medicamentos según lo prescrito por su proveedor de atención médica, incluida la dosis, la frecuencia y la duración correctas. Nequee (2021) manifiestan que la adherencia, específicamente, se enfoca en la medicación y enfatizan la importancia de seguir con precisión el régimen de medicación prescrito. Según, Fernandez-Lazaro et al. (2019) la

adherencia al tratamiento se refiere a la medida en que los comportamientos de los pacientes coinciden con las recomendaciones de sus proveedores de atención médica. Abarca la adherencia a la medicación, la adherencia a las modificaciones del estilo de vida y la participación en actividades de cuidado personal. En ese sentido, Anghel et al. (2019) dan importancia al papel de los comportamientos de los pacientes y los alinea con las recomendaciones del proveedor de atención médica.

Altice et al. (2019) definen la adherencia al tratamiento como la participación activa y voluntaria de los pacientes en el seguimiento del plan de tratamiento prescrito, incluida la adherencia a la medicación, la dieta, el ejercicio y otras acciones necesarias. Esta definición enfatiza la participación activa del paciente y su voluntad de cumplir con el plan de tratamiento como un aspecto crucial de la adherencia. De acuerdo con Probst et al. (2020), la adherencia al tratamiento se conceptúa como el grado en que los comportamientos de los pacientes coinciden con las recomendaciones acordadas de sus proveedores de atención médica, teniendo en cuenta sus conocimientos, creencias y preferencias. Es por ello que, Kaplan y Price (2020) reconocen la influencia de las creencias y actitudes de los pacientes hacia el plan de tratamiento y reconoce que la adherencia está influenciada por factores individuales.

De acuerdo con Pradipta et al., (2020), operacionalmente la adherencia al tratamiento posee las dimensiones: adherencia farmacológica, adherencia alimentaria, adherencia a las medidas preventivas. En el caso de la adherencia farmacológica, también conocida como adherencia o cumplimiento de la medicación, Kimani et al. (2019) sostiene que se refiere al grado en que los pacientes se adhieren al régimen de medicación prescrito según las indicaciones de los profesionales sanitarios. Abarca la capacidad del paciente para seguir correctamente las instrucciones de medicación, incluida la toma de la dosis prescrita, en la frecuencia y duración prescritas.

Según Fiorillo et al. (2020), la adherencia farmacológica implica el uso constante y oportuno de medicamentos, así como el cumplimiento de cualquier instrucción específica, como tomar medicamentos con o sin alimentos. También abarca la comprensión del paciente del propósito del medicamento, los posibles efectos secundarios y la importancia de cumplir con el régimen prescrito. Los altos

niveles de adherencia farmacológica se asocian con mejores resultados del tratamiento, mejor manejo de la enfermedad y costos de atención médica reducidos. Por el contrario, la baja adherencia puede conducir al fracaso del tratamiento, la progresión de la enfermedad y una mayor utilización de la atención médica. La comunicación efectiva, la educación del paciente y los sistemas de apoyo son cruciales para promover y mantener la adherencia farmacológica.

Para Han et al. (2020), la adherencia alimentaria se refiere al grado en que las personas cumplen con las pautas o restricciones dietéticas prescritas o recomendadas para lograr objetivos de salud específicos. Implica seguir un plan de dieta designado, que puede incluir restricciones en ciertos grupos de alimentos, tamaños de porciones o ingesta de nutrientes específicos. La adherencia alimentaria abarca no solo los alimentos consumidos, sino también la adherencia a los horarios, la frecuencia y las modificaciones dietéticas basadas en las necesidades individuales. Requiere que las personas tomen decisiones conscientes sobre su ingesta de alimentos y se adhieran constantemente a las recomendaciones dietéticas prescritas.

Según Murali et al. (2019), la adherencia alimentaria se asocia con mejores resultados de salud, manejo de enfermedades, control de peso y bienestar general. Requiere compromiso, autodisciplina y cambio de comportamiento para mantener un patrón dietético constante y equilibrado. Pueden surgir desafíos en la adherencia a la dieta debido a varios factores, como preferencias de sabor, influencias culturales o sociales, falta de conocimiento o dificultades para cambiar los hábitos establecidos. Las estrategias de apoyo, como la educación nutricional, la planificación personalizada de comidas, las técnicas de modificación del comportamiento y el control continuo, pueden mejorar la adherencia a la dieta. Al adherirse a las pautas dietéticas prescritas, las personas pueden optimizar su estado nutricional, controlar las afecciones crónicas y promover la salud y la longevidad en general.

Yang et al. (2020) manifiesta que la adherencia a las medidas preventivas se refiere a la medida en que las personas siguen constantemente los comportamientos recomendados y las precauciones destinadas a prevenir la propagación de enfermedades o reducir el riesgo de enfermedad. Estas medidas preventivas pueden incluir prácticas como la vacunación, la higiene regular de las

manos, el uso de mascarillas, la práctica del distanciamiento físico y el cumplimiento de pautas o regulaciones específicas proporcionadas por las autoridades de salud pública.

De acuerdo con Siebenhaar et al. (2020), la adherencia a las medidas preventivas es crucial para minimizar la transmisión de enfermedades infecciosas y mantener la salud pública. Implica que las personas adopten activamente y practiquen constantemente estos comportamientos preventivos en su vida diaria y se adhieran a las recomendaciones de salud pública. La adherencia exitosa a las medidas preventivas requiere conocimiento y comprensión de las prácticas recomendadas, así como motivación, autodisciplina y sentido de responsabilidad hacia la propia salud y la salud de los demás. Los factores que pueden influir en la adherencia incluyen la conciencia, la accesibilidad a los recursos preventivos, las normas sociales y las creencias personales.

Promover el cumplimiento de las medidas preventivas es fundamental para garantizar la salud y el bienestar de las comunidades, como señalan Tito et al. (2019). Esto implica implementar estrategias que fomenten el seguimiento de las pautas establecidas, educar al público, comunicar de manera clara las recomendaciones, fomentar un sentido de responsabilidad colectiva y abordar cualquier barrera o concepto erróneo que pueda obstaculizar el cumplimiento. Asimismo, Fang et al. (2019) indican que la educación pública desempeña un papel crucial en la promoción del cumplimiento de las medidas preventivas. Esto implica proporcionar información clara y comprensible sobre las medidas de prevención, los beneficios de seguirlas y los riesgos asociados con su incumplimiento. La educación puede llevarse a cabo a través de campañas de sensibilización en los medios de comunicación, en las escuelas, en los lugares de trabajo y a través de materiales informativos disponibles para el público en general.

Además, Chen et al. (2020) manifiesta que la comunicación clara de las pautas es esencial para asegurar que las personas comprendan qué medidas deben tomar para prevenir la propagación de enfermedades. Es importante utilizar canales de comunicación efectivos, como sitios web oficiales, redes sociales, medios de comunicación y comunicados de prensa, para difundir las recomendaciones de manera amplia y efectiva. Según Pradipta et al., (2020), fomentar un sentido de responsabilidad colectiva es fundamental para promover el

cumplimiento de las medidas preventivas. Esto implica destacar que cada individuo tiene un papel importante en proteger su propia salud y la de los demás. Al comprender que las acciones individuales tienen un impacto en la comunidad en general, las personas pueden sentirse motivadas a seguir las medidas preventivas y adoptar comportamientos responsables. Por ello, para Yang et al. (2020) el cumplimiento de estas medidas puede ayudar a reducir la carga sobre los sistemas de atención médica al evitar brotes y disminuir la demanda de servicios de salud. Además, al trabajar juntos para seguir las pautas establecidas, se fortalece el sentido de solidaridad y cuidado mutuo en la sociedad.

III. METODOLOGÍA

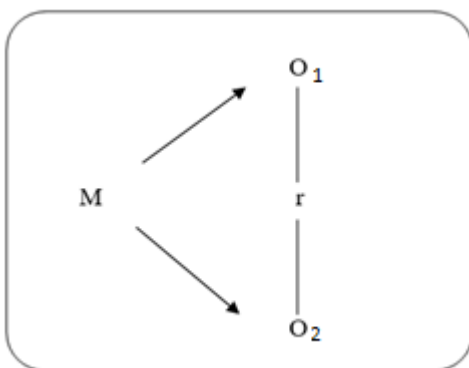
3.1 Tipo y diseño de la investigación

En cuanto al tipo de investigación llevada a cabo, se trató de un estudio básico o también conocido como puro, según lo mencionado por Toala-Toala y Mendoza, (2019). Este tipo de investigación se centra en el avance de un conocimiento científico específico y no tiene objetivos prácticos inmediatos.

En relación al nivel de investigación, se llevó a cabo un estudio correlacional descriptivo. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), este tipo de investigación tiene como objetivo analizar y determinar la relación entre las variables estudiadas utilizando análisis estadístico. Además, este enfoque es cuantitativo. Plaza et al. (2020) señalan que este tipo de investigación recopila datos y realiza un análisis estadístico para verificar las hipótesis planteadas.

Figura 1

Esquema de investigación correlacional



Nota. Arias (2020)

M: Pacientes de los centros de salud del distrito 09d13

O1: Calidad asistencial

O2: Adherencia al tratamiento

r: Relación

3.2 Variables y operacionalización

Variable 1: Calidad asistencial

Definición Conceptual: Araujo et al. (2020) define la calidad asistencial como un constructo multidimensional que evalúa el grado en que los servicios de atención

médica cumplen con los estándares y expectativas establecidos, lo que resulta en experiencias y resultados positivos para los pacientes.

Definición Operacional: Operacionalmente la calidad de la atención posee las dimensiones: dimensión tecno-científica, dimensión humana y dimensión del entorno.

Variable 2: Adherencia al tratamiento

Definición Conceptual: Pradipta et al., (2020) define la adherencia al tratamiento como el grado en que los pacientes siguen el régimen terapéutico prescrito, incluida la adherencia a la medicación, las modificaciones del estilo de vida y la adherencia a las citas médicas recomendadas.

Definición Operacional: Operacionalmente la adherencia al tratamiento posee las dimensiones: adherencia farmacológica, adherencia alimentaria, adherencia a las medidas preventivas.

3.3 Población, muestra y muestreo

De acuerdo con Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), se puede definir como población al grupo de individuos que se ubican en un entorno determinado, en el cual se va a desarrollar la investigación. Por ello se ha considerado una población de 200 pacientes en tratamiento para tuberculosis desde el mes de enero a diciembre del año 2022, que estén en tratamiento de primera y segunda fase.

En cuanto a los criterios de inclusión consideró: Pacientes diagnosticados con tuberculosis clínicamente o por muestras de laboratorio y por imágenes. Personas que tienen 1 o más inasistencias a retiro de medicamentos de la Estrategia Nacional para la erradicación de la tuberculosis. Personas que acuden puntualmente a retirar la medicación de su tratamiento. Personas que acepten voluntariamente formar parte de este estudio. Personas que reciban medicamentos por parte del distrito 09d13.

Asimismo, entre los criterios de exclusión, no se tuvieron en cuenta: Personas que no acepten participar en este estudio. Personas con discapacidad física, que imposibilite su traslado por sus medios.

De acuerdo con Bilbao y Escobar (2020), la selección de la muestra es un elemento crucial en el establecimiento del objetivo específico de la investigación, ya que ayuda a determinar el grupo de estudio. En términos simples, el diseño de

la investigación se encuentra dentro del ámbito de investigación y se concentra en la elección de la muestra adecuada. En este caso particular, se utilizó un método de muestreo no probabilístico por conveniencia en la investigación.

De mismo modo, Arroyo (2020) señala que una muestra se refiere a un subconjunto de individuos, elementos o unidades que se seleccionan de una población más grande. En ese sentido, se tuvo como muestra a 50 pacientes en tratamiento para tuberculosis.

3.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos

De acuerdo con Arias (2020), una técnica se refiere a un enfoque específico, método o procedimiento utilizado para recopilar, analizar, interpretar o presentar datos e información. Estas técnicas desempeñan un papel fundamental en la investigación, ya que permiten a los investigadores recopilar datos de manera sistemática y precisa, probar hipótesis y llegar a conclusiones. En relación a las dos variables del estudio, se optó por utilizar la encuesta. Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) explican que la encuesta es una técnica que facilita la recopilación estructurada de información para el análisis de las variables.

En cuanto al instrumento, Plaza et al. (2020) señalan que se trata de una herramienta o dispositivo utilizado para recopilar datos o información con el propósito de analizar el estudio. Los instrumentos pueden ser dispositivos físicos, como una regla o un termómetro, o pueden ser más abstractos, como un cuestionario. En el caso de esta investigación, se emplearon cuestionarios, los cuales, para Arroyo (2020) son instrumentos de investigación que consisten en un conjunto de preguntas utilizadas para recopilar datos o información de un grupo de participantes de manera estandarizada y sistemática.

En lo que respecta a la validez, se evaluó a través del juicio de expertos, donde especialistas en la temática, metodología y estadística validaron los instrumentos utilizados, concluyendo que eran adecuados para su implementación en la investigación.

Tabla 1*Validez de instrumentos*

Experto	Grado	Especialidad	Veredicto
Víctor Hugo Guaraca Parreño	Maestra	Temático	Posee validez
Enoc Nina Cuchillo	Maestro	Metodólogo	Posee validez
Josue Nina Cuchillo	Maestro	Estadístico	Posee validez

Además, para evaluar la confiabilidad, en el caso de la variable calidad de atención se utilizó el coeficiente de Alfa de Cronbach debido a que el instrumento fue de tipo politómico. En el caso de la variable adherencia al tratamiento, se usó el estadístico Kuder Richardson debido a que la escala de medición fue dicotómica. De esta manera, se pudo determinar que los instrumentos eran altamente confiables.

Tabla 2*Confiabilidad de instrumentos*

Variable	Prueba	Confiabilidad
Calidad de atención	Alfa de Cronbach	0,917
Adherencia al tratamiento	Kuder Richardson	0,858

3.5 Procedimientos

En primer lugar, se tuvo que realizar la investigación teórica mediante la búsqueda de literatura científica relacionada a la calidad de atención y a la adherencia al tratamiento para redactar los antecedentes y bases teóricas del estudio. A continuación, se realizó la redacción del capítulo de metodología, que incluyó detalles sobre el tipo y diseño de investigación, la identificación y operacionalización de las variables, la población y muestra, así como el proceso de validación de los instrumentos utilizados. Luego, se procedió a solicitar permiso al establecimiento de salud para administrar los instrumentos a 50 pacientes en tratamiento para tuberculosis, con el fin de recopilar datos sobre las variables y sus diferentes dimensiones. Una vez obtenidos los datos, se analizarán utilizando Microsoft Excel y el programa SPSS para llevar a cabo el análisis estadístico.

3.6 Método de análisis de datos

La información recopilada fue sometida a un análisis utilizando estadística descriptiva para su interpretación. En este análisis se emplearon herramientas como Microsoft Excel para generar tablas de frecuencia y gráficos de barras, los cuales se presentaron en el estudio como una contribución de la investigación. Además, se utilizó el software estadístico SPSS V.26 y el coeficiente Rho de Spearman para probar las hipótesis mediante la inferencia estadística. En este proceso, se estableció que un valor de 0.05 determinaría la aceptación o el rechazo de las hipótesis de investigación, lo que a su vez llevaría a las conclusiones y recomendaciones del estudio.

3.7 Aspectos éticos

Las consideraciones éticas juegan un papel crucial en la investigación, independientemente del enfoque utilizado. Al realizar una investigación con un enfoque cuantitativo, se deben tener en cuenta varios aspectos éticos específicos para garantizar el bienestar y los derechos de los participantes, la integridad del proceso de investigación y el uso responsable de los datos. En ese sentido se tuvo en cuenta la privacidad y confidencialidad, la minimización del daño a los pacientes, la protección y seguridad de datos, la transparencia y presentación de informes y el uso responsable de los resultados. Además, el proyecto cumplió con las regulaciones del área de posgrado de la Universidad César Vallejo y se siguieron las normas de la séptima edición del estilo APA. Además, se obtuvieron los consentimientos y permisos necesarios, los cuales fueron muy favorables para el desarrollo de la investigación.

