



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

TESIS

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN
DE LA TUBERCULOSIS EN ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO
DE SALUD LA TINGUIÑA, PERIODO 2020”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

**Salud pública, Salud ambiental y satisfacción con los servicios
de salud**

Presentado por:

Nicolé Gustavo Gomez Campos

Tesis desarrollada para optar el Título Profesional de Licenciado en
Enfermería

Docente asesor:

Dr. Jorge Raul Ponce Aliaga

Código Orcid N°0000-41629256

Chincha, Ica, 2022

Asesor

Dr. JORGE RAUL PONCE ALIAGA

Miembros del jurado

-Dr. Edmundo González Zavala

- Dr. Jorge Campos Martínez

- Dr. Juana Marcos Romero

DEDICATORIA

La vida se encuentra plagada de retos, y uno de ellos es la universidad. Tras verme dentro de ella, me he dado cuenta que más allá de ser un reto, es una base no solo para mi entendimiento del campo en el que me he visto inmerso, sino para lo que concierne a la vida y mi futuro.

Mi familia lo más importante en mi vida, no son nada más y nada menos que un solo conjunto: seres queridos que suponen benefactores de importancia inimaginable en mis circunstancias de humano. No podría sentirme más a menos con la confianza puesta sobre mi persona, especialmente cuando he contado con su mejor apoyo desde que siquiera tengo memoria.

Este nuevo logro es en gran parte gracias a ustedes; he logrado concluir con éxito un proyecto que en un principio podría parecer tarea titánica e interminable. Quisiera dedicar mi tesis a ustedes, personas de bien, seres que ofrecen amor, bienestar, y los finos deleites de la vida.

Muchas gracias a aquellos seres queridos que siempre aguardo en mi alma.

AGRADECIMIENTO

La universidad me dio la bienvenida al mundo como tal, las oportunidades que me ha brindado son incomparables, y antes de todo esto ni pensaba que fuera posible que algún día si quiera me topara con una de ellas

Primeramente, agradezco a mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

Agradezco a la universidad por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su científico para poder estudiar mi carrera, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo que me ha otorgado para seguir adelante día a día.

Agradezco también a mi asesor de tesis por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

Gracias madre y padre que finalmente pudiera graduarme como un feliz profesional.

RESUMEN

Objetivo determinar las características de la adherencia al tratamiento y medidas de prevención de la tuberculosis en adultos que acuden al centro de salud la Tinguña, periodo 2020.

Material y método: Esta investigación fue de tipo básica o fundamental, de nivel relacional o correlacional, de enfoque cualitativo y de diseño de tipo no experimental u observacional. Se contó con una muestra de 23 pacientes con tuberculosis. Por otra parte, la técnica aplicada fue la encuesta aplicándose dos cuestionarios a fin de medir la variable de estudio y de supervisión. Dichos cuestionarios fueron sometidos a una prueba de alfa de Cronbach la cual arrojó un valor superior al 0.8, indicando que el instrumento es bueno.

Resultados: la presente investigación se pudo establecer con un p-valor de 0.002 y a un nivel de significancia de 0.05, que existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y las medidas de prevención de la tuberculosis en adultos que acuden al centro de salud la Tinguña, periodo 2020.

Palabras clave: adherencia, tratamiento, tuberculosis, medidas, prevención.

ABSTRACT

Objective to determine the characteristics of adherence to treatment and tuberculosis prevention measures in adults who attend the La Tinguíña health center, period 2020.

Material and method: This research was of a basic or fundamental type, at a relational or correlational level, with a qualitative approach and a non-experimental or observational design. There was a sample of 23 patients with tuberculosis. On the other hand, the technique applied was the survey, applying two questionnaires in order to measure the variable of study and supervision. Said questionnaires were subjected to a Cronbach's alpha test which yielded a value greater than 0.8, indicating that the instrument is good.

Results: the present investigation was able to establish with a p-value of 0.002 and at a significance level of 0.05, that there is a significant relationship between adherence to treatment and tuberculosis prevention measures in adults who attend the health center the Tinguíña, period 2020.

Keywords: adherence, treatment, tuberculosis, measures, prevention

ÍNDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Palabras claves	v
Abstract	vi
Índice general	vii
Índice de figuras y de cuadros	ix
I. INTRODUCCIÓN	13
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
2.1. Descripción del Problema	15
2.2. Pregunta de Investigación General	15
2.3. Pregunta de Investigación Específicas	17
2.4. Objetivo General	17
2.5. Objetivos Específicos	18
2.6. Justificación e importancia	19
2.7. Alcance y Limitaciones	20
III. MARCO TEÓRICO	
3.1. Antecedentes	21
3.2. Bases teóricas	25
3.3. Identificación de las variables	52
IV. METODOLOGÍA	
4.1. Tipo y Nivel de la Investigación	54
4.2. Diseño de la Investigación	54
4.3. Operacionalización de Variables	55
4.4. Hipótesis general y específicas	59
4.5. Población – Muestra	59
4.6. Técnicas e instrumentos: Validación y Confiabilidad	60
4.7. Recolección de datos	62
4.8. Técnicas de análisis e interpretación de datos	62
V. RESULTADOS	

5.1	Presentación de resultados- tablas de frecuencia	64
5.2	Presentación de resultados- tablas cruzadas	106
VI.	ANALISIS DE RESULTADOS	
6.1	Análisis de resultados-prueba de hipótesis	112
6.2	Comparación de resultados con antecedentes	118
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	121
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
	ANEXOS	
	Anexo 1: Matriz de consistencia	138
	Anexo 2: Instrumento de medición	146
	Anexo 3: Ficha de validación de instrumentos de medición	150
	Anexo 4: escala de valoración del instrumento	154
	Anexo 5: Base de datos SPSS	
	Anexo 6: Documentos administrativos	
	Anexo 7: Informe de Turnitin al 28% de similitud	

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Factores relacionados con la adherencia terapéutica.....	30
Figura 2. Diseño de investigación	55
Figura 3. Distribución según toma de medicamentos	644
Figura 4. Distribución según cumplimiento de dosis.....	66
Figura 5. Distribución según indicaciones de dieta adecuada.	67
Figura 6. Distribución según seguimiento de consultas.....	69
Figura 7. Distribución según realización de ejercicios físicos prescritos.....	70
Figura 8. Análisis de la dimensión comportamental.....	72
Figura 9. Distribución según variación del orden de los horarios de medicación.	73
Figura 10. Distribución según la realización del tratamiento sin esfuerzo.....	75
Figura 11. Distribución según el uso de recordatorios.....	77
Figura 12. Análisis de la dimensión implicaciones personales.	78
Figura 13. Distribución según el análisis negociado del cumplimiento del tratamiento con el médico.....	79
Figura 14. Distribución según si se tiene la posibilidad de firmar consentimiento informado sobre el tratamiento.	81
Figura 15. Análisis de la dimensión vínculo.....	82
Figura 16. Distribución según si realiza el lavado de manos oportunamente.	83
Figura 17. Distribución según si usa equipos de protección personal.	85

Figura 18. Distribución según si cumple con su alimentación que corresponde.	87
Figura 19. Distribución según si realiza la limpieza de hogar correcto.	90
Figura 20. Distribución según si evita el contacto infeccioso.	90
Figura 21. Análisis de la dimensión medidas preventivas personales.	91
Figura 22. Distribución según si el personal de salud cumple su función de educar y aconsejar.....	93
Figura 23. Distribución según si utilizan afiches y letreros.....	94
Figura 24. Distribución según realizan su desinfección correcta.	96
Figura 25. Análisis de la dimensión medidas preventivas administrativas....	97
Figura 26. Distribución según si cuenta con ventilación e iluminación.....	98
Figura 27. Distribución según si en su hogar conviven un mayor número de habitantes.	100
Figura 28. Distribución según si en su hogar conviven un menor número de habitantes.	101
Figura 29. Distribución según si utilizan medidas preventivas.....	1033
Figura 30. Análisis de la dimensión medidas preventivas de ambiente. ...	1044

ÌNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estructura del cuestionario Morisky-Green	611
Tabla 2. Distribución según toma de medicamentos en el horario correspondiente	644
Tabla 3. Distribución según cumplimiento de dosis.	65
Tabla 4. Distribución según indicaciones de dieta adecuada.	67
Tabla 5. Distribución según seguimiento de consultas.	68
Tabla 6. Distribución según realización de ejercicios físicos prescritos.	700
Tabla 7. Distribución según variación del orden de los horarios de medicación.	733
Tabla 8. Distribución según la realización del tratamiento sin esfuerzo.	75
Tabla 9. Distribución según el uso de recordatorios.	76
Tabla 10. Distribución según el análisis negociado del cumplimiento del tratamiento con el médico.	79
Tabla 11. Distribución según si se tiene la posibilidad de firmar consentimiento informado sobre el tratamiento.	80
Tabla 12. Distribución según si realiza el lavado de manos oportunamente.	83
Tabla 13. Distribución según si usa equipos de protección personal.	85
Tabla 14. Distribución según si cumple con su alimentación que corresponde.	87
Tabla 15. Distribución según si realiza la limpieza de hogar correcto.	88
Tabla 16. Distribución según si evita el contacto infeccioso.	90
Tabla 17. Distribución según si el personal de salud cumple su función de educar y aconsejar.	92

Tabla 18. Distribución según si utilizan afiches y letreros.....	94
Tabla 19. Distribución según si realizan su desinfección correcta.....	95
Tabla 20. Distribución según si cuenta con ventilación e iluminación.....	98
Tabla 21. Distribución según si en su hogar conviven un mayor número de habitantes.....	99
Tabla 22. Distribución según si en su hogar conviven un menor número de habitantes.....	101
Tabla 23. Distribución según si utilizan medidas preventivas.....	102
Tabla 24. Contraste de la hipótesis general.....	105
Tabla 25. Contraste de la primera hipótesis específica.....	106
Tabla 26. Contraste de la segunda hipótesis específica.....	107
Tabla 27. Contraste de la tercera hipótesis específica.....	108
Tabla 28. Contraste de la cuarta hipótesis específica.....	109
Tabla 29. Contraste de la quinta hipótesis específica.....	1100

I INTRODUCCION

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa ampliamente estudiada y actualmente es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2004). La OMS denomina a la vez que la TB es la novena causa mundial de muerte y la primera por enfermedades infecciosas, por encima del VIH/sidall (2018).

Debido a ello los estudios sobre Tuberculosis son importantes, diferentes expertos en el mundo enfocan sus estudios en las incidencias y prevalencias, además de estudiar otros acápite importantes como el tratamiento y de este último la adherencia al tratamiento en aras de contribuir a mermar las estadísticas de la enfermedad.

Un dato importante sobre la tuberculosis con resistencia a fármacos que señaló la Organización Mundial de Salud sobre la Tuberculosis durante el año 2017 es que La TB farmacorresistente sigue siendo una amenaza. En 2016 hubo 600 000 nuevos casos resistentes a la rifampicina (TB-RR), el fármaco de primera línea más eficaz; 490 000 de ellos tenían TB multirresistente (TB-MR).

Cerca de la mitad (47%) de estos casos se produjeron en la India, China y la Federación de Rusia. (OMS, 2018). Las entidades de salud tienen la responsabilidad de garantizar una atención individual integral a su población afiliada y beneficiaria, por lo tanto, deben procurar actividades, intervenciones y procedimientos de educación, información y promoción de la salud y de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los enfermos tuberculosos.

Así, se hace necesario definir y estandarizar las actividades, intervenciones y procedimientos técnico científico y administrativos que garanticen la atención integral del usuario y contribuyan a controlar la tuberculosis.

La investigación se estructura en cinco capítulos que están interrelacionados en forma secuencial:

En el Capítulo I Planteamiento del problema, en el que se desarrolla la descripción del problema, preguntas de investigación, objetivos de la investigación, justificación e importancia de la investigación y los alcances y limitaciones.

En el Capítulo II Marco teórico, en el que encontraremos los antecedentes, las bases teóricas, definición de términos básicos y la identificación de las variables.

En el Capítulo III Metodología, en el que se desarrolla el tipo y nivel de investigación, diseño de la investigación, operacionalización de variables, hipótesis, población y muestra, técnica e instrumentos, recolección de datos y por último técnica de análisis e interpretación de datos.

En el Capítulo IV Resultados, en el que se mostrarán los resultados pertinentes, donde se podrá señalar y reflexionar la elaboración de las tablas como los gráficos para la presentación e interpretación de resultados.

En el capítulo V Análisis de los resultados se podrá contrastar la dimensión de los resultados en base a los avances teóricos y antecedentes.

Para finalizar, apreciará las Conclusiones correspondientes en base a los objetivos con sus Recomendaciones en base a las conclusiones.

Adicionalmente, a fin de observar las normas de redacción científica se muestran Referencias Bibliográficas consultadas y los Anexos que contienen los documentos relevantes para la consecución de la presente investigación.

II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Descripción del problema

Según la Organización Mundial de la Salud para el año 2019, se determinó el surgimiento de 254 000 nuevos casos y recaídas de tuberculosis (TBC) en Las Américas, los cuales sostienen un 3 % de la carga mundial de TB y una incidencia de 26 casos por cada 100 000 habitantes.

De esta forma, en palabras de la Organización Mundial de la Salud (2019) la tuberculosis es un problema de salud pública a nivel internacional que genera problemas de carga de enfermedad en los países en desarrollo.

Las cifras actualizadas indican que aproximadamente entre 8 a 9 millones de personas entre ancianos y niños contrajeron la tuberculosis en 2018 cifra la cual se ha sostenido durante más de una década en América Latina. La carga de morbilidad varía significativamente de una región a otra, desde menos de 10 hasta más de 400 casos nuevos por cada cien mil habitantes anualmente, cuyo promedio a nivel internacional frisa los 140 infectados.

Tan solo a nivel en la región de Ica, la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud informó que tan se reportaron “1340 personas afectadas con tuberculosis en el 2018, con un incremento con respecto al 2017” (Dirección General de Epidemiología, 2018, pág. 1).

Frente a esta problemática, el Gobierno aplica el Plan de Intervención y Prevención en la Región Ica, el cual tiene entre sus actividades la detección activa de casos de TBC, así como la implementación en el Hospital Regional de Ica de un nuevo método molecular rápido para diagnóstico de TBC con la finalidad de disminuir la transmisión de la enfermedad.

Tal como señala (Dirección General de Epidemiología, 2018, pág. 1) el departamento de Ica presenta 399 casos con tuberculosis, año 2019, en base

a las cifras del 2019. Según el Ministerio de Salud, 328 nuevas personas con tuberculosis se registraron el año pasado 2019 a nivel nacional.

