



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

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

**"Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con
tuberculosis pulmonar en un hospital público,
Nuevo Chimbote, 2023"**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Olivas Noriega, Christian Enrique (orcid.org/0000-0001-6388-5254)

ASESORES:

Dra. Millones Alba, Erica Lucy (orcid.org/0000-0002-3999-5987)

Dr. Castillo Saavedra, Ericson Felix (orcid.org/0000-0002-9279-7189)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

**CHIMBOTE – PERÚ
2024**

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso fuente infinita de amor y sabiduría, por ser mi amigo incondicional, por siempre ser la luz que ilumina mi camino y acompañarme siempre.

A mis padres y a mi hermano por su amor incondicional, por ser modelos de esfuerzo, lucha, perseverancia y superación. A mi querida hija, la princesita Alessandra, por ser el motivo de inspiración para poder superarme día a día.

AGRADECIMIENTO

Agradecido a Dios por darme la fuerza espiritual y la sabiduría para seguir adelante y no desistir; agradecido con mis padres y mi hermano por su apoyo incondicional y sus consejos que me motivaron constantemente para alcanzar mis metas y anhelos. Muchos de mis logros se los debo a ustedes.

Agradecido con la universidad César Vallejo por darme la oportunidad de realizar mi maestría, a mis profesores, asesores, amigos y a todas las personas que contribuyeron de alguna manera para poder hacer realidad este trabajo de investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR	iii
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DEL AUTOR	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	iv
ÍNDICE DE TABLAS	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	12
3.1. Tipo y diseño de la investigación	12
3.2. Variables y operacionalización	13
3.3. Población, muestra, muestreo y unidad de análisis	14
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	14
3.5. Procedimientos	15
3.6. Métodos de análisis de datos	15
3.7. Aspectos éticos	16
IV. RESULTADOS	17
V. DISCUSIÓN	21
VI. CONCLUSIONES	24
VII. RECOMENDACIONES	25
REFERENCIAS	26
ANEXOS	37

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Adherencia al tratamiento de tuberculosis en pacientes con tuberculosis en el hospital Público de Nuevo Chimbote, 2023.	17
TABLA 2. Calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Público de Nuevo Chimbote, 2023.	18
TABLA 3. Adherencia al tratamiento de tuberculosis y la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Público de Nuevo Chimbote, 2023.	19
TABLA 4. Adherencia al tratamiento de tuberculosis y las dimensiones de la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Público de Nuevo Chimbote, 2023.	20

RESUMEN

El propósito principal de este estudio es explorar la conexión entre la calidad de vida y la adhesión al tratamiento de la tuberculosis en los individuos con tuberculosis pulmonar atendidos en el Hospital Público de Nuevo Chimbote durante el año 2023. Se llevó a cabo una investigación de tipo no experimental, descriptiva correlacional y transversal, en una muestra de 110 pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar. Se aplicaron encuestas utilizando los instrumentos de la Escala de adherencia a la medicación y la Escala de calidad de vida, previa obtención del consentimiento informado. Los resultados indican el rechazo de la hipótesis nula, evidenciando una relación altamente significativa ($p=0.000$) entre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Se observa que a una mayor calidad de vida corresponde una mayor adherencia al tratamiento de la tuberculosis ($r=0,417$, $p<0,01$). En cuanto al tipo de adherencia, se destaca que el 80,0% de los pacientes son no adherentes, mientras que el 20,0% muestra adherencia al tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Respecto a la calidad de vida, la mayoría de los pacientes (74,5%) presenta una calidad de vida media, seguido de un menor porcentaje con calidad de vida alta y baja (15,5% y 10,0% respectivamente). Se identifica una correlación directa positiva significativa entre la dimensión de "salud física" de la calidad de vida y la adherencia al tratamiento ($r=0,534$, $p<0,01$).

Palabras clave: Adherencia, calidad de vida, tuberculosis.

ABSTRACT

The main purpose of this study is to explore the connection between quality of life and adherence to tuberculosis treatment in individuals with pulmonary tuberculosis treated at the Public Hospital of Nuevo Chimbote during the year 2023. A non-experimental, descriptive correlational, and cross-sectional investigation was conducted on a sample of 110 patients diagnosed with pulmonary tuberculosis. Surveys were administered using the instruments of the Medication Adherence Scale and the Quality of Life Scale, following the acquisition of informed consent. The results indicate the rejection of the null hypothesis, revealing a highly significant relationship ($p=0.000$) between quality of life and adherence to tuberculosis treatment. It is observed that higher quality of life corresponds to greater adherence to tuberculosis treatment ($r=0.417$, $p<0.01$). Regarding the type of adherence, it is noteworthy that 80.0% of patients are non-adherent, while 20.0% show adherence to pulmonary tuberculosis treatment. Regarding quality of life, the majority of patients (74.5%) have a medium quality of life, followed by a smaller percentage with high and low quality of life (15.5% and 10.0% respectively). A significant positive direct correlation is identified between the "physical health" dimension of quality of life and adherence to treatment ($r=0.534$, $p<0.01$).

Keywords: Adherence, quality of life, tuberculosis.

I. INTRODUCCIÓN

Mycobacterium tuberculosis se considera una enfermedad infecciosa que provoca fiebre, cansancio, tos, sudores nocturnos y síntomas pulmonares. La línea de transmisión suele ser a través de minúsculas gotitas de aerosol de 1 a 5 micras de diámetro que los pacientes producen al hablar y, sobre todo, al toser. Estas gotitas se propagan a otras personas mediante la inhalación de la bacteria, de 1 a 5 micras de diámetro, que se liberan al hablar y, en particular, al toser, son inhaladas por otras personas y se propagan a otras personas. (OMS, 2023).

Antes de la aparición de la pandemia de Covid-19, diversos países estaban dedicados a combatir la tuberculosis, logrando avances notables que resultaron en una disminución del 9% en la incidencia de la tuberculosis entre 2015 y 2019. A pesar de los compromisos políticos a nivel global, nacional y regional, un informe reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la tuberculosis aún representa un desafío, ya que persiste como un problema de salud pública. Esta situación motiva la necesidad de desarrollar nuevas políticas públicas (OMS, 2020).

De acuerdo con el reporte del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), a nivel latinoamericano en Colombia, se destaca que los segmentos de edad más afectados abarcan a los jóvenes y adultos de 25 a 34 años, representando el 19,9%, seguidos por los adultos mayores con un 18,3%. Únicamente en el año 2019, se registró una tasa de mortalidad de 2,24 por cada 100.000 residentes, según la información proporcionada por el MSPS en el año 2023.

En Perú, se reportaron 23.755 casos nuevos en 2020 y en 2022 este número aumentó con 28.339 casos nuevos reportados, en Ancash se registraron 338 nuevos casos de tuberculosis en 2020 y este número va aumentando sistemáticamente, llegando a un total de 602 nuevos casos en 2022. En tal sentido se están llevando a cabo diversas iniciativas para disminuir la carga de la tuberculosis y optimizar tanto la atención terapéutica como las estrategias preventivas de la enfermedad. Es importante destacar que la lucha contra la tuberculosis es un esfuerzo global que involucra a gobiernos, organizaciones internacionales y otras partes interesadas, según el informe del MINSA en 2022.

Se concibe la calidad de vida como un término que engloba diversos elementos, como la salud física de una persona, y se relaciona igualmente con las relaciones sociales y el entorno de esa persona, ya sea en el lugar de trabajo o en el hogar. El nivel socioeconómico, la vestimenta, la nutrición, la educación y la seguridad son importantes para satisfacer las necesidades básicas, pero al mismo tiempo también lo son para el sector salud porque permiten evaluar el alcance de la influencia de la patología (Lopera, 2020).

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades reporta que en la región Chimbote se han presentado 539 casos de tuberculosis, de los cuales 141 corresponden a Nuevo Chimbote. Dado que esta enfermedad tiene un impacto significativo en el nivel de vida de los individuos, se considera fundamental llevar a cabo esta investigación (MINSA, 2020). Así, surge la siguiente interrogante: ¿Existe relación entre la adherencia al tratamiento de tuberculosis y la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Público de Nuevo Chimbote, 2023?

En tal sentido se establece el siguientes objetivo general: determinar la relación entre la adherencia al tratamiento de tuberculosis y la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Público de Nuevo Chimbote en el año 2023, y como objetivos específicos: identificar la adherencia al tratamiento de tuberculosis en pacientes con tuberculosis en el hospital Público de Nuevo Chimbote; identificar la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Público de Nuevo Chimbote; y, determinar la relación entre la adherencia al tratamiento de tuberculosis y las dimensiones de la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Público de Nuevo Chimbote.

Finalmente, la hipótesis de investigación es: H1: La calidad de vida se relaciona significativamente con la adherencia al tratamiento de tuberculosis en paciente con tuberculosis en el hospital público, Nuevo Chimbote, 2023; y H0: La calidad de vida no se relaciona significativamente con la adherencia al tratamiento de tuberculosis en paciente con tuberculosis en el hospital público, Nuevo Chimbote, 2023.

II. MARCO TEÓRICO

A nivel internacional, se han documentado investigaciones relevantes a la presente indagación.

Ortega et al. (2020), llevaron a cabo un estudio en México sobre la "adherencia a la medicación" en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar Numero-11, Tapachula, Chiapas. Informaron que, de los 37 pacientes con tuberculosis, el 78.4% presentaba enfermedad pulmonar, el 8.1% espirales, el 5.4% ósea y el 2.7% intestinal, correspondiendo este último a peritoneal. Los factores vinculados al tratamiento no exhibieron una asociación significativa en esta muestra, sugiriendo que la atención sanitaria tiene un impacto positivo en la motivación, la confianza en uno mismo y la adherencia a la medicación.

Bacilo y Romero (2019), investigaron la adherencia al tratamiento con usuarios que toman medicamentos antituberculosos en el C.M. Santa Elena, Ecuador, en 30 pacientes de las estrategias, encontrando que los pacientes carecen de conocimiento porque el 62% ignora los efectos secundarios de la droga, el 75% mostró reacciones no deseadas para el tratamiento, el 87% se sintió deprimido debido a la patología, el 25% sin apoyo a la familia. Concluyen que los pacientes de este sanatorio no cumplen con las reglas de tratamiento.

Velázquez (2021) investigó la observancia de procedimientos antituberculosis en individuos hospitalizados del Hospital Regional Coronel de Oviedo, en cuarenta y seis pacientes inscritos en el Programa Nacional Antituberculoso del Hospital Regional Coronel de Oviedo. La adherencia al tratamiento basada en los resultados de laboratorio se observó en el 71,73% de los pacientes. Los adultos de 40 años y más cumplieron más las recomendaciones (27,27%). El 63,64% de los inscritos son hombres; El 51,52% eran solteros y el 69,7% residentes rurales. Las tasas más altas de adherencia se observaron en adultos hombres y, en pacientes que viven en zonas rurales.

En el ámbito nacional se reportan las siguientes investigaciones:

Marcos (2023), estudió la relación entre la adherencia a la medicación y el nivel de la atención brindada a los individuos atendidos por tuberculosis dentro del Centro Médico Regional Santa Anita en 2022-2023, en una muestra de 72 pacientes. Encontrando que el 81,7% de los individuos demandaron cuidados de alto nivel, mientras que el 98,3% de los pacientes siguieron el curso de acción prescrito. Concluye que existe relación entre la calidad de atención y adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis del Centro Médico Regional Santa Anita. El autor observa una relación entre el nivel del servicio asistencial y la persistencia en el tratamiento de sujetos afectados por tuberculosis.

Mendoza y Uribe (2022) llevaron a cabo una investigación en la Red de Salud Ayacucho de San Francisco para explorar la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de la atención en pacientes con tuberculosis. Se trata de un estudio transversal, observacional y no experimental que involucró a 40 personas diagnosticadas con tuberculosis. Los resultados del análisis estadístico se derivaron del cálculo del coeficiente de correlación chi-cuadrado. En el caso de las variables relacionadas con la norma de atención y la adhesión al consejo médico, se obtuvo un valor de 6,105 o superior, con un nivel de significación de 0,05, 2 grados de libertad, un intervalo de confianza del 95% y un valor $p = 0,044$, indicando una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. En cuanto a la calidad de la atención a la tuberculosis, se observó que 25 personas (62,5%) recibieron una atención de calidad moderada, 9 (22,5%) experimentaron una atención de calidad deficiente, y 6 (15%) recibieron una atención de calidad excelente. Los parámetros revelan que la buena calidad de la atención es la más prevalente (23/57,5%), el tratamiento técnicamente deficiente es el más común (17/42,5%), y la buena atención es la más prevalente (16/40%) en lo que respecta al aspecto ambiental. En cuanto a la adherencia al tratamiento, 18 personas (45%) no cumplían con el tratamiento, mientras que 22 (55%) sí lo hacían. En resumen, este estudio realizado en la Red de Salud Ayacucho San Francisco evidenció una relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de la atención en pacientes con tuberculosis. Esto sugiere que los pacientes que reciben atención de alta calidad tienen mayores probabilidades de cumplir con el tratamiento prescrito.