IV. RESULTADOS

Análisis descriptivo

Tabla 3

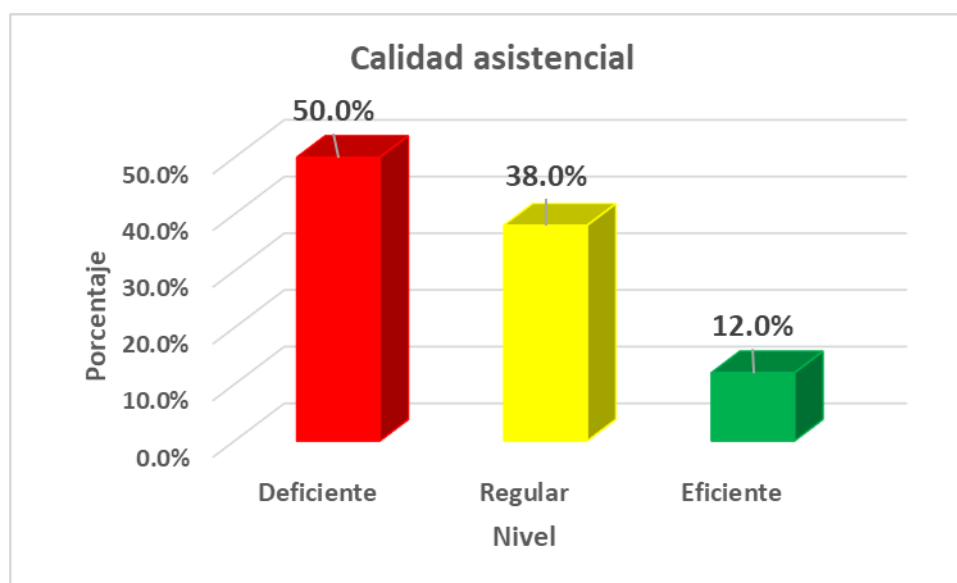
Niveles de la calidad asistencial

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Deficiente	25	50,0%
	Regular	19	38,0%
	Eficiente	6	12,0%
	Total	50	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Figura 2

Niveles de la calidad asistencial

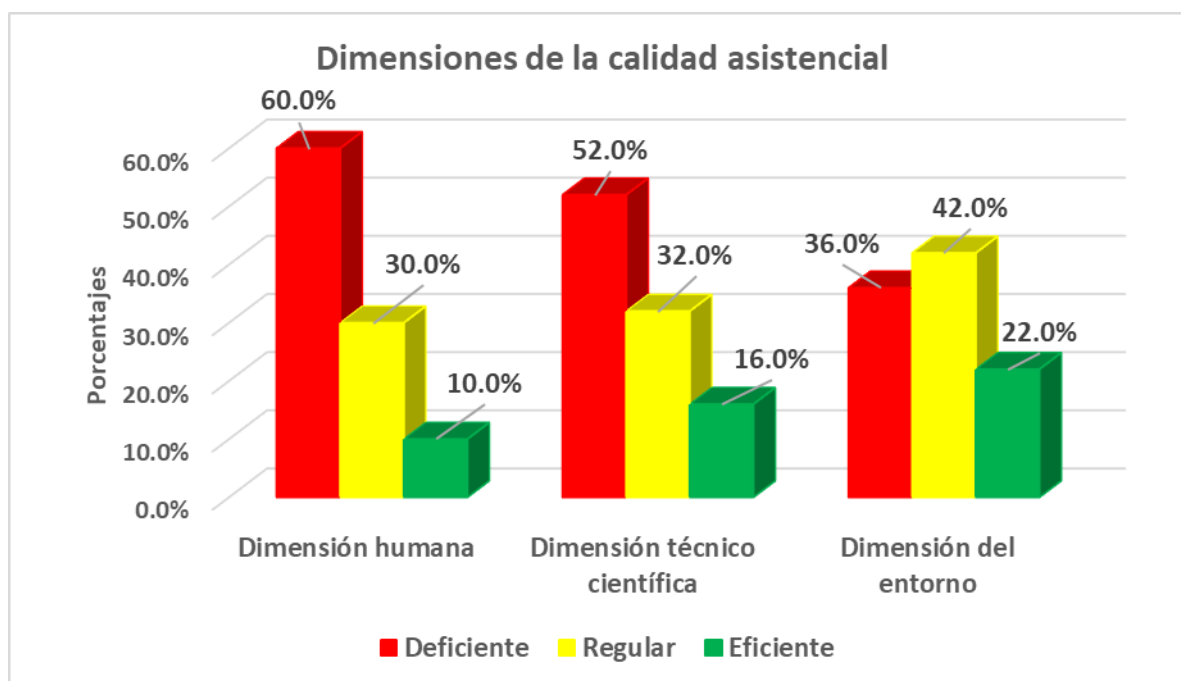


En la tabla 3 y figura 2 se aprecia que el 50,0% de los pacientes consideró que la calidad asistencial es deficiente, para el 30,0% posee un nivel regular y para el 12,0% es eficiente. De los resultados se deduce que el nivel de la calidad asistencial es deficiente.

Tabla 4*Niveles de las dimensiones de la calidad asistencial*

Niveles	Dimensión humana		Dimensión técnico científica		Dimensión del entorno	
	f	%	f	%	f	%
Deficiente	30	60.0%	26	52.0%	18	36.0%
Regular	15	30.0%	16	32.0%	21	42.0%
Eficiente	5	10.0%	8	16.0%	11	22.0%
Total	50	100%	50	100%	50	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 3*Niveles de las dimensiones de la calidad asistencial*

En la tabla 4 y figura 3 se puede evidenciar las dimensiones de la calidad asistencial, donde para los encuestados la dimensión humana es deficiente en un 60,0%, para el 30,0% se regular y para el 10,0% es eficiente. En cuanto a la dimensión técnico-científica, para los pacientes es deficiente en un 52,0%, para el 31,0% es regular y para el 16,0% es eficiente. En cuanto a la dimensión del entorno,

los encuestados sostuvieron que es deficiente en un 36,0%, para el 42,0% es regular y para el 22,0% es eficiente. De los resultados se puede deducir que la dimensión humana y técnico-científica son deficientes, en tanto que la dimensión del entorno posee un desempeño regular.

Tabla 5

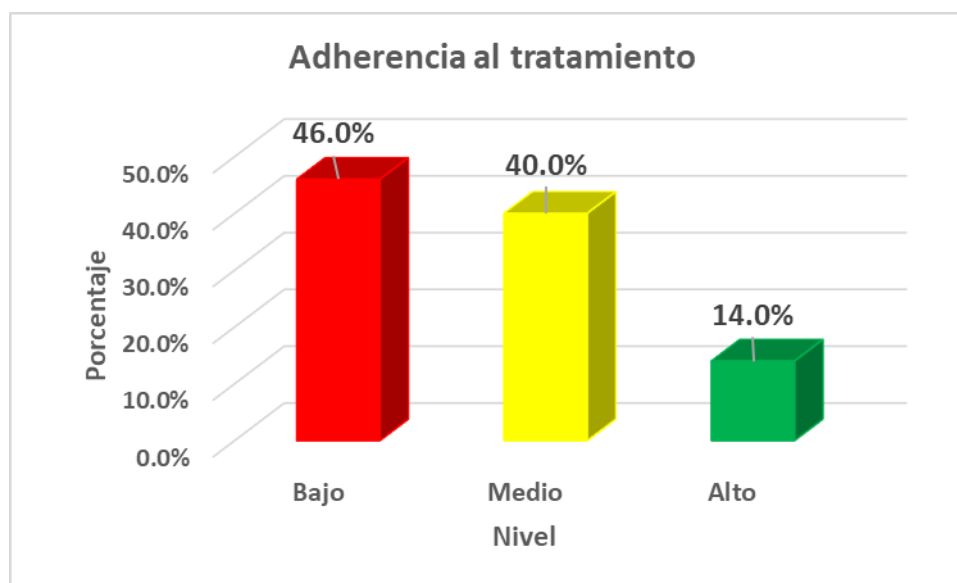
Niveles de la adherencia al tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	23	46,0%
	Medio	20	40,0%
	Alto	7	14,0%
	Total	50	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Figura 4

Niveles de la adherencia al tratamiento



En la tabla 5 y figura 4 se puede evidenciar que el 46,0% de los pacientes consideró que la adherencia al tratamiento es de nivel bajo, para el 40,0% se halla en un nivel medio y para el 14,0% se encuentra en un nivel alto. De los hallazgos se deduce que los pacientes percibieron que la adherencia al tratamiento contra la tuberculosis se halla en un nivel bajo.

Tabla 6

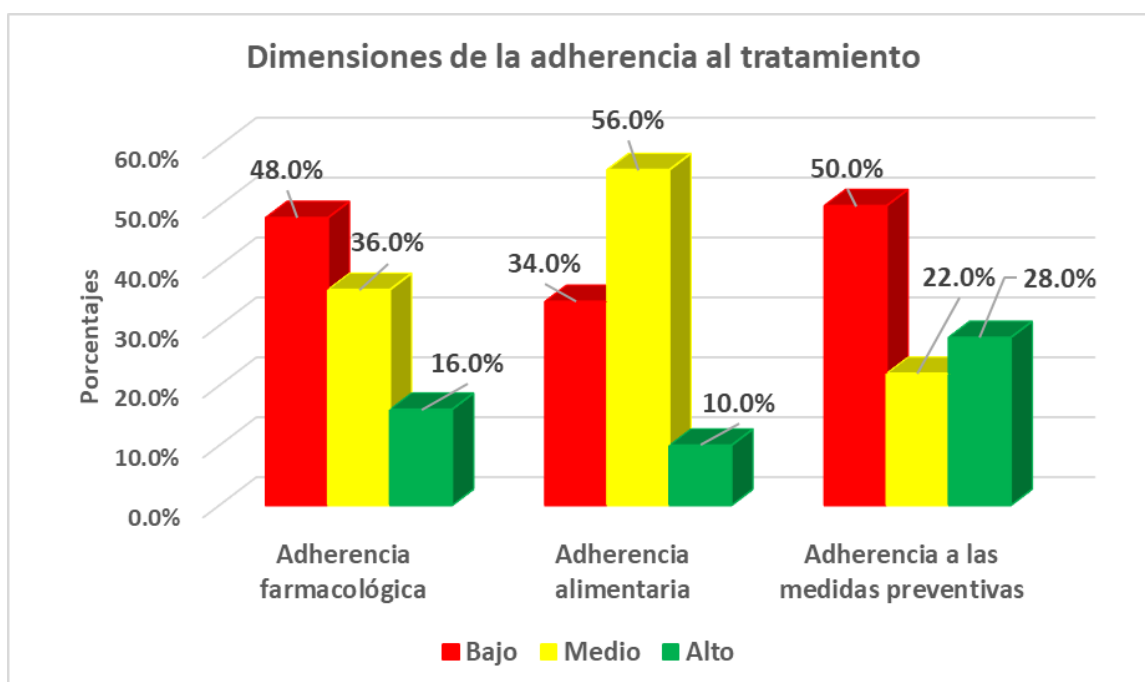
Niveles de las dimensiones de la adherencia al tratamiento

Niveles	Adherencia farmacológica		Adherencia alimentaria		Adherencia a las medidas preventivas	
	f	%	f	%	f	%
Bajo	24	48.0%	17	34.0%	25	50.0%
Medio	18	36.0%	28	56.0%	11	22.0%
Alto	8	16.0%	5	10.0%	14	28.0%
Total	50	100%	50	100%	50	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 5

Niveles de las dimensiones de la adherencia al tratamiento



En la tabla 6 y figura 4 se aprecian las dimensiones de la adherencia al tratamiento. En el caso de la adherencia farmacológica, para el 48,0% de los encuestados se halla en un nivel bajo, para el 36,0% se ubica en un nivel medio y para el 16,0% es de nivel alto. Para la dimensión adherencia alimentaria, los hallazgos indican que el 34,0% de los pacientes consideró que se hallan en un nivel

bajo, para el 56,0% posee un nivel medio y para el 10,0% tiene un nivel alto. Finalmente, el 50,0% de los encuestados evidencia un nivel bajo en la adherencia a las medidas preventivas, para el 22,0% se tuvo un nivel medio y para el 28,0% se alcanzó un alto nivel. De los resultados se puede considerar que tanto la adherencia farmacológica como la adherencia a las medidas preventivas de los pacientes es de nivel bajo, mientras que la adherencia alimentaria posee un nivel medio.

Análisis inferencial

Hipótesis general

H₀: No existe relación significativa entre la calidad asistencial y la adherencia al tratamiento para la tuberculosis, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador 2022.

H_a: Existe relación significativa entre la calidad asistencial y la adherencia al tratamiento para la tuberculosis, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador 2022.

Regla de decisión:

Nivel de significancia = p

Si $p < 0,05$ entonces se rechaza H₀ y se acepta H_a.

Si $p > 0,05$ entonces se acepta H₀ y se rechaza H_a.

Tabla 7

Relación entre la calidad asistencial y adherencia al tratamiento

		Adherencia al tratamiento	
Rho de Spearman	Calidad asistencial	Estadístico de correlación	,884**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	50

*Nota.**.* Las correlaciones son significativas en el nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 7 evidencia las relaciones entre la calidad asistencial y adherencia al tratamiento, donde se ha demostrado correlaciones significativas, de niveles positivos elevados ($r = 0,884$) y significativo Sig. (Bilateral)=0,000 inferior a 0,05. En

tal sentido, se pudo rechazar la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alternativa, comprobándose la hipótesis general.

Hipótesis específicas

H₀: No existe relación significativa entre la calidad asistencial y las dimensiones de la adherencia al tratamiento para la tuberculosis, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador 2022.

H_a: Existe relación significativa entre la calidad asistencial y las dimensiones de la adherencia al tratamiento para la tuberculosis, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador 2022.

Tabla 8

Relación entre la calidad asistencial y adherencia farmacológica

		Adherencia farmacológica	
Rho de Spearman	Calidad asistencial	Estadístico de correlación	,904**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	50

*Nota.***. Las correlaciones son significativas en el nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 8 evidencia la relación entre la calidad asistencial y adherencia farmacológica, donde se ha demostrado correlaciones significativas, de niveles positivos muy elevados ($r = 0,904$) y significativo Sig. (Bilateral)=0,000 inferior a 0,05. En tal sentido, se pudo rechazar la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alternativa, comprobándose la hipótesis específica 1.

Tabla 9

Relación entre la calidad asistencial y adherencia alimentaria

		Adherencia alimentaria	
Rho de Spearman	Calidad asistencial	Estadístico de correlación	,731**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	50

*Nota.**.* Las correlaciones son significativas en el nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 9 evidencia la relación entre la calidad asistencial y adherencia alimentaria, donde se ha demostrado correlaciones significativas, de niveles positivos elevados ($r = 0,731$) y significativo Sig. (Bilateral)=0,000 inferior a 0,05. En tal sentido, se pudo rechazar la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alternativa, comprobándose la hipótesis específica 2.

Tabla 10

Relación entre la calidad asistencial y adherencia a las medidas preventivas

		Adherencia a las medidas preventivas	
Rho de Spearman	Calidad asistencial	Estadístico de correlación	,905**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	50

*Nota.**.* Las correlaciones son significativas en el nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 10 evidencia la relación entre la calidad asistencial y adherencia a las medidas preventivas, donde se ha demostrado correlaciones significativas, de niveles muy elevados ($r = 0,905$) y significativo Sig. (Bilateral)=0,000 inferior a 0,05. En tal sentido, se pudo rechazar la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alternativa, comprobándose la hipótesis específica 3.