Esta cifra no indica ningún avance en la lucha contra la enfermedad en Perú. Mientras que en 2018 se recogieron 32.642 casos, en 2019 se identificaron 32.970 como método de investigación de los casos utilizados y utilizando métodos de identificación celular. Actualmente, el número de casos de tuberculosis en 2018 bajó de 1.654 a 1.331 en 2019, en el caso de la Tinguina reportó 107 casos en 2019.

Tal como han señalado Dilla, Valladares, Lizán, & Sacristán (2009) la adherencia es un proceso que está sujeta a la confluencia entre la dirección del proceso por parte de la voluntad del paciente y el logro de las metas del tratamiento. Así, la adherencia o aceptación es un sistema de correspondencias entre el comportamiento del pasado y el mundo moderno y presente para integrar la interdependencia de los hechos, entre los contextos y el paradigma ecológico, cultural y social.

Tal como ha puesto en discusión Betancurt & Pedraza (2015) la retirada del tratamiento para la tuberculosis se define como el incumplimiento del tratamiento durante más de 30 días consecutivos. Es un obstáculo importante para combatir la tuberculosis, ya que está relacionado con el fracaso del tratamiento, el desarrollo de resistencia a los medicamentos, la propagación de la infección y el aumento de los costos del tratamiento.

La tuberculosis se caracteriza por ser una enfermedad altamente contagiosa. Tal como señala la Organización Mundial de la Salud (2019) es una de las primeras seis causas de muerte en todo el mundo, producida por el agente patógeno *Mycobacterium*, la cual ataca principalmente a los pulmones.

Tal como señala la Organización Mundial de la Salud (2019), la tuberculosis es un problema de salud pública mundial que, a pesar de los avances logrados

en la lucha por mitigar los efectos y la extensión de la enfermedad a lo largo de las últimas décadas, modifica significativamente entre regiones y países.

Este progreso se ha visto influido de manera crucial por la creación de alianzas, el consenso sobre estrategias y estrategias para combatir la tuberculosis y una mejor planificación a nivel mundial, regional y nacional. Durante la atención domiciliaria, el cuidador ingresa al espacio íntimo del paciente y sugiere ajustes en las relaciones y actividades interpersonales a realizar. La función principal del personal de enfermería es proporcionar una formación que, sin embargo, satisfaga las expectativas del paciente y su familia y provoque un cambio de actitudes.

2.2 Pregunta de investigación general

¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y medidas de prevención de la tuberculosis en adultos que acuden al centro de salud la Tinguña, periodo 2020?

2.3 Preguntas de investigación específicas

- ¿Existe una relación entre la adherencia y el cumplimiento del tratamiento en adultos que acuden al centro de salud la Tinguña 2020?
- ¿Existe una relación entre la adherencia al tratamiento se relaciona con las implicaciones personales en adultos que acuden al centro de salud la Tinguña, periodo 2020?
- ¿Existe una relación entre la adherencia al tratamiento se relaciona al vínculo en adultos que acuden al centro de salud la Tinguña, periodo 2020?
- ¿Existe una relación entre la adherencia al tratamiento se relaciona con las medidas preventivas personales en adultos que acuden al centro de salud la Tinguña, periodo 2020?
- ¿Existe una relación entre la adherencia al tratamiento se relaciona con las medidas preventivas administrativas en adultos que acuden al centro de salud la Tinguña, periodo 2020?

- ¿Existe una relación entre la adherencia al tratamiento se relaciona se con las medidas preventivas de ambiente en adultos que acuden al centro de salud la Tinguíña, periodo 2020?

2.4 Objetivo general

- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y medidas de prevención de la tuberculosis en adultos que acuden al centro de salud la Tinguíña, periodo 2020.

2.5 Objetivo específico

- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el cumplimiento del tratamiento en adultos que acuden al centro de salud la Tinguíña 2020.
- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y las implicaciones personales en adultos que acuden al centro de salud la Tinguíña, periodo 2020.
- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el vínculo en adultos que acuden al centro de salud la Tinguíña, periodo 2020.
- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y las medidas preventivas personales en adultos que acuden al centro de salud la Tinguíña, periodo 2020.
- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y las medidas preventivas administrativas en adultos que acuden al centro de salud la Tinguíña, periodo 2020.
- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y las medidas preventivas de ambiente en adultos que acuden al centro de salud la Tinguíña, periodo 2020.

2.6 Justificación e importancia

2.6.1 Justificación

La presente investigación da a conocer si la adherencia al tratamiento y medidas de prevención relacionada con la tuberculosis, adjuntando información en un centro de salud la Tinguña Ica que es un problema de salud pública. Esta enfermedad infectocontagiosa llamada la tuberculosis conocida a nivel mundial está atacando a personas (niños, jóvenes, adultos, adultos mayores) destruyendo el órgano interno pulmonar como también a órganos externos del cuerpo humano llegando hasta el último grado de vida que es la muerte.

Si bien es cierto, existen diversos factores que predominan el contagio y la adquisición de esta enfermedad, tales como: alimentación, vivienda, estrés, factores socioeconómicos, etc.

Debido a no estar cumpliendo suele aumentar la morbilidad, mortalidad y la problemática de la farmacorresistencia que representa una grave amenaza tanto para el paciente que acude personalmente al centro de salud, familiar y la comunidad.

2.6.2 Importancia

Es importante cumplir con el rol de medidas de prevención (bioseguridad) y tratamiento con el fin de proteger de sí mismo, controlar el contagio y propagación de esta enfermedad

Por eso en esta investigación buscamos saber porque es importante adherirse al tratamiento, cumplir con las medidas de prevención y cuáles son los factores de no poder cumplir con el rol de tratamiento.

De acuerdo a este estudio brindará información válida y confiable al Área de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) del Centro de Salud la Tinguña - Ica. Esta información podrá servir para elaborar medidas pertinentes de estrategias en la adherencia al tratamiento, prevención y control de

Tuberculosis en su población, puede a ver manifestaciones en cualquier momento (casos actuales) y así podrá servir la información de esta problemática de salud pública nacional.

2.7 Alcances y limitaciones

2.7.1 Alcances

2.7.1.1 Delimitación espacial

Esta investigación se va a desarrollar en el Centro de Salud la Tinguña, Servicio de Prevención y Control de la Tuberculosis - ICA.

2.7.1.2 Delimitación social

Pacientes con tuberculosis que acuden al centro de salud la Tinguña, Servicio de Prevención y Control de la Tuberculosis - ICA.

2.7.1.3 Delimitación conceptual

Delimitada por las variables de adherencia al tratamiento y medidas de prevención en pacientes con tuberculosis que acuden al Centro de Salud la Tinguña - ICA.

2.7.2 Limitaciones

El desarrollo de la tesis puede verse afectada por las estas situaciones:

- Los pacientes pueden sentirse intimidados al revelar sus hábitos y costumbres con relación a su medicación brindando respuestas poco objetivas.
- Poca colaboración de los pacientes que puedan ver interrumpida sus actividades diarias.

III MARCO TEORICO

3.1 Antecedentes

3.1.1 Internacionales

El primer antecedente internacional consultado fue el trabajo de **Pedraza, Gilbaja, & Villa** (2015) titulado "Nivel de adherencia al tratamiento y el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados". El objetivo de este trabajo fue determinar el nivel de adherencia al tratamiento y control glucémico en afectados con el mal de la diabetes mellitus tipo 2 no controlada tras una intervención educativa. El estudio contempló la participación de 40 personas que se categorizaron como pacientes no controlados, un total de 33, las otras 17 como controles.

Se realizó un monitoreo a lo largo de 15 días, al final de los cuales se utilizó la versión III del instrumento denominado "Escala de Cumplimiento del Tratamiento para la Diabetes Mellitus Tipo 2" (EATDM-III). Los resultados con respecto a la adherencia al grupo problema fueron principalmente un valor de 100,9 en comparación con 145,09 después de la intervención educativa con diferencias estadísticamente significativas.

El grupo de control recibió 181,8 y 177,4, respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas. Con respecto a la HbA1c, el grupo problema tuvo un promedio de 8.8% en la primera medición y 7.3% en la segunda y el grupo problema 8.1% y 7.4% en la segunda; ambos con significación estadística. Se descubrió que los talleres educativos son muy importantes para el cumplimiento del tratamiento, pero no se reconoce un vínculo directo con el control del azúcar en sangre.

El segundo antecedente internacional consultado fue el trabajo de **Walker** (2014) en su estudio realizado en el Estado de Illonis en EEUU., en denominado *Effect of Diabetes Self-Efficacy on glycemic control, medication adherence, Self-care behaviors, and quality of life in a predominantly low-*

income, minority population. El objetivo de esta pesquisa fue evaluar la relación entre la adherencia y la autoeficacia de los pacientes afectados con Diabetes a través de un diseño cuasi-experimental. El grupo de control recibió 181,8 y 177,4, respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas. Con respecto a la HbA1c, el grupo problema tuvo un promedio de 8.8% en la primera medición y 7.3% en la segunda y el grupo problema 8.1% y 7.4% en la segunda; ambos con significación estadística. Se descubrió que los talleres educativos son muy importantes para el cumplimiento del tratamiento, pero no se reconoce un vínculo directo con el control del azúcar en sangre.

El tercer antecedente nacional consultado fue el trabajo elaborado por **Herrera** (2012), realizado en Colombia que lleva por título "Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial". El objetivo de este trabajo fue describir y analizar el cumplimiento de pruebas farmacológicas y no farmacológicas en personas con hipertensión arterial que fueron incluidas en el programa de control de una empresa social estatal, cuya metodología es de baja complejidad y la metodología de 177 personas. Se pudo verificar una baja complejidad Participación en consultas de hipertensión arterial mediada en relación a los factores instrumentales que inciden en el cumplimiento y control de la enfermedad cardiovascular.

Los resultados presentados muestran que la mayoría de las personas estaban en riesgo de no desarrollar una conducta de adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos relacionados con los factores socioeconómicos y del proveedor. El paciente reflejó una situación favorable para la adherencia.

3.1.2 Nacionales

El primer antecedente nacional consultado fue el trabajo de Santisteban, **Valdiviezo, & Gálvez** (2018) el cual "Relación entre la adherencia al

tratamiento con micronutrientes y el nivel de hemoglobina en los niños menores de 36 meses-Perú".

El objetivo de este estudio fue definir la relación entre el contenido del tratamiento con micronutrientes y el nivel de hemoglobina en niños menores de 36 meses que acudieron al centro de salud "San Martín". Fue un estudio cuantitativo con un diseño de correlación transversal.

La muestra estuvo formada por 56 niños. Los resultados muestran que el 58,9% de los niños siguen tratamiento con micronutrientes, en contraste con el 41,1% de los niños que no muestran contención, lo que lleva a concluir que existe una correlación significativa ($p = 0,018$) entre la contención de micronutrientes y el nivel de hemoglobina. Se pudo determinar que el método Sparkles es la estrategia más eficaz para prevenir la anemia.

El segundo antecedente nacional consultado fue el trabajo de **Lazarte** (2017) que lleva por título "Actores relacionados a la no adherencia del consumo de multimicronutrientes chispitas en madres de niños de 6 a 36 meses, usuarios del centro de Salud Carlos Showing Ferrari, Amarilis-2016".

El propósito de este trabajo fue identificar los factores relacionados con el consumo de nutrientes no seguidos, estos rociados en madres de niños de 6 a 36 meses, usuarias del Centro de Salud Carlos Ferrari, Muestra Amarilis, este estudio fue prospectivo, transversal. Se trabajó con una muestra de 36 madres, como meta que hemos seguido en los resultados en el consumo de bengalas, nos muestran que solo el 48% fueron seguidoras y cuando se trata de factores relacionados con las características de las bengalas, se dice que cuando sus hijos las toman les provoca estreñimiento y diarrea o alguna otra molestia.

El tercer antecedente nacional consultado fue el trabajo de **Cutipa & Salomé** (2016) titulado "Factores de adherencia a la suplementación con Nutromix

asociados al incremento de hemoglobina en niños de 6 a 36 meses, en el Centro de Salud Chupaca- 2015”.

El objetivo de esta investigación fue identificar los factores de adhesión de los suplementos Nutromix asociados con el aumento de hemoglobina en niños de 6 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Chupaca. Estudio descriptivo de correlación, diseño pre-experimental, con una muestra de 40 niños. Se aplicó una prueba de adherencia Nutromix, validada por Espichan.

Los resultados presentados permiten verificar que el factor más influyente en el cumplimiento del tratamiento, que a su vez está asociado al aumento de hemoglobina, fue el factor relacionado con la persona que dio el suplemento (84,41%), los factores relacionados con la enfermedad (87,02%) seguido de: factores relacionados con los profesionales de la salud (65,14%), factores relacionados con la enfermedad (67,45%), factores relacionados con los suplementos (98,02%).

El cuarto antecedente internacional consultado fue el trabajo de **Montesinos** (2015) titulado “Influencia de la adherencia al tratamiento sobre el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del nosocomio de apoyo Camaná, 2014”. El objetivo de esta pesquisa fue establecer la influencia de la adherencia de la adherencia al tratamiento sobre el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Apoyo Camaná.

El estudio fue de tipo analítico, bajo un diseño observacional, y de corte prospectivo y transversal en el que los pacientes diabéticos que cumplieron con los criterios de selección fueron entrevistados mediante la prueba de Battle y la prueba de Morisky-Green modificada y analizados con controles de hemoglobina glicosilada.

La duración de la enfermedad de los pacientes fue de 5,75 años. El 72,09% de los casos de hemoglobina glucosilada estaban por encima de lo normal y solo el 27,91% de los casos lograron un control glucémico adecuado.

Se tomó una muestra de 98 pacientes, de los cuales el 29,76% eran hombres y el 45,36% mujeres; la edad media por sexo fue de 64,20 años y 56,18 años, respectivamente. El 8,23% eran analfabetos, el 24,98% tenía estudios, el 39,53% secundaria, el 16,54% supervisor no universitario y el 10,08% supervisor universitario.

Además, el 78,05% cumplimentó con el tratamiento y el 11,95% no cumplió. La adherencia no impactó negativamente en el control glucémico. Se encontró que la adherencia terapéutica en la muestra de estudio es baja y el control glucémico es bajo.

3.2 Bases teóricas

3.2.1 Variable independiente: Adherencia al tratamiento

3.2.1.1 Definición

La Organización Mundial de la Salud (2004) “la adherencia al tratamiento como se trata del cumplimiento del mismo de las prescripciones médicas. Es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo”. (pág. 15)

La adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la Organización Mundial de la Salud: “las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinar”. (Organización Panamericana de Salud, 2017, pág. 45)

3.2.1.2 Componentes de la adherencia

Según Ginarte (2001) la adherencia está dividida en tres componentes: Iniciación, ejecución y discontinuación.