Rubio (2020), estudió la atención en pacientes con tuberculosis de la Microrred La Esperanza. Investigación no experimental, transversal y descriptivo correlacional, en 70 pacientes tuberculosos que reciben atención y tratamiento dentro de la microrred La Esperanza. Se utilizó un cuestionario con un coeficiente alfa de 0,87 para medir la variable nivel de atención y la adherencia a la medicación. Los resultados indicaron que el 85,7% de los pacientes de TB cumplían la terapia, y que el 90% de los pacientes tenían un buen conocimiento de la calidad de su tratamiento. Del mismo modo, se encontró una relación sustancial entre el nivel del servicio sanitario primario y la adherencia, ya que el 85,7% de los encuestados seguía el tratamiento prescrito y una proporción similar calificaba su calidad de buena. En cuanto a la calidad del diseño de los componentes, el 90% de los encuestados valoró cada ingrediente individual como aceptable; en este grupo, el 85,7% se sometió al tratamiento; el 87,2% de los encuestados calificó el elemento técnico como bueno; y el 82,9% calificó el factor de comodidad como bueno. El 85,7% de este grupo se ha sometido a tratamiento médico.

Flores (2019), investigó sobre el nivel de cuidados de enfermería y el cumplimiento de los protocolos de tratamiento en el Hospital San Juan Bautista, Huaral. Investigación cuantitativa, transversal y descriptivo, en una muestra de 39 pacientes con tuberculosis y, para la recopilación de información se utilizó listas de cotejo con una medida Likert, encuestas y cuestionarios. Los resultados fueron los siguientes: La calidad de los cuidados de enfermería fue juzgada negativamente por el 41% (16), relativamente positivamente por el 35,9% (14) y positivamente por el 23,1% (9) junto con la adherencia. De los que recibían terapia, el cincuenta y nueve por ciento (23) la cumplían completamente y, el dieciséis por ciento (16), no. Concluyendo que los pacientes con TB del Hospital San Juan Bautista tenían una opinión negativa de la calidad asistencial del personal de enfermería y de su cumplimiento de las pautas de tratamiento.

Mendoza y Domínguez (2018) llevaron a cabo una investigación que exploró la correlación entre el cumplimiento del tratamiento y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis atendidos en el Centro Primario de Salud Luis Negreiros Vega III, Red Desconcentrada Sabogal EsSalud, Callao. Este estudio adoptó un diseño correlacional transversal, no experimental y cuantitativo, utilizando una muestra de

120 individuos. Los instrumentos empleados para la recolección de datos fueron la escala de calidad de vida Whoqol-Bref y el test de Morisky-Green. Se identificó una relación estadísticamente significativa entre las variables "Calidad de vida" y "Adherencia al tratamiento" mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson, con un valor de significación de 0.045 ($p < 0.05$). En lo que respecta a la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis, se observó que el 83.3% presentaba una calidad de vida media, el 15% una calidad de vida baja y el 1.7% una calidad de vida alta. Analizando por factores, la salud física predominaba en el 85.8% en calidad de vida media, la salud mental en el 78.3% en calidad de vida media, y las relaciones influían en la salud mental. La calidad de vida media, que alcanzaba el 51.7%, emergía como el principal determinante del sistema social, especialmente en el entorno donde prevalecía en un 84.2%. En cuanto al cumplimiento del tratamiento, se observó que el 42.5% no lo seguía, mientras que el 57.5% sí lo hacía. En conclusión, se estableció que la calidad de vida guarda una correlación estadísticamente significativa con la adherencia a las recomendaciones de tratamiento.

Maguiña (2022) llevó a cabo una investigación que exploró la relación entre la calidad de la atención y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis en un centro médico en Trujillo. Este estudio tuvo un enfoque cuantitativo y descriptivo, con un diseño no experimental. La muestra consistió en 80 pacientes tuberculosos del centro médico de Trujillo y 80 enfermeras. Desde una perspectiva técnica, se observó que el 53.8% de las enfermeras rara vez proporcionaba consejos simples de enfermería, el 50% rara vez proporcionaba muestras de esputo, el 90% siempre realizaba evaluaciones de peso mensuales, el 100% siempre suministraba recipientes, el 72.5% rara vez distribuía folletos sobre la tuberculosis, y el 76.3% siempre brindaba asesoramiento sobre la tuberculosis. En cuanto a la interacción humana, el 58.8% de las enfermeras siempre llamaba a los pacientes por su nombre, el 52.5% siempre prestaba atención durante las conversaciones con los pacientes, el 62.5% rara vez fomentaba la participación en el tratamiento, y el 55% siempre prestaba atención durante las conversaciones con los pacientes. En relación al ambiente, el 45% rara vez se sentía a gusto en el lugar donde tomaba los medicamentos, el 77.5% estaba satisfecho con la limpieza del

lugar donde recibía el tratamiento, y el 66.3% rara vez consideraba incómodo el entorno donde recibía el tratamiento.

Por otro lado, Espinoza y Jacinto (2020) llevaron a cabo un estudio que examinó la relación entre la atención humana proporcionada por el personal médico y la adherencia de los pacientes con tuberculosis en Callao, Pachacutec. Su objetivo fue evaluar cómo la atención humana afecta a los profesionales médicos que tratan la tuberculosis en 62 pacientes. Concluyeron que el aumento de la atención humana mejoraba la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Este resultado se respaldó mediante la prueba estadística de Spearman Rho, que arrojó un valor de 0.001 y una correlación de 0.402.

Después de detallar los antecedentes de la investigación, se procede al análisis del constructo teórico de la primera variable, que se denomina calidad de vida:

La calidad de vida, según la definición de Ferráns (1990), se entiende como el estado global de bienestar de un individuo, derivado de su nivel de satisfacción o insatisfacción, que abarca aspectos esenciales para el sujeto. Este concepto multidimensional evalúa tanto los aspectos físicos como los mentales y considera dimensiones sociales, incluyendo las restricciones ocasionadas por enfermedades.

Saldías y Domínguez (2020) complementan esta perspectiva al afirmar que la calidad de vida está intrínsecamente vinculada con la capacidad funcional, el rendimiento intelectual, el estatus socioeconómico y el bienestar emocional, factores que influyen en la preservación de la salud y la felicidad. Esta visión amplia destaca la importancia de considerar diversos elementos en la evaluación de la calidad de vida, desde la salud física hasta los aspectos emocionales y sociales.

En esta línea, Tudela (2009) enfatiza la estrecha relación entre la calidad de vida y la salud, resaltando la atención centrada en el bienestar y la necesidad de abordar aspectos fundamentales como la actividad física, psicocognitiva y social. La calidad de vida, en este contexto, se manifiesta a través de diversos elementos esenciales para el bienestar humano.

Ramírez y Malo (2020) destacan la naturaleza subjetiva y multifacética del concepto de calidad de vida, subrayando que involucra la percepción de una persona sobre su posición en la vida, influenciada por su entorno cultural, el contexto familiar y aspectos psicológicos. Esta perspectiva integral subraya la necesidad de herramientas de medición que aborden la complejidad inherente a la calidad de vida.

Estos conceptos enfatizan la naturaleza subjetiva y multifacética del concepto de calidad de vida, destacando la necesidad de desarrollar herramientas de medición que también aborden esta complejidad. En este contexto, se han integrado diversos instrumentos, como el método de las necesidades básicas insatisfechas, el índice de desarrollo humano, el Barthel Index, el Medical Outcomes Study, el Functional Status Index, el Functional Independence Measure y el índice de pobreza multidimensional (Feres,2001). En el enfoque integral del concepto de calidad de vida. Esto se debe a que tienden a priorizar las dimensiones objetivas o las condiciones materiales de vida, carecen de uniformidad en las preguntas, presentan complejidades, generan información no comparable o evalúan el impacto de la enfermedad en lugar de la calidad de vida en su conjunto.

En un esfuerzo por adoptar evaluaciones más integrales, en la década de los noventa, la Organización Mundial de la Salud (OMS) introdujo el World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), como medida genérica de calidad de vida. Higginson (2001) destaca su excelente estructura conceptual y operativa, desarrollo psicométrico y adaptación cultural, convirtiéndolo en un instrumento fiable y validado. Espinoza (2011) detalla que el instrumento WHOQOL-Bref tiene la función de ofrecer un perfil de la calidad de vida de una persona, aplicable tanto en la población general como en pacientes. Se sugiere su utilización en entornos clínicos o epidemiológicos cuando la calidad de vida sea un aspecto de interés, aunque no sea el objetivo principal del estudio.

La comprensión integral de la calidad de vida, según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1988), como una representación de la aptitud, conducta, apreciación y estado de experiencias subjetivas, es destacada por Gomez (2020). En este sentido, se enfatiza que cada individuo construirá su propia percepción de lo que

constituye una buena calidad de vida, influenciado por diversos factores, como el entorno, la familia, aspectos psicológicos, físicos y económicos.

Mendoza (2018), alineado con esta perspectiva, señala que la calidad de vida se estructura en cuatro dimensiones o dominios, según la propuesta del grupo Whoqol de la Organización Mundial de la Salud. Estas dimensiones son:

Salud Física: En esta dimensión, se evalúan aspectos vinculados a la capacidad funcional relacionada con el estado de salud físico del individuo. Se considera la salud física en relación con la habilidad para llevar a cabo actividades cotidianas y laborales, como lo sugiere Martínez (1998). Engloba elementos como la incomodidad y dolor, la fatiga y vitalidad, el sueño, el reposo o inactividad, la movilidad, las actividades diarias, la necesidad de depender de algún medicamento o tratamiento, y la capacidad laboral.

Salud Psicológica: Galvez (2014) destaca que esta dimensión aborda el estado mental de la persona evaluada, incluyendo aspectos como sentimientos positivos y negativos, así como elementos relacionados con la ansiedad, autoestima y depresión. Comprende experiencias positivas, la dimensión espiritual (religión y creencias personales), el pensamiento, la autoestima, el autoconcepto y las emociones negativas.

Relaciones Sociales: La evaluación de la manera en que la persona evaluada se relaciona con su entorno personal, abarcando aspectos familiares, relaciones vecinales y otros vínculos sociales, es esencial en esta dimensión. Gomez (2020) sostiene que incluye las relaciones establecidas con otras personas, el respaldo social y la actividad sexual.

Ambiente: En esta dimensión, se evalúa el entorno en el cual se desenvuelve la persona evaluada. Gomez (2020) destaca que abarca aspectos como la seguridad física, el entorno familiar, los bienes financieros, la salud y atención social (recursos y disponibilidad), oportunidades, participación y transporte. En el caso de individuos afectados por tuberculosis, resulta crucial evaluar esta dimensión, ya que la evolución de la enfermedad guarda relación con el aspecto del entorno físico.

Estas dimensiones, estrechamente vinculadas con el concepto y su conexión con la salud, amplían la conceptualización de la Calidad de Vida. La interpretación de este concepto varía según las percepciones de bienestar de cada grupo social, construyendo su propia identificación de factores determinantes del bienestar en función de los ideales de cada sociedad. Los estándares de bienestar abarcan desde la satisfacción de necesidades básicas hasta la consecución de metas personales, familiares y profesionales, según Salazar et al. (2005).

En relación al concepto teórico de la segunda variable, la cual se identifica como la adhesión al tratamiento de la tuberculosis:

La adherencia terapéutica se refiere a la forma en que los pacientes se comportan con respecto a la toma de medicamentos. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adherencia terapéutica se define como "el grado en el que las acciones de una persona, relacionadas con la ingesta de medicamentos, el cumplimiento de un plan alimenticio o la adaptación de hábitos de vida, coinciden con las recomendaciones acordadas con el profesional de la salud" (Sabaté, 2003).

Este concepto implica seguir un régimen de tratamiento, alternando medicamentos en las dosis y horarios prescritos por el médico. La adherencia a las recomendaciones de tratamiento está fuertemente influenciada por el comportamiento, las actitudes y el entorno del paciente, siendo ambos factores determinantes para lograr una adherencia efectiva (Escobar y Divisón, 2017).

(Valverde, 2018) menciona que la adherencia al tratamiento suele representarse como una variable dicotómica (adherente vs no adherente) o como un porcentaje basado en las dosis tomadas de la medicación prescrita durante un periodo de tiempo específico (0% a $\geq 100\%$).

La conformidad con el tratamiento de la tuberculosis es crucial para los individuos afectados por la enfermedad y debe ser una máxima prioridad tanto para los pacientes como para la colaboración activa de los profesionales de la salud en garantizar la adhesión al tratamiento recetado. En muchos casos, se requiere la participación de la familia para evitar el fracaso del tratamiento y las complicaciones. Los proveedores de atención médica deben identificar las brechas que causan que

algunos pacientes no cumplan; por otro lado, implica no solo el trabajo del personal médico sino también el apoyo psicológico de los familiares, lo que ayudará a alcanzar las metas (Perlaza y Cruz, 2023). La variante de tuberculosis multirresistente (TB-MR) surge de una cepa que no responde al tratamiento convencional con medicamentos de primera línea, como la isoniazida y la rifampicina, los cuales son los más efectivos (Bojórquez, 2013). Esta forma de la enfermedad generalmente se origina debido a la aplicación incorrecta del tratamiento, dosificación inapropiada, automedicación o el uso de medicamentos de baja calidad. El manejo de pacientes con tuberculosis multirresistente es complejo, con mayores costos y una menor probabilidad de éxito en el tratamiento, requiriendo la utilización de medicamentos de segunda línea, y en casos extremos, los pacientes pueden desarrollar cepas con resistencia extendida (XDR) a múltiples fármacos, complicando aún más el panorama (García, 2000).

La falta de cumplimiento adecuado con los tratamientos es un problema global, afectando alrededor del 50% de la población en naciones desarrolladas y siendo aún más prevalente en países en desarrollo (WHO, 2004). Evaluar la adherencia al tratamiento es esencial para diseñar intervenciones efectivas y lograr cambios significativos en los resultados de salud, dependiendo de una medición precisa y validada del concepto de adherencia terapéutica (Timmreck, 1993).