V. DISCUSIÓN

Los resultados de naturaleza descriptiva indicaron que la mayoría de los pacientes perciben la calidad de las atenciones para el tratamiento de la TB en el distrito estudiado como deficiente (50,0%), y solo un pequeño porcentaje la considera eficiente (12,0%). Este hallazgo se alinea con la información de De Schacht et al. (2019), que enfatizó la importancia de la comunicación efectiva, la educación del paciente y los sistemas de apoyos para promover y mantener la adherencia a la medicación. Echeverría (2022) sugiere que podría haber espacio para hacer eficiente las prestaciones de atención a los pacientes con tuberculosis en términos de satisfacer sus necesidades específicas y garantizar resultados óptimos del tratamiento.

Los hallazgos de Vera (2019), resaltan que un aspecto clave son las guías clínicas y los protocolos las cuales son recomendaciones basadas en evidencia desarrolladas por paneles de expertos u organizaciones profesionales. Brindan a los proveedores de atención médica enfoques estandarizados para los diagnósticos, tratamientos y el manejo del paciente. Al seguir estas pautas y protocolos, los profesionales de la salud pueden asegurarse de que su práctica se alinee con la evidencia científica más reciente y las mejores prácticas, promoviendo así una atención constante y de elevada calidad.

Conforme con los resultados descriptivos de la dimensión humana, que engloba los aspectos interpersonales de la prestación del cuidado de la salud, es percibida como deficiente por la mayoría de los pacientes (60,0%). Este hallazgo se complementa con lo indicado por Thekkur et al. (2019), quienes destacaron la necesidad de priorizar la atención centrada en el paciente y fortalecer la relación paciente-proveedor en el tratamiento de la tuberculosis. Moncayo et al. (2020) manifestó que las estrategias efectivas de comunicación, empatía y participación del paciente son esenciales para fomentar la confianza y las colaboraciones entre los pacientes y los que proveen atención sanitaria, haciendo óptima así la adherencia a los tratamientos y la satisfacción de los pacientes.

Según los resultados de Moncayo et al. (2020), preservar la dignidad y la privacidad del paciente es parte integral de la dimensión humana de la calidad de la atención. Los proveedores de atención sanitaria se deben asegurar que los

pacientes sean tratados con respeto, mantengan su privacidad durante los exámenes y procedimientos y protejan su confidencialidad. El reconocer y defender la dignidad del paciente logra que se fomente la confianza y ayuda a los pacientes a sentirse mejor valorados y respetados durante todo su proceso de atención médica.

Los resultados descriptivos revelan que la dimensión técnico-científica de la calidad asistencial es percibida como deficiente por una proporción importante de pacientes (52,0%). Esta dimensión se relaciona con los indicado por Según O'Leary et al., (2020) acerca de la competencia y la habilidad de los proveedores de atención sanitaria que dan ofrecimiento de atención basada en evidencia y utilizar intervenciones clínicas apropiadas. Lugo et al. (2021) señaló la importancia de la educación y capacitaciones constantes para los colaboradores de la salud involucrados en el tratamiento de la tuberculosis para garantizar conocimientos y habilidades actualizados. De Schacht et al. (2019) agregó que hacer eficiente las competencias técnicas de los proveedores de atención médica puede contribuir a mejorar los resultados del tratamiento y la satisfacción del paciente.

Los hallazgos de naturaleza descriptiva demuestran que la dimensión del entorno de la calidad de la atención se ha percibido como deficiente por un porcentaje considerable de pacientes (36,0%). Esta dimensión engloba los aspectos físicos, organizativos y culturales del entorno sanitario. Los hallazgos de Wali et al. (2022) destacan la importancia de las creaciones de entornos de apoyo y propicios para el tratamiento de la tuberculosis. Para Maassen et al., (2021) garantizar una infraestructura adecuada, la accesibilidad a las instalaciones de atención médica y una atención culturalmente sensible puede conseguir impactos positivos en las experiencias de los pacientes y las adherencias a los tratamientos. Abordar los factores ambientales puede contribuir a la satisfacción de los pacientes y facilitar las prestaciones de una atención de alta calidad.

En el caso de los resultados descriptivos revelan que la adherencia percibida por los pacientes al tratamiento de la tuberculosis es relativamente baja, con un 46,0% de los pacientes considerándola como tal. Este hallazgo es preocupante, ya que los hallazgos de Dávila (2022) demostraron que la mala adherencia puede provocar el fracaso del tratamiento, la progresión de la enfermedad y una mayor utilización de la atención médica. Además Cajo y Guadalupe, (2019) enfatizaron las

necesidades de intervenciones y estrategias para el mejoramiento del compromiso y las adherencias en los pacientes a lo largo del proceso de tratamiento. De acuerdo con Murali et al. (2019), al abordar los factores que influyen en la adherencia, como las preferencias gustativas, las influencias culturales y las brechas de conocimiento, los proveedores de atención médica pueden diseñar intervenciones personalizadas para mejorar la adherencia a los tratamientos y los resultados generales de salud.

Asimismo, este hallazgo es consistente con la información de Dilas et al. (2023), que destacaron los desafíos y las consecuencias de la adherencia negativa a los tratamientos en el manejo de la tuberculosis. Según Fiorillo et al. (2020) para mejorar la adherencia, es necesario un enfoque multifacético que abarque la educación del paciente, el apoyo personalizado y el seguimiento de la adherencia. Barrios-Ipenza et al. (2021) manifestó que la integración de tecnologías innovadoras, como aplicaciones móviles de salud o recordatorios de mensajes de texto, puede ayudar a reforzar los horarios de medicación y brindar apoyo continuo a los pacientes. Además, Stagg et al. (2020) sostuvo que el involucramiento de los pacientes en los procesos de elección de decisiones compartidas, establecer objetivos de tratamiento realistas y brindarles educación continua puede empoderarlos para que desempeñen papeles activos en el manejo de su salud y se adhieran al plan de tratamiento prescrito.

Los resultados descriptivos demuestran que una proporción significativa de pacientes perciben la adherencia farmacológica en un nivel bajo (48,0%). Estos hallazgos se apoyan en lo expuesto por Cajo y Guadalupe, (2019), quienes manifestaron que la ausencia de adherencia a las medicaciones es un desafío bien conocido en el tratamiento de la tuberculosis, a menudo atribuido a factores como regímenes complejos, efectos secundarios y conceptos erróneos sobre la eficacia del tratamiento. Echeverría (2021) indicó que apoyar a los pacientes para que comprendan la importancia de la adherencia a la medicación, abordar las preocupaciones o los conceptos erróneos y simplificar los regímenes de medicación puede contribuir a mejorar la adherencia farmacológica. Además, Vera (2019) en sus hallazgos encontró que los proveedores de atención médica pueden explorar estrategias como la terapia de observación directa (DOT) para garantizar la ingesta de medicamentos y mejorar las tasas de cumplimiento.

Los resultados descriptivos indican que la adherencia alimentaria entre los pacientes en tratamiento contra la tuberculosis presenta un nivel medio (56,0%). Una nutrición adecuada juega un papel crucial en el apoyo a los hallazgos de los tratamientos y la prevención de complicaciones durante la terapia de la tuberculosis. El hallazgo de De Schacht et al. (2019) sugiere la necesidad de orientación y asesoramiento nutricional personalizado para los pacientes a fin de garantizar que comprendan los requisitos dietéticos durante el tratamiento. Dilas et al. (2023) encontró que al brindar educación nutricional, abordar la inseguridad alimentaria y ofrecer soluciones prácticas para superar las barreras, los proveedores de atención médica pueden facilitar una mejor adherencia a los alimentos y ayudar a los pacientes a mantener una dieta balanceada a lo largo de su tratamiento.

Los resultados descriptivos revelan que un número importante de pacientes perciben baja adherencia a las medidas preventivas (50,0%). Las medidas preventivas, como las prácticas de control de infecciones y las modificaciones de los estilos de vida, son vitales para el decremento de la transmisión de la tuberculosis y prevenir la progresión de la enfermedad. Los hallazgos de Cajo y Guadalupe, (2019) resaltaron la importancia de la educación integral del paciente sobre las prácticas de control de infecciones, incluida la etiqueta al toser, la ventilación adecuada y el cumplimiento de los regímenes de tratamiento. Kimani et al. (2019) señaló que al enfatizar la importancia de las medidas preventivas y abordar las barreras, los proveedores de atención médica pueden empoderar a los pacientes para que participen activamente en comportamientos que reduzcan el riesgo de transmisión y reinfección.

Por otro lado, la hipótesis general del estudio tuvo como fin examinar las relaciones significativas entre la calidad de las atenciones y las adherencias a los tratamientos para tuberculosis en pacientes de Guayas. Los hallazgos del estudio proporcionaron evidencia para respaldar la hipótesis alternativa, lo que indica que, de hecho, hay relaciones significativas entre la calidad de la atención y la adherencia a los tratamientos de la TB. Estos resultados se alinean con la preponderancia de la atención de calidad para promover las adherencias a los tratamientos y los resultados de los pacientes. Thekkur et al. (2019) señalaron la importancia de la atención enfocada en los pacientes en el manejo de la

tuberculosis, ya que fomenta una alianza terapéutica entre los proveedores sanitarios y los pacientes, lo que conduce a una mejor adherencia al tratamiento. Además, Echeverría (2022) afirmó que una atención de calidad mejora la satisfacción del paciente, lo que a su vez causa influencia directa en el cumplimiento del tratamiento.

Los hallazgos del estudio refuerzan la comprensión de que la atención de calidad corresponde a factores críticos en el éxito del tratamiento de la TB. Cuando los pacientes perciben que están recibiendo atención de calidad, es más probable que se adhieran a sus regímenes de tratamiento. Por ello, Cajo y Guadalupe, (2019) subrayaron la importancia de las habilidades para comunicarse de los proveedores de atención médica, la empatía y la dimensión humana general de la atención. Echeverría (2021) afirmaron que la percepción de un paciente sobre la calidad de la atención recibida impacta significativamente en su adherencia al tratamiento y satisfacción. Por ende, los proveedores sanitarios deben priorizar la prestación de atención centrada en el paciente para mejorar las tasas de cumplimiento del tratamiento.

En cuanto a la hipótesis específica del estudio, se centró en examinar las relaciones entre la calidad en las atenciones y la adherencia a los medicamentos en pacientes con tuberculosis. Los hallazgos indicaron correlaciones significativas entre estas variables, presentando un alto nivel positivo. Esto sugiere que cuando la calidad de la atención es alta, existe una mayor posibilidad de mejorar las adherencias a la medicación entre los pacientes con tuberculosis. Estos hallazgos están alineados con el estudio de Dávila (2022) que aseveró que el fundamental la adherencia a la medicación en el tratamiento de la tuberculosis. Según Thekkur et al. (2019), la adherencia a la medicación es crucial para prevenir el fracaso del tratamiento, la recaída y el desarrollo de cepas de tuberculosis que logran resistir a la medicación. Los hallazgos del estudio han respaldado la idea de que los pacientes que perciben una atención de mayor calidad tienen más probabilidades de adherirse a los regímenes de medicación prescritos.

Asimismo, la hipótesis segunda específica del estudio examinó las relaciones entre la calidad de las atenciones y las adherencias alimentarias en pacientes con TB. Como hallazgos se revelaron correlaciones significativas entre estas variables, con un alto nivel positivo. Esto sugiere que cuando la calidad de la

atención es alta, existe una mayor posibilidad de mejorar la adherencia a la dieta entre los pacientes con tuberculosis. De esta manera dichos hallazgos concuerdan con lo encontrado por Davtyan et al. (2019) que demostraron que las relaciones entre la calidad de las atenciones y los cumplimientos de la dieta es específicamente vital en los tratamientos de la tuberculosis, ya que una nutrición adecuada desempeña un papel vital en el apoyo al sistema inmunitario del organismo y en la optimización de los resultados del tratamiento. Han et al. (2020) afirmaron que el cumplimiento de la dieta es fundamental para prevenir complicaciones del tratamiento y apoyar la salud general de los pacientes durante los tratamientos de la TB.

Conforme con la tercera hipótesis específica se tuvo como fin explorar las asociaciones entre la calidad de las atenciones y las adherencias a las medidas preventivas entre los pacientes con tuberculosis. Como hallazgos se evidenciaron correlaciones significativas entre estas variables, con un nivel positivo muy alto. Esto se corrobora en lo ubicado por Yang et al. (2020), quienes aseveraron que cuando la calidad de la atención es mayor, existe una mayor probabilidad de mejorar la adherencia a las medidas preventivas entre los pacientes con tuberculosis. Las medidas preventivas, como las prácticas de controles de infecciones y el cumplimiento de la higiene respiratoria, son cruciales para minimizar la transmisión de la tuberculosis y prevenir las propagaciones de la enfermedad dentro de las comunidades.

Los hallazgos de este estudio refuerzan lo señalado por Dilas et al. (2023), quienes manifestaron que el papel de los proveedores de atención médica es de suma importancia en la educación de los pacientes sobre las importancias de las medidas preventivas y el fomento de su adherencia a estas medidas. Siebenhaar et al. (2020) encontró que al integrar la educación sobre medidas preventivas en la prestación general de atención, los proveedores de atención médica pueden capacitar a los pacientes para que tengan que asumir las responsabilidades de su propia salud y reduzcan los riesgos de transmisión de la TB.

Además, los hallazgos de Yang et al. (2020) mostraron que el fortalecer la implementación de medidas preventivas, es fundamental que los centros de salud proporcionen los recursos necesarios para garantizar su efectividad. En primer lugar, es necesario asegurar el acceso adecuado a máscaras para los pacientes y

el personal de atención sanitaria. Las máscaras son una herramienta crucial para prevenir la propagación de la tuberculosis a través de gotas respiratorias, especialmente en entornos de atención médica donde el riesgo de exposición es mayor. Al garantizar la disponibilidad y distribución de máscaras de calidad, se promoverá el uso correcto y regular de este elemento de protección.

Asimismo, los hallazgos son respaldados por Siebenhaar et al. (2020), quienes señalaron que es esencial contar con estaciones de higiene de manos estratégicamente ubicadas en los centros de salud. La correcta higiene de manos son medidas sencillas pero efectivas para las prevenciones de las transmisiones de la TB y otras enfermedades infecciosas. Los pacientes, personal de atención sanitaria y visitantes deben tener acceso fácil a puntos de higiene de manos, equipados con suministros adecuados de jabón líquido, desinfectantes a base de alcohol y toallas desechables. Estas estaciones deben ser visibles, recordando constantemente cuán importante es la higiene de manos y fomentando su práctica regular.

De acuerdo con los hallazgos de Dávila (2022), la adherencia a las medidas preventivas es crucial para minimizar la transmisión de enfermedades infecciosas y mantener un buen nivel sanitario. Ello implica que las personas adopten activamente y practiquen constantemente estos comportamientos preventivos en su vida diaria y se adhieran a las recomendaciones de salud pública. La adherencia exitosa a las medidas preventivas requiere conocimiento y comprensión de las prácticas recomendadas, así como motivación, autodisciplina y sentido de responsabilidad hacia la propia salud y la salud de los demás. Los factores que pueden influir en la adherencia incluyen la conciencia, la accesibilidad a los recursos preventivos, las normas sociales y las creencias personales.

En general, los hallazgos del estudio respaldan el papel fundamental de la atención de calidad en la promoción del cumplimiento de las medidas preventivas, la medicación y los regímenes dietéticos entre los pacientes con tuberculosis. La implementación de enfoques de atención centrados en el paciente, incluida la comunicación eficaz, la educación individualizada y el apoyo continuo, puede mejorar la comprensión, la motivación y la capacidad de los pacientes para cumplir con sus planes de tratamiento.