El proceso comienza con la iniciación del tratamiento, cuando el paciente toma la primera dosis de la medicación prescrita, y continúa con la ejecución, entendida como el grado en el que la pauta real de un paciente se corresponde con la prescrita por el médico, desde la primera hasta la última dosis.

La discontinuación marca el final de la terapia; esto ocurre cuando, antes de finalizar el tratamiento prescrito, se omite la siguiente dosis y no hay más dosis a partir de entonces. Es importante tener en cuenta que la falta de adherencia puede ocurrir en cualquiera de estas fases o en varias a la vez. La iniciación tardía o la no iniciación del tratamiento y la interrupción temprana del tratamiento son algunos ejemplos.

3.2.1.3 Impacto sanitario y económico de la falta de adherencia

Tal como señalan Hannan, y otros (2021) el incumplimiento del tratamiento prescrito por el médico es un gran desafío para el sistema de salud, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Desde una perspectiva eminentemente clínica, una buena adherencia se relaciona significativamente con una mejor calidad y esperanza de vida de los pacientes.

Por otro lado, tal como señalan Emsley, Alptekin, Azorin, & Cannas (2015) la adherencia inadecuada significa un manejo con defectos y errores de la enfermedad y la manifestación de más complicaciones, lo que a menudo se traduce en mayores costos de atención médica.

En el caso de las enfermedades infecciosas, una adherencia inadecuada puede, además de alterar la evolución de la enfermedad, favorecer el desarrollo de resistencias bacterianas.

Desde el punto de vista económico, tal como señalan Emsley, Alptekin, Azorin, & Cannas (2015) baja adherencia significa un aumento de hospitalizaciones, visitas a urgencias, pruebas complementarias y consumo de otros medicamentos, con el consecuente incremento de los sobrecostos del sistema de salud, además de desperdiciar los recursos que asume el financiamiento

de fármacos si no se usan bajo la usanza irresponsable o dificultades en la evaluación de resultados terapéuticos en relación con los resultados esperados bajo las normas de experimento.

Tal como apuntan los autores Ortega, Sánchez, Rodríguez, & Ortega (2018) una adherencia óptima repercute en una optimización en la calidad y esperanza de vida, así como las variables asociadas a la eficacia de las medidas de tratamiento y evaluación integral en la evolución de la gran mayoría de dolencias.

En este sentido, tal como indica tal como señalan Salinas & Nava (2012) el seguimiento adecuado del tratamiento prescrito se vincula con una menor probabilidad de recurrencia y desperfectos secundarias, una disminución de la incidencia de la enfermedad y el índice de muerte, y es un vínculo directo con el incumplimiento y el logro de resultados menores de salud.

3.2.1.4 Factores que inciden en la falta de la adherencia

Según Betancurt & Pedraza (2015) la no adherencia al régimen de tratamiento está determinada por varias razones, generalmente asociadas entre sí. Entre los más resaltantes y propincuos se hallan el nivel de saberes de la enfermedad y el tratamiento prescrito, la prolijidad del tratamiento, la presencia de impactos secundarios, la relación entre los profesionales sanitarios y con el paciente, o la presencia o ausencia de sintomatología.

3.2.1.4.1 Clasificación según la Organización Mundial de la Salud

Según la Organización Mundial de la Salud (2004) clasifica en cinco categorías los factores que inciden en la adherencia:

- Vinculados con el sujeto del tratamiento.
- Vinculados con el tratamiento.
- Vinculados con el sistema de salud.
- Vinculados con el desenvolvimiento de la enfermedad.
- Vinculados con las condiciones sociodemográficas

3.2.1.4.1.1 Factores relacionados con el paciente

Según la Organización Mundial de la Salud (2004) los factores vinculados con el sujeto del tratamiento contemplaron aspectos demográficos como la edad y el género, así como el capital cultural, la conciencia y los aspectos actitudinales acerca de la enfermedad y el tratamiento, problemas mentales u olvidos.

Con base en los resultados de un estudio realizado por (Cutipa & Salomé, 2016) se ha encontrado que las mujeres son más adherentes que los hombres. Además, juegan un papel importante en el desarrollo natural de la enfermedad, no solo para ellos mismos, sino también para todo el grupo familiar.

El desconocimiento de los pacientes sobre su enfermedad y la forma en que brindan el tratamiento, así como la necesidad de apegarse a ese estilo de tratamiento, parece ser una de las razones por las que no se adhieren ni participan en la atención de sus pacientes.

Tal como sostienen Betancurt & Pedraza (2015) en cuanto a los métodos que utilizan los pacientes para conocer más sobre la enfermedad, según este estudio, el más importante es el médico, pero la red emerge como una fuente de información de uso frecuente, seguida por amigos y familiares.

3.2.1.4.1.2 Factores asociados a la terapia

Según la Organización Mundial de la Salud (2004) los factores relacionados con la atención médica también incluyen las complicaciones médicas, la presencia de complicaciones, la percepción de la eficacia del fármaco, la aceptación y la flexibilidad en la elección del tratamiento por parte de los pacientes y su duración.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (2004) ha señalado que la complejidad de la atención médica, la cantidad de alimentos por día, las restricciones y necesidades dietéticas, así como los agravamientos que

pueden generar por los procedimientos sanitarios, pueden persuadir directamente al paciente para que siga el tratamiento.

De esta manera, las creencias y expectativas del paciente con respecto a su atención médica en particular le permiten participar y cumplir.

3.2.1.4.1.3 Factores relacionados con el personal y el sistema sanitario

Según la Organización Mundial de la Salud (2004) los temas laborales y de salud incluyen, como las barreras de atención médica, lo que se brinda a los pacientes en relación con la atención y el trauma, la comunicación y la relación entre los especialistas y el paciente y el seguimiento.

3.2.1.4.1.4 Factores relacionados con el estado de la enfermedad

Según la Organización Mundial de la Salud (2004) se reporta que en pacientes bajo diagnóstico con la enfermedad análoga, su adherencia es significativamente mayor, en contraste con sujetos bajo tratamiento con dos o más dolencias.

Además de estos casos, la incidencia disminuye si la enfermedad no es grave, o parece serlo, así como una enfermedad incurable, o que tiene poco o ningún tratamiento e incluso esos síntomas persisten en el tiempo y el paciente se adapta a ellos. Por el contrario, las dolencias con cronicidad que generan dolor conllevan un mayor seguimiento.

3.2.1.4.1.5 Factores socio-económicos

Según la Organización Mundial de la Salud (2004) hay otros factores económicos y sociales, que contemplan cosas como apoyo familiar, resentimiento por la enfermedad, cobertura de salud, costo de enfermedad o empleo.

El compromiso del paciente con la curación y el manejo de su enfermedad es muy apreciado por el autocuidado y el soporte de la familia. De esta forma, los familiares y cuidadores desempeñan un papel importante en la promoción del

autocuidado y la implicación en el cuidado del paciente por su dolencia, siempre sosteniendo sus potencialidades y debilidades individuales.

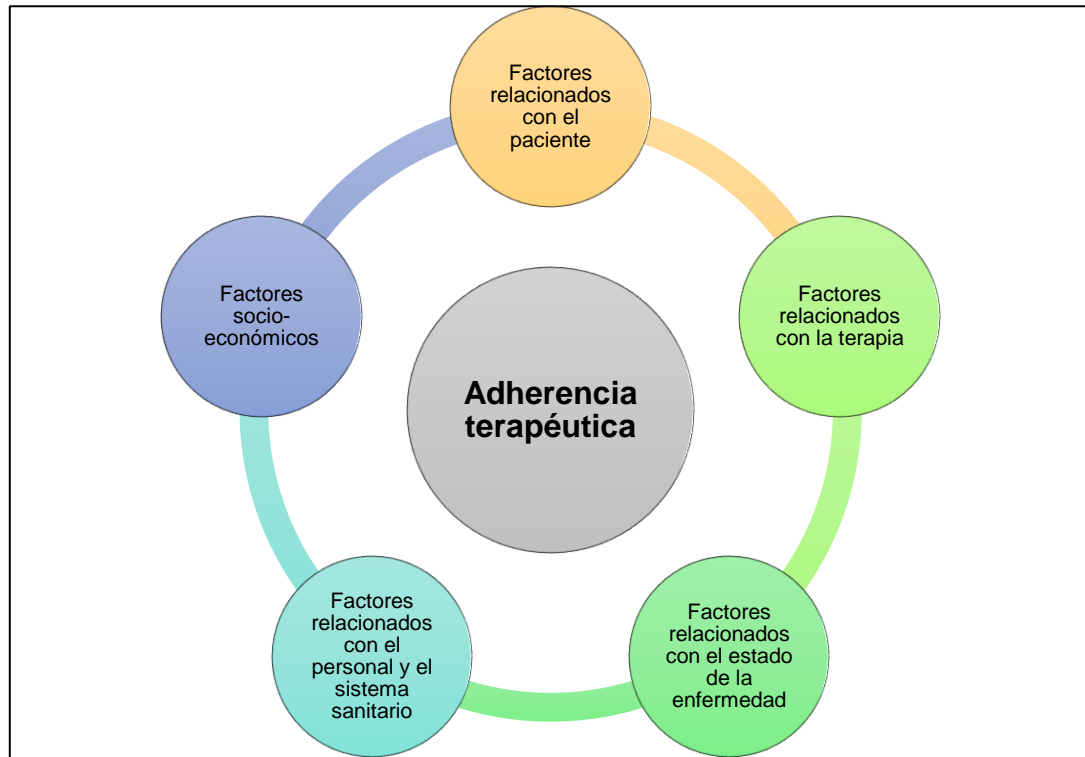


Figura 1. Factores relacionados con la adherencia terapéutica.

Fuente: (Organización Mundial de la Salud, 2004, pág. 45)

3.2.1.4.2 Circuito de prescripción, dispensación y seguimiento

Según los autores Alonso, y otros (2020) el trabajo vinculado a los profesionales de la salud y estrechamente vinculado al paciente se ve como una de las formas en las que el objetivo es ayudar en el seguimiento.

Como resultado, es importante trabajar para maximizar las oportunidades que tiene para escribir, presentar y evaluar a la comunidad, con base en la definición de estrategias que contribuyan a un mejor cumplimiento.

El tratamiento lleva al paciente a comprender la enfermedad que padece, a recibir y compartir el tratamiento y a darse cuenta de la importancia de seguirlo.

Así, tal como señalan Alvarez, y otros (2021) todos los proveedores de atención médica que participan en la investigación, la prestación de tratamiento, la prestación o la prestación de cuidados y el seguimiento, contribuyen a ello en función de sus habilidades y actividades.

De esta forma, es importante fortalecer y cumplir la relación de interdependencia entre el paciente y el clínico para que puedan adherirse mejor al tratamiento, de principio a fin. También significa una porción mayor para el paciente, así como cambios en la comunicación y el conocimiento entre el paciente y los profesionales de la salud.

Según los autores López-Romero, Romero, Parra, & Rojas (2016) Para abordar de manera integral el problema de la adherencia, es necesario realizar algunas tareas restauradoras. Un prototipo es el escaso tiempo que se consulta a un paciente, en el nosocomio y en el hospital.

En muchos casos, puede generar utilidad en tener información detallada sobre el cumplimiento, la atención al paciente y el parto. Además que el médico cuente con el equipo necesario, tanto a nivel profesional como en consulta, para brindarle al paciente la información médica adecuada.

3.2.1.4.3 Estrategias de intervención para mejorar la adherencia terapéutica

Según Villalobos, Villalobos, & Leguía (2017):

El seguimiento clínico debe verse como la condición del paciente y no como una condición médica y es importante que la conducta se dirija al paciente y no al médico, pero también diferenciar si es intencional o no. (pág. 15)

Los trabajadores de la salud, especialmente los médicos de atención primaria, deben conocer las maravillas del incumplimiento, hacer un seguimiento e identificar las causas, y tener las herramientas para ayudar a los pacientes.

Tal como han indicado Dilla, Valladares, Lizán, & Sacristán (2009) son los médicos y el personal de enfermería del primer nivel de atención, los profesionales de la salud los que se involucran con los pacientes que no han cumplido sus objetivos. Por ello, se recomienda:

- Autoexpresión de intervención.
- Fortalecer las relaciones.
- Participación de diversos profesionales.
- Medidas preventivas:
- Métodos de enseñanza.
- Estrategias familiares / de desarrollo.
- Estrategias para fortalecer sistemas.

Tal como han indicado Dilla, Valladares, Lizán, & Sacristán (2009) explique que la acción apropiada, que siempre funciona, puede requerir una combinación de varios métodos (llamadas telefónicas, recordatorios, monitoreo cuidadoso, autocontrol, supervisión familiar, apoyo psicológico y más).

Algunas investigaciones sugieren que las terapias integradas que incorporan la demencia y las intervenciones interrogativas pueden ser de gran beneficio para tratar las enfermedades crónicas.

3.2.1.4.4 Test de medición del cumplimiento terapéutico

3.2.1.4.4.1 Test de Morisky-Green

Tal como señala Díaz (2014) al mostrar que este método fue probado por varias enfermedades, fue desarrollado por primera vez por Morisky, Green y Levine para probar la adherencia al fármaco en pacientes con hipertensión

(HT). Desde que se inició el ensayo, se ha utilizado para monitorear el cumplimiento de una variedad de enfermedades.

Tal como señalan Ortega, Sánchez, Rodríguez, & Ortega (2018) consiste en una serie de 4 preguntas diferentes con una respuesta que muestra cómo se siente el paciente sobre el seguimiento. Están diseñados para medir la actitud correcta hacia el tratamiento de su enfermedad, asumiendo que si la opinión es incorrecta, el paciente se derrumbará. Tiene el potencial de proporcionar información sobre las causas del incumplimiento.

3.2.2 *Variable dependiente: Tuberculosis*

3.2.2.1 Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (2002) “la tuberculosis es una enfermedad infecciosa que ataca con predominancia a los pulmones y es generada por la bacteria denominada *Mycobacterium tuberculosis*” (pág. 18).

Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio pacientes con enfermedad pulmonar activa.

La Tuberculosis a menudo se desarrolla sin síntomas en las personas sanas, en razón de que su sistema inmunológico funciona formando una barrera alrededor de las bacterias. Los síntomas de la tuberculosis de los pulmones y el pecho, a veces incluyen esputo que puede ser sanguinolento, dolor de pecho, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudores nocturnos.

3.2.2.2 Etiología

Según Dombret (2017) entre las múltiples especies que presentan el bacilo de la tuberculosis las más importantes son la humana, la bovina y la aviaria. Sólo las 2 primeras son patógenas para el hombre.