La adherencia al tratamiento está influenciada por diversos factores sociales, relacionados con el paciente, características del tratamiento, factores económicos, el sistema de salud y particularidades de la enfermedad (Haynes, 2001).

Farmer (1999) propone una clasificación de métodos para evaluar la adherencia, dividiéndolos en métodos directos e indirectos. Los métodos directos, como la terapia directamente observada (TDO), miden directamente la presencia y cantidad de fármaco en el paciente, ofreciendo alta precisión, pero a veces presentan limitaciones económicas y no son siempre prácticos en la clínica habitual. En cambio, los métodos indirectos, basados en entrevistas clínicas o indicadores externos, son más prácticos, pero dependen en mayor medida del auto-reporte del paciente, introduciendo posibles sesgos y limitaciones en la evaluación (Karumbi, 2015).

Métodos directos: En el ámbito de la evaluación de la adherencia al tratamiento, los métodos directos se centran en medir de manera directa la presencia y cantidad de un fármaco, su metabolito o un biomarcador en una muestra biológica del paciente (Valverde, 2018). Este enfoque proporciona información objetiva y cuantitativa sobre la cantidad real de medicamento absorbido o metabolizado en el organismo. Entre estos métodos, destaca la terapia directamente observada (TDO), donde un profesional de la salud supervisa directamente la administración del tratamiento, asegurando un control visual y efectivo de la toma de medicamentos. Estos métodos directos se caracterizan por su alta precisión, ya que prescinden de la memoria o autodeclaración del paciente, ofreciendo así una evaluación más confiable de la adherencia (Valverde, 2018).

A pesar de su objetividad, los métodos directos pueden presentar limitaciones económicas y no siempre son aplicables en la práctica clínica habitual. Además, al proporcionar respuestas simplificadas que se limitan a clasificar la adherencia como sí o no, estos métodos no ofrecen detalles sobre los patrones subyacentes de no adherencia y las posibles causas asociadas. Son predominantemente utilizados en entornos de ensayos clínicos o en enfermedades de gran impacto en la salud pública, como la tuberculosis, por lo que requieren consideración cuidadosa en su aplicación (Karumbi, 2015).

Métodos indirectos: En contraste, los enfoques indirectos para la evaluación de la adherencia se fundamentan en indicadores externos o en la información suministrada por el paciente. Los métodos que emplean entrevistas clínicas implican la interacción directa con el paciente, ya sea mediante entrevistas directas o mediante el uso de cuestionarios estructurados, con el fin de recabar información sobre su conducta en la toma de medicamentos. El recuento de medicación remanente implica evaluar la cantidad de unidades de medicamento que aún quedan en los envases dispensados, asumiendo que el agotamiento refleja el consumo. La utilización de dispositivos electrónicos, como dispensadores inteligentes, registra la apertura del envase como un indicador indirecto del seguimiento del tratamiento. Asimismo, el análisis de los registros de dispensación examina los patrones de adquisición de medicamentos en la farmacia como un reflejo de la adherencia del paciente.

A pesar de su practicidad, estos métodos a menudo dependen del autorreporte del paciente o de indicadores externos, lo que podría introducir ciertos sesgos y limitaciones en la precisión de la evaluación (Valverde, 2018). En el caso de los métodos basados en entrevistas clínicas, como el cuestionario ARMS-e y el Test de Batalla, se posicionan como estrategias directas para evaluar la adherencia terapéutica. Estos procedimientos consisten en realizar consultas directas al paciente acerca de su percepción sobre el seguimiento del tratamiento farmacológico, abordando aspectos como el porcentaje de dosis que involuntariamente omite en un periodo específico y la frecuencia con la que se aparta de la pauta prescrita (Nguyen, 2014).

En medio de la amplia variedad de cuestionarios disponibles, la elección dependerá de la enfermedad que afecta al paciente y de la información específica que se desee evaluar, como el comportamiento del paciente, las barreras existentes o las creencias relacionadas con la adherencia terapéutica. No obstante, es crucial destacar que estos métodos presentan desventajas, como la posibilidad de que el paciente brinde información incorrecta, omita detalles acerca de la toma de medicación o crea estar siguiendo adecuadamente el tratamiento cuando no es así.

El Test de Morisky-Green, también conocido como el Cuestionario de Adherencia a la Medicación (MAQ) o la Escala de Adherencia a la Medicación Morisky se hace relevante en nuestro estudio para identificar barreras potenciales que podrían afectar la adherencia terapéutica. Es importante destacar que el Morisky-Green ha evolucionado con una versión ampliada, el MMAS-8, que aborda el comportamiento relacionado con la administración de la medicación y específicamente se centra en la infrautilización (Morisky, Ang, Krousel-Wood, & Ward). Esta actualización permite una evaluación más detallada de la adherencia y se adapta a las necesidades específicas de nuestro estudio en pacientes con tuberculosis.

En comparación con otros cuestionarios, el Morisky-Green ofrece una visión integral de la adherencia al tratamiento, considerando distintas dimensiones que proporcionan una comprensión más profunda del comportamiento del paciente (Morisky, DiMatteo, & Levine). Su aplicabilidad y validez en diversas condiciones médicas respaldan su elección para nuestro estudio, permitiendo una evaluación precisa y detallada de la adherencia en pacientes con tuberculosis.

El Cuestionario de Adherencia Morisky-Green-Levine se distingue por abordar diversas dimensiones que proporcionan una visión integral de la adherencia al tratamiento en pacientes. Cada una de estas dimensiones se enfoca en aspectos específicos que contribuyen a una comprensión más profunda del comportamiento del paciente en relación con su medicación. A continuación, se detallan estas dimensiones:

Olvido y Cumplimiento del Horario: Esta dimensión evalúa la capacidad del paciente para recordar y seguir el horario de toma de medicamentos. Al indagar sobre olvidos tanto en el hogar como fuera de él, se obtiene información valiosa sobre la consistencia en la toma de medicamentos en diversos contextos. La atención a estos detalles permite identificar posibles desafíos en la rutina diaria del paciente que podrían afectar la adherencia.

Razones Relacionadas con la Mejoría Percibida: Enfocándose en la relación entre la percepción de mejoría y la adherencia al tratamiento, esta dimensión explora si los pacientes interrumpen la toma de medicamentos debido a la sensación de bienestar o si la discontinuación se debe a efectos secundarios percibidos. Comprender estas razones proporciona insights cruciales sobre la percepción del paciente sobre la necesidad continua de la medicación.

Problemas de Acceso a la Medicación: Esta dimensión examina las barreras prácticas y económicas que podrían afectar la adherencia. Preguntas sobre olvidos en la farmacia, dificultades económicas o quedarse sin medicación abordan aspectos concretos que pueden influir en la capacidad del paciente para obtener y tomar los medicamentos. Identificar estos problemas permite diseñar intervenciones específicas para mejorar el acceso.

Autoevaluación de la Adherencia: En esta dimensión, se solicita al paciente que evalúe la dificultad percibida en seguir el régimen de tratamiento según lo prescrito. La respuesta proporciona una perspectiva subjetiva valiosa sobre la confianza del paciente en su capacidad para cumplir con el tratamiento. Esta autoevaluación complementa los datos objetivos, ofreciendo una comprensión más completa de la percepción del paciente sobre su propia adherencia.

Al agrupar las preguntas en estas dimensiones, el cuestionario facilita una evaluación más detallada y estructurada de los diferentes aspectos que influyen en la adherencia al tratamiento. Este enfoque permite un análisis más preciso de las áreas que podrían requerir intervención o apoyo adicional, contribuyendo así a estrategias más efectivas para mejorar la adherencia en pacientes con tuberculosis.

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

3.1.1 Tipo de investigación

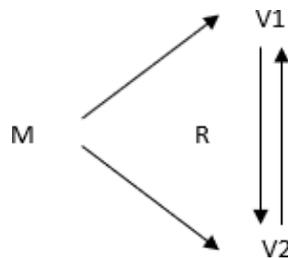
La investigación es básica, ya que se centra en variables como la calidad de vida y la conformidad con el tratamiento. De acuerdo con Hernández et al. (2014), se especifican los elementos que se evalúan en la investigación, recopilando información para llevar a cabo el análisis de estas variables.

3.1.2 Diseño de investigación

El estudio adopta un diseño no experimental, caracterizado por su enfoque cuantitativo y su naturaleza transversal; del mismo modo, se clasifica como descriptivo correlacional. Según Hernández et al. (2014), una investigación cuantitativa requiere una adecuada medición y el análisis de las hipótesis planteadas para validar el estudio con los datos recopilados. Es considerado no experimental debido a la ausencia de manipulación de variables. Se define como de corte transversal, ya que todos los datos se recogen en un periodo de tiempo específico. La designación descriptivo correlacional se asigna para destacar la búsqueda de evidencia sobre la posible relación entre ambas variables.

Figura 1

Diagrama de los diseños correlacionales de dos variables.



Nota: Extraído de Sánchez y Reyes 2006, p. 105.

Dado que:

M = Muestra; V1= Variable 1; V2= Variable 2; y, r= Relación

3.2 Variables y operacionalización

Variable 1: Calidad de vida:

Definición conceptual:

Comúnmente, la calidad de vida se describe como el grado de felicidad experimentado por un individuo, evaluado a través de su satisfacción o insatisfacción con aspectos que son importantes para esa persona (MINSA, 2023).

Definición operacional:

Es un sistema de muchos aspectos diferentes del Estado de salud de los individuos afectados por tuberculosis pulmonar, teniendo en cuenta las siguientes dimensiones: salud física, aspecto psicológico, aspecto social y aspecto ambiental, que se medirá mediante el cuestionario WHOQOL-BREF (Mendoza y Domínguez, 2018).

Se mide en escala ordinal con las siguientes categorías:

C. de vida bajo: 26 – 60 puntos.

C. de vida media: 61 – 95 puntos.

C. de vida alta: 96 – 130 puntos.

Variable 2: Adherencia al tratamiento

Definición conceptual:

Es el nivel en que las acciones de un paciente, en relación con la ingesta de medicamentos, la adhesión a una dieta o la modificación de hábitos de vida, concuerda con las recomendaciones acordadas con el profesional de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Definición operacional:

La información se obtuvo a través de un formulario que incluye (08) ítems. Estos ítems buscan recolectar datos de las siguientes dimensiones: Olvido y cumplimiento del horario, razones relacionadas con la mejoría percibida, problemas con acceso a la medicación y por último una autoevaluación a la adherencia.

Se mide en escala ordinal con las siguientes categorías:

- No adherente: 0 – 7.75 puntos.
- Adherente: 8 puntos.

3.3 Población (criterios de selección), unidad de análisis

3.3.1 Población

- De acuerdo con Bernal (2019), se refiere a todos los individuos que participan de manera voluntaria en la investigación. En este estudio, la población considerada consta de 110 individuos diagnosticados con tuberculosis pulmonar.

- Criterios de admisión:
 - Individuos que sean mayores de 18 años de edad.
 - Personas que se encuentren lúcidas, orientadas en tiempo y espacio, y cuenten con la capacidad de responder de forma autónoma.
 - Pacientes dispuestos a participar en el estudio.

- Criterios de exclusión:
 - Individuos que tengan EPOC o fibrosis pulmonar.
 - Individuos que opten por no formar parte de la investigación.
 - Personas que no habiten en la zona.
 - Pacientes menores de edad.

3.3.2 Unidad de análisis

La unidad de análisis se refiere al paciente con tuberculosis pulmonar que ha sido evaluado, formando parte de la población estudiada (Arias y Covinos, 2021).

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1 Técnica:

Se emplea la metodología

3.4.2. Instrumentos de recolección de datos:

A. Escala de calidad de vida:

La calidad de vida se evaluó mediante el uso del Test de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL). Este instrumento ha sido desarrollado y validado por la Organización Mundial de la Salud para medir diversos aspectos relacionados con la calidad de vida en individuos afectados por enfermedades crónicas, incluyendo la tuberculosis (WHOQOL Group, 1998).

Este cuestionario está organizado en 26 ítems ,abarca diferentes dominios, como salud física, salud mental, relaciones sociales y medio ambiente, proporcionando así una evaluación integral de la calidad de vida percibida por los participantes. Las respuestas a estas preguntas permitirán obtener una comprensión más profunda de cómo la tuberculosis y su tratamiento pueden influir en la calidad de vida de los pacientes.

B. Adherencia al tratamiento:

La adherencia al tratamiento se evaluó mediante el Test de Morisky-Green de 8 ítems (MMAS-8). Este cuestionario es una versión extendida del MMAS original de 4 ítems y ha demostrado ser efectivo en la evaluación de la adherencia en diversas condiciones médicas, incluyendo la tuberculosis (Morisky et al., 2008).

Este instrumento se aplicará durante las entrevistas clínicas, planteando preguntas específicas sobre las actitudes del paciente hacia la medicación y su comportamiento en relación con el tratamiento. La puntuación obtenida en el MMAS-8 ayudará a identificar posibles áreas de intervención y apoyo para mejorar la adherencia de los participantes.