VI. CONCLUSIONES

- Primera:** Se concluye que existe relación significativa entre la calidad asistencial y la adherencia al tratamiento para la tuberculosis, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador 2022, siendo el grado de correlación positivo elevado ($r = 0,884$) y significativa Sig. (Bilateral)= $0,000 < 0,05$. Además, el nivel de la calidad asistencial es deficiente (50,0%) y la adherencia al tratamiento se halla en un nivel bajo (46,0%).
- Segunda:** Se concluye que existe relación significativa entre la calidad asistencial y la adherencia farmacológica, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador 2022, siendo el grado de correlación positivo muy alto ($r = 0,904$) y significativa Sig. (Bilateral)= $0,000 < 0,05$. Además, el nivel de adherencia farmacológica es bajo (48,0%).
- Tercera:** Se concluye que existe relación significativa entre la calidad asistencial y la adherencia alimentaria, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador 2022, siendo el grado de correlación positivo elevado ($r = 0,731$) y significativa Sig. (Bilateral)= $0,000 < 0,05$. Además, el nivel de adherencia alimentaria es medio (56,0%).
- Cuarta:** Se concluye que existe relación significativa entre la calidad asistencial y la adherencia a las medidas preventivas, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador 2022, siendo el grado de correlación positivo muy alto ($r = 0,905$) y significativa Sig. (Bilateral)= $0,000 < 0,05$. Además, el nivel de adherencia a las medidas preventivas es bajo (50,0%).

VII. RECOMENDACIONES

- Primera:** A las autoridades del centro de salud se recomienda implementar intervenciones integrales que se enfoquen en la atención, la educación y el apoyo centrados en el paciente durante todo el proceso de tratamiento. Estrategias como la capacitación de proveedores de atención médica en habilidades de comunicación, empatía y sensibilidad cultural pueden mejorar la dimensión humana de la atención y fomentar una alianza terapéutica con los pacientes.
- Segunda:** Se recomienda al centro de salud participar en sesiones periódicas de educación del paciente para abordar los conceptos erróneos, las preocupaciones y los posibles efectos secundarios asociados con los medicamentos para la tuberculosis. Las explicaciones claras y simplificadas de los regímenes de tratamiento, los horarios de dosificación y las posibles interacciones pueden mejorar la comprensión del paciente y promover la adherencia.
- Tercera:** Se recomienda que el centro de salud ofrezca orientación y asesoramiento nutricional personalizado, educando a los pacientes sobre la importancia de una nutrición adecuada durante el tratamiento de la tuberculosis y brindando recomendaciones prácticas para mantener una dieta balanceada. Abordar la inseguridad alimentaria también puede mejorar de la adherencia alimentaria.
- Cuarta:** El centro de salud debe priorizar la educación integral del paciente sobre las prácticas de control de infecciones. Esto incluye proporcionar instrucciones claras sobre la etiqueta adecuada para toser, la importancia de una buena ventilación y la importancia de cumplir con los tratamientos para reducir los riesgos de transmisión y reinfección. El centro de salud debe proporcionar materiales educativos culturalmente apropiados y utilizar varios canales de comunicación para llegar a una población diversa de pacientes.

REFERENCIAS

- Abbas, J. (2020). Impact of total quality management on corporate sustainability through the mediating effect of knowledge management. *Journal of Cleaner Production*, 244, 118806. <https://doi.org/10.1016/J.JCLEPRO.2019.118806>
- Aggarwal, A. N. (2019). Quality of life with tuberculosis. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, 17, 100121. <https://doi.org/10.1016/J.JCTUBE.2019.100121>
- Al-Jabri, F. Y. M., Turunen, H. and Kvist, T. (2021). Patients' Perceptions of Healthcare Quality at Hospitals Measured by the Revised Humane Caring Scale. *Journal of Patient Experience*, 8, 1–8. <https://doi.org/10.1177/23743735211065265>
- Altice, F., Evuarherhe, O., Shina, S., Carter, G. and Beaubrun, A. C. (2019). Adherence to HIV treatment regimens: Systematic literature review and meta-analysis. *Patient Preference and Adherence*, 13, 475–490. <https://doi.org/10.2147/PPA.S192735>
- Anghel, L. A., Farcas, A. M. and Oprean, R. N. (2019). An overview of the common methods used to measure treatment adherence. *Medicine and Pharmacy Reports*, 92(2), 117–122. <https://doi.org/10.15386/mpr-1201>
- Araujo, C. A. S., Siqueira, M. M. and Malik, A. M. (2020). Hospital accreditation impact on healthcare quality dimensions: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(8), 531–544. <https://doi.org/10.1093/INTQHC/MZAA090>
- Arias, J. L. (2020). *Proyecto de tesis: guía para la elaboracion*. José Luis Arias Gonzáles. <http://hdl.handle.net/20.500.12390/2236>
- Arrieta, I. (2019). Autonomies in interaction: Dimensions of patient autonomy and non-adherence to treatment. *Frontiers in Psychology*, 10, 1857. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01857>
- Arroyo, A. (2020). *Metodología de investigación en las ciencias empresariales* (1a ed.). Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/UNSAAC/5402?locale-attribute=en>
- Avedillo, P. (2022). *Situación de la TB en la región de las Américas con énfasis en*

- TB en niños*. Organización Panamericana de La Salud. [https://orasconhu.org/sites/default/files/2022-04/Situación TB Americas 2021 Marzo 2022 OPS webinar ORAS.pdf](https://orasconhu.org/sites/default/files/2022-04/Situación_TB_Americas_2021_Marzo_2022 OPS webinar ORAS.pdf)
- Avia, I. . and Hariyati, R. T. S. (2019). Impact of hospital accreditation on quality of care: A literature review. *Enfermería Clínica*, 29, 315–320. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.06.003>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. <https://www.worldcat.org/es/title/social-learning-theory/oclc/2635133>
- Barrios-Ipenza, F., Calvo-Mora, A., Criado-García, F. and Curioso, W. H. (2021). Quality Evaluation of Health Services Using the Kano Model in Two Hospitals in Peru. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 6159. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18116159>
- Bilbao, J. and Escobar, P. (2020). *Investigación y Educación Superior* (2a ed.). Lulu.com. <https://www.lulu.com/shop/piter-henry-escobar-callegas-and-jorge-luis-bilbao-ramirez/investigacion-y-educacion-superior/paperback/product-1qkg8mz7.html>
- Buljac-Samardzic, M., Doekhie, K. D. and Van Wijngaarden, J. D. H. (2020). Interventions to improve team effectiveness within health care: A systematic review of the past decade. *Human Resources for Health*, 18(1), 1–42. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3>
- Cajo, L. E. and Guadalupe, A. K. (2019). *Acciones de Enfermería en la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis. Distrito Riobamba-Chambo. Octubre 2018-marzo 2019* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Chimborazo]. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5673>
- Casabona, C. R., Mora, A. U., Callizo, E. P., Cano, F. A., Barbera, M. G., Aristu, I. I., Busto, C. S. and Astier-Peña, M. P. (2019). ¿ Qué normativas han desarrollado las comunidades autónomas para avanzar en cultura de seguridad del paciente en sus organizaciones sanitarias? *Journal of Healthcare Quality Research*, 34(5), 258–265. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.05.006>
- Chen, X., Du, L., Wu, R., Xu, J., Ji, H., Zhang, Y., Zhu, X. and Zhou, L. (2020). The effects of family, society and national policy support on treatment adherence among newly diagnosed tuberculosis patients: a cross-sectional study. *BMC Infectious Diseases*, 20(623), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12879-020->

- Cullati, S., Bochatay, N., Maître, F., Laroche, T., Muller-Juge, V., Blondon, K. S., Perron, N. J., Bajwa, N. M., Vu, N. V., Kim, S., Hudelson, P., Savoldelli, G. L., Chopard, P. and Nendaz, M. R. (2019). When team conflicts threaten quality of care: a study of health care professionals' experiences and perceptions. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 3(1), 43–51. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2018.11.003>
- Dávila, K. P. (2022). *Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis de un hospital Guayaquil, 2022* [Tesis de posgrado, Universidad César Vallejo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/92900>
- Davtyan, K., Aghabekyan, S., Davtyan, H., Hayrapetyan, A. and Aslanyan, G. (2019). Quality of care provided to tuberculosis patients in Armenia: How satisfied are the patients? *Journal of Infection in Developing Countries*, 13(5), 28–34. <https://doi.org/10.3855/jidc.10873>
- De Schacht, C., Mutaquiha, C., Faria, F., Castro, G., Manaca, N., Manhiça, I. and Cowan, J. (2019). Barriers to access and adherence to tuberculosis services, as perceived by patients: A qualitative study in Mozambique. *PLoS ONE*, 14(7), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219470>
- Delgado, L. and Benavidez, G. M. (2023). *Fracaso en el tratamiento de pacientes con tuberculosis en Ecuador* [Tesis de posgrado, Universidad Estatal del Sur de Manabí]. <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/5068>
- Dilas, D., Flores, R., Morales-García, W. C., Calizaya-Milla, Y. E., Morales-García, M., Sairitupa-Sanchez, L. and Saintila, J. (2023). Social Support, Quality of Care, and Patient Adherence to Tuberculosis Treatment in Peru: The Mediating Role of Nurse Health Education. *Patient Preference and Adherence*, 17, 175–186. <https://doi.org/10.2147/PPA.S391930>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.0341012008903>
- Echeverría, A. B. (2022). *Adherencia al tratamiento antifímico en pacientes con tuberculosis pulmonar. Distrito 24D02 La Libertad-Salinas, provincia de Santa Elena, 2022* [Tesis de grado, Universidad Estatal Península de Santa Elena]. <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/7980/1/UPSE-TEN-2022-0065.pdf>

- Echeverría, B. M. (2021). *Escuela De Posgrado Programa Académico De Maestría En Gestión De Los Servicios De La Salud* [Tesis de posgrado, Universidad César Vallejo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/84412>
- Esmail, H., Macpherson, L., Coussens, A. K. and Houben, R. M. G. J. (2022). Mind the gap – Managing tuberculosis across the disease spectrum. *EBioMedicine*, 78, 103928. <https://doi.org/10.1016/J.EBIOM.2022.103928>
- Fang, X.-H., Shen, H.-H., Hu, W.-Q., Xu, Q.-Q., Jun, L., Zhang, Z.-P., Kan, X.-H., Ma, D.-C. and Wu, G.-C. (2019). Prevalence of and factors influencing anti-tuberculosis treatment non-adherence among patients with pulmonary tuberculosis: A cross-sectional study in Anhui Province, Eastern China. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 25, 1928. <https://doi.org/10.12659/MSM.913510>
- Fernandez-Lazaro, C. I., García-González, J. M., Adams, D. P., Fernandez-Lazaro, D., Mielgo-Ayuso, J., Caballero-Garcia, A., Moreno, F., Córdova, A. and Miron-Canelo, J. A. (2019). Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: A cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 20(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1019-3>
- Fiorillo, A., Barlati, S., Bellomo, A., Corrivetti, G., Nicolò, G., Sampogna, G., Stanga, V., Veltro, F., Maina, G. and Vita, A. (2020). The role of shared decision-making in improving adherence to pharmacological treatments in patients with schizophrenia: a clinical review. *Annals of General Psychiatry*, 19(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00293-4>
- Gopaldaswamy, R., Shanmugam, S., Mondal, R. and Subbian, S. (2020). Of tuberculosis and non-tuberculous mycobacterial infections – a comparative analysis of epidemiology, diagnosis and treatment. *Journal of Biomedical Science*, 27(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/S12929-020-00667-6>
- Han, C. Y., Chan, C. G. B., Lim, S. L., Zheng, X., Woon, Z. W., Chan, Y. T., Bhaskaran, K., Tan, K. F., Mangaikarasu, K. and Chong, M. F. F. (2020). Diabetes-related nutrition knowledge and dietary adherence in patients with Type 2 diabetes mellitus: A mixed-methods exploratory study. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 29(2), 81–90. <https://doi.org/10.1177/2010105820901742>
- Hernández-Sampieri, R. and Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la*

- Investigación. Las rutas Cuantitativa Cualitativa y Mixta.* Mc Graw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. <https://www.buscalibre.pe/libro-metodologia-de-la-investigacion/9781456260965/p/50315155>
- Hernández, A. (2022). Pertinencia de la gestión de tecnología sanitaria para la seguridad y calidad en entornos hospitalarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 48(4), 1–16. <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2399>
- Jacobs, G. (2019). Patient autonomy in home care: Nurses' relational practices of responsibility. *Nursing Ethics*, 26(6), 1638–1653. <https://doi.org/10.1177/0969733018772070>
- Kähkönen, O., Oikarinen, A., Vähänikkilä, H. and Kyngäs, H. (2022). Association between perceived health and adherence to treatment after percutaneous coronary intervention: A long-term follow-up study. *Journal of Advanced Nursing*, 78(6), 1653–1664. <https://doi.org/10.1111/JAN.15069>
- Kaplan, A. and Price, D. (2020). Treatment adherence in adolescents with asthma. *Journal of Asthma and Allergy*, 13, 39–49. <https://doi.org/10.2147/JAA.S233268>
- Karaca, A. and Durna, Z. (2019). Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing Open*, 6(2), 535–545. <https://doi.org/10.1002/NOP2.237>
- Khurshid, Z., De Brún, A., Moore, G. and McAuliffe, E. (2020). Virtual adaptation of traditional healthcare quality improvement training in response to COVID-19: a rapid narrative review. *Human Resources for Health*, 18(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/S12960-020-00527-2/TABLES/3>
- Kimani, S., Mirie, W., Chege, M., Okube, O. T. and Muniu, S. (2019). Association of lifestyle modification and pharmacological adherence on blood pressure control among patients with hypertension at Kenyatta National Hospital, Kenya: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 9(1), 1.16. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023995>
- Li, X., Krumholz, H. M., Yip, W., Cheng, K. K., De Maeseneer, J., Meng, Q., Mossialos, E., Li, C., Lu, J., Su, M., Zhang, Q., Xu, D. R., Li, L., Normand, S. L. T., Peto, R., Li, J., Wang, Z., Yan, H., Gao, R., ... Hu, S. (2020). Quality of primary health care in China: challenges and recommendations. *The Lancet*, 395(10239), 1802–1812. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30122-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30122-7)

- Lugo, G. F. O., Restrepo, J. M. U., Álvarez, M. P., Trejos, J. A. P. and Gómez-Chiappe, N. (2021). Grupos de escucha y apoyo en un hospital universitario como modelo de intervención para profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.10.012>
- Maassen, S. M., Van Oostveen, C., Vermeulen, H. and Weggelaar, A. M. (2021). Defining a positive work environment for hospital healthcare professionals: A Delphi study. *PloS One*, 16(2), e0247530. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247530>
- Maphumulo, W. T. and Bhengu, B. R. (2019). Challenges of quality improvement in the healthcare of South Africa post-apartheid: A critical review. *Curationis*, 42(1). <https://doi.org/10.4102/CURATIONIS.V42I1.1901>
- Marahatta, S. B., Yadav, R. K., Giri, D., Lama, S., Rijal, K. R., Mishra, S. R., Shrestha, A., Bhattra, P. R., Mahato, R. K. and Adhikari, B. (2020). Barriers in the access, diagnosis and treatment completion for tuberculosis patients in central and western Nepal: A qualitative study among patients, community members and health care workers. *PLOS ONE*, 15(1), e0227293. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0227293>
- Mella, M., Gea, M. T., Aranaz, J. M., Ramos, G. and Compañ, A. F. (2020). Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gaceta Sanitaria*, 34(5), 500–513. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112020000500015
- Mikaili, N., Ghasemi, M. A., Salari, S. and Sakeni, Z. (2020). Theoretical and practical dimensions of adherence to treatment in patients: A review study. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 62(2), 1403–1419. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103727>
- Molina-Mula, J. and Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 835. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17030835>
- Moncayo, F. L. G., Méndez, J. M., Arnedo, C. O., Casellas-Grau, A. and Navarro, J. T. (2020). Abordaje de la complejidad psicosocial en pacientes con cáncer.