El *mycobacterium avium* y *Mycobacterium intracellulare* no son virulentas en huéspedes sanos, pero pueden producir infecciones diseminadas en el 15 al 24 % de los pacientes con SIDA.

3.2.2.3 Cadena Epidemiología de transmisión

Según Dombret (2017):

Dado que es una enfermedad infecciosa causada por microbios, para transmitir el virus a otras personas, es importante que el agente se comunique con las personas infectadas a través del llamado virus infectado por virus y la fuente de infección, en varios casos. descrito sobre la diseminación del agente desde la fuente de la enfermedad hasta el infectado. (pág. 110)

3.2.2.3.1 Agente causal

Según la Organización Mundial de la Salud (2002) la tuberculosis es una enfermedad producida por el *Mycobacterium tuberculosis*, bacilo del género *Mycobacterium*.

Así, tal como señala Dombret (2017) su lenta capacidad de división y la dependencia en su crecimiento de las condiciones locales donde se desarrolla (como la presencia o ausencia de oxígeno y la dependencia del pH del medio) pueden ocasionar un estado de letargo o lactancia.

Como antiséptico resistente al frío, al frío y al lavado, así como a las altas temperaturas, la luz solar y la luz ultravioleta, tiene una forma única de crecimiento que lo hace muy diferente de las bacterias comunes.

3.2.2.3.2 Reservorio y fuente de infección

Las enfermedades infecciosas son biológicamente activas y se denominan áreas de almacenamiento como agentes biológicos a largo plazo y como fuente de la enfermedad como acceso inmediato al huésped.

El antídoto más importante para la tuberculosis es una persona sana que tiene el virus, es decir, una persona que pronto tiene un bacilo en su cuerpo sin escuchar ningún signo o síntoma externo que pueda detectarlo. Cuando una persona se infecta, desarrolla un defecto en su cuerpo.

Las poblaciones más vulnerables son los pacientes con síndrome bacilífero, que tienen el potencial de reducir los bacilos externamente y, dentro de la tuberculosis, especialmente los pacientes con lesiones inflamatorias.

3.2.2.3.3 Mecanismo de transmisión

Son los diversos medios por los cuales los gérmenes se transmiten desde una fuente de infección a las personas infectadas.

Las vacunas poseen grados de eficacia diversos, a menudo controlan la enfermedad, pero en algunos casos no pueden hacerlo, lo que conduce a la tuberculosis.

Tal como señala Dombret (2017) el método más común de contagio es la vía aérea, especialmente con pequeñas gotas de aerosol de 1-5 micras en el abdomen que el paciente realiza para las actividades diarias como hablar, reír y, sobre todo, toser.

Este mecanismo de contagio consiste en la dispersión de unas pequeñas gotitas llenas de unos bacilos son las que llegan al alvéolo, donde encuentran un buen lugar para su crecimiento.

Tal como señalan Cutipa & Salomé (2016) los pacientes más contagiosos son aquellos con múltiples cepas bacilares en los pulmones, tuberculosis, falta de respiración o protección con mascarilla o sin tratamiento antituberculoso dentro de los 15 días.

La proximidad, el tiempo de exposición de estos pacientes, la vivienda inadecuada (habitación ventilada), son factores de riesgo importantes para la enfermedad.

3.2.2.3.4 Huésped susceptible de enfermar

Los pacientes en riesgo son los niños menores de 5 años y los adultos de 65 a 70 años. Entre los 6 y los 14 años hay muy poca enfermedad.

Parece que los hombres son un poco más capaces que las mujeres, pero eso depende de lo que hagan los hombres o las mujeres.

Cuando se diagnostica la tuberculosis, hay una serie de factores que contribuyen al desarrollo de la enfermedad y los denominados factores de riesgo, relacionados con el sistema inmunológico del receptor.

3.2.2.4 Patogenia

3.2.2.4.1 Tuberculosis primaria o primo-infección

Tal como señala Dombret (2017) cuando los bacilos se incorporan al organismo después de haber superado el sistema inmunológico broncopulmonar, llegan a los alvéolos de los pulmones. Prefieren mantenerse en las esquinas inferiores del abdomen, especialmente en las extremidades inferiores.

Estos ataques conducen a un mal funcionamiento, que es causado por leucocitos polimioconucleares (fagocitos), líquido de edema y fibrina, es decir, exudado. Como resultado, el cambio que se observó por primera vez después de la llegada de los bacilos al alvéolo es un tumor exudativo inexplicable.

Estas lesiones tempranas tienen dos opciones: lesión o progresión. La necrosis vascular inflamatoria puede progresar o, en particular, formar un tumor histológico denominado granuloma tuberculoso: tubérculo. Este granuloma también tiene dos propiedades cambiantes: curación o progresión.

En esta primera fase, la proliferación de los tubérculos del bacilo ocurre sin una alteración significativa del sistema inmunológico del cuerpo del ocupante. Como resultado, desde el primer concepto de pulmones, estos son transportados por los vasos pulmonares del abdomen a los lugares que se encuentran en los pulmones del hilio y mediastino; Estas ramas se agrandan y liberan los ganglios linfáticos dentro de la médula espinal.

Tal como señala Dombret (2017) el propósito principal del subpleural (llamado chancro de inoculación), es el tracto gastrointestinal que transporta bacilos e inflamación (es decir, ocurre linfangitis) y el agrandamiento de las áreas regionales (adenitis hiliar y / o mediastínica) produce lo que se denomina complicaciones primarias. Al llegar a estas áreas, el tubérculo del bacilo puede ingresar al torrente sanguíneo y desde allí extenderse al resto del cuerpo.

La presión arterial se llama bacilemia. A través de esta diseminación, los bacilos del tubérculo pueden penetrar en todo el cuerpo, aunque con frecuencia se forman en otros órganos, especialmente en las alas de los pulmones.

3.2.2.4.1.1 Las reacciones del huésped

Estas lesiones tempranas tienen dos opciones: lesión o progresión. La necrosis vascular inflamatoria puede progresar o, en particular, formar un tumor histológico denominado granuloma tuberculoso: tubérculo. Este granuloma también tiene dos propiedades cambiantes: curación o progresión.

Tal como señala Dombret (2017) en esta primera fase, la proliferación de los tubérculos del bacilo ocurre sin una alteración significativa del sistema inmunológico del cuerpo del ocupante. Como resultado, desde el primer concepto de pulmones, estos son transportados por los vasos pulmonares del abdomen a los lugares que se encuentran en los pulmones del hilio y mediastino; Estas ramas se agrandan y liberan los ganglios linfáticos dentro de la médula espinal.

El propósito principal del subpleural (llamado chancro de inoculación), es el tracto gastrointestinal que transporta bacilos e inflamación (es decir, ocurre linfangitis) y el agrandamiento de las áreas regionales (adenitis hiliar y / o mediastínica) produce lo que se denomina complicaciones primarias. Al llegar a estas áreas, el tubérculo del bacilo puede ingresar al torrente sanguíneo y desde allí extenderse al resto del cuerpo.

La presión arterial se llama bacilemia. A través de esta diseminación, los bacilos del tubérculo pueden penetrar en todo el cuerpo, aunque con frecuencia se forman en otros órganos, especialmente en las alas de los pulmones.

3.2.2.4.1.2 Complicaciones locales

Tal como señala Dombret (2017) cuando la hipersensibilidad específica es evidente, si los bacilos de la tuberculosis llegan al inodoro, aunque sean muy pequeños, se puede formar un líquido que llena la cavidad, lo que se conoce como pleuresía. Debido a su similitud con el suero sanguíneo y altos niveles de fibrina, esta pleuresía se llama pleuresía serofibrinosa.

Otro problema local de primo-virus puede ocurrir por el desarrollo de áreas locales. Debido a la proximidad de los bronquios, los ganglios pueden suprimir el pasaje y dañar su pared, drenando el contenido del árbol de tormenta.

Estas complicaciones pueden causar compresión o proliferación de los ganglios linfáticos a través del canal bronquial.

El crecimiento excesivo del chancro y la infiltración en la luz del bronquio conduce a la formación de caries, una condición conocida como un cambio importante en la enfermedad.

3.2.2.4.1.3 Complicaciones sistémicas

Tal como señala Solari (2009) el crecimiento y desarrollo temprano de los bacilos permite que los gérmenes se propaguen más ampliamente. Este método produce llagas del tamaño de semillas pequeñas en diferentes grupos, lo que forma una tuberculosis llamada miliar (memoria de memoria) o granulia.

Una de estas lesiones malignas es la cerebro-meníngea, sin duda la forma más peligrosa de tuberculosis. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la afectación cerebro-meníngea puede ocurrir de una manera diferente a la circulación de la sangre.

Otras complicaciones que ocurren con frecuencia son la tuberculosis espinal (enfermedad de Pott) y la tuberculosis. La tuberculosis o las infecciones de primos ocurren en personas que nunca han tenido tuberculosis. La enfermedad comienza a cualquier edad, pero es más común en los niños.

En cambio, esto depende de la cantidad de fuente de transmisión en el área. Cuanto más grave es la enfermedad, mayor es el riesgo de contraerla. En tales casos, es más probable que la tuberculosis ocurra en la adolescencia. Cuando la enfermedad es leve, la enfermedad se desarrolla en la edad adulta.

3.2.2.4.2 Tuberculosis de tipo "adulto"

Tal como sostienen Boldú, Cebollero, Abú, & Prado (2007) los bacilos peligrosos viven durante muchos años en los pulmones y los pulmones. Como resultado, el receptor puede desarrollar tuberculosis de los pulmones o de los pulmones a una edad temprana.

Las arterias extrapulmonares que se encuentran en los ancianos suelen estar inactivas durante muchos años debido a la estructura bacilar de la fase bacilar de la primera infección. La tuberculosis "adulto" es sin duda el tipo de parásito que tiende a mostrar la cantidad de fármaco y que describe, especialmente cuando se trata de tuberculosis.

Por el contrario, Tal como señala Solari (2009) el virus primo es controlado con mayor frecuencia por el virus, más del 95%. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la tuberculosis se encuentra en adolescentes e incluso en niños que ya estaban infectados. En la tuberculosis "adulto" se distingue lo siguiente: tuberculosis, tuberculosis por fuerte repetición y tuberculosis por recidiva.

3.2.2.4.3 Tuberculosis Post-primaria

Tal como señala Solari (2009) este tipo de tuberculosis se define como aquellas que se encuentran en los primeros cinco años tras un diagnóstico previo. Existen estudios clínicos que han demostrado que, durante este

período, mayor es el riesgo de desarrollar TB 5 tras el primer contacto con el bacilo.

Además, en el primer año hay muchos casos, que se reducen al quinto año; el riesgo de enfermedad persiste, aunque parcialmente, por el resto de la vida de un primo VIH positivo.

3.2.2.5 Reinfeción endógena

Este tipo de tuberculosis se desarrolla a expensas de la reactivación de un foco latente, formado muchos años atrás en el curso de una siembra ocurrida en la etapa de bacilemia de la tuberculosis primaria.

3.2.2.6 Infección exógena

La tuberculosis por reinfeción del virus puede transmitirse a una persona que ha sido infectada con el virus, quien, si se contra nuevamente, puede desarrollar tuberculosis "adulta". El desarrollo de diferentes tipos de tuberculosis "adulta" depende en gran medida de la propagación de las fuentes de la enfermedad.

En áreas infectadas con el virus, la mayoría de los tipos de tuberculosis son tuberculosis. Por otro lado, en áreas con tuberculosis, la tuberculosis que causa infecciones recurrentes es más común. Los diversos tipos de tuberculosis "tuberculosis" no solo se conocen en el hospital, sino que también muestran radiación.

Mediante un examen cuidadoso del torrente sanguíneo se puede establecer, con certeza, la forma que otro paciente proporciona. En la actualidad, los estudios de investigación recientes ayudan a diferenciar si las causas de la enfermedad son las mismas que las causas de las enfermedades infecciosas o si son la causa de un nuevo problema.

3.2.2.7 Tipos de tuberculosis

3.2.2.7.1 Tuberculosis pulmonar

La tuberculosis es muy común, pero puede manifestarse en cualquier organismo. La imagen médica es engañosa y engañosa. Esto agrava la enfermedad.

Tal como señalan Ramírez, Menéndez, & Asensio (2015) el síndrome de impregnación bacilar se caracteriza por síntomas como astenia, adinamia, hiporexia, pérdida de peso, fiebre vespertina y sudores nocturnos asociados con síntomas respiratorios.

Aunque al paciente se le diagnostica disnea, dolor torácico, hemoptisis, la tos es el síntoma pulmonar más común; la primera etapa puede ser seca y si la enfermedad desaparece se vuelve fructífera, con expectoración mucosa, mucopurulenta o hemoptoica. Es importante monitorear y hacer un frotis de microscopía en todas las pacientes con asma y esperar más de dos semanas de menopausia (síntomas respiratorios), especialmente si se asocia con fiebre y pérdida de peso.

En aproximadamente el 20% de los casos, los síntomas legales son el resultado de la enfermedad.

3.2.2.7.2 Tuberculosis extrapulmonar

La tuberculosis extrapulmonar se define, utilizando los criterios de clasificación de (Organización Mundial de la Salud, 2018), la cual define como aquella Enfermedad causada por *Mycobacterium tuberculosis*, que afecta los tejidos y órganos fuera del parénquima pulmonar. Cerca de 25% de los casos de tuberculosis son de este tipo.

Cuatro variables diferencian la localización extrapulmonar, de la tuberculosis pulmonar:

- La etiopatogenia y la epidemiología son diferentes en la forma de los pulmones.
- Es mucho más pequeño que la forma de los pulmones.

- Es mucho más difícil de detectar a través de la forma de los pulmones.
- No contagioso como forma pulmonar.

La úlcera gástrica o péptica también es una enfermedad en las primeras etapas de la enfermedad, mientras que los bacilos, que conducen a la producción de sangre, se pueden encontrar en la parte superior de los pulmones, la pleura, las meninges, los huesos de la diáfisis y los ganglios largos, pero no en los órganos. han sido heridos desde la siembra temprana.

Además, después de muchos años, los bacilos que tienen un receptor interno, por razones que no están bien definidas, muestran una recurrencia de uno o más de estos órganos.

3.2.2.7.3 Tuberculosis pleural

La pleuresía tuberculosa es el resultado de la inflamación de los pulmones (pleura) causada por la presencia de bacterias *Mycobacterium* que afectan los pulmones.

Este tipo de tuberculosis causa congestión en los pulmones que causa dolor y fiebre, causa dificultad para respirar y puede conducir a una debilidad pulmonar temporal.