Baremación

Escala de Adherencia		
N°	Válido	110
	Perdidos	0
Mínimo		1,50
Máximo		8,00
No Adherente		1,50 – 7,00
Adherente		7,50 – 8,00

3.4.3 Validación de instrumentos:

Se utilizó un juicio de expertos para validar los instrumentos, contando con la participación de varios evaluadores especializados que respaldan la eficacia de los mismos. (Hernández et al., 2017). En el anexo 7 se mencionan los profesionales especializados que certificaron la validez de los instrumentos. La validación del WHOQOL implica su capacidad para medir lo que pretende medir, es decir, la calidad de vida. Este instrumento ha sido validado en diferentes culturas y se ha encontrado que mide de manera efectiva los dominios propuestos por la OMS. Se han llevado a cabo estudios transculturales para garantizar que las diferencias culturales no afecten la validez de las mediciones. En términos de validación, el MMAS-8 ha sido validado en diversas poblaciones y condiciones médicas. Se han llevado a cabo estudios para evaluar su capacidad para identificar patrones de adherencia y no adherencia en relación con la medicación. La validez convergente y discriminante se ha evaluado comparando los resultados del MMAS-8 con otros indicadores de adherencia y medidas de resultados de salud.

3.4.4 Confiabilidad de instrumentos:

De acuerdo con lo indicado por Ruíz (2002), la confiabilidad de un instrumento se cuantifica a través de un coeficiente de correlación, cuyos valores oscilan entre cero y uno. A medida que el valor aumenta, la confiabilidad también se incrementa. Se llevó a cabo una prueba piloto con la participación de 20 individuos, quienes no fueron incluidos en la muestra principal del estudio, y con el Alfa de Cronbach puesto que las respuestas fueron de tipo politómicas, obteniéndose el índice de 0,801 para la escala de adherencia al tratamiento y

0,908 para la escala de calidad de vida, según estos hallazgos los dos instrumentos resultaron con alta confiabilidad para ser aplicados a la muestra seleccionada

VARIABLES	Alfa de Cronbach	Número de elementos
Escala de adherencia	0,801	8
Escala de calidad de vida	0,908	26

Con respecto al Instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL) ha demostrado ser un instrumento confiable y válido para medir la calidad de vida en diversas poblaciones y contextos. Las versiones anteriores y actuales del WHOQOL han pasado por rigurosos procesos de validación y se ha encontrado que tienen una consistencia interna adecuada. Los coeficientes de confiabilidad, como el alfa de Cronbach, han sido utilizados para evaluar la consistencia interna de las dimensiones del WHOQOL, y los resultados han sido generalmente satisfactorios.

3.5 Método de análisis de datos

Se llevó a cabo el procesamiento, interpretación y análisis de los datos utilizando el software SPSS v.26. Primero, se codificaron los datos obtenidos, y luego se realizaron análisis estadísticos a dos niveles: descriptivo y analítico. Se emplearon herramientas como el Coeficiente de Correlación de Spearman para la independencia de criterios. La significancia se determinó a partir del punto crítico para un 5% de probabilidad ($p < 0.05$). Las representaciones gráficas se confeccionaron según el tipo de variables

3.6 Aspectos éticos

Este informe se adhiere a los principios establecidos por la Universidad César Vallejo, que son los siguientes:

La beneficencia, un principio que implica actuar en beneficio de los demás. En este estudio, este principio se aplica para contribuir a la evaluación de la adherencia y calidad de vida de los pacientes con tuberculosis, buscando determinar la existencia de una relación entre ambas variables y promoviendo estrategias para mejorar la adherencia.

La no maleficencia, principio que busca evitar causar daño intencionado. En la ejecución de esta investigación, se garantiza que no se causará ningún daño físico, mental o moral a los participantes. La aplicación de los instrumentos de recolección de datos se lleva a cabo sin causar perjuicio alguno.

La autonomía, que consiste en actuar de manera independiente y consciente, sin influencias externas. En este estudio, se respeta la posición de cada participante mediante la aplicación de un consentimiento informado antes de la implementación de cada instrumento.

La justicia, expresada en tratar a todas las personas con igualdad de derechos y considerar de manera diferenciada a aquellos que no tienen derechos iguales. En esta investigación, se asegura un trato justo y equitativo para cada participante, sin discriminación de ningún tipo.

IV. RESULTADOS

Tabla 1

Adherencia al tratamiento de tuberculosis en pacientes con tuberculosis en el hospital Público de Nuevo Chimbote, 2023.

Adherencia	<i>f</i>	%
No adherente	88	80,0
Adherente	22	20,0
Total	110	100,0

El tipo de adherencia que prevalece es no adherente (80,0%) y adherente (20,0%) en los pacientes con tuberculosis en el hospital público de Nuevo Chimbote.

Tabla 2

Calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Público de Nuevo Chimbote, 2023.

Calidad de vida	<i>f</i>	%
Bajo	11	10,0
Medio	82	74,5
Alto	17	15,5
Total	110	100,0

Respecto al nivel de calidad de vida que presentan los pacientes con tuberculosis, se observa que la mayoría presentan calidad de vida medio (74,5%), seguido con menor porcentaje calidad de vida alto y bajo (15,5% y 10,0% respectivamente).

Tabla 3

Adherencia al tratamiento de tuberculosis y la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Público de Nuevo Chimbote, 2023.

Calidad de vida	Adherencia al tratamiento de tuberculosis					
	No adherente		Adherente		Total	
	f _i	h _i	f _i	h _i	f _i	h _i
Bajo	11	100.0	0	0.0	11	100.0
Medio	75	91.5	7	8.5	82	100.0
Alto	2	11.8	15	88.2	17	100.0
Total	88	80.0	22	20.0	110	100.0

$X^2 = 58,955$ gl=2 p = 0.000 Altamente Significativo

En la tercera tabla, se observa que entre los pacientes que presentan calidad de vida bajo y medio tienen mayor porcentaje de no adherentes al tratamiento de tuberculosis (100.0% y 91.5% respectivamente), a diferencia de los pacientes que presentan calidad de vida alto, en quienes prevalece adherencia al tratamiento (88.2%). Ante la prueba estadística no paramétrica existe una relación altamente significativa entre calidad de vida y adherencia al tratamiento de tuberculosis (p=0.000).

Tabla 4

Adherencia al tratamiento de tuberculosis y las dimensiones de la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Público de Nuevo Chimbote, 2023.

Dimensiones de la calidad de vida	Adherencia al tratamiento Rho Spearman
Salud física	0,534**
Aspecto psicológico	0,435**
Aspecto social	0,441**
Aspecto ambiental	0,322**
Puntaje global	0,417**

Coefficiente de correlación de Rho Spearman: ** $p < 0.01$ altamente significativo.

En la tabla 4, sobre el grado de relación existente entre las distintas dimensiones que engloban la variable calidad de vida, se observa que las cuatro dimensiones se correlacionan positiva y significativamente con la adherencia al tratamiento, siendo la mayor correlación para la dimensión “salud física” de calidad de vida con adherencia al tratamiento con un valor de 0,534 ($p < 0,01$), asimismo, para “aspecto social” (0.441, $p < 0.01$), “aspecto psicológico” (0.435, $p < 0.01$) y “aspecto ambiental” (0.322, $p < 0.01$). En relación con el valor total de las escalas de medición, exhiben una correlación estadísticamente significativa con un coeficiente de 0,417 ($p < 0,01$).

V. DISCUSIÓN

En relación al primer objetivo específico, los hallazgos obtenidos en esta investigación sobre la adherencia al tratamiento de la tuberculosis, se evidencia una mayor proporción de pacientes que presentan no adherencia (80.0%). Los resultados difieren de lo reportado por Velázquez (2021), Marcos (2023), Mendoza y Uribe (2022), Rubio (2020), Flores (2019), Mendoza y Domínguez (2018), quienes obtuvieron mayor prevalencia de pacientes adherentes al tratamiento de tuberculosis.

Velázquez (2021), encontró adherencia en el 71.73% basado en los resultados de laboratorio y en pacientes que residen en zonas rurales, a diferencia de nuestra población que procede de zonas urbano marginales. Los factores socioeconómicos, pueden dificultar la adherencia al tratamiento, ya que tienen el potencial de jugar un papel crucial en la conformidad con el tratamiento de la TBC. Esta patología impacta a individuos de diversos contextos y niveles socioeconómicos, siendo influenciado por factores como la situación económica, el acceso a recursos y el entorno social. Estos elementos pueden incidir en la habilidad de las personas para cumplir adecuadamente con el tratamiento, según señalan Saldías y Domínguez en 2020.

Mendoza y Domínguez (2018), es decir aquellos que experimentan mejor calidad de atención presentan mayor probabilidad de adherencia, identificando que el acceso a la atención médica es un factor asociado a la adherencia, es decir el limitado acceso oportuno a servicios médicos puede resultar en diagnóstico y tratamiento tardíos, lo que afecta negativamente la adherencia (Flores, 2019).

Garantizar la eficacia del tratamiento y prevenir la propagación de la enfermedad. El contar con alto porcentaje de no adherencia al tratamiento agudiza el problema de la salud pública para disminuir la tasa de tuberculosis en nuestra región y país (Rubio, 2020).

La presencia de no adherentes, probablemente se explique por múltiples factores, entre ellos el prolongado tratamiento para la tuberculosis, incluir múltiples medicamentos y dosis diarias. Además, algunos de los fármacos empleados en el tratamiento de la tuberculosis pueden generar efectos secundarios. Sin embargo, otros factores como los socioeconómicos, la pobreza, la carencia de acceso a atención médica, la inestabilidad laboral y la falta de apoyo social, también pueden dificultar la conformidad con el tratamiento (Flores, 2019).

Incidir en la adherencia al tratamiento es impostergable, porque la tuberculosis es una enfermedad seria que requiere un tratamiento riguroso para prevenir complicaciones y la propagación de la infección. La atención integral, el apoyo continuo y la educación son esenciales para garantizar una buena adherencia al tratamiento (Tudela, 2009).

Esto implica incrementar la conformidad con el tratamiento de la tuberculosis por ser crucial para garantizar el éxito del tratamiento y prevenir la propagación de la tuberculosis. Asumir estrategias y acciones que se pueden implementar para mejorar la adherencia que incidan en primer término en la educación y concientización, es decir proporcionar información clara y comprensible sobre la tuberculosis, su tratamiento y la importancia de la adherencia. La educación aumenta la conciencia y puede motivar a los pacientes a cumplir con el tratamiento (Rubio, 2020).

Asimismo, asumir un enfoque centrado en el paciente que tenga en cuenta las necesidades y preferencias personales. Proporcionar un entorno de atención respetuoso y comprensivo. Ofrecer apoyo psicosocial, como asesoramiento y grupos de apoyo. El tratamiento de la tuberculosis puede tener un impacto emocional, y el apoyo psicológico puede mejorar la salud mental y la adherencia (Marcos, 2023).

Implementar estas estrategias de manera integral y adaptarlas a las necesidades específicas de cada paciente y comunidad puede contribuir significativamente a mejorar (Maguiña, 2022).

Sobre el segundo objetivo específico, prevalece la calidad de vida medio (74,5%), seguido con menor porcentaje calidad de vida alto y bajo (15,5% y 10,0% respectivamente), siendo similar a lo reportado por Mendoza y Domínguez (2018), quien encontró 83.3% de calidad de vida media y con menor proporción las otras categorías de la calidad de vida.

Este resultado se infiere que la mayoría de pacientes están afectados de su capacidad funcional, su capacidad intelectual, su nivel socioeconómico y el estado emocional, factores que influyen en el bienestar de los individuos (Saldías y Domínguez, 2020).

Si nos referimos a la calidad de vida como la interpretación subjetiva del bienestar general que experimenta un individuo en su vida, vinculado a aspectos emocionales, sociales, económicos y físicos, no percibirlo como un nivel elevado de calidad de vida implica un impacto en sus niveles de felicidad, satisfacción, sentido de la vida y, directamente, en su salud. Esto se debe a que la calidad de vida y la salud están estrechamente relacionadas, siendo elementos fundamentales para el bienestar general de una persona (Ramírez y Malo, 2020).

De acuerdo con Mendoza y Domínguez (2018), la calidad de vida representa los principales factores que determinan el sistema social, dada la significativa influencia del entorno social en el bienestar tanto individual como colectivo. Los determinantes sociales son elementos y condiciones en la sociedad que afectan la salud, la calidad de vida y las oportunidades de desarrollo. La interrelación entre la calidad de vida y los determinantes sociales en nuestra población de estudio se evidencia a través del acceso a recursos fundamentales como educación, atención médica, vivienda y empleo. Un aspecto crucial de los determinantes sociales es la distribución equitativa de estos recursos en la sociedad, una distribución que los pacientes con tuberculosis, según Ferráns (1990), no poseen.

Conociendo su entorno físico en el que los pacientes viven, incluyendo la calidad del aire, el acceso a áreas verdes y la seguridad, es un determinante social que afecta el nivel de vida. Las oportunidades de empleo y el progreso económico son factores sociales cruciales que inciden directamente en la calidad de vida al

influenciar el acceso a recursos financieros y la satisfacción laboral. Además, considerando el contexto peruano, la inestabilidad política y social genera un entorno desfavorable para el avance y la mejoría en el nivel de vida de los pacientes con tuberculosis (Lopera, 2020; Saldías y Domínguez, 2020).

Se puede experimentar mejoras en diferentes áreas, y la clave es abordar estas sugerencias de manera integral, adaptándolas a las necesidades y preferencias personales. Además, es importante buscar apoyo profesional cuando sea necesario para abordar aspectos específicos de la salud mental o física (Chiavenato, 2005).