- Medicina Clinica*, 154(3), 86–93. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2019.03.022>
- Murali, K. M., Mullan, J., Roodenrys, S., Hassan, H. C., Lambert, K. and Lonergan, M. (2019). Strategies to improve dietary, fluid, dialysis or medication adherence in patients with end stage kidney disease on dialysis: A systematic review and meta-analysis of randomized intervention trials. *PLoS ONE*, 14(1), 1–27. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211479>
- Navathe, A. S., Volpp, K. G., Bond, A. M., Linn, K. A., Caldarella, K. L., Troxel, A. B., Zhu, J., Yang, L., Matloubieh, S. E., Drye, E. E., Bernheim, S. M., Lee, E. O., Mugiishi, M., Endo, K. T., Yoshimoto, J. and Emanuel, E. J. (2020). Assessing The Effectiveness Of Peer Comparisons As A Way To Improve Health Care Quality: Examining whether peer comparisons feedback provided to primary care providers may impact quality of care. *Health Affairs*, 39(5), 852–861. <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2019.01061>
- Nequee, F. (2021). Effectiveness of Stress Inoculation Training on Adherence to Treatment Based on Glycosylated Hemoglobin Index. *Journal of Diabetes Nursing*, 9(3), 1648–1659. <http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-484-en.html>
- Nezenega, Z. S., Perimal-lewis, L. and Maeder, A. J. (2020). Factors Influencing Patient Adherence to Tuberculosis Treatment in Ethiopia: A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020, Vol. 17, Page 5626, 17(15), 5626. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17155626>
- Nikolaev, N. A., Martynov, A. I., Skirdenko, Y. P., Anisimov, V. N., Vasilieva, I. A., Vinogradov, O. I., Lazebnik, L. B., Poddubnaya, I. V., Roitman, E. V., Ageev, F. T., Andreev, K. A., Babicheva, L. G., Bunova, S. S., Viktorova, I. A., Volchegorskiy, I. A., Galyavich, A. S., Gaus, O. V., Gomberg, V. G., Gorbenko, A. V., ... Yakushin, S. S. (2020). Treatment management based on adherence: Patient recommendation algorithms. Cross-disciplinary guidelines. *Medical News of North Caucasus*, 15(4), 461–468. <https://doi.org/10.14300/MNNC.2020.15109>
- Nyarko, R. O., Prakash, A., Kumar, N., Saha, P. and Kumar, R. (2021). Tuberculosis a globalized disease: Review. *Asian Journal of Pharmaceutical Research and Development*, 9(1), 198–201. <https://doi.org/10.22270/AJPRD.V9I1.898>
- Nyirongo, S., Mukwato, P. K., Musenge, E. M. and Kalusopa, V. M. (2021). Adherence to Treatment by Patients with Type 2 Diabetes Mellitus at Monze

- Mission Hospital, Monze, Zambia. *Open Journal of Nursing*, 11(3), 184–203. <https://doi.org/10.4236/ojn.2021.113017>
- O’Leary, N., Salmon, N. and Clifford, A. M. (2020). ‘It benefits patient care’: the value of practice-based IPE in healthcare curriculums. *BMC Medical Education*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S12909-020-02356-2/FIGURES/3>
- OMS. (2023). *Tuberculosis*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- OPS. (2023). *OPS promueve concertación de esfuerzos en torno a la Tuberculosis con organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil*. <https://www.paho.org/es/noticias/24-3-2023-ops-promueve-concertacion-esfuerzos-torno-tuberculosis-con-organizaciones#:~:text=En Ecuador%2C la OMS estima,por cada 100 000 habitantes.>
- Ormeño, R. M. (2022). *Los factores protectores del abandono del tratamiento de la Tuberculosis en un Hospital de Guayaquil, 2022* [Tesis de posgrado, Universidad César Vallejo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/95664>
- Oscalices, M. I. L., Okuno, M. F. P., Lopes, M. C. B. T., Batista, R. E. A. and Campanharo, C. R. V. (2019). Health literacy and adherence to treatment of patients with heart failure. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 53, 1–7. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/X53xNwMg9g334Th3HTJqP5F/?format=html&lang=en>
- Özkaptan, B. B., Kapucu, S. and Demirci, İ. (2019). Relationship between adherence to treatment and acceptance of illness in patients with type 2 diabetes. *Cukurova Medical Journal*, 44(1), 447–454. <https://doi.org/10.17826/CUMJ.554402>
- Plaza, P., Bermeo, C. and Moreira, M. (2020). *Metodología de la investigación*. Biblioteca Colloquium. <https://colloquiumbiblioteca.com/index.php/web/article/view/26>
- Pradipta, I. S., Houtsma, D., van Boven, J. F. M., Alffenaar, J. W. C. and Hak, E. (2020). Interventions to improve medication adherence in tuberculosis patients: a systematic review of randomized controlled studies. *Npj Primary Care Respiratory Medicine*, 30(1), 1–10. <https://doi.org/10.1038/s41533-020-0179-x>
- Probst, S., Saini, C. and Buehrer Skinner, M. (2020). Development and feasibility of

- a multidisciplinary education program on adherence to treatment in persons with venous leg ulcers in the clinical setting: A pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 76(10), 2733–2736. <https://doi.org/10.1111/JAN.14502>
- Rashidi, A., Kaistha, P., Whitehead, L. and Robinson, S. (2020). Factors that influence adherence to treatment plans amongst people living with cardiovascular disease: A review of published qualitative research studies. *International Journal of Nursing Studies*, 110, 103727. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103727>
- Ravenscroft, L., Kettle, S., Persian, R., Ruda, S., Severin, L., Doltu, S., Schenck, B. and Loewenstein, G. (2020). Video-observed therapy and medication adherence for tuberculosis patients: randomised controlled trial in Moldova. *European Respiratory Journal*, 56(2), 1–10. <https://doi.org/10.1183/13993003.00493-2020>
- Rodríguez-Fernández, M., Herrera, J. and de las Heras-Rosas, C. (2021). Model of Organizational Commitment Applied to Health Management Systems. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021, Vol. 18, Page 4496, 18(9), 4496. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18094496>
- Siebenhaar, K. U., Köther, A. K. and Alpers, G. W. (2020). Dealing With the COVID-19 Infodemic: Distress by Information, Information Avoidance, and Compliance With Preventive Measures. *Frontiers in Psychology*, 11, 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567905>
- Silva, G., Pérez, F. and Marín, D. (2019). Tuberculosis en niños y adolescentes en Ecuador: análisis de la notificación, las características de la enfermedad y el resultado del tratamiento. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, e104. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.104>
- Singh, A. and Prasher, A. (2017). Measuring healthcare service quality from patients' perspective: using Fuzzy AHP application. *Total Quality Management & Business Excellence*, 30(3–4), 284–300. <https://doi.org/10.1080/14783363.2017.1302794>
- Singh, R., Dwivedi, S. P., Gaharwar, U. S., Meena, R., Rajamani, P. and Prasad, T. (2020). Recent updates on drug resistance in Mycobacterium tuberculosis. *Journal of Applied Microbiology*, 128(6), 1547–1567. <https://doi.org/10.1111/JAM.14478>

- Stagg, H. R., Lewis, J. J., Liu, X., Huan, S., Jiang, S., Chin, D. P. and Fielding, K. L. (2020). Temporal factors and missed doses of tuberculosis treatment: A causal associations approach to analyses of digital adherence data. *Annals of the American Thoracic Society*, 17(4), 438–449. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201905-394OC>
- Strydom, N., Gupta, S. V., Fox, W. S., Via, L. E., Bang, H., Lee, M., Eum, S., Shim, T. S., Barry, C. E., Zimmerman, M., Dartois, V. and Savic, R. M. (2019). Tuberculosis drugs' distribution and emergence of resistance in patient's lung lesions: A mechanistic model and tool for regimen and dose optimization. *PLOS Medicine*, 16(4), e1002773. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1002773>
- Subbaraman, R., Jhaveri, T. and Nathavitharana, R. R. (2020). Closing gaps in the tuberculosis care cascade: an action-oriented research agenda. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, 19, 100144. <https://doi.org/10.1016/J.JCTUBE.2020.100144>
- Subbaraman, R., Nathavitharana, R. R., Mayer, K. H., Satyanarayana, S., Chadha, V. K., Arinaminpathy, N. and Pai, M. (2019). Constructing care cascades for active tuberculosis: A strategy for program monitoring and identifying gaps in quality of care. *PLOS Medicine*, 16(2), e1002754. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1002754>
- Tan, C. N. L., Ojo, A. O., Cheah, J. H. and Ramayah, T. (2019). Measuring the Influence of Service Quality on Patient Satisfaction in Malaysia. *Quality Management Journal*, 26(3), 129–143. <https://doi.org/10.1080/10686967.2019.1615852>
- Tatés-Ortega, N., Álvarez, J., López, L., Mendoza-Ticona, A. and Alarcón-Arrascue, E. (2019). Pérdida en el seguimiento de pacientes tratados por tuberculosis resistente a rifampicina o multidrogoresistente en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, e91. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.91>
- Thekkur, P., Kumar, A. N. V., Chinnakali, P., Selvaraju, S., Bairy, R., Singh, A. R., Nirgude, A., Selvaraj, K., Venugopal, V. and Shastri, S. (2019). Outcomes and implementation challenges of using daily treatment regimens with an innovative adherence support tool among HIV-infected tuberculosis patients in Karnataka, India: a mixed-methods study. *Global Health Action*, 12(1), 1–13.

- <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1568826>
- Tito, A. P., Sánchez, N. S., Tapia, M. X., Montenegro, S. A. and López, E. C. (2019). Pacientes con tuberculosis conocimientos y actitudes frente al problema, Esmeraldas-Ecuador. *Enfermería Investiga*, 4(5), 8–13. <https://doi.org/10.29033/enfi.v4i5.726.g661>
- Toala-Toala, G. M. L. and Mendoza, A. A. (2019). Importancia de la enseñanza de la metodología de la investigación científica en las ciencias administrativas. *Dominio de Las Ciencias*, 5(2), 56–70. <https://doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2019.5.2.abril.56-43>
- Umoke, M. J., Umoke, P. C. I., Nwimo, I. O., Nwalieji, C. A., Onwe, R. N., Emmanuel Ifeanyi, N. and Samson Olaoluwa, A. (2020). Patients' satisfaction with quality of care in general hospitals in Ebonyi State, Nigeria, using SERVQUAL theory. *SAGE Open Medicine*, 8, 1–9. <https://doi.org/10.1177/2050312120945129>
- Vera, O. (2019). Guías de atención, guías de práctica clínica, normas y protocolos de atención. *Revista Médica La Paz*, 25(2), 25. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582019000200011
- Wali, B., Frank, L. D., Young, D. R., Saelens, B. E., Meenan, R. T., Dickerson, J. F. and Fortmann, S. P. (2022). Pathways from built environment to health care costs: linking objectively measured built environment with physical activity and health care expenditures. *Environment and Behavior*, 54(4), 747–782. <https://doi.org/10.1177/00139165221083291>
- Wu, Y. (2021). Empathy in nurse-patient interaction: a conversation analysis. *BMC Nursing*, 20(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00535-07>
- Yang, X. Y., Gong, R. N., Sassine, S., Morsa, M., Tchogna, A. S., Drouin, O., Chadi, N. and Jantchou, P. (2020). Risk perception of covid-19 infection and adherence to preventive measures among adolescents and young adults. *Children*, 7(12), 1–11. <https://doi.org/10.3390/children7120311>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Título: Calidad asistencial y su relación con la adherencia al tratamiento para tuberculosis, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador 2022							
Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores				
Problema General:	Objetivo general:	Hipótesis general:	Variable 1: calidad asistencial				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Niveles o rangos
¿Cuál es la relación entre la calidad asistencial y la adherencia al tratamiento para la tuberculosis, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador 2022?	Determinar la relación entre la calidad asistencial y la adherencia al tratamiento para la tuberculosis, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador 2022.	Existe relación significativa entre la calidad asistencial y la adherencia al tratamiento para la tuberculosis, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador 2022.	Dimensión humana	Jornada laboral Información necesaria Cooperación Respeto Asistencia	1-6	[6-14] [5-23] [24-30]	Eficiente Regular Deficiente
			Dimensión técnico científica	Equipos necesarios Capacitación Transparencia Cambios de turno Coordinación	7-12	[6-14] [15-23] [24-30]	Eficiente Regular Deficiente

			Dimensión del entorno	Comodidad Mobiliario y espacio adecuado Mantenimiento Privacidad Ambiente	13-18	[6-14] [15-23] [24-30]	Eficiente Regular Deficiente
Problemas Específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Variable 2: Adherencia al tratamiento				
¿Cuál es la relación entre la calidad asistencial y la adherencia farmacológica, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador 2022?	Determinar la relación entre la calidad asistencial y la adherencia farmacológica, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador 2022.	Existe relación significativa entre la calidad asistencial y la adherencia farmacológica, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador 2022.	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Niveles o rangos
¿Cuál es la relación entre la calidad asistencial y la adherencia alimentaria, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador 2022?	Determinar la relación entre la calidad asistencial y la adherencia alimentaria, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador 2022.	Existe relación significativa entre la calidad asistencial y la adherencia alimentaria, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador 2022.	Adherencia farmacológica	Consentimiento informado Administración de medicamentos Tiempo Dosis Importancia del tratamiento Reacciones adversas Exámenes de control	1-15	[0-5] [6-11] [12-15]	Bajo Medio Alto

<p>¿Cuál es la relación entre la calidad asistencial y la adherencia a las medidas preventivas, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador 2022?</p>	<p>Determinar la relación entre la calidad asistencial y la adherencia a las medidas preventivas, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador 2022.</p>	<p>Existe relación significativa entre la calidad asistencial y la adherencia a las medidas preventivas, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador 2022.</p>	<p>Adherencia alimentaria</p>	<p>Alimentación balanceada Control de peso mensual Porciones diarias</p>	<p>16-25</p>	<p>[0-3] [4-7] [8-10]</p>	<p>Bajo Medio Alto</p>
			<p>Adherencia a las medidas preventivas</p>	<p>Formas de transmisión Medidas de protección en el hogar Medidas de protección en la comunidad</p>	<p>26-32</p>	<p>[0-2] [3-5] [6-7]</p>	<p>Bajo Medio Alto</p>
<p>Diseño de investigación:</p>		<p>Población y Muestra:</p>	<p>Técnicas e instrumentos:</p>		<p>Método de análisis de datos:</p>		
<p>Enfoque: Cuantitativo Tipo: Básica Método: Hipotético-deductivo Diseño: No experimental Nivel: Descriptivo correlacional</p>		<p>Población: 200 pacientes en tratamiento para tuberculosis. Muestra: 50 pacientes</p>	<p>Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario</p>		<p>Descriptiva: Tablas de frecuencia, figuras estadísticas Inferencial: En esta técnica se halló la relación entre las dos variables. Se empleó la correlación de Rho de Spearman para validar la hipótesis general.</p>		

Anexo 2: Tabla de operacionalización de variables

Variable 1: Calidad asistencial

Variable 1	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Calidad asistencial	Araujo et al. (2020) define la calidad asistencial como un constructo multidimensional que evalúa el grado en que los servicios de atención médica cumplen con los estándares y expectativas establecidos, lo que resulta en experiencias y resultados positivos para los pacientes.	Operacionalmente la calidad asistencial posee las dimensiones: dimensión tecno-científica, dimensión humana y dimensión del entorno.	Dimensión humana	Jornada laboral Información necesaria Cooperación Respeto Asistencia	[6-14] [15-23] [24-30]
			Dimensión técnico científica	Equipos necesarios Capacitación Transparencia Cambios de turno Coordinación	[6-14] [15-23] [24-30]
			Dimensión del entorno	Comodidad Mobiliario y espacio adecuado Mantenimiento Privacidad Ambiente	[6-14] [15-23] [24-30]

Variable 2: Adherencia al tratamiento

Variable 2	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Adherencia al tratamiento	Pradipta et al., (2020) define la adherencia al tratamiento como el grado en que los pacientes siguen el régimen terapéutico prescrito, incluida la adherencia a la medicación, las modificaciones del estilo de vida y la adherencia a las citas médicas recomendadas.	Operacionalmente la adherencia al tratamiento posee las dimensiones: adherencia farmacológica, adherencia alimentaria, adherencia a las medidas preventivas.	Adherencia farmacológica	Consentimiento informado Administración de medicamentos Tiempo Dosis Importancia del tratamiento Reacciones adversas Exámenes de control	[0-5] [6-11] [12-15]
			Adherencia alimentaria	Alimentación balanceada Control de peso mensual Porciones diarias	[0-3] [4-7] [8-10]
			Adherencia a las medidas preventivas	Formas de transmisión Medidas de protección en el hogar Medidas de protección en la comunidad	[0-2] [3-5] [6-7]

Anexo 3: Ficha técnica de instrumentos

Variable 1: Calidad asistencial

Nombre de la Prueba: Cuestionario sobre calidad asistencial

Autora: Melendrez

Procedencia: Quevedo, Ecuador

Administración: Individual

Tiempo de aplicación: 20 minutos

Ámbito de aplicación: Guayas, Ecuador

Significación: El cuestionario consta de 18 ítems distribuidos en 3 dimensiones: Dimensión humana (1-6), Dimensión técnico científica (7-12), y dimensión del entorno (13-18)

Variable 2: Adherencia al tratamiento

Nombre de la Prueba: Cuestionario sobre adherencia al tratamiento de personas afectadas por la tuberculosis

Autora: Artica

Procedencia: El Callao, Perú

Administración: Individual

Tiempo de aplicación: 20 minutos

Ámbito de aplicación: Guayas, Ecuador

Significación: El cuestionario consta de 32 ítems distribuidos en 3 dimensiones: adherencia farmacológica (1-15), adherencia alimentaria (16-25) y adherencia a las medidas preventivas (26-32)

Anexo 4: Instrumentos de recolección de datos

Variable 1: Calidad asistencial

Instrucción. Estimado paciente, este instrumento le permitirá evaluar la calidad asistencial que se recibe en el centro de salud. Lea atentamente y señale con una X la puntuación que mejor describa la situación, teniendo en cuenta la siguiente escala:

Casi nunca	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

Se le agradece de antemano su participación.