3.2.2.7.4 Tuberculosis ganglionar

La tuberculosis se caracteriza por la presencia de la bacteria *Mycobacterium*, llamada bacilo de Koch, que afecta los ganglios linfáticos del cuello, el pecho, las axilas o la ingle y el tracto gastrointestinal frecuente.

Este tipo de tuberculosis es más frecuente en comorbilidad con VIH/SIDA.

3.2.2.7.5 Tuberculosis renal

Tal como señalan Ramírez, Menéndez, & Asensio (2015) la tuberculosis es una enfermedad muy contagiosa, causada principalmente por la bacteria *Mycobacterium*. Puede afectar a ambos riñones, provocar insuficiencia renal e incluso la muerte del paciente.

Proviene de los pulmones y se encuentran en muchos pacientes con tuberculosis. *Mycobacterium* llega a los riñones a través de la sangre, a través de los intestinos y hacia las arterias linfáticas. La tuberculosis es una forma secundaria de enfermedad pulmonar.

Las primeras áreas de tuberculosis son los riñones, el epidídimo y la próstata. Sin embargo, todos los órganos reproductores pueden verse afectados.

3.2.2.7.6 Tuberculosis del sistema nervioso central

Tal como señalan Ramírez, Menéndez, & Asensio (2015) la tuberculosis puede afectar el cerebro, la médula espinal, los nervios, la médula espinal, la médula espinal y la médula espinal. La tuberculosis puede afectar el SNC de diversas formas y causar meningitis, meningitis serosa, tuberculosis y tumores cerebrales.

La enfermedad meníngea representa del 4 al 17% de las enfermedades pulmonares, lo que resulta en aproximadamente uno de los casos de cáncer de pulmón no tratado relacionado con el amor miliar en el 40%.

El hábito de mostrar tuberculosis meníngea, con un patrón de semanas a meses, puede no ser peligroso. La tuberculosis comienza en los pulmones y las bacterias llegan a los nervios a través del torrente sanguíneo y rara vez se encuentran.

3.2.2.7.7 Tuberculosis abdominal

La tuberculosis puede afectar el cerebro, la médula espinal, los nervios, la médula espinal, la médula espinal y la médula espinal. La tuberculosis puede afectar el SNC de diversas formas y causar meningitis, meningitis serosa, tuberculosis y tumores cerebrales.

La enfermedad meníngea representa del 4 al 17% de las enfermedades pulmonares, lo que lleva a casi uno de los cánceres pulmonares no pulmonares más comunes relacionados con el amor miliar en el 40%.

3.2.2.7.8 Pericarditis tuberculosa

Incluso este tipo de tuberculosis es menos del 10% de la tuberculosis que se presenta fuera del cuerpo y se encuentra en órganos adyacentes como la pleura, los pulmones o los ganglios linfáticos.

Manifestaciones médicas que resultan de un infarto, por lo que un cuadro médico muestra dolor y disnea y, en algunos casos, síntomas de enfermedad cardíaca.

3.2.2.7.9 Tuberculosis hematógena

Este tipo de tuberculosis se encuentra en bebés o en adultos que tienen antecedentes de infección por VIH al establecer una defensa contra el sistema inmunológico, el cual, a su vez, invade muchos otros pulmones, pero es especialmente útil, mostrando evidencia.

Tal como señala Lozano (2002) debido a una serie de complicaciones, manifestaciones médicas y proteínas, el trasplante de órganos y las complicaciones más graves del paciente. Los síntomas pueden incluir hinchazón y fiebre prolongada o deterioro de la fiebre, disnea, sepsis, meningitis y dolor intenso.

3.2.2.8 Diagnóstico de la tuberculosis

El diagnóstico de este problema de salud pública debe de hacerse de forma precoz y segura ya que depende ello el inicio del tratamiento.

Tal como señala Lozano (2002) el diagnóstico de tuberculosis se basa en el historial médico, los síntomas, las pruebas de tuberculosis, la radiografía de tórax, la microscopía y la naturaleza del agente.

Sin embargo, su sensibilidad y especificidad son bajas o no ambas, lo que agrava la tuberculosis. Esto es especialmente cierto cuando está en contacto con un paciente paucibacilar o un paciente con latencia tuberculosa.

En los últimos años se han avanzado estudios respecto a su diagnóstico, de ese modo la tuberculosis puede diagnosticarse sea esta una infección (tuberculosis latente o primoinfección) o la misma enfermedad (tuberculosis secundaria) o sea cuando esta ha desarrollado la sintomatología.

3.2.2.8.1 Diagnóstico de infección o primo infección tuberculosa

Tal como señalan Ramírez, Menéndez, & Asensio (2015) para este diagnóstico hay dos métodos: la prueba de tuberculina y la liberación de interferón-gamma (*interferón-y release assays o IGRA*).

La prueba de la tuberculina revela un estado del cuerpo altamente susceptible con la proteína del bacilo de la tuberculosis que se encuentra, en la mayoría de los casos, en tuberculosis, incluso si puede ser desencadenada por la vacuna BCG o por micobacterias naturales. Se inyectan 0,1 CC de 29 pruebas de tuberculina en el dorso o dorso de la mano derecha, puede ocurrir en otra zona de la piel.

La tuberculina da lugar a una reacción inflamatoria con una importante infiltración celular de la dermis que produce una induración visible y palpable en la zona, pudiéndose acompañar de edema, eritema y, en raras ocasiones, vesiculación, necrosis y linfadenitis regional. La positividad aparece entre 2 y 12 semanas después de la infección.

El resultado se expresa a las 48 o 72 horas de la inoculación; en milímetros de induración y un diámetro ≥ 5 mm se considera positivo. La PT debe limitarse a los niños e inmunodeficientes con sospecha de enfermedad TB, así como para el diagnóstico de infección en sujetos inmunodeprimidos, convivientes íntimos de enfermos con TB y personal sanitario para detectar a los convertidores recientes.

La IGRA que hoy en día es más utilizada en otros países, utilizan como medio la prueba de ELISA que medirá el interferón gamma liberado en la sangre del

sujeto a estudio en el momento de ser expuesto a antígenos específicos de *Mycobacterium tuberculosis*.

Si en el suceso mencionado el suero pertenece a un paciente previamente infectado por la tuberculosis, los linfocitos T de memoria responden a esta estimulación antigénica y liberan interferón gamma. Si el resultado es superior a 0,35 se considera positivo, y si es inferior se considera negativo.

Tal como señalan Ramírez, Menéndez, & Asensio (2015) en pacientes en los que interese mucho descartar infección tuberculosa, se debe realizar primero una de estas pruebas (PT o IGRA) y si es negativa recurrir a la otra. Si cualquiera de estas dos pruebas es positivo se acepta el diagnóstico.

3.2.2.8.2 Diagnóstico de la enfermedad tuberculosis

El diagnóstico de la tuberculosis sigue recayendo en la sospecha clínica, la radiología y las pruebas microbiológicas, en los últimos años, sucedió sobre todo la aparición de técnicas moleculares rápidas. Frente a la sospecha clínica, debemos tener en cuenta la poca especificidad de los síntomas y signos de tuberculosis, ya que son parecidas a otras enfermedades respiratorias.

3.2.2.9 Exámenes auxiliares

Así el diagnóstico de la tuberculosis se debe acompañar de un conjunto de exámenes auxiliares frente a la sospecha clínica.

Exámenes auxiliares que a continuación se señalan:

3.2.2.9.1 Radiografía de tórax

La radiografía como primer instrumento a pesar de ser una técnica muy sensible, la radiografía simple no es tan específica y no hay ningún signo radiológico patognomónico de tuberculosis.

Por lo tanto, aunque existan lesiones radiológicas altamente sugestivas de tuberculosis en un contexto clínico y epidemiológico favorable, nunca se debe admitir el diagnóstico de la enfermedad solo por los datos radiológicos dada

su sensibilidad, la radiología de tórax sigue siendo una buena técnica para descartar tuberculosis, de forma que, si un paciente inmunocompetente tiene una radiografía normal, es prácticamente seguro que no tendrá una tuberculosis pulmonar.

3.2.2.9.2 Diagnóstico microbiológico:

Tal como señala Dombret (2017) el único diagnóstico de certeza de tuberculosis es el aislamiento de *M. tuberculosis* en una muestra del enfermo, bien por cultivo o por una técnica molecular.

Por ello, se deben realizar todos los esfuerzos posibles para poder obtener muestras válidas que sean analizadas para baciloscopia, cultivo y técnicas moleculares. De esta forma, el diagnóstico microbiológico de la TB comprende cuatro etapas sucesivas.

3.2.2.9.2.1 Baciloscopia

Es el método diagnóstico de inicio ante la sospecha de tuberculosis y consiste en la visión al microscopio de la muestra de esputo y de otras muestras extrapulmonares debe ser procesada por el método de ZiehlNeelsen.

En esta etapa el Establecimiento de salud solicita al sintomático respiratorio que deje muestras de esputo (flema de por lo menos 5ml), el primer frasco el día que acude al Centro de salud, el segundo frasco al día siguiente y el último frasco antes de retirarse del Centro de salud cuando entrega el segundo frasco. En caso de riesgo de no acudir por segunda vez, se tomarán las dos últimas muestras el mismo día con un intervalo de 30 minutos.

3.2.2.10 Tratamiento de la tuberculosis

3.2.2.10.1 Signos y síntomas

La clínica de la tuberculosis pulmonar es inespecífica, los signos y síntomas dependen de la localización y aparecen de forma tardía, en ocasiones cuando el enfermo ya es contagioso. La tuberculosis pulmonar debe sospecharse

cuando el enfermo presente un síndrome febril de origen desconocido o tos y expectoración por más de 15 días semanas de duración, a veces es hemoptoica, sudoración nocturna, mareos momentáneos, escalofríos y pérdida de peso.

3.2.2.11 Medidas de prevención

Son Medidas Preventivas todas aquellas que sirvan para proteger eficazmente la vida y salud de los trabajadores.

3.2.2.12 Niveles de prevención

El desarrollo de la enfermedad, constituye un proceso dinámico que está condicionado por múltiples factores que influyen sobre el individuo y su estado de salud.

Por ello cuanto antes se apliquen las medidas de intervención, mejor puede ser el resultado en la prevención de la enfermedad o de sus secuelas. La enfermedad y su historia natural es el resultado de un proceso dinámico en el que sus agentes causales y sus factores de riesgo interaccionan con el huésped, en ella se pueden distinguir tres periodos: pre patogénico, patogénico y resultado.

3.2.2.12.1 Nivel primario

La prevención primaria tiene como objetivo evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante medidas de control de los agentes causales o factores de riesgo.

3.2.2.12.2 Nivel secundario

Son intervenciones que se realizan para la detección y diagnóstico precoz frente a las enfermedades antes que se desarrollen por completo y tienen como objetivo principal reducir la prevalencia.

3.2.2.12.3 Nivel terciario

Comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y rehabilitación de una enfermedad con el fin de ralentizar su progresión y la aparición de complicaciones.

3.2.2.13 Medidas de prevención de la tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa que es considerada un factor de riesgo no solo para el personal sanitario sino también para los estudiantes que acuden a diferentes establecimientos de salud con el fin de realizar sus prácticas pre profesionales por ello existen medidas de prevención las cuales vienen a ser acciones realizadas por el personal de salud ya sea trabajador o estudiante con el fin de reducir el riesgo de infección por tuberculosis pulmonar.

Tal como señala Dombret (2017) estas medidas de prevención pueden ser generales o personales tales como los hábitos de alimentación, sueño y descanso, y el control médico los cuales permiten mantener de manera adecuada el estado de salud de una persona, también existen las medidas de prevención específicas las cuales vienen a ser las medidas de protección respiratorias la cual impide la inhalación de gotitas infecciosas de tuberculosis pulmonar, todas estas medidas preventivas se encuentran en el nivel de prevención primario.

3.2.2.14 Dimensión de medidas de prevención generales

Los alimentos y su valor nutricional proporcionan la energía y los nutrientes que un cuerpo necesita para funcionar correctamente y realizar sus actividades diarias. Nadie puede vivir sin alimentos y la falta de nutrientes genera diversos problemas de salud.

Por esta razón, cuando se lleva una dieta equilibrada, casi todos los órganos y sistemas del cuerpo pueden sufrir una mala postura y funcionamiento, que

en los pulmones son causados por una disminución de la fuerza y la fuerza de los músculos respiratorios.

También reduce la resistencia a las enfermedades porque la falta de proteínas en la dieta aumenta el riesgo de infección y tuberculosis.

3.2.2.14.1 Medidas de control para la prevención de la transmisión de la tuberculosis

Según la Organización Mundial de la Salud (2019) han desarrollado, en las últimas dos décadas, diversas guías para la prevención de la transmisión de la tuberculosis en establecimientos de salud, de ellas, se han podido establecer las siguientes medidas de control:

Medidas de control administrativo, medidas de control ambiental y medidas de protección respiratoria personal. Pero también establece como medida de prevención el establecimiento de estrategias en lugares en donde se conglomeran numerosas personas como en este caso son las instituciones educativas.

Por ende, las universidades a través de sus programas de bienestar social tienen también la obligación de desarrollar actividades educativas tendientes a promover la prevención de la enfermedad antes mencionada, entre ellas destaca el control médico anual que se establece como requisito para la matrícula y la radiografía de tórax.

3.2.2.14.2 Medidas de control administrativo

Las medidas de control administrativo son medidas de gestión que buscan reducir el riesgo de transmisión de la tuberculosis al disminuir la exposición del trabajador de salud y de las personas con tuberculosis a través del diagnóstico temprano, aislamiento o separación inmediata de pacientes con sospecha de tuberculosis y la implementación inmediata de un tratamiento antituberculoso adecuado.

3.2.2.14.3 Medidas de control ambiental

Las medidas de control ambiental tienen por objetivo reducir la concentración de núcleos de gotitas infecciosas y controlar la dirección y el flujo del aire. Se basan en lo siguiente: 1) la ventilación natural o mecánica, que puede ser complementada con; 2) filtros (medios de alta eficiencia de filtración de partículas en el aire); y/o, 3) luz ultravioleta germicida.

Tal como señala Dombret (2017) la ventilación se usa con el fin de lograr la dilución e intercambio del aire de una zona específica, controlando así la dirección del flujo de aire en una habitación o dentro del establecimiento de salud. Este proceso reduce la concentración de la tuberculosis en el aire y la probabilidad de infección en el personal de salud y pacientes.

Maximizar la ventilación natural a través de la apertura de ventanas o mediante la ventilación mecánica que favorece la generación de presión negativa en el lugar de aislamiento y métodos adicionales como la filtración de aire.