En relación al tercer objetivo general, que aborda la relación entre la adherencia al tratamiento de la tuberculosis y la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar, se evidencia que aquellos con calidad de vida baja o media presentan un mayor porcentaje de no adherencia al tratamiento de tuberculosis (100.0% y 91.5% respectivamente). En contraste, los pacientes con calidad de vida alta mayoritariamente muestran adherencia al tratamiento (88.2%), y se confirma una relación altamente significativa entre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento de tuberculosis ($p=0.000$).

Estos resultados concuerdan con las conclusiones de Mendoza y Domínguez (2018), quienes también encontraron una correlación significativa entre calidad de vida y adherencia a las recomendaciones de tratamiento. Además, destacan que en el grupo con calidad de vida media (85.8%), la salud física es la dimensión que predomina.

Al correlacionar las cuatro dimensiones de la calidad de vida como son ;salud física, aspecto social, aspecto psicológico y aspecto ambiental con adherencia se observa que están estrechamente vinculados, y en la medida que se mejore las dimensiones de la calidad de vida, se incrementará la adherencia al tratamiento de la tuberculosis, particularmente abordar factores socioeconómicos, implementando medidas para abordar los factores socioeconómicos que pueden afectar la adherencia, como la falta de acceso a alimentos o la inseguridad económica (Mendoza y Uribe, 2022).

Incrementar el bienestar general puede tener impacto en la salud y viceversa. Por ejemplo, el mantenimiento de una buena salud física puede contribuir de manera positiva al nivel de calidad de vida, mientras que la presencia de problemas de salud crónicos puede influir en la percepción del bienestar (Lopera, 2020).

En efecto, se establece una correlación positiva entre una calidad de vida más elevada y una mayor adhesión al tratamiento. Esto sugiere que la calidad de vida, que engloba distintos aspectos del bienestar físico, mental, social y emocional, puede incidir en la capacidad de una persona para mantener de manera constante un tratamiento contra la tuberculosis u otras enfermedades (Mendoza y Domínguez, 2018).

Algunas razones por las cuales una mejor calidad de vida puede mejorar la adherencia al tratamiento es porque una buena calidad de vida a menudo se asocia con un mayor bienestar emocional, teniendo un impacto en la adherencia, toda vez que las personas con un estado emocional positivo pueden estar más motivadas y comprometidas con el tratamiento, lo que mejora la adherencia (Ferráns, 1990).

En lo social, una calidad de vida saludable puede incluir relaciones sociales sólidas y un fuerte sistema de apoyo, lo que impactara en la adherencia. Contar con el respaldo de amigos, familiares o la comunidad puede ser beneficioso para que las personas afronten los desafíos del tratamiento y promuevan la adhesión al mismo. (Saldías y Domínguez, 2020).

Respecto al acceso a recursos, una mejor calidad de vida a menudo implica acceso a recursos como educación, empleo y atención médica, esto tendrá un impacto en la adherencia, porque el acceso a recursos facilita la capacidad de seguir un tratamiento particularmente el de la tuberculosis al reducir barreras económicas y logísticas (Flores, 2019).

Asimismo, una buena calidad de vida incluye una salud física sólida, siendo el impacto en la adherencia que las personas con una salud física mejorada pueden tener una mayor capacidad para tolerar los efectos secundarios del tratamiento y enfrentar menos complicaciones, lo que contribuye a la adherencia al tratamiento como es corroborado con nuestros resultados (Lopera, 2020; Mendoza y Domínguez, 2018).

Una mejor calidad de vida a menudo está asociada con niveles más bajos de estrés. La reducción del estrés puede facilitar del tratamiento y seguir las indicaciones médicas (Mendoza y Domínguez, 2018; Saldías y Domínguez, 2020).

Una calidad de vida mejorada puede estar vinculada a niveles más altos de educación. La educación puede aumentar la comprensión de la importancia del tratamiento y mejorar la capacidad de seguir las recomendaciones médicas y por ende garantizar la adherencia al tratamiento (MINSAs, 2022; Lopera, 2020).

En resumen, una mejor calidad de vida proporciona un contexto más propicio para que las personas sigan un tratamiento de manera constante.

VI. CONCLUSIONES

- Primera.** Se rechaza la hipótesis nula, porque existe una relación altamente significativa entre calidad de vida y adherencia al tratamiento de tuberculosis ($p=0.000$), a mejor calidad de vida mayor adherencia al tratamiento de tuberculosis ($r=0,417$, $p<0,01$).
- Segunda.** El tipo de adherencia que presentan los pacientes con tuberculosis, prevalece el no adherente (80,0%) y el 20,0% adherente al tratamiento de tuberculosis pulmonar.
- Tercera.** La calidad de vida que presentan los pacientes con tuberculosis pulmonar, prevalece calidad de vida medio (74,5%), seguido con menor porcentaje calidad de vida alto y bajo (15,5% y 10,0% respectivamente).
- Cuarta.** Existe correlación directa positiva significativa entre la dimensión “salud física” de calidad de vida y adherencia al tratamiento ($r=0,534$, $p<0.01$).

VII. RECOMENDACIONES

- Primera.** *Para la Alta Dirección del Hospital:* Con el fin de fortalecer la atención integral a los determinantes socioeconómicos de la adherencia en pacientes con tuberculosis, se recomienda liderar la creación de alianzas estratégicas con entidades gubernamentales y organizaciones no gubernamentales. Esto permitirá implementar programas que aborden específicamente los factores socioeconómicos que impactan la adherencia, contribuyendo así a mejorar los resultados del tratamiento.
- Segunda.** *Para el Departamento de Políticas de Salud y Bienestar:* Se sugiere diseñar e implementar políticas internas que reduzcan las inequidades sociales y económicas que afectan la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis. Esto implica la creación de programas y prácticas de salud pública enfocadas en los determinantes sociales, buscando mejorar el bienestar general de la población y promover la equidad en el acceso a recursos esenciales para el tratamiento.
- Tercera.** *Para el Equipo de Gestión Clínica y Servicios Sociales:* Es crucial liderar la implementación de estrategias integrales que aborden la salud física, emocional y social de los pacientes con tuberculosis. Esto incluye la creación de intervenciones específicas que fortalezcan el vínculo entre calidad de vida y adherencia. Además, se recomienda establecer programas de apoyo psicosocial y comunitario para brindar un respaldo completo a los pacientes durante su tratamiento.

Cuarta. *Para el Personal de Atención Directa y Comunidad:* En el ámbito operativo, se aconseja facilitar el acceso a recursos y apoyo comunitario para los pacientes con tuberculosis. Esto implica establecer centros de apoyo comunitario que brinden tanto recursos prácticos como emocionales. Asimismo, se insta a implementar estrategias que mejoren el acceso a servicios médicos, medicamentos y apoyo social, reduciendo las barreras que afectan la adherencia en la comunidad.

REFERENCIAS

- Ángel, E.M., Fernández, C.A., Santes, M.C., Fernández, H. y Zepeta, D. (2020). Clima organizacional y satisfacción laboral en trabajadores de la salud. *Enfermería universitaria*, 17(3): 273-283. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.3.789>
- Araya, M. y Medina, A. (2019). Satisfacción laboral y clima organizacional en funcionarios de atención primaria de salud de una comuna en Chile. *Revista Médica de Risaralda*, 25(2), 157-166. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672019000200157
- Arias, J. y Covinos, M. (2021). *Diseño y metodología de la investigación*. Enfoques consulting: Perú. En: <http://hdl.handle.net/20.500.12390/2260>
- Arias, J. y Covinos, M. (2021). *Diseño y metodología de la investigación*. Enfoques consulting: Perú. En: <http://hdl.handle.net/20.500.12390/2260>
- Artaza, O., Barría, M., Fuenzalida, A., Núñez, K. et al. (2016). *Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios*. Chile: Serie Cuadernos. Recuperado de: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/9.pdf>
- Bacilo, G y Romero R. (2019). Adherencia al tratamiento de la tuberculosis en los pacientes atendidos en el centro de salud de Santa Elena. 2019. Ecuador. Recuperado de: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/5241>
- Bernal, C. (2019). *Metodología de la investigación holística*. Pearson educación
- Bernal, C. (2019). *Metodología de la investigación holística*.: Pearson educación.
- Bojórquez C. C., E. Becker, I., Orejel, A., López, A., Díaz, Q, M. I., Hernández, S, S., Balandrano, M., Romero, M. M., Téllez, R, S., Castellanos J, M., Alpuche C., Hernández A., López G, H. Drug resistance in Mexico: results from the National Survey on Drug- Resistant Tuberculosis, *INT J TUBERC LUNG DIS*, 2013; 17(4):514–519

- Bonilla, D., Macero, R. y Mora, E. (2018). La importancia de la capacitación en el rendimiento del personal administrativo de la Universidad Técnica de Ambato. *Revista Conrado*, 14(63), 268-273. Recuperado de: <http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado>
- Campusano, M. y Huamán, M. (2018). *Efectos de la sobrecarga de trabajo en el desempeño laboral de personal de enfermería*. Tesis para optar título de especialidad, Universidad Norbert Wiener, Perú. Recuperado el 3 de Julio de 2023, de: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/2049/ESPECIALIDAD%20-%20Mary%20Luz%20Campusano%20Machahuay.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Carrión, B., Loli, R. y Espinoza, T. (2022). Clima organizacional y su relación con la satisfacción laboral en instituciones de salud del Perú. *Revista científica Tecno Humanismo*, 2(3), 182-192.
- Casanova, M. (2017). *Compromiso organizacional en los trabajadores nombrados del Hospital Leoncio Prado Huamachuco, 2017* [tesis de maestría]. Universidad César Vallejo. Recuperado de: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/16833/Casano%20va_GME.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Chiavenato, I. (2007). *El capital humano de las organizaciones México: McGraw-Hill Interamericana*.
- Cienfuegos, A. y Cienfuegos, M (2016). *Lo cuantitativo y cualitativo en la investigación. Un apoyo a su enseñanza*. Iberoamericana para la investigación y el desarrollo educativo, 7(13), 15-36. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74672016000200015
- De las Cuevas C, Peñate W. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting. *Int J Clin Heal Psychol*. 2015;15(2):121-9.

- Escobar, C., & Divisón, J. A. (2017). Importancia de la adherencia al tratamiento [Importance of medication adherence]. *Semergen*, 43(3), 236–237. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2016.04.021>
- Fajardo, G., Almache, V. y Olaya, H. (2020). Clima organizacional en las instituciones de salud desde una perspectiva teórica. *Revista científica UISRAEL*, 7(1), 153-164. Recuperado de: <https://doi.org/10.35290/rcui.v7n1.2020.200>
- Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication régime adherence in clinical trials and clinical practice. *Clin Ther*. 1999 Jun;21(6):1074–90.
- Ferrans, S. (1990). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Flores, J., (2019). Tuberculosis sobre el nivel de atención de enfermería y el cumplimiento de los protocolos de tratamiento en el Hospital San Juan Bautista, Huaral. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000200008
- García G. ML, Ponce de León A, Jiménez C. M. E., Jiménez C. A, Palacios M. M, Balandrano C. S, Ferreyra R. L, Juárez S. L, Sifuentes O. J, Olivera D. H, Valdespino G. JL, Small PM. Clinical Consequences and Transmissibility of Drug Resistant Tuberculosis in Southern México. *Archives of Internal Medicine*; 2000; 160:630-636
- Gálvez S, Henríquez M. Calidad de vida del adulto mayor de la Unidad Médica de Ilopango del Instituto Salvadoreño del Seguro Social en el periodo de septiembre 2013 a marzo 2014 [tesis de maestría]. Salvador: Universidad de El Salvador; 2013. [Internet]. Disponible en: [http://elsalvador.oer.bvsalud.org/downloads/22/Calidad de Vida en el Adulto Mayor ISSS Ilopango 2014.pdf](http://elsalvador.oer.bvsalud.org/downloads/22/Calidad%20de%20Vida%20en%20el%20Adulto%20Mayor%20ISSS%20Ilopango%202014.pdf)
- Githinji, N. y Gachunga, H. (2017). Influence of organizational climate on employee performance in state corporation in Kenya: A care of Kenya Industrial

Estates limited. *The Strategic Journal of Business & Change Management*, 4(2), 376–395. Recuperado de: <http://strategicjournals.com/index.php/journal/article/view/438>

Haynes RB. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, Issue 1

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación (Sexta ed.)*. México D.F., Santa Fe, México: McGraw Hill / Interamericana Editores S.A.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación (Sexta ed.)*. México D.F., Santa Fe, México: McGraw Hill / Interamericana Editores S.A

Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, M. (2017). *Metodología de la Investigación*. Obtenido de <https://www.uca.ac.cr/wpcontent/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, M. (2017). *Metodología de la Investigación*. Obtenido de <https://www.uca.ac.cr/wpcontent/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med*. 1983 Feb;13(1):177-83.

Horne R, Weinman J, Hankins M. The Beliefs about Medicines Questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Heal*. 1999; 14:1-24.

Infobae (2019). *La dura realidad del trabajo en México*. Recuperado de: <https://www.infobae.com/america/mexico/2019/11/27/la-dura-realidad-deltrabajo-en-mexico-el-85-de-las-empresas-tienen-un-ambientetoxico/#:~:text=En%20M%C3%A9xico%20el%2085%25%20de,abajo%2C%20jornadas%20poco%20sanas%2C%20mala>

Jiménez-Ottalengo, R., & Carreras-Zamacona, M. T. (2005). *Metodología para la investigación en ciencias de lo humano*. México D.F, México: Publicaciones Cruz O., S.A.

Karumbi J, Garner P. Directly observed therapy for treating tuberculosis. In: Karumbi J, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2015. p. CD003343.