N°	Ítem	1	2	3	4	5
DIMENSIÓN 1: Dimensión humana						
1	El personal de salud me brinda la mejor atención posible aunque su jornada laboral sea agotadora					
2	El personal de salud me brinda un trato cordial a pesar de las jornadas largas de trabajo					
3	El personal de salud me brinda toda la información necesaria para mi atención.					
4	Cuando el personal se encuentra sobrecargado de trabajo, pide ayuda a sus compañeros para que me atiendan.					
5	Se respeta mis creencias y costumbres cuando recibo atención médica.					
6	Los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores al asistirme durante la atención médica.					
DIMENSIÓN 2: Técnico científica						
7	El centro de salud cuenta con todos los equipos necesarios para la atención.					
8	El personal de salud es capacitado con la utilización de los equipos que se encuentran en su área.					
9	El personal de salud está actualizado con las nuevas tendencias de su área para darme una buena atención.					
10	Percibo que el intercambio de información entre los diferentes servicios que ofrece el centro de salud es transparente.					
11	Noto que surgen problemas en la atención como consecuencia de los cambios de turno.					
12	Percibo que se trabaja de forma coordinada con otras áreas para brindarme una eficiente asistencia médica.					
DIMENSIÓN 3: Dimensión del entorno						
13	El entorno del centro de salud me hace sentir cómodo.					
14	El mobiliario y la disposición del espacio en el centro de salud es adecuado para el tipo de atención que recibo.					
15	La limpieza y mantenimiento del centro de salud es satisfactoria.					
16	La privacidad durante la atención médica en el centro de salud es respetada					
17	El ambiente en el centro de salud es agradable y acogedor					
18	Los aspectos como la iluminación, el nivel de ruido y la temperatura en el centro de salud son los adecuados.					

Variable 2: Adherencia al tratamiento

Instrucción. Estimado paciente, este instrumento le permitirá evaluar su adherencia al tratamiento contra la tuberculosis. Lea atentamente y señale con una X la puntuación que mejor describa la situación, teniendo en cuenta la siguiente escala:

Sí	No
1	0

Se le agradece de antemano su participación.

N°	Ítem	Sí	No
		1	0
DIMENSIÓN 1: ADHERENCIA FARMACOLÓGICA			
1	Firmó el consentimiento informado antes de tomar sus medicamentos.		
2	Cuando acude al centro de salud recibe recomendaciones claras y oportunas dadas por el personal de salud para el cumplimiento del tratamiento.		
3	Acepta tomar sus medicamentos con supervisión del personal de enfermería.		
4	Alguna vez olvido tomar su medicamento.		
5	Si alguna vez el medicamento le cae mal deja de tomarlas.		
6	Cuando se siente mejor deja de tomar la medicación.		
7	Toma los medicamentos a la hora indicada.		
8	Ha pensado en suspender el tratamiento anti tuberculosis.		
9	Asiste de forma continua a sus controles con el médico.		
10	Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los medicamentos.		
11	Cuando acude al centro de salud recibe su tratamiento completo.		
12	Presentó alguna dificultad para poder acceder a los medicamentos para su tratamiento.		
13	Conoce las consecuencias si abandona el tratamiento.		
14	Cumple con la entrega de la muestra de esputo al finalizar cada mes del tratamiento.		
15	Considera que la distancia de su casa al centro de salud le dificulta para ir a tomar sus medicamentos.		
DIMENSIÓN 2: ADHERENCIA ALIMENTARIA			
16	Consume alimentos antes de ir a tomar su tratamiento.		
17	Ha pasado consulta por el servicio de nutrición.		
18	Consume al menos las tres comidas principales al día.		
19	Controla su peso mensualmente.		
20	Los alimentos que consume son preparados en casa.		
21	Consume carnes rojas (res, carnero) o pollo al menos dos veces por semana.		
22	Consume pescado al menos dos veces por semana.		
23	Consume productos lácteos más de dos veces al día o al menos para tomar sus medicamentos.		
24	Consume huevos al menos 4 veces por semana.		
25	Los alimentos que consume contienen baja grasa.		
DIMENSIÓN 3: ADHERENCIA A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS			
26	Cuando estornuda o tose se cubre la boca con papel.		
27	Mantiene su habitación ventilada.		
28	Realizó cambios en su estilo de vida para mejorar su estado de salud.		
29	Durante los dos primeros meses de tratamiento Ud. usó mascarilla para salir a la calle y mercado.		
30	Descansa en las noches de 7 a 8 horas diarias.		
31	Realiza la desinfección de la habitación y de los servicios higiénicos.		

Anexo 5: Evaluación por juicio de expertos

Juicio de experto 1



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Cuestionario sobre calidad asistencial". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	JOSUE NINA CUCHILLO
Grado profesional:	Maestría (X) Doctor ()
Área de formación académica:	Clínica () Social () Educativa (X) Organizacional (X)
Áreas de experiencia profesional:	Coordinador de Unidad de Investigación Docente Universitario
Institución donde labora:	Project Management Institute (PMI) Universidad Nacional Mayor de San Marcos (CINFO)
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años (X) Más de 5 años ()
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.

2. Propósito de la evaluación

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala (Colocar nombre de la escala, cuestionario o inventario)

Nombre de la Prueba:	Cuestionario sobre calidad asistencial
Autor:	Melendrez
Procedencia:	Quevedo, Ecuador
Administración:	Individual
Tiempo de aplicación:	20 minutos
Ámbito de aplicación:	Guayas, Ecuador
Significación:	El cuestionario consta de 18 ítems distribuidos en 3 dimensiones: Dimensión humana (1-6), Dimensión técnico científica (7-12), y dimensión del entorno (13-18)

Dimensiones del instrumento: dimensión humana, técnico-científica y del entorno.

- Primera dimensión: Dimensión humana
- Objetivos de la Dimensión: Medir el nivel de la dimensión humana en la calidad asistencial.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Jornada laboral agotadora	El personal de salud me brinda la mejor atención posible aunque su jornada laboral sea agotadora	4	4	4	
Jornada laboral extensa	El personal de salud me brinda un trato cordial a pesar de las jornadas largas de trabajo	4	4	4	
Información necesaria	El personal de salud me brinda toda la información necesaria para mi atención.	4	3	4	
Apoyo entre el personal	Cuando el personal se encuentra sobrecargado de trabajo, pide ayuda a sus compañeros para que me atiendan.	4	4	4	
Respeto de creencias y costumbres	Se respeta mis creencias y costumbres cuando recibo atención médica.	4	4	4	
Procedimientos adecuados	Los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores al asistirme durante la atención médica.	4	4	4	

- Segunda dimensión: Dimensión técnico-científica
- Objetivos de la Dimensión: Medir el nivel de la dimensión técnico-científica en la calidad asistencial.


Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
-------------	------	----------	------------	------------	-----------------------------------

Equipos necesarios	El centro de salud cuenta con todos los equipos necesario para la atención.	4	4	4	
Capacitación en manipulación de equipos	El personal de salud es capacitado con la utilización de los equipos que se encuentran en su área.	4	3	4	
Actualización del personal	El personal de salud está actualizado con las nuevas tendencias de su área para darme una buena atención.	4	3	4	
Intercambio de información	Percibo que el intercambio de información entre los diferentes servicios que ofrece el centro de salud es transparente.	4	4	4	
Cambios de turno	Noto que surgen problemas en la atención como consecuencia de los cambios de turno.	4	4	4	
Trabajo coordinado	Percibo que se trabaja de forma coordinada con otras áreas para brindarme una eficiente asistencia médica.	4	4	4	

- Tercera dimensión: Dimensión del entorno
- Objetivos de la Dimensión: Medir el nivel de la dimensión del entorno en la calidad asistencial.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Comodidad	El entorno del centro de salud me hace sentir cómodo.	4	4	4	
Mobiliario y espacios adecuados	El mobiliario y la disposición del espacio en el centro de salud es adecuado para el tipo de atención que recibo.	4	4	4	
Limpieza y mantenimiento satisfactorios	La limpieza y mantenimiento del centro de salud es satisfactoria.	4	4	4	
Privacidad	La privacidad durante la atención médica en el centro de salud es respetada	4	4	4	

Ambiente agradable	El ambiente en el centro de salud es agradable y acogedor	4	3	4	
Iluminación, nivel de ruido y temperatura adecuados	Los aspectos como la iluminación, el nivel de ruido y la temperatura en el centro de salud son los adecuados.	4	4	4	



Mg. Josue Nina Cuchillo
MAGISTER EN DOCENCIA UNIVERSITARIA
Especialista en Asesoría de Trabajos
de Investigación (Tesis)

Firma del evaluador DNI

Pd.: el presente formato debe tomar en cuenta:

Williams y Webb (1994) así como Powell (2003), mencionan que no existe un consenso respecto al número de expertos a emplear. Por otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento. Así, mientras Gable y Wolf (1993), Grant y Davis (1997), y Lynn (1986) (citados en McGartland et al. 2003) sugieren un rango de **2** hasta **20 expertos**, Hyrkäs et al. (2003) manifiestan que **10 expertos** brindarán una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento (cantidad mínimamente recomendable para construcciones de nuevos instrumentos). Si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un ítem éste puede ser incorporado al instrumento (Voutilainen & Liukkonen, 1995, citados en Hyrkäs et al. (2003).

Ver : <https://www.revistaespacios.com/cited2017/cited2017-23.pdf> entre otra bibliografía.



Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Cuestionario sobre adherencia al tratamiento de personas afectadas por la tuberculosis". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	JOSUE NINA CUCHILLO
Grado profesional:	Maestría (X) Doctor ()
Área de formación académica:	Clínica () Social () Educativa (X) Organizacional (X)
Áreas de experiencia profesional:	Coordinador de Unidad de Investigación Docente Universitario
Institución donde labora:	Project Management Institute (PMI) Universidad Nacional Mayor de San Marcos (CINFO)
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años (X) Más de 5 años ()
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.

2. Propósito de la evaluación

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala (Colocar nombre de la escala, cuestionario o inventario)

Nombre de la Prueba:	Cuestionario sobre adherencia al tratamiento de personas afectadas por la tuberculosis
Autor:	Artica
Procedencia:	El Callao, Perú
Administración:	Individual
Tiempo de aplicación:	20 minutos
Ámbito de aplicación:	Guayas, Ecuador
Significación:	El cuestionario consta de 32 ítems distribuidos en 3 dimensiones: adherencia farmacológica (1-15), adherencia alimentaria (16-25) y adherencia a las medidas preventivas (26-32)

Dimensiones del instrumento: adherencia farmacológica, adherencia alimentaria y adherencia a las medidas preventivas.

- Primera dimensión: Adherencia farmacológica
- Objetivos de la Dimensión: Medir el nivel de la adherencia farmacológica.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Consentimiento informado	Firmó el consentimiento informado antes de tomar sus medicamentos.	4	4	4	
Consentimiento informado	Cuando acude al centro de salud recibe recomendaciones claras y oportunas dadas por el personal de salud para el cumplimiento del tratamiento.	4	4	4	
Administración de medicamentos	Acepta tomar sus medicamentos con supervisión del personal de enfermería.	4	4	4	
Administración de medicamentos	Alguna vez olvido tomar su medicamento.	4	4	4	
Reacciones adversas	Si alguna vez el medicamento le cae mal deja de tomarlas.	3	4	4	
Administración de medicamentos	Cuando se siente mejor deja de tomar la medicación.	4	4	4	
Administración de medicamentos	Toma los medicamentos a la hora indicada.	4	4	4	
Administración de medicamentos	Ha pensado en suspender el tratamiento anti tuberculosis.	4	4	4	
Exámenes de control	Asiste de forma continua a sus controles con el médico.	4	4	3	
Importancia del tratamiento	Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los medicamentos.	4	4	4	
Dosis	Cuando acude al centro de salud recibe su tratamiento completo.	4	4	4	

Importancia del tratamiento	Presentó alguna dificultad para poder acceder a los medicamentos para su tratamiento.	4	4	4	
Importancia del tratamiento	Conoce las consecuencias si abandona el tratamiento.	4	4	4	
Exámenes de control	Cumple con la entrega de la muestra de esputo al finalizar cada mes del tratamiento.	4	4	3	
Tiempo	Considera que la distancia de su casa al centro de salud le dificulta para ir a tomar sus medicamentos.	4	4	4	

- Segunda dimensión: Adherencia alimentaria
- Objetivos de la Dimensión: Medir el nivel de la adherencia alimentaria.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Porciones diarias	Consume alimentos antes de ir a tomar su tratamiento.	4	4	4	
Control de peso mensual	Ha pasado consulta por el servicio de nutrición.	4	4	4	
Porciones diarias	Consume al menos las tres comidas principales al día.	4	4	3	
Control de peso mensual	Controla su peso mensualmente.	4	4	4	
Alimentación balanceada	Los alimentos que consume son preparados en casa.	4	4	4	
Alimentación balanceada	Consume carnes rojas (res, carnero) o pollo al menos dos veces por semana.	4	4	3	
Alimentación balanceada	Consume pescado al menos dos veces por semana.	4	4	4	
Alimentación balanceada	Consume productos lácteos más de dos veces al día o al menos para tomar sus medicamentos.	4	3	4	


Alimentación balanceada	Consume huevos al menos 4 veces por semana.	4	4	4	
Alimentación balanceada	Los alimentos que consume contienen baja grasa.	4	4	4	

- Tercera dimensión: Adherencia a las medidas preventivas
- Objetivos de la Dimensión: Medir el nivel de la adherencia a las medidas preventivas.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Formas de transmisión	Cuando estornuda o tose se cubre la boca con papel.	4	4	4	
Formas de transmisión	Mantiene su habitación ventilada.	4	4	4	
Medidas de protección en el hogar	Realizó cambios en su estilo de vida para mejorar su estado de salud.	4	4	3	
Medidas de protección en la comunidad	Durante los dos primeros meses de tratamiento Ud. usó mascarilla para salir a la calle y mercado.	4	4	4	
Medidas de protección en el hogar	Descansa en las noches de 7 a 8 horas diarias.	4	4	4	
Medidas de protección en el hogar	Realiza la desinfección de la habitación y de los servicios higiénicos.	4	4	3	
Formas de transmisión	Cuando escupe lo hace en el piso.	4	4	4	



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO



Mg. Josue Nina Cuchillo
MAGISTER EN DOCENCIA UNIVERSITARIA
Especialista en Asesoría de Trabajos
de Investigación (Tesis)

Firma del evaluador DNI

Pd.: el presente formato debe tomar en cuenta:

Williams y Webb (1994) así como Powell (2003), mencionan que no existe un consenso respecto al número de expertos a emplear. Por otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento. Así, mientras Gable y Wolf (1993), Grant y Davis (1997), y Lynn (1986) (citados en McGartland et al. 2003) sugieren un rango de **2 hasta 20 expertos**, Hyrkäs et al. (2003) manifiestan que **10 expertos** brindarán una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento (cantidad mínimamente recomendable para construcciones de nuevos instrumentos). Si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un ítem éste puede ser incorporado al instrumento (Voutilainen & Liukkonen, 1995, citados en Hyrkäs et al. (2003).