Por otra parte, los rayos ultravioletas del sol son germicidas para la tuberculosis, por lo que preferentemente mantendrá la persiana levantada. Su mecanismo de desinfección se basa en un fenómeno físico por el cual las ondas cortas de la radiación ultravioleta inciden sobre el material genético (ADN) de los microorganismos y los virus.

3.2.2.14.4 Medidas de protección respiratoria

La protección respiratoria (el uso de las vías respiratorias) es una forma de autodefensa, es el último recurso para un sistema inmunológico saludable.

El enfoque está en colaboración con los existentes y tiene como objetivo proteger al personal médico en áreas donde los microbios no pueden reducirse mediante la gestión y la gestión ambiental.

Tal como señala Arias & Herrera (2016) los respiradores están diseñados para proteger al personal, de la inhalación de gotitas infecciosas; para este fin disponen de un filtro que brinda, de acuerdo con el tipo y fabricante, diferentes

niveles de eficiencia de filtración. En general, los respiradores N95 son los adecuados para proteger a los trabajadores de la exposición al M. tuberculosis.

Adicionalmente, hay que tener en cuenta que para que el sistema inmunológico funcione correctamente, el ventilador debe estar alineado con el rostro de la persona para evitar daños, ya que esto puede conducir al desarrollo de la enfermedad.

Con el fin de hacer un mejor uso de este respirador, se realizaron una serie de las llamadas pruebas apropiadas, que confirmaron que el respirador realmente estaba protegiendo al usuario. Al usar esta prueba, confirmamos que el tamaño del respirador es proporcional al tamaño de la cara del usuario, que su cara es adecuada y que no hay salida.

Un estudio del (Dirección General de Epidemiología, 2018) muestra que la protección respiratoria obtenida usando el sistema respiratorio N-95, en la prueba correcta, es del 96% y, cuando se usa sin las pruebas adecuadas, la seguridad se reduce al 70%. Por tanto, es importante implementar estas pruebas en todos los establecimientos sanitarios que utilicen la máquina.

Uno de los principales problemas con el uso de respiradores es la incomodidad y las complicaciones que pueden presentar los proveedores de atención médica. Otro problema es la sincronización del uso del aparato respiratorio y su reemplazo.

Se requiere equipo respiratorio para todos los trabajadores de la salud que permanezcan, por cualquier motivo, en áreas de alto riesgo, incluidos los limpiadores, el personal de equipos, otros pacientes y sus familias.

3.3 Identificación de las variables

3.3.1 Variable independiente

Adherencia al tratamiento

3.3.1.1 Definición conceptual

Es el grado en que los antecedentes del paciente, influyen en el cumplimiento de la toma de los medicamentos terapéutico y que coinciden con el tratamiento prescrito según lo indicado.

3.3.1.2 Dimensiones

- Comportamental
- Implicaciones personales
- Vinculo

3.3.2 *Variable dependiente*

Medidas de prevención

3.3.2.1 Definición conceptual

Es el conjunto de medidas necesarias para evitar el desarrollo o progreso de enfermedades. Prevención significa acción y efecto de prevenir. Se refiere a la preparación con la que se busca evitar, de manera anticipada, un riesgo, un evento desfavorable o un acontecimiento dañoso. Pueden prevenirse enfermedades, accidentes, delitos, etc.

3.3.2.2 Dimensiones

- Medidas preventivas personales
- Medidas preventivas administrativas
- Medidas preventivas de ambiente

IV METODOLOGÍA

4.1 Tipo y nivel de investigación

4.1.1 Tipo

La investigación es de tipo esencial o básico, la cual, tal como señala Baena (2014) “por finalidad contribuir al acrecentamiento del conocimiento teórico que sirva para la resolución problemas de relevancia social” (pág. 18) De esta manera, la presente investigación busca encontrar respuestas sobre los conocimientos o actitudes personales mediante una recolección de datos a través de un instrumento estructurado.

Por otra parte, el enfoque de la investigación es cualitativa ya que, tal como señala Baena (2014) este enfoque se basa en el uso de instrumentos como los cuestionarios.

4.1.2 Nivel de investigación

La investigación corresponde al nivel relacional, la cual, tal como señala Hernández (2018) “este nivel de investigación es bivariado y busca establecer relaciones o asociaciones entre variables, una de investigación y otra de supervisión” (pág. 21)

Por tanto, la presente investigación es relacional o correlacional, debido a que se busca establecer la relación entre dos variables a través de la medición de ambos, a fin de observar cambios concomitantes en sus valores. De esta forma, se busca establecer y evaluar la relación estadística entre ellas sin influencia de ninguna variable extraña.

4.2 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación fue no experimental de corte trasversal, siendo que este tipo de diseño “se caracteriza por no buscar una modificación deliberada en la variable de estudio, por tanto, el investigador se limita a observar la realidad que se le presenta” (Muñoz, 215, pág. 16)

Por tanto, la presente investigación contempla un diseño no experimental ya que busca indagar la incidencia y valores en que se manifiesta la variable de investigación sin ejercer una modificación deliberada en la variable bajo estudio.

Respecto a los estudios transversales sirven para recopilar y también explicar datos en momentos específicos:

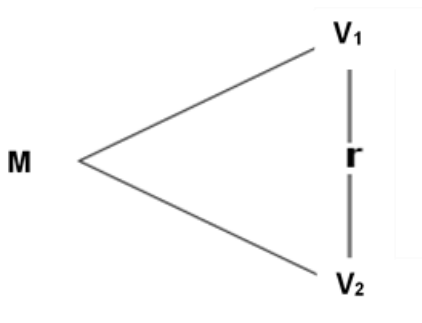


Figura 2. Diseño de investigación

Fuente: (Hernández, 2018, pág. 45)

El siguiente esquema presenta:

Donde:

- M** : Muestra
- V1** : Adherencia al tratamiento
- V2** : Medidas de prevención
- r** : Coeficiente de relación de las dos variables

4.3 Operacionalización de variables

Para la presente investigación se han operacionalizado tanto la variable independiente como la variable dependiente:

Variable	Definición conceptual de variable	Definición operacional de la variable	Dimensiones	Indicadores	Escalas de medida	Instrumento
Adherencia al tratamiento	Es el Grado en que los antecedentes del paciente, influyen en el cumplimiento de la toma de los medicamentos terapéutico y que coinciden con el tratamiento prescrito según lo indicado.	La Percepción del paciente respecto a su cumplimiento del tratamiento farmacológico	Comportamental	Toma los medicamentos en el horario correspondiente. Cumple la dosis de los medicamentos indicados. Cumple las indicaciones de la dieta correcta. Acude a sus consultas de seguimiento de su tratamiento. Hace los ejercicios físicos indicados por su doctor.	PUNTOS SI: 3 AVECES: 2 NO: 1 NUNCA: 0 Bueno: 45 - 60	Cuestionario
			Implicaciones personales	Cambia el orden de horarios a la medicación. Realiza el tratamiento sin ningún esfuerzo. Usa recordatorios	Regular: 29- 44 Malo: 12 - 28	

				que facilitan su tratamiento.		
			Vinculo	Usted y su doctor analizan como se debe cumplir el tratamiento. Firma su consentimiento informado acerca del tratamiento que está recibiendo.		

Variables	Definición conceptual de variables	Definición operacional de variables	Dimensiones	Indicadores	Escalas de medida	Instrumento
Medidas de prevención	<p>Es el conjunto de medidas necesarias para evitar el desarrollo o progreso de enfermedades. Prevención significa acción y efecto de prevenir. Se refiere a la preparación con la que se busca evitar, de manera anticipada, un riesgo, un evento desfavorable o un acontecimiento dañoso. Pueden prevenirse enfermedades, accidentes, delitos, etc.</p>	<p>Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (OMS, 1998).</p>	<p>Medidas preventivas personales</p> <p>Medidas preventivas administrativas</p> <p>Medidas preventivas de ambiente</p>	<p>Cumple en su debido momento el lavado de manos. Usa equipos de protección personal. Cumple con su alimentación que corresponde. Realiza la limpieza de hogar correcto. Evita contacto infeccioso. Cumple su función el personal de salud con educar capacitar y aconsejar. Utilizan afiches y letreros. Realizan su desinfección correcta. Cuenta con ventilación e iluminación En su hogar conviven un mayor número de habitantes En su hogar conviven un menor número de habitantes. Utilizan medidas preventivas (lavado de manos alcohol, desinfectante mascarilla).</p>	<p>PUNTOS SI: 3 AVECES: 2 NO: 1 NUNCA: 0</p> <p>Bueno: 52 - 70</p> <p>Regular: 34 - 51</p> <p>Malo: 14 - 33</p>	<p>Cuestionario</p>

4.4 Hipótesis general y específicos

4.4.1 Hipótesis general

Cuáles son las características de la adherencia al tratamiento y medidas de prevención de la tuberculosis en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguíña, periodo 2020.

4.4.2 Hipótesis específicas

- La adherencia al tratamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento en adultos que acuden al centro de salud la Tinguíña 2020, es alta.
- La adherencia al tratamiento relacionada con implicaciones personales en adultos que acuden al centro de salud la Tinguíña, periodo 2020, es alta.
- Las medidas preventivas personales adoptadas en adultos que acuden al centro de salud la Tinguíña, periodo 2020, es alta.
- Las medidas preventivas administrativas en adultos que acuden al centro de salud la Tinguíña, periodo 2020, es alta.

4.5 Población y muestra

4.5.1 Población

Según Ñaupas, Mejía, Novoa, & Villagómez (2013) “la población es el conjunto de unidades de observación que guardan relación entre sí bajo un criterio determinado. De esta manera pueden ser determinadas o indeterminadas” (pág. 19)

La presente investigación contempla una población de 23 pacientes afectadas

con tuberculosis en el centro de salud la Tinguña, periodo 2020.

4.5.2 Muestra

En cuanto al muestreo se empleó un método de muestreo no probabilístico, específicamente el método censal, el cual consiste en tomar la totalidad de las unidades de observación que conforman la población como la muestra de estudio. Para esta investigación, entonces, se tomará la totalidad de 23 pacientes afectados con tuberculosis.

4.6 Técnicas e instrumentos: Validación y Confiabilidad

4.6.1 Técnica

La técnica empleada fue la encuesta, la cual se suministró a los 23 pacientes afectados con tuberculosis. La técnica de la encuesta, tal como señalan los autores Ñaupas, Mejía, Novoa, & Villagómez (2013) “la técnica de la encuesta consiste en el suministro de preguntas estructuradas a la muestra de estudio con la finalidad de conocer la variable”. (pág. 25)

4.6.1.1 Cuestionario

El instrumento que se empleó fueron dos cuestionarios los cuales fueron suministrados de manera digital a los 23 pacientes afectados con tuberculosis. Por otra parte, estos cuestionarios fueron elaborados para medir tanto la variable dependiente como la independiente, bajo una estructura de medición Escala de Likert.

Tal como señala Díaz (2014) al mostrar que este método fue probado por varias enfermedades, fue desarrollado por primera vez por Morisky, Green y Levine

para probar la adherencia al fármaco en pacientes con hipertensión (HT). Desde que se inició el ensayo, se ha utilizado para monitorear el cumplimiento de una variedad de enfermedades.

Tal como señalan Ortega, Sánchez, Rodríguez, & Ortega (2018) consiste en una serie de 4 preguntas diferentes con una respuesta que muestra cómo se siente el paciente sobre el seguimiento. Están diseñados para medir la actitud correcta hacia el tratamiento de su enfermedad, asumiendo que, si la opinión es incorrecta, el paciente se derrumbará. Tiene el potencial de proporcionar información sobre las causas del incumplimiento.

Con la finalidad de recabar los datos para el procesamiento se empleará el Test de Morisky-Green el mismo que está estructurado de la siguiente forma:

Tabla 1. Estructura del cuestionario Morisky-Green

Cuestionario de Morisky-Green	
1	¿Se alguna vez de tomar el medicamento?
2	¿Toma la medicación a la hora indicada?
3	Cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomar la medicación?
4	Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación?

Fuente: (Nogués, Sorli, & Villar, 2007, pág. 16)

4.6.1.2 Validez y confiabilidad

La validez de contenido de los cuestionarios fue extraída de un análisis meticuloso de la literatura sobre el tema, asimismo, se procedió al acatamiento de los principios de redacción de los ítems, así como la satisfacción de las condiciones de relevancia, claridad, precisión y coherencia, siendo evaluado por tres jueces expertos en el tema.

Por otra parte, la confiabilidad o fiabilidad se extrajo mediante el cálculo Coeficiente Alfa de Cronbach con lo cual se determinó que el instrumento era confiable.

4.7 Recolección de datos

El proceso de datos se hará de forma automatizada con la utilización de medios informáticos. Para ello se utilizarán: El soporte informático SPSS 20 edición, paquete con recursos para el análisis descriptivo de las variables y para el cálculo de medidas inferenciales. Asimismo, se empleó el software Excel, aplicación de Microsoft Office, que se caracteriza por sus potentes recursos gráficos y funciones específicas que facilitan el ordenamiento de datos.

4.8 Técnicas de análisis e interpretación de datos

4.8.1 Técnica de análisis

Se recogerá la información de todos los cuestionarios con la finalidad de elaborar la base de datos en Microsoft Excel y SPSS 26.0 para proceder a realizar el análisis, empleándose para ello las técnicas de la estadística descriptiva como técnicas propias del análisis inferencial con prueba de hipótesis.

4.8.2 Interpretación de datos

En base al estudio de nuestras variables dentro del estudio se utilizará el método de chi cuadrado a fin de determinar una relación entre las variables que tienen como características ser del tipo cualitativas planteadas en el estudio.

V RESULTADOS

5.1 Resultados descriptivos

5.1.1 Variable independiente: Adherencia al tratamiento

Pregunta 1: ¿Toma los medicamentos en el horario correspondiente?