Lopera, J. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n2/693-702/>

Maguiña, I. (2022). *Calidad de atención y adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar de un centro médico en Trujillo*. Recuperado de: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/104103/Magui%
c3%b1a_IRDP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/104103/Magui%c3%b1a_IRDP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Maguiña, J. (2020). *Clima organizacional y satisfacción laboral de las enfermeras del primer nivel de atención de la Microrred Yugoslavia, Nuevo Chimbote* [Tesis de maestría]. Universidad César Vallejo. Recuperado de: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_0e2a4278fe8fb90d444f97464f7d0ac3

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

Mendoza y Uribe (2022). Calidad de atención y adherencia al tratamiento de personas afectadas por tuberculosis en la red de salud san francisco Ayacucho – 2021. Recuperado de: <http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/6889/TESIS%20MAESTR%C3%8DA%20MENDOZA%20-%20URIBE%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mendoza, A. y Domínguez, J. (2018). *Cumplimiento del tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis que reciben atención en el Centro Primario de Salud Luis Negreiros Vega III, Red Desconcentrada Sabogal*

EsSalud, Callao [Tesis de maestría]. Universidad César Vallejo.
Recuperado de:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/14620/Tarazona_RMR.pdf sequence=1&isAllowed=y

Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical guideline [CG76]. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.

MINSA (2015). *Resolución Ministerial N°626-2015/MINSA. Aprobar el Documento Técnico: Manual de Buenas Prácticas para la Mejora del Clima Organizacional.* En:
http://www.hnhu.gob.pe/CUERPO/Manual%20Buenas%20Practicas/RM_626-2015-MINSA.pdf

MINSA (2020). *Informe epidemiológico de la TBC. Documento técnico / Ministerio de Salud.* Comité Técnico de Clima Organizacional -- Lima: Ministerio de Salud.

MINSA (2022). Perfil de la tuberculosis – Perú. Recuperado de:
<http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/PerfilITB.aspx>

MINSA (2023). *Norma Técnica de Salud para el cuidado integral de la persona afectada por tuberculosis, familia y comunidad N° 200-MINSA/DGIESP-2023.* Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6344.pdf>

MSPS (2023). Prevención de enfermedades transmisibles. MSPS, Salud Pública.
En:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Tuberculosis.aspx>

Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986 Jan;24(1):67-74.

Nguyen T, La Caze A, Cottrell N. What are validated self-report adherence scales really measuring?: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2014 Mar;77(3):427-45

Oblitas, S. (2019). *Influencia del clima laboral en la satisfacción de las enfermeras de emergencia del Hospital Regional Lambayeque –Chiclayo*. Tesis para optar grado de Maestría, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Perú. Recuperado el 13 de junio de 2023, de: <https://docplayer.es/143631820-Universidad-nacional-pedro-ruiz-gallo.html>

Organización Mundial de la Salud. Construction in basic documents. Ginebra: OMS; 1949.

OMS (2023). Tuberculosis. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Estadísticas sanitarias mundiales 2020. Monitoreando la salud para los objetivos de desarrollo sostenible*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338072/9789240011953-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%22>

Ortega Cerda, José Juan, Sánchez Herrera, Diana, Rodríguez Miranda, Óscar Adrián, & Ortega Legaspi, Juan Manuel. (2020). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226-232. Recuperado en 06 de enero de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&tlng=es

Pedraza, N. y Bernal, I. (2018). El clima organizacional en el sector público y empresarial desde la percepción de su capital humano. *Espacios*, 39(13), 1-16. Recuperado de: <https://www.revistaespacios.com/a18v39n13/a18v39n13p16.pdf>

Perlaza, C. y Cruz, F. (2023). Factors of abandonment of tuberculosis treatment in the public health network. *Rev. Saúde Pública*. Recuperado de: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004454>

- Peydró Navarro, C. (2016). *Calidad de vida, trabajo y salud en los profesionales sanitarios: Un estudio en el Hospital General Universitario de Alicante. 2015*. Tesis doctoral. Universidad de Alicante; España.
- Pinargote-Chancay, Rosa-del-Rocío. (2023). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis: Revisión integrativa. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 7(14), 80-102. Epub 30 de agosto de 2023. <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2567>
- Ramirez, A. y Malo, A. (2020). Origen, evolución e investigaciones sobre la Calidad de Vida: *Revisión Sistemática. vol. 39, núm. 8, 2020*. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/559/55969796006/55969796006.pdf>
- Ramirez, T. (1999). *Como hacer un proyecto de investigación (1ª ed.)*. Caracas, Venezuela: Panapo.
- Rubio, N. (2020). *Calidad de Atención según estructura y Adherencia al Tratamiento de Personas Afectadas por Tuberculosis en la Micro Red la Esperanza*. Recuperado de: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/45882/Rubio_NLJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ruíz-Bolivar, C. (2002). *DANAGA training and Consulting*. Obtenido de https://www.academia.edu/37886948/Instrumentos_y_Tecnicas_de_Investigaci%C3%B3n_Educativa_Carlos_Ruiz_Bolivar_pdf
- Salazar J, Moreno M, Beltran C, Heredia D. (2005). Calidad de vida: hacia la formación del concepto. *Medigraphic – Artemisa*, 163. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2005/isg053d.pdf>
- Saldías-Fernández, M. A., Domínguez-Cancino, K., Pinto-Galleguillos, D., & Parra-Giordano, D. (2022). Asociación entre actividad física y calidad de vida: Encuesta Nacional de Salud. *Salud pública de México*, 64(2), 157–168. Recuperado de: <https://doi.org/10.21149/12668>

- Salvador, A. (2018). Clima organizacional entre los trabajadores del Hospital General "La Villa": hospital de segundo nivel de atención de la Ciudad de México. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(4), 97-111. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n4/97-111>
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2006). Metodología y diseño de la investigación científica. Lima: Visión Universitaria
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2006). *Metodología y diseño de la investigación científica*. Lima: Visión Universitaria
- Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Switzerland: World Health Organisation; 2003.
- Svarstad BL, Chewing BA, Sleath BL, Claesson C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns*. 1999 Jun;37(2):113-24
- Soto, M.C. y Inga, A.K. (2019). Systematic review of climate and organizational performance in Lima and Callao. *Revista Investigación y Pensamiento Crítico*, 8(4), 95-117. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/337497847>
- Timmreck TC, Randolph JF. Smoking cessation: clinical steps to improve compliance. *Geriatrics*, 1993, 48:63-66.
- Torres, N. (2019). *Clima organizacional y calidad de vida de trabajadores del Policlínico de Complejidad Creciente Víctor Panta Rodríguez EsSalud Chimbote 2019*. [Tesis de maestría]. Universidad César Vallejo. Recuperado de: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/39749/Torres_ZNN.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Tudela L. (2009). La calidad de vida relacionada con la salud [Health-related quality of life]. *Atención primaria*, 41(7), 411-416. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.10.019>

Velásquez, C. (2017). Evaluation of adherence to tuberculosis treatment at the regional hospital of Coronel Oviedo, Paraguay 2021. Recuperado de: <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/585/464>

World Health Organization (2013). Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva: 2013 [Google Scholar] en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7022018/#:~:text=En%20el%20a%C3%B1o%202003%20la,con%20el%20profesional%20sanitario%C2%BB1>.

World Health Organization. Guidelines for the programmatic management of drug resistant tuberculosis. Emergency update, 2008.

WHO. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2004.

Anexo 1: Tabla de Operacionalización de Variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Calidad de vida	La calidad de vida generalmente se define como el nivel de felicidad de un individuo medido por la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para esa persona (MINSA, 2015).	Es un sistema de muchos aspectos diferentes de la condición de los pacientes con tuberculosis pulmonar, teniendo en cuenta las siguientes dimensiones: salud física, aspecto psicológico, aspecto social y aspecto ambiental, que se medirá mediante el cuestionario WHOQOL-BREF (Mendoza y Domínguez, 2018).	Salud física.	Estado general de salud.	<u>Ordinal:</u> – Calidad de vida bajo: 26 – 60 puntos. – Calidad de vida media: 61 – 95 puntos. - Calidad de vida alto: 96 – 130 puntos.
				Nivel de energía y vitalidad.	
				Capacidad para realizar actividades diarias.	
			Salud Mental.	Niveles de ansiedad y estrés.	
				Sentimientos de felicidad y satisfacción	
				Capacidad para afrontar problemas y tomar decisión	
			Relaciones Sociales.	Calidad de las relaciones familiares.	
				Apoyo social percibido.	
				Participación en actividades sociales	
			Medio Ambiente.	Calidad del entorno físico.	
				Seguridad y acceso a servicios de salud.	
				Satisfacción con las condiciones de vida.	

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Adherencia al tratamiento	El grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (World Health Organization, 2013).	Los datos fueron recopilados mediante un cuestionario que consta de ocho (08) ítems.	Olvido y cumplimiento de Horario	Olvido y cumplimiento de Horario	<u>Ordinal:</u> - No adherente: 0 – 7.75 puntos. - Adherente: 8 puntos
			Razones Relacionadas con la Mejoría Percibida	Razones Relacionadas con la Mejoría Percibida	
			Problemas de Acceso a la Medicación	Problemas de Acceso a la Medicación	
			Autoevaluación de la Adherencia	Autoevaluación de la Adherencia	

Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos

A. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

FECHA: _____ HORA DE INICIO: _____ HORA DE TÉRMINO: _____

Datos generales

Sexo: _____ Edad: _____

Estado civil: () Soltero(a) () Casado(a) () Separado(a) () Viudo(a) () Conviviente

Grado de instrucción: () Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior completa

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa sus actividades diariamente y no deje ninguna cuestión en blanco.

	Nada	Un Poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
	1	2	3	4	5
Nº	CALIDAD DE VIDA				
Salud física					
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?				
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?				
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?				
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?				
5	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?				
6	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?				
7	¿Cuán satisfecho está con su sueño?				
8	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?				
9	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?				
Aspecto psicológico					
10	¿Cuánto disfruta de la vida?				
11	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?				
12	¿Cuál es su capacidad de concentración?				
13	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?				
14	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?				
15	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?				
Aspecto social					
16	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?				
17	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?				
18	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?				
Aspecto ambiental					
19	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?				
20	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?				
21	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?				
22	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?				
23	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?				
24	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?				
25	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?				
26	¿Cuán satisfecho está con su transporte?				



B. ESCALA PARA EVALUAR LA ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN

N° DE ENCUESTA: _____

FECHA: _____ HORA DE INICIO: _____ HORA DE TÉRMINO: _____

Datos generales

Sexo: _____ Edad: _____

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Viudo(a) Conviviente

Grado de instrucción: Sin instrucción Primaria Secundaria Superior completa

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relativas a la adherencia a la medicación. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa sus actividades diariamente y no deje ninguna cuestión en blanco.

SI	NO
0	1

N°	ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN	OPCIÓN DE RESPUESTA	
1	¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su tuberculosis pulmonar?	SI	NO
2	A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿Hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su tuberculosis pulmonar?	SI	NO
3	¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decirselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?	SI	NO
4	Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para su tuberculosis pulmonar alguna vez?	SI	NO
5	¿Tomó la medicina para su tuberculosis pulmonar ayer?	SI	NO
6	Cuando siente que su tuberculosis pulmonar está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?	SI	NO
7	Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su tuberculosis pulmonar?	SI	NO
8	¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?	Nunca/Casi nunca Rara vez Algunas veces Habitualmente Siempre	

Anexo 3. Modelo de Consentimiento y/o asentimiento informado

Consentimiento Informado

Título de la investigación: Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en un hospital público, Nuevo Chimbote, 2023.

Investigador: Olivas Noriega Christian Enrique

Propósito del estudio

Le invitamos a participar en la investigación titulada “Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en un hospital público, Nuevo Chimbote, 2023”, cuyo objetivo es conocer la relación entre la adherencia al tratamiento de tuberculosis y la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Público de Nuevo Chimbote, 2023. Esta investigación es desarrollada por estudiantes de posgrado del programa ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, de la Universidad César Vallejo del campus Chimbote, aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad y con el permiso de la institución salud. El impacto del problema de la investigación es mejorar la calidad de los servicios de salud. Procedimiento Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente: Se realizará una encuesta donde se recogerán datos personales y algunas preguntas sobre la investigación en mención. Esta encuesta tendrá un tiempo aproximado de 30 minutos y se realizará en el ambiente de la institución. Las respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Problemas o preguntas:

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con la Investigadora Olivas Noriega Christian Enrique, email: olivaschristian@hotmail.com y Docentes asesores Millones Alba Erica Lucy y Castillo Saavedra Erickson.
email:

Consentimiento

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

Nombre y apellidos:

Fecha y hora:

Anexo 4. Matriz Evaluación por juicio de expertos

Evaluación por juicio de expertos



Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar". 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 de las ciencias de la salud, los cuidados de enfermería y la medicina. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	Lidia Elena Lujan Acevedo	
Grado profesional:	Maestría (X)	Doctor ()
Área de formación académica:	Clínica (X)	Social ()
	Educativa ()	Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Asistencial	
Institución donde labora:	U.E. 404 - Hospital La Caleta	
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años ()	
	Más de 5 años (X)	



2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala: Escala de Calidad de vida de Whoqol-Bref

Nombre de la Prueba:	Escala de Calidad de vida de Whoqol-Bref (OMS)
Autor:	Grupo Whoqol-Bref de la OMS
Procedencia:	Estados Unidos de América (USA)
Administración:	Individual y colectiva
Tiempo de aplicación:	20 minutos
Ámbito de aplicación:	Pacientes con tuberculosis pulmonar
Significación:	La escala está compuesta por 26 ítems que van a proporcionar un perfil de calidad de vida percibida por el paciente con tuberculosis pulmonar.