Ver : <https://www.revistaespacios.com/cited2017/cited2017-23.pdf> entre otra bibliografía.

Juicio de experto 2



Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Cuestionario sobre calidad asistencial". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	ENOC EUSEBIO NINA CUCHILLO
Grado profesional:	Maestría (X) Doctor ()
Área de formación académica:	Clínica () Social () Educativa (X) Organizacional (X)
Áreas de experiencia profesional:	Docente Universitario
Institución donde labora:	Universidad Nacional Mayor de San Marcos (CINFO)
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años (X) Más de 5 años ()
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.

2. Propósito de la evaluación

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala (Colocar nombre de la escala, cuestionario o inventario)

Nombre de la Prueba:	Cuestionario sobre calidad asistencial
Autor:	Melendrez
Procedencia:	Quevedo, Ecuador
Administración:	Individual
Tiempo de aplicación:	20 minutos
Ámbito de aplicación:	Guayas, Ecuador
Significación:	El cuestionario consta de 18 ítems distribuidos en 3 dimensiones: Dimensión humana (1-6), Dimensión técnico científica (7-12), y dimensión del entorno (13-18)

Dimensiones del instrumento: dimensión humana, técnico-científica y del entorno.

- Primera dimensión: Dimensión humana
- Objetivos de la Dimensión: Medir el nivel de la dimensión humana en la calidad asistencial.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Jornada laboral agotadora	El personal de salud me brinda la mejor atención posible aunque su jornada laboral sea agotadora	4	4	4	
Jornada laboral extensa	El personal de salud me brinda un trato cordial a pesar de las jornadas largas de trabajo	4	4	4	
Información necesaria	El personal de salud me brinda toda la información necesaria para mi atención.	4	3	4	
Apoyo entre el personal	Cuando el personal se encuentra sobrecargado de trabajo, pide ayuda a sus compañeros para que me atiendan.	4	4	3	
Respeto de creencias y costumbres	Se respeta mis creencias y costumbres cuando recibo atención médica.	4	4	4	
Procedimientos adecuados	Los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores al asistirme durante la atención médica.	4	4	4	

- Segunda dimensión: Dimensión técnico-científica
- Objetivos de la Dimensión: Medir el nivel de la dimensión técnico-científica en la calidad asistencial.


Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
-------------	------	----------	------------	------------	-----------------------------------

Equipos necesarios	El centro de salud cuenta con todos los equipos necesario para la atención.	4	4	4	
Capacitación en manipulación de equipos	El personal de salud es capacitado con la utilización de los equipos que se encuentran en su área.	4	4	4	
Actualización del personal	El personal de salud está actualizado con las nuevas tendencias de su área para darme una buena atención.	4	4	4	
Intercambio de información	Percibo que el intercambio de información entre los diferentes servicios que ofrece el centro de salud es transparente.	4	4	4	
Cambios de turno	Noto que surgen problemas en la atención como consecuencia de los cambios de turno.	4	4	4	
Trabajo coordinado	Percibo que se trabaja de forma coordinada con otras áreas para brindarme una eficiente asistencia médica.	4	4	4	

- Tercera dimensión: Dimensión del entorno
- Objetivos de la Dimensión: Medir el nivel de la dimensión del entorno en la calidad asistencial.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Comodidad	El entorno del centro de salud me hace sentir cómodo.	4	4	4	
Mobiliario y espacios adecuados	El mobiliario y la disposición del espacio en el centro de salud es adecuado para el tipo de atención que recibo.	4	4	4	
Limpieza y mantenimiento satisfactorios	La limpieza y mantenimiento del centro de salud es satisfactoria.	4	3	4	
Privacidad	La privacidad durante la atención médica en el centro de salud es respetada	4	4	4	

Ambiente agradable	El ambiente en el centro de salud es agradable y acogedor	4	3	4	
Iluminación, nivel de ruido y temperatura adecuados	Los aspectos como la iluminación, el nivel de ruido y la temperatura en el centro de salud son los adecuados.	4	4	4	



Mg. Enoc Eusebio Nina Cuchillo
MAGISTER EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

Firma del evaluador DNI

Pd.: el presente formato debe tomar en cuenta:

Williams y Webb (1994) así como Powell (2003), mencionan que no existe un consenso respecto al número de expertos a emplear. Por otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento. Así, mientras Gable y Wolf (1993), Grant y Davis (1997), y Lynn (1986) (citados en McGartland et al. 2003) sugieren un rango de **2 hasta 20 expertos**, Hyrkäs et al. (2003) manifiestan que **10 expertos** brindarán una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento (cantidad mínimamente recomendable para construcciones de nuevos instrumentos). Si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un ítem éste puede ser incorporado al instrumento (Voutilainen & Liukkonen, 1995, citados en Hyrkäs et al. (2003).

Ver : <https://www.revistaespacios.com/cited2017/cited2017-23.pdf> entre otra bibliografía.

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Cuestionario sobre adherencia al tratamiento de personas afectadas por la tuberculosis". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	ENOC EUSEBIO NINA CUCHILLO
Grado profesional:	Maestría (X) Doctor ()
Área de formación académica:	Clínica () Social () Educativa (X) Organizacional (X)
Áreas de experiencia profesional:	Docente Universitario
Institución donde labora:	Universidad Nacional Mayor de San Marcos (CINFO)
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años (X) Más de 5 años ()
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.

2. Propósito de la evaluación

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala (Colocar nombre de la escala, cuestionario o inventario)

Nombre de la Prueba:	Cuestionario sobre adherencia al tratamiento de personas afectadas por la tuberculosis
Autor	Artica
Procedencia:	El Callao, Perú
Administración:	Individual
Tiempo de aplicación:	20 minutos
Ámbito de aplicación:	Guayas, Ecuador
Significación:	El cuestionario consta de 32 ítems distribuidos en 3 dimensiones: adherencia farmacológica (1-15), adherencia alimentaria (16-25) y adherencia a las medidas preventivas (26-32)

Dimensiones del instrumento: adherencia farmacológica, adherencia alimentaria y adherencia a las medidas preventivas.

- Primera dimensión: Adherencia farmacológica
- Objetivos de la Dimensión: Medir el nivel de la adherencia farmacológica.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Consentimiento informado	Firmó el consentimiento informado antes de tomar sus medicamentos.	4	4	4	
Consentimiento informado	Cuando acude al centro de salud recibe recomendaciones claras y oportunas dadas por el personal de salud para el cumplimiento del tratamiento.	4	4	4	
Administración de medicamentos	Acepta tomar sus medicamentos con supervisión del personal de enfermería.	4	4	4	
Administración de medicamentos	Alguna vez olvido tomar su medicamento.	4	4	4	
Reacciones adversas	Si alguna vez el medicamento le cae mal deja de tomarlas.	3	4	4	
Administración de medicamentos	Cuando se siente mejor deja de tomar la medicación.	4	4	3	
Administración de medicamentos	Toma los medicamentos a la hora indicada.	4	4	4	
Administración de medicamentos	Ha pensado en suspender el tratamiento anti tuberculosis.	4	4	4	
Exámenes de control	Asiste de forma continua a sus controles con el médico.	4	4	3	
Importancia del tratamiento	Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los medicamentos.	4	4	4	
Dosis	Cuando acude al centro de salud recibe su tratamiento completo.	4	4	4	

Importancia del tratamiento	Presentó alguna dificultad para poder acceder a los medicamentos para su tratamiento.	4	4	4	
Importancia del tratamiento	Conoce las consecuencias si abandona el tratamiento.	4	4	4	
Exámenes de control	Cumple con la entrega de la muestra de esputo al finalizar cada mes del tratamiento.	4	4	3	
Tiempo	Considera que la distancia de su casa al centro de salud le dificulta para ir a tomar sus medicamentos.	4	4	4	

- Segunda dimensión: Adherencia alimentaria
- Objetivos de la Dimensión: Medir el nivel de la adherencia alimentaria.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Porciones diarias	Consume alimentos antes de ir a tomar su tratamiento.	4	4	4	
Control de peso mensual	Ha pasado consulta por el servicio de nutrición.	4	4	4	
Porciones diarias	Consume al menos las tres comidas principales al día.	4	4	3	
Control de peso mensual	Controla su peso mensualmente.	4	3	4	
Alimentación balanceada	Los alimentos que consume son preparados en casa.	4	4	4	
Alimentación balanceada	Consume carnes rojas (res, carnero) o pollo al menos dos veces por semana.	4	4	4	
Alimentación balanceada	Consume pescado al menos dos veces por semana.	4	4	4	
Alimentación balanceada	Consume productos lácteos más de dos veces al día o al menos para tomar sus medicamentos.	4	3	4	

Alimentación balanceada	Consume huevos al menos 4 veces por semana.	4	4	4	
Alimentación balanceada	Los alimentos que consume contienen baja grasa.	4	4	4	

- Tercera dimensión: Adherencia a las medidas preventivas
- Objetivos de la Dimensión: Medir el nivel de la adherencia a las medidas preventivas.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Formas de transmisión	Cuando estornuda o tose se cubre la boca con papel.	4	4	4	
Formas de transmisión	Mantiene su habitación ventilada.	4	4	4	
Medidas de protección en el hogar	Realizó cambios en su estilo de vida para mejorar su estado de salud.	4	4	4	
Medidas de protección en la comunidad	Durante los dos primeros meses de tratamiento Ud. usó mascarilla para salir a la calle y mercado.	4	4	4	
Medidas de protección en el hogar	Descansa en las noches de 7 a 8 horas diarias.	4	4	4	
Medidas de protección en el hogar	Realiza la desinfección de la habitación y de los servicios higiénicos.	4	3	4	
Formas de transmisión	Cuando escupe lo hace en el piso.	4	4	4	



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Mg. Enoc Eusebio Nina Cuchillo
MAGISTER EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

Firma del evaluador DNI

Pd.: el presente formato debe tomar en cuenta:

Williams y Webb (1994) así como Powell (2003), mencionan que no existe un consenso respecto al número de expertos a emplear. Por otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento. Así, mientras Gable y Wolf (1993), Grant y Davis (1997), y Lynn (1986) (citados en McGartland et al. 2003) sugieren un rango de **2** hasta **20 expertos**, Hyrkäs et al. (2003) manifiestan que **10 expertos** brindarán una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento (cantidad mínimamente recomendable para construcciones de nuevos instrumentos). Si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un ítem éste puede ser incorporado al instrumento (Voutilainen & Liukkonen, 1995, citados en Hyrkäs et al. (2003).

Ver : <https://www.revistaespacios.com/cited2017/cited2017-23.pdf> entre otra bibliografía.

Juicio de experto 3



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Cuestionario sobre calidad asistencial". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	Victor Hugo Gualeaca Vallejo
Gradoprofesional:	Maestría(X) Doctor ()
Áreadeformaciónacadémica:	Clinica (X) Social () Educativa() Organizacional()
Áreas de experiencia profesional:	Resp. Epidemiología, consultor distrital de tuberculosis, resp. estrategias pre-revisión y control.
Institución donde labora:	Destepo OIMB
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años () Más de 5 años (X)
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.

2. Propósito de la evaluación

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala (Colocar nombre de la escala, cuestionario o inventario)

Nombredela Prueba:	Cuestionario sobre calidad asistencial
Autor	Melendrez
Procedencia:	Quevedo, Ecuador
Administración:	Individual
Tiempodeaplicación:	20 minutos
Ámbitodeaplicación:	Guayas, Ecuador
Significación:	El cuestionario consta de 18 ítems distribuidos en 3 dimensiones: Dimensión humana (1-6), Dimensión técnico científica (7-12), y dimensión del entorno(13-18)



Dimensiones del instrumento: dimensión humana, técnico-científica y del entorno.

- Primera dimensión: Dimensión humana
- Objetivos de la Dimensión: Medir el nivel de la dimensión humana en la calidad asistencial.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/Recomendaciones
Jornada laboral agotadora	El personal de salud me brinda la mejor atención posible aunque su jornada laboral sea agotadora	4	4	4.	<i>cambiar</i>
Jornada laboral extensa	El personal de salud me brinda un trato cordial a pesar de las jornadas largas de trabajo	4	4	4	<i>cambiar</i>
Información necesaria	El personal de salud me brinda toda la información necesaria para mi atención.	4	4	4.	
Apoyo entre el personal	Cuando el personal se encuentra sobrecargado de trabajo, pide ayuda a sus compañeros para que me atiendan.	4	4	4.	
Respeto de creencias y costumbres	Se respeta mis creencias y costumbres cuando recibo atención médica.	4	4	4.	
Procedimientos adecuados	Los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores al asistirme durante la atención médica.				<i>eliminar</i>

- Segunda dimensión: Dimensión técnico-científica
- Objetivos de la Dimensión: Medir el nivel de la dimensión técnico-científica en la calidad asistencial.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/Recomendaciones
-------------	------	----------	------------	------------	-------------------------------



Equipos necesarios	El centro de salud cuenta con todos los equipos necesario para la atención.				<i>Cambiar.</i>
Capacitación en manipulación de equipos	El personal de salud es capacitado con la utilización de los equipos que se encuentran en su área.				<i>dirigida al personal de salud</i>
Actualización del personal	El personal de salud está actualizado con las nuevas tendencias de su área para darme una buena atención.				<i>dirig. personal de salud.</i>
Intercambio de información	Percibo que el intercambio de información entre los diferentes servicios que ofrece el centro de salud es transparente.				<i>dirig. p. a.</i>
Cambios de turno	Noto que surgen problemas en la atención como consecuencia de los cambios de turno.	4	4	3	
Trabajo coordinado	Percibo que se trabaja de forma coordinada con otras áreas para brindarme una eficiente asistencia médica.	3	3	3	

- Tercera dimensión: Dimensión del entorno
- Objetivos de la Dimensión: Medir el nivel de la dimensión del entorno en la calidad asistencial.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/Recomendaciones
Comodidad	El entorno del centro de salud me hace sentir cómodo.	4	4	4	<i>Cambiar est.</i>
Mobiliario y espacios adecuados	El mobiliario y la disposición del espacio en el centro de salud es adecuado para el tipo de atención que recibo.	3	3	3	
Limpieza y mantenimiento satisfactorios	La limpieza y mantenimiento del centro de salud es satisfactoria.	4	4	4	
Privacidad	La privacidad durante la atención médica en el centro de salud es respetada	4	4	4	<i>Cambiar.</i>



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Ambiente agradable	El ambiente en el centro de salud es agradable y acogedor	4	4	4	eliminar, o cambiar etc
Iluminación, nivel de ruido y temperatura adecuados	Los aspectos como la iluminación, el nivel de ruido y la temperatura en el centro de salud son los adecuados.	4	4	4	

Firma del evaluador DNI

0912904943.