Tabla 2. Distribución según toma de medicamentos en el horario correspondiente

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	5	22%
No	7	30%
A veces	7	30%
Sí	4	17%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

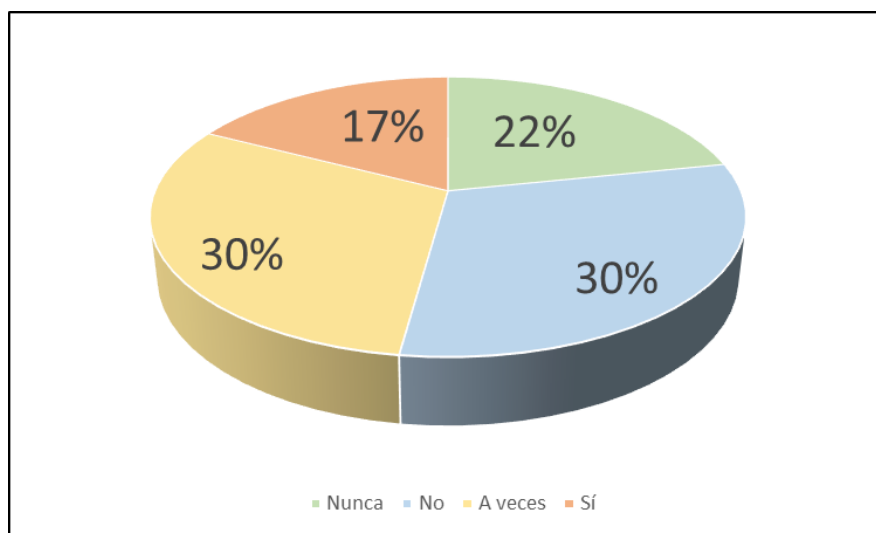


Figura 3. Distribución según toma de medicamentos

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Tabla N° 2 y Figura N° 3, se puede observar que, en cuanto a la pregunta sobre la toma de medicamentos, un sector conformado por 7 encuestados ha señalado que “no” toma sus medicamentos en el horario correspondiente, lo que supone un 30% de la muestra, mientras que otro sector equivalente ha señalado que nunca lo realiza. Finalmente, un sector minoritario conformado por 4 encuestados señala que “sí” los consume en el horario señalado, lo que representa un 17% de la distribución.

Pregunta 2: ¿Cumple la dosis de los medicamentos indicados?

Tabla 3. Distribución según cumplimiento de dosis.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	5	22%
No	3	13%
A veces	6	26%
Sí	9	39%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

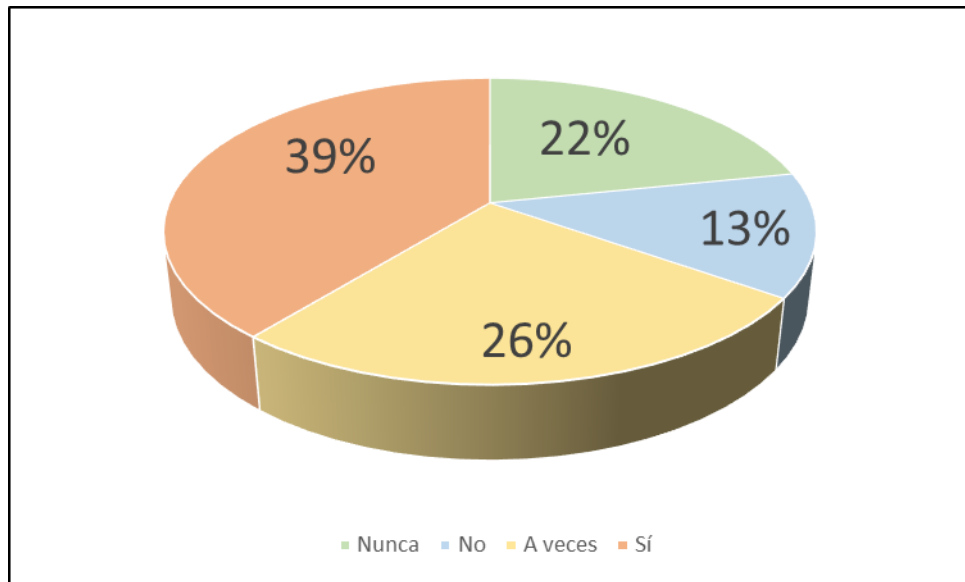


Figura 4. Distribución según cumplimiento de dosis.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTRPRETACIÓN:

De la Tabla N° 3 y Figura N°4, se puede observar que, en cuanto a la pregunta sobre si se cumple con la dosis prescrita, un sector conformado por 9 encuestados ha señalado que “sí” cumple con la dosis prescrita, lo que representa un 39% de la muestra. Por otra parte, un sector conformado por 6 encuestados ha señalado que “a veces” toma la dosis señalada, lo que representa el 26% de la muestra, mientras que un sector minoritario conformado por 3 encuestados señala que “no” consume la dosis prescrita por el médico, lo que representa el 13% de la muestra.

Pregunta 3: ¿Cumple las indicaciones de la dieta correcta?

Tabla 4. Distribución según indicaciones de dieta adecuada.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	4	17%
No	8	35%
A veces	4	17%
Sí	7	30%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

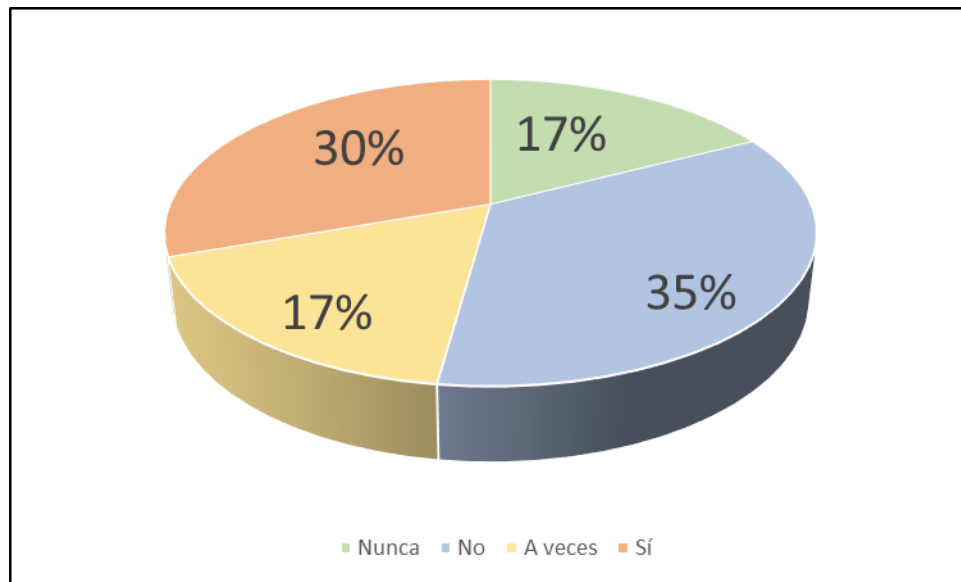


Figura 5. Distribución según indicaciones de dieta adecuada.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Tabla N° 4 y Figura N° 5, se puede observar que, en cuanto a la pregunta sobre si se cumplen con las indicaciones de la dieta correcta, un sector conformado por 8 encuestados ha señalado no cumplir con las indicaciones, lo que representa el 35% de la distribución. Por otra parte, un sector conformado por 7 personas ha señalado sí cumplir con las indicaciones, arrojando un 30% de valor porcentual. Finalmente, un sector minoritario integrado por 4 personas ha señalado nunca cumplir con las indicaciones de dieta adecuada, lo que supone un 17% de la distribución total.

Pregunta 4: ¿Acude a sus consultas de seguimiento de su tratamiento?

Tabla 5. Distribución según seguimiento de consultas.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	11	48%
No	4	17%
A veces	5	22%
Sí	3	13%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

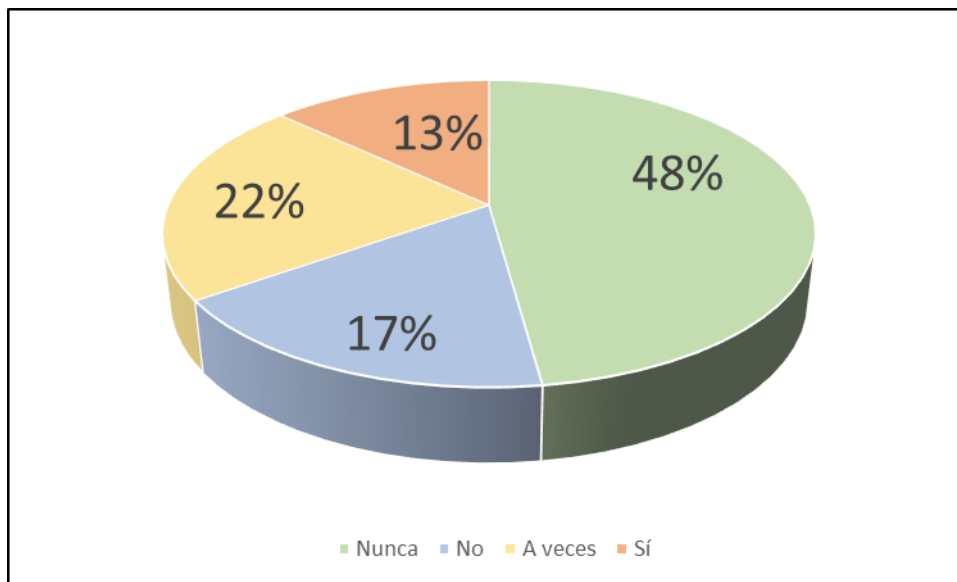


Figura 6. Distribución según seguimiento de consultas.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Tabla N° 5 y Figura N° 6, se puede observar que, en cuanto a la pregunta sobre el seguimiento del tratamiento, un sector mayoritario, conformado por 11 encuestados ha señalado no acudir nunca a las consultas de seguimiento, lo que supone el 48% de la muestra de estudio. Por otra parte, un sector conformado por 5 encuestados ha señalado acudir a veces, representando el 22% de la muestra. Finalmente, un sector minoritario conformado por 3 encuestados, ha señalado sí acudir a sus consultas de seguimiento, lo que representa el 13% de la muestra.

Pregunta 5: ¿Hace los ejercicios físicos indicados por su doctor?

Tabla 6. Distribución según realización de ejercicios físicos prescritos.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	2	9%
No	3	13%
A veces	5	22%
Sí	13	57%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

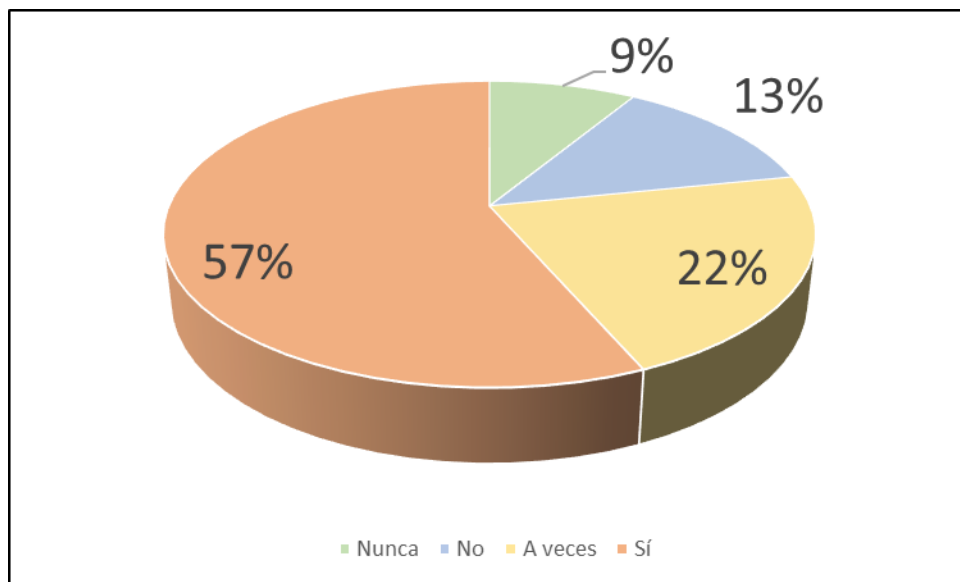


Figura 7. Distribución según realización de ejercicios físicos prescritos.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Tabla N° 6 y Figura N° 7, en cuanto a la pregunta sobre los ejercicios físicos prescritos por el médico, un sector conformado por 13 encuestados ha señalado que sí realiza actividad física prescrita, lo que representa el 57% de la muestra. Por otra parte, un sector conformado por 5 encuestados ha señalado realizar dichos ejercicios a veces, lo que representa el 22% de la muestra. Finalmente, un sector minoritario conformado por 2 encuestado ha señalado que nunca realiza los ejercicios físicos prescritos por el médico, lo que representa el 9% de la muestra.

DIMENSIÓN 1: COMPORTAMENTAL

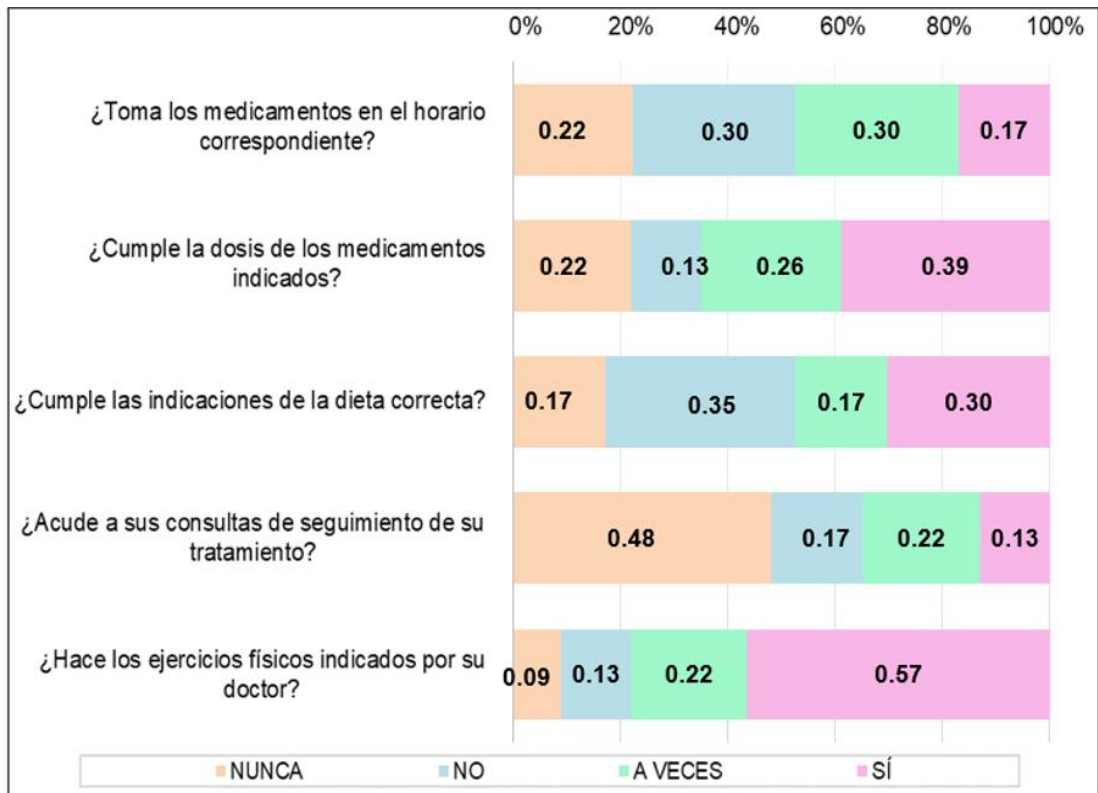


Figura 8. Análisis de la dimensión comportamental.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Figura N° 8, en cuanto al análisis de la dimensional comportamental, podemos observar que los puntos críticos se ubican en: a) indicador sobre la concurrencia del paciente hacia sus consultas de seguimiento, donde las categorías como nunca (48%) y no (17%) han sido empleadas con mayor frecuencia; b) indicador que mide la toma de medicamentos en el horario correspondiente, donde las categorías como nunca (22%) y no (33%) han sido empleadas con mayor frecuencia; y, c) cumplimiento de las indicaciones de dieta,

donde las categorías como nunca (15%) y no (38%) han sido empleadas con mayor frecuencia.