4. Soporte teórico

Escala/ÁREA	Sub-escala (dimensiones)	Definición
CALIDAD DE VIDA Es un concepto amplio que se constituye por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno (OMS, 2002). OBJETIVO Evaluar el nivel de calidad de vida en base a cuatro dimensiones.	Aspecto Salud Física	Evalúa la capacidad del paciente para sentir bienestar en su cuerpo y el óptimo funcionamiento del organismo, que se encuentran en buen estado físico, mental y emocional.
	Aspecto Psicológico	Evalúa la capacidad del paciente para percibir el adecuado funcionamiento de su mente y la forma en que los pensamientos y los sentimientos afectan su comportamiento.
	Aspecto Social	Evalúa la capacidad del paciente para percibir la diversidad de aspectos que le permiten interactuar con otras personas.
	Aspecto Ambiental	Evalúa la capacidad del paciente para percibir el entorno y medio en el cual se desarrolla diariamente.

5. Presentación de instrucciones para el juez:

A continuación a usted le presento el cuestionario "Escala de Calidad de vida de Whoqol-Bref (OMS)", elaborado por el Grupo Whoqol-Bref de la OMS en el año 2002. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.





Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

1. No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

Dimensiones del instrumento: Aspecto salud física, aspecto psicológico, aspecto social y aspecto ambiental.

- **Primera dimensión:** Aspecto salud física.
- **Objetivo de la Dimensión:** Evaluar la capacidad del paciente para sentir bienestar en su cuerpo y el óptimo funcionamiento del organismo, que se encuentran en buen estado físico, mental y emocional.

N°	INDICADORES	ÍTEM	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones.
1		¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	4	4	4	
2		¿Cuán satisfecho está con su salud?	4	4	4	
3		¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	4	4	4	
4		¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	4	4	4	
5		¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	4	4	4	
6		¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	4	4	4	
7		¿Cuán satisfecho está con su sueño?	4	4	4	
8		¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	4	4	4	
9		¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	4	4	4	

- **Segunda dimensión:** Aspecto psicológico.
- **Objetivo de la Dimensión:** Evaluar la capacidad del paciente para percibir el adecuado funcionamiento de su mente y la forma en que los pensamientos y los sentimientos afectan su comportamiento.

N°	INDICADORES	ÍTEM	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones.
10		¿Cuánto disfruta de la vida?	4	4	4	
11		¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	4	4	4	
12		¿Cuál es su capacidad de concentración?	4	4	4	
13		¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	4	4	4	
14		¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	4	4	4	
15		¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	4	4	4	

- Tercera dimensión: Aspecto social.
- Objetivo de la Dimensión: Evaluar la capacidad del paciente para percibir la diversidad de aspectos que le permiten interactuar con otras personas.

N°	INDICADORES	ÍTEM	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones.
16		¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	4	4	4	
17		¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	4	4	4	
18		¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	4	4	4	

- Cuarta dimensión: Aspecto ambiental.
- Objetivo de la Dimensión: Evaluar la capacidad del paciente para percibir el entorno y el medio en el cual se desarrolla diariamente.

N°	INDICADORES	ÍTEM	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones.
19		¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	4	4	4	
20		¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	4	4	4	
21		¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	4	4	4	
22		¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	4	4	4	
23		¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	4	4	4	
24		¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	4	4	4	
25		¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	4	4	4	
26		¿Cuán satisfecho está con su transporte?	4	4	4	


 MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE PROMOCIÓN Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN
 INSTITUTO NACIONAL DE PROMOCIÓN Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN
 FIRMADO DIGITALMENTE
 DNI: 82760379 21700278

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE WHOQOL-BREF (OMS).

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir
 No aplicable

Apellidos y Nombres del juez validador: Lic. Enf. Lujan Acevedo Lidia Elena
 DNI N°: 32760379

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	INSTITUCIÓN	ESPECIALIDAD	FUNCIONES
01			
02			
03			

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	INSTITUCIÓN	CARGO	LUGAR	PERIODO LABORAL	FUNCIONES
01					
02					
03					

Chimbote, 06 de noviembre del 2023.



Firma del evaluador
 DNE 32760379

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar". 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 de las ciencias de la salud, los cuidados de enfermería y la medicina. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	Lidia Elena Lujan Acevedo		
Grado profesional:	Maestría (X)	Doctor	()
Área de formación académica:	Clinica (X)	Social	()
	Educativa ()	Organizacional	()
Áreas de experiencia profesional:	Asistencial		
Institución donde labora:	U.E. 404 - Hospital La Caleta		
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años	()	
	Más de 5 años	(X)	



2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala: Escala de Adherencia al tratamiento de Morisky-Green & Levine

Nombre de la Prueba:	Escala de Adherencia a la medicación de Morisky (MMAS-8)
Autor:	Morisky-Green & Levine
Procedencia:	Estados Unidos de América (USA)
Administración:	Individual y colectiva
Tiempo de aplicación:	15 minutos
Ámbito de aplicación:	Pacientes con tuberculosis pulmonar
Significación:	La escala está compuesta por 8 ítems que van a medir el grado del seguimiento al tratamiento indicado por un profesional sanitario.

4. Soporte teórico

Escala/ÁREA	Sub-escala [dimensiones]	Definición
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Es el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (OMS). OBJETIVO Evaluar el nivel de adherencia al tratamiento en base a tres dimensiones.	Sensación de mejoría	Evalúa la capacidad del paciente para sentir alivio y/o bienestar al tomar los medicamentos indicados.
	Sensación de malestar	Evalúa la dificultad del paciente para tomar los medicamentos indicados y/o la sensación de no mejoría al tomar los medicamentos.
	Memoria (Horarios)	Evalúa la capacidad del paciente que tiene para recordar tomar sus medicamentos en los horarios indicados.

5. Presentación de instrucciones para el juez:

A continuación a usted le presento el cuestionario "Escala de Adherencia a la medicación de Morisky (MMAS-8)" elaborado por Morisky-Green & Levine en el año 1986 y fue adaptado por Val Jiménez en el año 2011. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial/lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.





Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

1. No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

Dimensiones del instrumento: Sensación de mejoría, sensación de malestar y memoria (horarios).

- **Primera dimensión:** Sensación de mejoría.
- **Objetivo de la Dimensión:** Evaluar al paciente durante el proceso que implica seguir el tratamiento indicado para la tuberculosis pulmonar.

N°	INDICADORES	ÍTEM	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones.
1	Sensación de mejoría	Cuando siente que su tuberculosis pulmonar está bajo control ¿Deja a veces de tomar su medicina?	4	4	4	

- **Segunda dimensión:** Sensación de malestar.
- **Objetivo de la Dimensión:** Evaluar al paciente durante el proceso que implica seguir el tratamiento indicado para la tuberculosis pulmonar.

N°	INDICADORES	ÍTEM	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones.
1	Sensación de malestar	¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decirselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?	4	4	4	
2	Sensación de malestar	Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado para seguir el tratamiento médico para su tuberculosis pulmonar?	4	4	4	



- Tercera dimensión: Memoria (horarios).
- Objetivo de la Dimensión: Evaluar los horarios de toma de medicamentos del paciente durante el proceso que implica seguir el tratamiento indicado para la tuberculosis pulmonar.

N°	INDICADORES	ÍTEM	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones.
1	Memoria (Horarios)	¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su tuberculosis pulmonar?	4	4	4	
2	Memoria (Horarios)	A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas 2 semanas. ¿Hubo algún día en el que se olvidó tomar la medicina para su tuberculosis pulmonar?	4	4	4	
3	Memoria (Horarios)	Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿Se le olvida de llevar la medicina para su tuberculosis pulmonar alguna vez?	4	4	4	
4	Memoria (Horarios)	¿Tomó su medicina para su tuberculosis pulmonar ayer?	4	4	4	
5	Memoria (Horarios)	¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?	4	4	4	


 GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
 INSTITUCIÓN EDUCATIVA "CÉSAR VALLEJO"
 CARRANZA - ARAUCO
Firma del Evaluador
 Lic. **BNL 00760379** Acusado
 CEP 19885 - DNI 32760379

Anexo 5. Confiabilidad de los instrumentos

1. Escala de adherencia

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,801	8

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ADHE1	5,1125	2,437	,794	,724
ADHE2	5,1125	2,437	,794	,724
ADHE3	4,6625	2,752	,594	,765
ADHE4	4,6625	2,752	,594	,765
ADHE5	4,4125	3,824	,000	,817
ADHE6	4,4125	3,824	,000	,817
ADHE7	4,9125	2,337	,780	,726
ADHE8	4,6000	3,726	,064	,822

2. Escala de calidad de vida

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,908	26

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
VSF1	77,60	349,200	,831	,902
VSF2	77,60	349,200	,831	,902
VSF3	77,65	369,924	,126	,911
VSF4	76,95	384,155	-,348	,913
VSF5	77,25	335,882	,847	,899
VSF6	76,30	336,221	,110	,960
VSF7	76,95	343,313	,869	,900
VSF8	77,05	340,261	,876	,899
VSF9	77,10	339,042	,876	,899
VPSICO10	77,05	338,155	,931	,898
VPSICO11	76,65	350,555	,721	,903
VPSICO12	77,15	340,029	,791	,900
VPSICO13	77,05	337,945	,698	,901
VPSICO14	76,90	342,200	,952	,899

VPSICO15	78,10	404,937	-,856	,921
VSOCIAL16	76,95	345,524	,764	,901
VSOCIAL17	77,50	327,211	,889	,897
VSOCIAL18	76,65	348,555	,781	,902
VAMB19	77,10	338,411	,892	,899
VAMB20	77,40	350,463	,756	,902
VAMB21	78,05	337,629	,903	,899
VAMB22	77,85	343,503	,741	,901
VAMB23	77,60	370,884	,308	,908
VAMB24	77,60	348,674	,633	,903
VAMB25	77,35	354,029	,798	,903
VAMB26	77,35	354,029	,798	,903

Anexo 6. Base de datos

	AD HE 1	AD HE 2	AD HE 3	AD HE 4	AD HE 5	AD HE 6	AD HE 7	ADH E8	SE XO	ED AD	E C	GI	V S F1	V S F2	VS F3	VS F4	VS F5	VS F6	VS F7	VS F8	VS F9	VP SIC O1	VP SIC O1	V F SI	VP SIC O1	VP SIC O1	VP SIC O1	VSO CIAL 16	
1	0	0	0	0	1	1	0	1,00	2	36	5	2	2	2	4	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1	3	3	3	
2	0	0	0	0	1	1	0	1,00	2	37	5	2	2	2	4	4	2	2	3	2	2	2	2	3	2	1	2	3	3
3	0	0	0	0	1	1	0	1,00	2	38	5	2	2	2	4	4	2	2	3	2	2	2	2	3	2	1	2	3	3
4	0	0	0	0	1	1	0	1,00	2	39	5	2	2	2	4	4	2	23	2	2	2	2	3	2	1	3	3	3	1
5	0	0	0	0	1	1	0	1,00	2	40	5	2	2	2	3	4	4	2	2	3	2	2	3	2	1	3	3	3	
6	1	1	1	1	1	1	1	1,00	2	28	1	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5
7	1	1	1	1	1	1	1	1,00	2	22	1	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5
8	1	1	1	1	1	1	1	1,00	2	30	1	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5
9	1	1	1	1	1	1	1	1,00	2	26	1	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5
10	1	1	1	1	1	1	1	1,00	2	25	1	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5
11	1	1	1	1	1	1	1	.75	1	24	5	3	3	3	1	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
12	0	0	1	1	1	1	1	.75	1	18	5	3	3	3	1	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
13	0	0	1	1	1	1	1	.75	1	19	5	3	3	3	1	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
14	0	0	1	1	1	1	1	.75	1	20	5	3	3	3	1	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
15	0	0	1	1	1	1	1	.75	1	21	5	3	3	3	1	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
16	0	0	1	1	1	1	1	.50	2	10	1	2	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3
17	0	0	1	1	1	1	1	.50	2	11	1	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3
18	0	0	1	1	1	1	1	.50	2	12	1	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3
19	0	0	1	1	1	1	1	.50	2	13	1	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3
20	0	0	1	1	1	1	1	.50	2	14	1	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3
21	0	0	1	1	1	1	1	.50	2	15	1	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3