Pd.:el presente formato debe tomar en cuenta:

Williams y Webb (1994) así como Powell (2003), mencionan que no existe un consenso respecto al número de expertos a emplear. Por otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento. Así, mientras Gable y Wolf (1993), Grant y Davis (1997), y Lynn (1986) (citados en McGartland et al. 2003) sugieren un rango de 2 hasta 20 expertos, Hyrkäs et al. (2003) manifiestan que 10 expertos brindarán una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento (cantidad mínimamente recomendable para construcciones de nuevos instrumentos). Si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un ítem éste puede ser incorporado al instrumento (Voutilainen & Liukkonen, 1995, citados en Hyrkäsetal.(2003).

Ver:<https://www.revistaespacios.com/cited2017/cited2017-23.pdf> entre otra bibliografía.



Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Cuestionario sobre adherencia al tratamiento de personas afectadas por la tuberculosis". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	Victor Hugo Avaroa Parroto		
Grado profesional:	Maestría <input checked="" type="checkbox"/>	Doctor	()
Área de formación académica:	Clinica	<input checked="" type="checkbox"/>	Social ()
	Educativa	()	Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Epidemiólogo distrital, médico consultor de tuberculosis, resp. estrategias de prevención y control.		
Institución donde labora:	Ministerio de Salud Pública -		
Tiempo de experiencia profesional en El área:	2 a 4 años	()	
	Más de 5 años	<input checked="" type="checkbox"/>	
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados		
	Título del estudio realizado.		

2. Propósito de la evaluación

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala (Colocar nombre de la escala, cuestionario o inventario)

Nombre de la Prueba:	Cuestionario sobre adherencia al tratamiento de personas afectadas por la tuberculosis
Autor:	Artica
Procedencia:	El Callao, Perú
Administración:	Individual
Tiempo de aplicación:	20 minutos
Ámbito de aplicación:	Guayas, Ecuador
Significación:	El cuestionario consta de 32 ítems distribuidos en 3 dimensiones: adherencia farmacológica (1-15), adherencia alimentaria (16-25) y adherencia a las medidas preventivas (26-32)



balanceada	menos para tomar sus medicamentos.				
Alimentación balanceada	Consume huevos al menos 4 veces por semana.	4	4	4	
Alimentación balanceada	Los alimentos que consume contienen baja grasa.	4	4	4	

- Tercera dimensión: Adherencia a las medidas preventivas
- Objetivos de la Dimensión: Medir el nivel de la adherencia a las medidas preventivas.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/Recomendaciones
Formas de transmisión	Cuando estornuda o tose se cubre la boca con papel.	4	4	4	
Formas de transmisión	Mantiene su habitación ventilada.	4	4	4	
Medidas de protección en el hogar	Realizó cambios en su estilo de vida para mejorar su estado de salud.	3	4	4	
Medidas de protección en la comunidad	Durante los dos primeros meses de tratamiento Ud. usó mascarilla para salir a la calle y mercado.	4	3	3	
Medidas de protección en el hogar	Descansa en las noches de 7 a 8 horas diarias.	4	4	3	
Medidas de protección en el hogar	Realiza la desinfección de la habitación y de los servicios higiénicos.	4	4	4	
Formas de transmisión	Cuando escupe lo hace en el piso.	4	4	4	



Dimensiones del instrumento: adherencia farmacológica, adherencia alimentaria y adherencia a las medidas preventivas.

- Primera dimensión: Adherencia farmacológica
- Objetivos de la Dimensión: Medir el nivel de la adherencia farmacológica.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/Recomendaciones
Consentimiento informado	Firmó el consentimiento informado antes de tomar sus medicamentos.	4	4	4	
Consentimiento informado	Cuando acude al centro de salud recibe recomendaciones claras y oportunas dadas por el personal de salud para el cumplimiento del tratamiento.	4	4	4	reducir a una pregunta para poblador de la comunidad.
Administración de medicamentos	Acepta tomar sus medicamentos con supervisión del personal de enfermería.	4	3	3	
Administración de medicamentos	Alguna vez olvido tomar su medicamento.	4	4	4	
Reacciones adversas	Si alguna vez el medicamento le <u>cae mal</u> , deja de tomarlas.	4	4	4	cambiar "cae mal"
Administración de medicamentos	Cuando se siente mejor deja de tomar la medicación.	4	4	4	
Administración de medicamentos	Toma los medicamentos a la hora indicada.	4	3	3	
Administración de medicamentos	Ha pensado en suspender el tratamiento anti tuberculosis.	4	3	3	
Exámenes de control	Asiste de forma continua a sus controles con el médico.	4	4	4	
Importancia del tratamiento	Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los medicamentos.	4	3	3	
Dosis	Cuando acude al centro de salud recibe su tratamiento completo.	4	4	4	



Importancia del tratamiento	Presentó alguna dificultad para poder acceder a los medicamentos para su tratamiento.	3	3	3	
Importancia del tratamiento	Conoce las consecuencias si abandona el tratamiento.	4	4	4	
Exámenes de control	Cumple con la entrega de la muestra de esputo al finalizar cada mes del tratamiento.	4	4	4	
Tiempo	Considera que la distancia de su casa al centro de salud le dificulta para ir a tomar sus medicamentos.	4	4	4.	

- Segunda dimensión: Adherencia alimentaria
- Objetivos de la Dimensión: Medir el nivel de la adherencia alimentaria.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/Recomendaciones
Porciones diarias	Consume alimentos antes de ir a tomar su tratamiento.				
Control de peso mensual	Ha pasado consulta por el servicio de nutrición.	4	4	4	
Porciones diarias	Consume al menos las tres comidas principales al día.	4	4	4	
Control de peso mensual	Controla su peso mensualmente.	4	4	4.	aprox "le"
Alimentación balanceada	Los alimentos que consume son preparados en casa.	4	4	4	
Alimentación balanceada	Consume carnes rojas (res, carnero) o pollo al menos dos veces por semana.	4	4	4	
Alimentación balanceada	Consume pescado al menos dos veces por semana.	4	4	4.	
Alimentación	Consume productos lácteos más de dos veces al día o al	4	4	4.	combinan lácteos.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Firma del evaluador DNI

0912904943.

Pd.: el presente formato debe tomar en cuenta:

Williams y Webb (1994) así como Powell (2003), mencionan que no existe un consenso respecto al número de expertos a emplear. Por otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento. Así, mientras Gable y Wolf (1993), Grant y Davis (1997), y Lynn (1986) (citados en McGartland et al. 2003) sugieren un rango de 2 hasta 20 expertos, Hyrkäs et al. (2003) manifiestan que 10 expertos brindarán una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento (cantidad mínimamente recomendable para construcciones de nuevos instrumentos). Si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un ítem éste puede ser incorporado al instrumento (Voutilainen & Liukkonen, 1995, citados en Hyrkäset al. (2003).

Ver: <https://www.revistaespacios.com/cited2017/cited2017-23.pdf> entre otra bibliografía.

Anexo 6: Base de datos de prueba piloto

MUESTRA	V 1: CALIDAD ASISTENCIAL																	
	Dimensión humana						Dimensión técnico-científica						Dimensión del entorno					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
sujeto 1	5	5	3	4	5	5	3	4	5	4	3	3	4	4	4	4	4	4
sujeto 2	3	3	3	5	4	4	3	3	3	3	5	1	3	2	1	3	3	1
sujeto 3	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	2	5	5	4	5	5	3	3
sujeto 4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
sujeto 5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
sujeto 6	3	3	5	4	5	5	1	5	4	4	2	4	3	4	3	5	3	4
sujeto 7	5	5	3	3	4	4	4	5	4	5	4	5	4	4	4	4	4	4
sujeto 8	5	4	3	5	5	4	5	3	5	4	5	4	4	4	4	5	5	5
sujeto 9	5	5	3	5	5	5	4	4	4	5	3	4	4	5	4	5	4	4
sujeto 10	5	4	3	3	4	4	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,917	18

MUESTRA	V2: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO																															
	Adherencia farmacológica															Adherencia alimentaria										Adherencia a las medidas preventivas						
	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	32
sujeto 1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	
sujeto 2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1
sujeto 3	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	
sujeto 4	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	
sujeto 5	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	
sujeto 6	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	
sujeto 7	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	
sujeto 8	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	
sujeto 9	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
sujeto 10	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,858	32

Anexo 7: Base de datos

N°	V 1: CALIDAD ASISTENCIAL																				TOTAL	
	Dimensión humana						D1	Dimensión técnico-científica						D2	Dimensión del entorno							D3
	1	2	3	4	5	6		7	8	9	10	11	12		13	14	15	16	17	18		
P1	1	4	3	1	1	1	11	2	4	3	1	1	1	12	3	2	4	3	1	1	14	37
P2	1	4	3	1	2	1	12	2	3	3	1	3	1	13	3	2	3	3	2	1	14	39
P3	1	2	3	1	1	1	9	3	1	3	1	1	1	10	3	2	4	3	1	1	14	33
P4	1	3	3	1	2	1	11	2	4	3	1	1	1	12	3	2	3	3	2	1	14	37
P5	1	4	3	1	1	1	11	2	4	3	1	1	1	12	3	2	3	3	1	1	13	36
P6	1	4	3	1	1	1	11	2	4	3	1	1	1	12	3	2	1	3	2	1	12	35
P7	1	4	3	1	1	1	11	2	3	3	1	1	1	11	3	2	4	3	1	1	14	36
P8	2	2	3	1	3	1	12	2	3	3	1	1	1	11	3	2	4	3	1	1	14	37
P9	1	4	3	1	1	1	11	2	4	3	1	1	1	12	3	2	4	3	1	1	14	37
P10	5	4	5	5	5	1	25	5	3	5	5	5	5	28	5	2	4	5	5	4	25	78
P11	3	3	4	3	2	4	19	2	4	2	4	2	3	17	3	2	3	3	4	3	18	54
P12	3	3	4	3	2	3	18	2	4	2	3	2	3	16	3	2	4	3	3	3	18	52
P13	3	3	4	3	2	4	19	2	4	2	4	2	3	17	3	2	3	3	4	3	18	54
P14	3	3	4	3	2	4	19	2	4	2	4	2	3	17	3	2	4	3	4	3	19	55
P15	4	3	4	3	5	4	23	5	4	5	5	2	3	24	5	5	5	5	4	5	29	76

P16	3	3	4	3	2	4	19	2	4	2	4	2	3	17	3	2	4	3	4	3	19	55
P17	3	3	4	3	2	3	18	1	4	2	4	2	3	16	3	2	1	3	4	3	16	50
P18	4	3	4	4	2	4	21	4	3	4	4	2	3	20	3	4	4	3	4	4	22	63
P19	3	3	4	3	2	4	19	2	4	2	4	2	3	17	3	2	4	3	4	3	19	55
P20	4	5	5	5	5	5	29	5	5	5	5	5	3	28	5	5	5	5	4	5	29	86
P21	3	3	3	3	2	4	18	2	4	2	4	2	3	17	3	2	4	3	4	3	19	54
P22	3	3	4	3	2	4	19	2	4	2	4	2	3	17	3	2	4	3	4	3	19	55
P23	3	3	4	3	2	3	18	2	4	2	4	2	3	17	3	2	4	3	4	3	19	54
P24	1	2	1	2	2	1	9	1	3	1	4	1	1	11	1	1	2	1	1	1	7	27
P25	1	2	1	2	2	1	9	1	3	1	3	1	1	10	1	1	2	1	1	1	7	26
P26	1	2	1	2	2	1	9	1	3	1	4	1	1	11	1	1	2	1	1	1	7	27
P27	1	2	1	2	2	1	9	1	3	1	4	1	1	11	1	1	2	1	1	1	7	27
P28	1	2	1	2	2	3	11	1	3	1	3	3	1	12	1	1	2	1	1	1	7	30
P29	1	2	1	2	2	1	9	1	3	1	4	1	1	11	1	1	2	1	1	1	7	27
P30	1	2	1	2	2	1	9	1	3	1	2	1	1	9	1	1	2	1	1	1	7	25
P31	1	2	1	2	2	1	9	1	3	1	4	1	1	11	1	1	2	1	1	1	7	27
P32	1	2	1	2	2	1	9	1	3	1	2	3	1	11	1	1	2	1	1	1	7	27
P33	1	2	1	2	2	1	9	1	3	1	4	1	1	11	1	1	2	1	1	1	7	27
P34	1	2	1	2	2	1	9	1	3	1	2	1	1	9	3	1	2	1	2	1	10	28
P35	1	2	1	2	2	1	9	1	3	1	4	1	1	11	1	1	2	1	1	1	7	27

P36	1	2	1	2	2	1	9	1	3	1	2	1	1	9	1	1	2	2	1	2	9	27
P37	1	2	1	2	2	1	9	1	3	1	4	3	1	13	1	1	2	2	1	1	8	30
P38	1	2	1	2	2	1	9	1	3	1	2	1	1	9	1	1	2	1	2	1	8	26
P39	1	2	3	3	4	3	16	4	4	4	3	3	3	21	4	4	3	5	4	4	24	61
P40	1	2	1	2	2	1	9	1	1	1	1	1	1	6	1	1	1	1	1	1	6	21
P41	1	4	3	1	1	1	11	1	4	3	1	1	1	11	3	4	5	4	5	4	25	47
P42	1	4	3	1	2	1	12	2	5	5	5	3	4	24	5	5	5	3	5	5	28	64
P43	1	2	3	1	1	1	9	4	5	4	5	3	3	24	4	4	4	5	4	4	25	58
P44	1	3	3	1	2	1	11	1	3	5	3	5	3	20	3	5	3	1	3	5	20	51
P45	3	3	3	3	3	3	18	3	3	3	2	3	3	17	3	3	4	3	2	3	18	53
P46	3	3	3	3	3	3	18	3	3	3	3	3	3	18	3	3	3	3	3	3	18	54
P47	3	2	3	3	3	3	17	3	2	3	3	3	3	17	3	2	3	3	2	3	16	50
P48	5	5	5	5	5	5	30	5	5	4	5	5	5	29	4	4	5	5	5	5	28	87
P49	5	4	5	5	5	5	29	5	4	4	5	5	3	26	5	3	4	5	3	5	25	80
P50	5	4	5	5	4	5	28	5	4	5	5	5	5	29	5	5	2	5	5	5	27	84

P16	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	9	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	5	0	0	1	1	1	1	1	5	19
P17	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	9	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	5	0	1	0	0	1	1	0	3	17
P18	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	11	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	5	0	1	1	0	1	1	1	5	21
P19	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	9	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	6	1	0	1	0	0	1	1	4	19
P20	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1	1	1	1	0	6	29
P21	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	9	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	4	0	1	1	1	0	1	1	5	18
P22	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	10	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	6	1	1	1	0	1	0	1	5	21
P23	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	9	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	4	1	0	1	0	1	1	1	5	18
P24	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	5	0	1	0	0	0	0	0	1	9
P25	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	3	0	1	0	0	0	0	0	1	7
P26	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	5	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	3	0	1	0	0	1	0	0	2	10
P27	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	6
P28	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	4	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	4	0	1	0	0	0	0	0	1	9
P29	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	6
P30	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	4	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	4	0	1	0	0	0	0	0	1	9
P31	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	4	0	1	0	0	0	0	0	1	8
P32	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	4	0	1	0	0	0	0	0	1	8
P33	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1	0	0	2	8
P34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	8
P35	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	6	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	5	0	0	0	0	1	0	1	2	13



Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, LOAYZA VALCÁRCEL NERI MIGUEL ÁNGEL, docente de la ESCUELA DE POSGRADO de la escuela profesional de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "Calidad asistencial y su relación con la adherencia al tratamiento para tuberculosis, en pacientes de un distrito de Guayas, Ecuador 2022", cuyo autor es ZAMBRANO AYALA GABRIELA ELIZABETH, 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, 06 de Agosto del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
LOAYZA VALCÁRCEL NERI MIGUEL ÁNGEL DNI: 08763661 ORCID: 0000-0001-6314-144X	Firmado electrónicamente por: NLOAYZAVA el 09- 08-2023 19:37:20

Código documento Trilce: TRI - 0643637