Vista de datos Vista de variables

	AD HE 1	AD HE 2	AD HE 3	AD HE 4	AD HE 5	AD HE 6	AD HE 7	ADH E8	SE XO	ED AD	E C	GI	V S F1	V S F2	VS F3	VS F4	VS F5	VS F6	VS F7	VS F8	VS F9	VP SIC O1	VP SIC O1	V F SI	VP SIC O1	VP SIC O1	VP SIC O1	VSO CIAL 16	
22	1	1	1	1	1	1	1	1,00	2	38	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2
23	1	1	1	1	1	1	1	1,00	1	36	5	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	2	2
24	1	1	1	1	1	1	1	1,00	1	34	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	2	2
25	1	1	1	1	1	1	1	1,00	1	32	5	3	3	2	2	1	3	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2
26	1	1	1	1	1	1	1	1,00	2	30	1	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2
27	1	1	1	1	1	1	1	1,00	2	28	1	3	3	2	2	2	4	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	2	2
28	0	1	1	1	0	1	0	.50	2	26	1	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2
29	0	1	1	1	0	1	0	.50	2	42	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	4	2	2
30	1	1	1	1	0	1	0	.50	1	41	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	2	2	4	2
31	0	1	1	0	1	0	1	1,00	1	39	2	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	4	2	2
32	1	1	1	1	0	1	0	.50	2	40	5	3	3	2	2	4	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	4	2	2
33	1	1	1	1	0	1	0	.75	2	38	1	3	3	2	2	4	3	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	4	2
34	1	1	1	1	0	1	0	.75	2	36	1	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	4	2	2
35	0	1	1	1	0	1	0	1,00	2	72	5	3	2	2	2	4	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	4	2
36	1	1	1	1	0	1	0	1,00	1	74	2	3	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	3
37	1	1	0	1	0	1	0	1,00	1	76	2	3	3	3	2	4	2	3	2	2	2	2	3	3	2	2	4	2	2
38	1	1	1	1	0	1	0	1,00	2	78	4	4	3	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	4	2	2
39	1	1	1	1	0	1	0	.75	2	80	5	3	2	3	2	4	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	4	2	2
40	1	1	0	1	0	1	0	.50	2	82	2	3	3	2	2	4	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	4	3
41	1	1	1	1	0	1	0	.50	1	23	1	3	4	3	2	1	3	3	3	4	3	3	2	3	2	3	4	3	3
42	1	1	1	1	0	1	0	.75	2	22	1	3	4	3	2	1	3	3	3	4	3	3	2	3	2	3	4	3	3

Vista de datos Vista de variables

39: VSF9 2 Visible: 46 de 46 variables

	AD HE 1	AD HE 2	AD HE 3	AD HE 4	AD HE 5	AD HE 6	AD HE 7	ADH E8	SE XO	ED AD	E C	GI	V S F1	V S F2	VS F3	VS F4	VS F5	VS F6	VS F7	VS F8	VS F9	VP SIC O1	VP SIC O1	V F SI	VP SIC O1	VP SIC O1	VP SIC O1	VSO CIAL 16		
43	1	1	1	1	0	1	0	.50	2	21	1	3	4	3	2	1	3	3	3	4	3	3	2	3	2	3	4	3	3	
44	1	1	1	1	0	1	0	1,00	2	20	1	3	4	3	2	1	3	3	3	4	3	3	2	3	2	3	4	3	3	
45	1	1	1	1	0	1	0	.75	2	19	1	3	4	3	2	1	3	3	3	4	3	3	2	3	2	3	4	3	3	
46	1	1	1	1	0	1	0	.75	1	18	1	3	4	3	2	1	3	3	3	4	3	3	2	3	2	3	4	3	3	
47	1	1	1	1	0	1	0	1,00	2	17	1	3	4	3	2	1	3	3	3	4	3	3	2	3	2	3	4	3	3	
48	1	1	1	1	0	1	0	.75	1	16	1	3	4	3	2	1	3	3	3	4	3	3	2	3	2	3	4	3	3	
49	1	1	1	1	0	1	0	.75	2	15	1	3	4	3	2	1	3	3	3	4	3	3	2	3	2	3	4	3	3	
50	1	1	1	1	0	1	0	1,00	1	14	1	3	4	3	2	1	3	3	3	4	3	3	2	3	2	3	4	3	3	
51	1	0	0	0	0	1	1	.50	2	60	2	3	3	2	2	4	2	3	2	3	3	3	2	3	3	2	4	3	3	
52	1	0	1	1	1	1	1	.50	1	81	4	3	3	2	2	5	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	4	2	2
53	1	0	0	0	1	1	1	.50	2	75	4	2	2	2	5	4	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	4	2	2	2
54	1	1	1	1	0	1	1	.75	1	62	5	2	2	2	4	4	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	3	4	3	3
55	0	0	0	0	1	1	1	.75	1	70	2	3	2	2	4	4	2	1	1	2	1	1	2	2	1	3	4	3	3	
56	0	0	0	0	1	0	0	.50	2	65	2	3	2	3	3	3	2	1	1	2	1	1	2	2	1	3	5	3	3	
57	0	0	0	1	1	1	0	.50	2	68	5	2	2	2	4	4	2	1	1	2	1	1	2	2	1	3	5	3	3	
58	0	0	1	1	1	0	0	.50	1	88	4	3	2	3	5	4	2	1	1	2	1	1	2	2	1	3	4	3	3	
59	1	1	1	1	0	1	1	.75	2	79	3	2	2	4	5	4	2	1	1	2	1	1	2	2	1	3	4	3	3	
60	1	1	1	1	0	1	1	1,00	2	86	4																			

	AD HE 1	AD HE 2	AD HE 3	AD HE 4	AD HE 5	AD HE 6	AD HE 7	ADH E8	SE XO	ED AD	E C	GI	V S F1	V S F2	V S F3	V S F4	V S F5	V S F6	V S F7	V S F8	V S F9	VP SIC O1	VP SIC O1	V F SI	VP SIC O1	VP SIC O1	VP SIC O1	VSO CIAL 16
64	1	0	1	1	1	1	0	.50	1	18	1	3	3	3	3	3	3	4	2	4	3	4	2	3	3	3	4	4
65	1	0	1	1	1	1	0	.50	2	47	5	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	5	3
66	1	0	1	1	1	1	0	.50	2	27	1	2	3	3	3	3	3	3	2	4	3	4	2	3	3	3	3	5
67	1	0	1	1	1	1	0	.50	1	20	1	3	3	3	3	3	4	4	2	4	3	4	2	3	3	3	3	5
68	1	0	1	1	1	1	0	.50	1	19	1	3	3	4	4	3	5	4	2	4	3	4	2	3	3	5	4	4
69	1	0	1	1	1	1	0	.50	2	22	1	3	3	4	4	3	5	4	2	4	3	2	3	3	5	4	4	3
70	1	0	1	1	1	1	0	.50	2	20	1	3	3	4	4	3	5	4	2	4	3	4	2	3	3	5	4	4
71	0	0	1	1	1	1	1	.75	2	26	3	3	3	3	1	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3
72	0	0	1	1	1	1	1	.75	2	24	5	3	3	3	1	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3
73	0	0	1	1	1	1	1	.75	1	27	2	3	3	3	1	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3
74	0	0	1	1	1	1	1	.75	1	25	5	2	3	3	1	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	2	3
75	0	0	1	1	1	1	1	.75	2	26	5	3	3	3	1	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3
76	0	0	1	1	1	1	1	.75	2	28	5	3	3	3	1	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3
77	0	0	1	1	1	1	1	.75	2	25	3	3	3	3	1	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3
78	0	0	1	1	1	1	1	.75	1	25	5	2	3	3	1	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3
79	0	0	1	1	1	1	1	.75	2	30	2	2	3	3	3	1	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3
80	0	0	1	1	1	1	1	.75	1	30	5	2	3	3	3	1	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3
81	0	0	0	0	1	1	0	1.00	2	57	5	2	2	2	4	4	2	2	3	2	2	2	3	2	1	3	3	3
82	0	0	0	0	1	1	0	1.00	2	56	5	2	2	2	4	4	2	2	3	2	2	2	3	2	1	3	3	3
83	0	0	0	0	1	1	0	1.00	2	59	5	2	2	2	4	4	2	2	3	2	2	2	3	2	1	3	3	3
84	0	0	0	0	1	1	0	1.00	2	60	5	2	2	2	4	4	2	2	3	2	2	2	3	2	1	3	3	3

Vista de datos Vista de variables

	AD HE 1	AD HE 2	AD HE 3	AD HE 4	AD HE 5	AD HE 6	AD HE 7	ADH E8	SE XO	ED AD	E C	GI	V S F1	V S F2	V S F3	V S F4	V S F5	V S F6	V S F7	V S F8	V S F9	VP SIC O1	VP SIC O1	V F SI	VP SIC O1	VP SIC O1	VP SIC O1	VSO CIAL 16
85	0	0	0	0	1	1	0	1.00	2	55	2	2	2	2	4	4	2	2	3	2	2	3	2	1	3	3	3	1
86	0	0	0	0	1	1	0	1.00	1	58	5	2	2	2	4	4	2	2	3	2	2	2	3	2	1	3	3	3
87	0	0	0	0	1	1	0	1.00	1	57	5	2	2	2	4	4	2	2	3	2	2	2	3	2	1	3	3	3
88	0	0	0	0	1	1	0	1.00	1	60	5	2	2	2	4	4	2	2	3	2	2	2	3	2	1	3	3	3
89	0	0	0	0	1	1	0	1.00	2	53	5	2	2	2	4	4	2	2	3	2	2	2	3	2	1	3	3	3
90	0	0	0	0	1	1	0	1.00	2	61	5	2	2	2	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	1	3	3	3
91	1	1	1	1	1	1	1	1.00	2	28	1	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5
92	1	1	1	0	1	1	1	1.00	2	29	1	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5
93	1	1	1	1	1	1	1	1.00	2	24	1	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5
94	1	1	1	1	1	1	1	1.00	2	25	1	3	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5
95	1	1	1	1	1	1	1	1.00	2	26	1	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5
96	1	1	1	1	1	1	0	1.00	2	27	1	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5
97	1	1	1	1	1	1	1	1.00	1	24	1	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5
98	1	1	1	1	1	1	1	1.00	1	23	1	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5
99	1	1	1	1	1	1	1	1.00	1	25	1	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5
100	1	1	1	1	1	1	1	1.00	1	26	1	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5
101	1	1	1	1	1	1	1	1.00	2	25	1	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5
102	0	0	1	1	1	1	0	.50	2	15	1	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3
103	1	1	1	1	0	1	0	.50	1	41	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	4	2
104	1	1	0	1	0	1	0	.50	2	82	2	3	3	2	2	4	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	4	3
105	1	1	1	1	0	1	0	1.00	1	14	1	3	4	3	2	1	3	3	3	4	3	3	3	2	3	4	3	3
106	1	1	1	1	0	1	1	1.00	2	86	4	2	3	4	4	4	2	1	1	2	1	1	2	2	1	3	4	3
107	1	0	1	1	1	1	0	.50	2	20	1	3	3	4	4	3	5	4	2	4	3	4	2	3	3	5	4	4
108	0	0	1	1	1	1	1	.75	1	30	5	2	3	3	3	1	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	
109	0	0	0	0	1	1	0	1.00	2	61	5	2	2	2	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	1	3	3	3
110	1	1	1	1	1	1	1	1.00	1	26	1	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5
111																												
112																												
113																												
114																												
115																												
116																												
117																												
118																												
119																												
120																												

Vista de datos Vista de variables

	AD HE 1	AD HE 2	AD HE 3	AD HE 4	AD HE 5	AD HE 6	AD HE 7	ADH E8	SE XO	ED AD	E C	GI	V S F1	V S F2	V S F3	V S F4	V S F5	V S F6	V S F7	V S F8	V S F9	VP SIC O1	VP SIC O1	V F SI	VP SIC O1	VP SIC O1	VP SIC O1	VSO CIAL 16
100	1	1	1	1	1	1	1	1.00	1	26	1	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5
101	1	1	1	1	1	1	1	1.00	2	25	1	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5
102	0	0	1	1	1	1	0	.50	2	15	1	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3
103	1	1	1	1	0	1	0	.50	1	41	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	4	2
104	1	1	0	1	0	1	0	.50	2	82	2	3	3	2	2	4	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	4	3
105	1	1	1	1	0	1	0	1.00	1	14	1	3	4	3	2	1	3	3	3	4	3	3	3	3	2	3	4	3
106	1	1	1	1	0	1	1	1.00	2	86	4	2	3	4	4	4	2	1	1	2	1	1	2	2	1	3	4	3
107	1	0	1	1	1	1	0	.50	2	20	1	3	3	4	4	3	5	4	2	4	3	4	2	3	3	5	4	

Anexo 7. Expertos que certificaron la validez de los instrumentos

Profesionales especializados que certificaron la validez de los instrumentos

N°	Juez experto	Desempeño	Confiabilidad
01	Mg. Lujan Acevedo Lidia Elena	Asistencial	Aplicable
02	Mg. Damián Foronda Jorge	Asistencial	Aplicable
03	Mg. Salazar Ramírez Ricardo	Asistencial	Aplicable
04	Mg. Ponce Loza Juan Miguel	Asistencial	Aplicable
05	Mg. Muñoz Sáenz Maida Rosa	Asistencial	Aplicable
06	Mg. Velásquez Carrasco Luz	Asistencial	Aplicable
07	Mg. Cotrina Villanueva Andrés	Asistencial	Aplicable
08	Mg. Córdova Guzmán Grayla	Asistencial	Aplicable



Declaratoria de Autenticidad de los Asesores

Nosotros, MILLONES ALBA ERICA LUCY , CASTILLO SAAVEDRA ERICSON FELIX, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - CHIMBOTE, asesores de Tesis titulada: "Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en un hospital público, Nuevo Chimbote, 2023", cuyo autor es OLIVAS NORIEGA CHRISTIAN ENRIQUE, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 12.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

Hemos 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, asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

CHIMBOTE, 12 de Enero del 2024

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
CASTILLO SAAVEDRA ERICSON FELIX DNI: 40809471 ORCID: 0000-0002-9279-7189	Firmado electrónicamente por: EFCASTILLOS el 12-01-2024 16:10:54
MILLONES ALBA ERICA LUCY DNI: 32933005 ORCID: 0000-0002-3999-5987	Firmado electrónicamente por: EMILLONES el 12-01-2024 15:57:38

Código documento Trilce: TRI - 0731806