Pregunta 6: ¿Cambia el orden de horarios a la medicación?

Tabla 7. Distribución según variación del orden de los horarios de medicación.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	10	43%
No	6	26%
A veces	6	26%
Sí	1	4%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

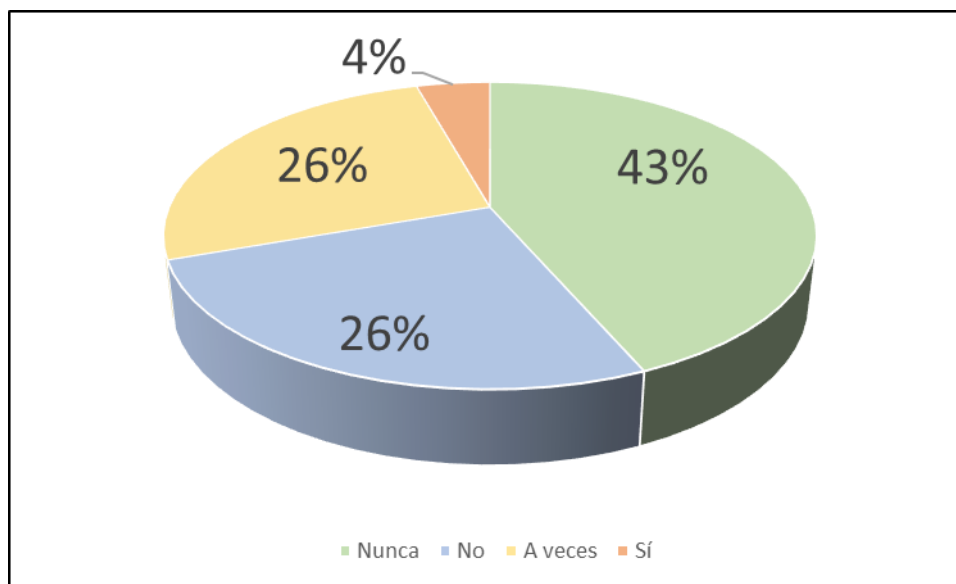


Figura 9. Distribución según variación del orden de los horarios de medicación.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Tabla N° 7 y Figura N° 9, en cuanto a si varía los horarios prescritos por el médico para la medicación, un sector conformado por 1 encuestados ha señalado que sí realiza variaciones en dicho horario, lo que representa el 4% de la muestra. Por otra parte, un sector conformado por 6 encuestados ha señalado que a veces realiza variaciones en el horario, lo que representa el 26% de la muestra. Finalmente, un sector minoritario conformado por 1 encuestado ha señalado que sí realiza los ejercicios físicos prescritos por el médico, lo que representa el 4% de la muestra.

Pregunta 7: ¿Realiza el tratamiento sin ningún esfuerzo?

Tabla 8. Distribución según la realización del tratamiento sin esfuerzo.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	8	35%
No	8	35%
A veces	5	22%
Sí	2	9%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

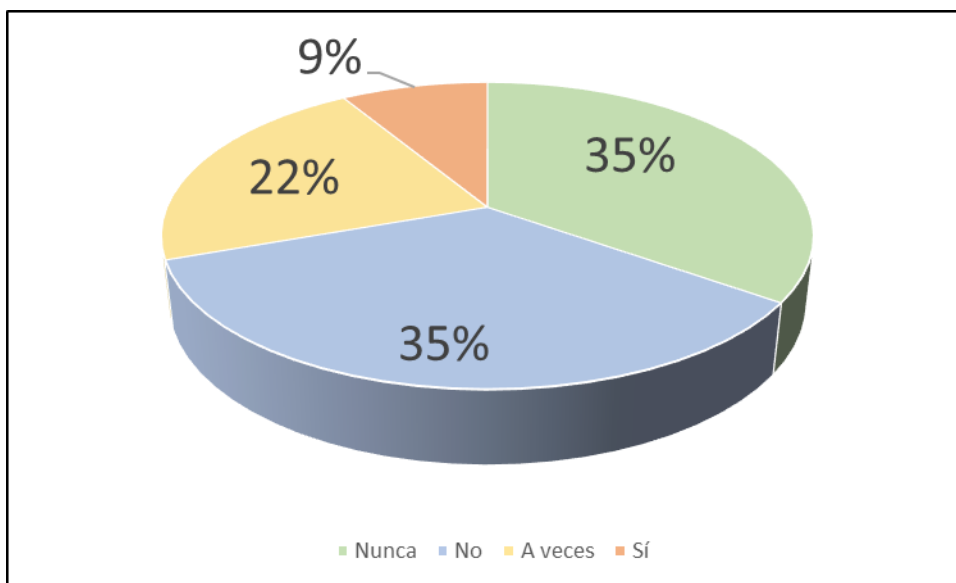


Figura 10. Distribución según la realización del tratamiento sin esfuerzo.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Tabla N° 8 y Figura N° 10, en cuanto a si se cumple con el tratamiento sin esfuerzo, un sector conformado por 8 encuestados ha señalado que esta situación no se produce, lo que representa el 38% de la muestra. Por otra parte, un sector conformado por 8 encuestados ha señalado que nunca realiza el tratamiento sin esfuerzo, lo que representa el 35% de la muestra. Finalmente, un sector minoritario conformado por 2 encuestado ha señalado que sí cumple el tratamiento sin esfuerzo, lo que representa el 9% de la distribución.

Pregunta 8: ¿Usa recordatorios que facilitan su tratamiento?

Tabla 9. Distribución según el uso de recordatorios.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	4	17%
No	8	35%
A veces	5	22%
Sí	6	26%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

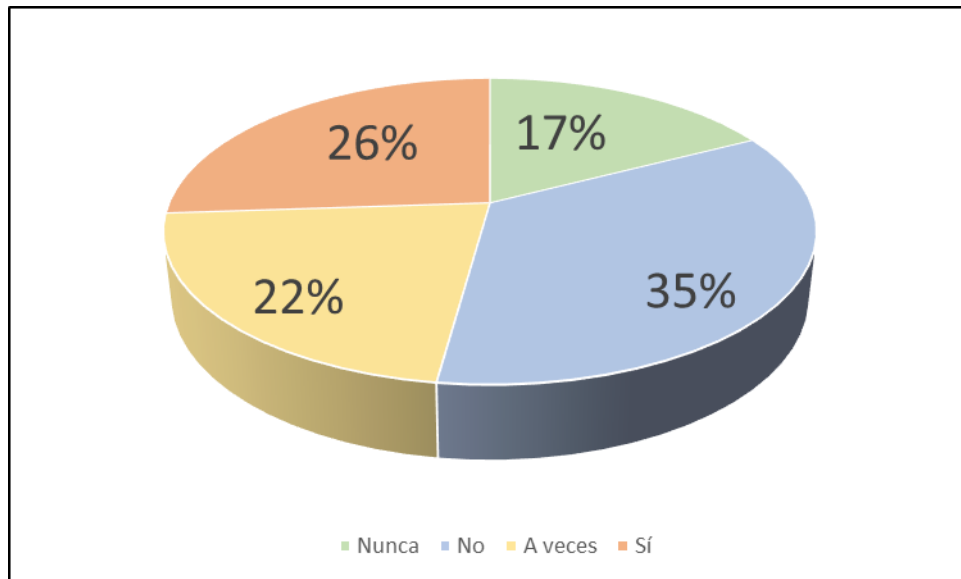


Figura 11. Distribución según el uso de recordatorios.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Tabla N° 9 y Figura N° 11, en cuanto a si usa recordatorios para facilitar el cumplimiento del tratamiento, un sector conformado por 6 encuestados ha señalado que esta situación sí se produce, lo que representa el 26% de la muestra. Otro sector equivalente conformado por 8 encuestados ha señalado que esta situación no se produce, lo que representa el 35% de la muestra. Finalmente, un sector minoritario conformado por 4 encuestados ha señalado que nunca emplea recordatorios para facilitar el tratamiento, lo que representa el 17% de la distribución.

DIMENSIÓN 2: IMPLICACIONES PERSONALES

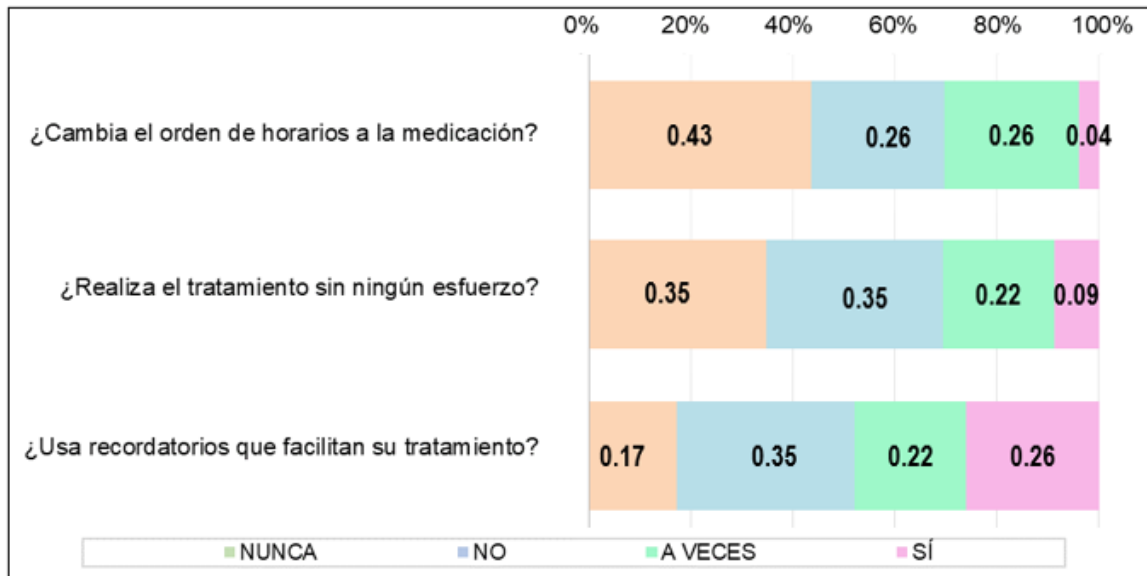


Figura 12. Análisis de la dimensión implicaciones personales.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Figura N° 12, en cuanto al análisis de la dimensión implicaciones personales, podemos observar que los puntos críticos se ubican en: a) indicador sobre uso de recordatorios para facilitar el tratamiento, donde las categorías como nunca (17%) y no (35%) han sido empleadas con mayor frecuencia; b) indicador que mide la observancia del tratamiento sin ningún esfuerzo, donde las categorías como nunca (35%) y no (35%) han sido empleadas con mayor frecuencia; y, c) indicador que mide la variación en el horario de medicación, donde las categorías como nunca (43%) y no (26%) han sido empleadas con mayor frecuencia.

Pregunta 9: ¿Usted y su doctor analizan como se debe cumplir el tratamiento?

Tabla 10. Distribución según el análisis negociado del cumplimiento del tratamiento con el médico.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	2	9%
No	8	35%
A veces	6	26%
Sí	7	30%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

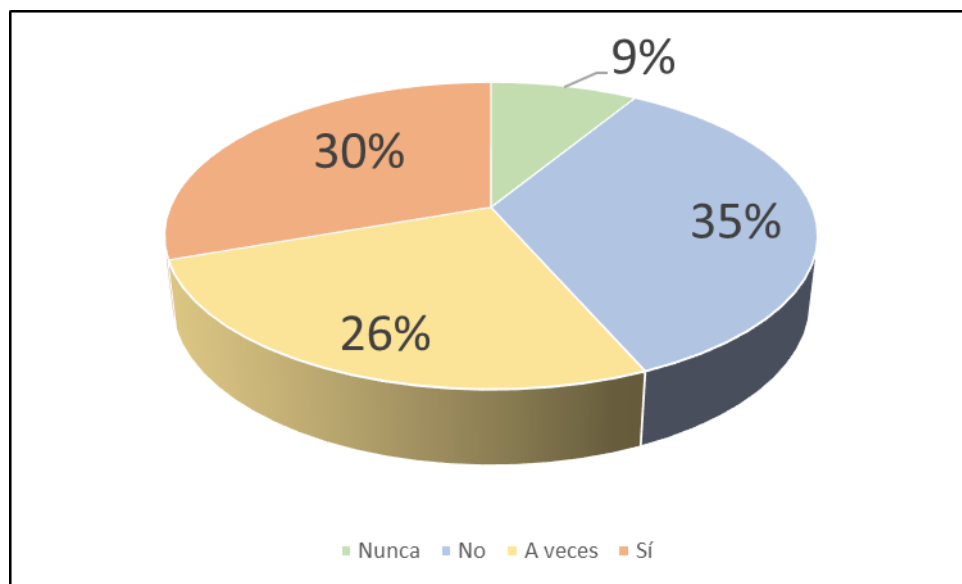


Figura 13. Distribución según el análisis negociado del cumplimiento del tratamiento con el médico.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Tabla N° 10 y Figura N° 13, en cuanto a si existe un análisis negociado del cumplimiento del tratamiento con su médico, un sector conformado por 8 encuestados ha señalado que esta situación no se produce, lo que representa el 35% de la muestra. Otro sector conformado por 7 encuestados ha señalado que esta situación sí se produce, lo que representa el 30% de la muestra. Finalmente, un sector minoritario conformado por 2 encuestado ha señalado que nunca se realiza un análisis compartido del cumplimiento del tratamiento con su médico, lo que representa el 9% de la muestra.

Pregunta 10: ¿Firma su consentimiento informado acerca del tratamiento que está recibiendo?

Tabla 11. Distribución según si se tiene la posibilidad de firmar consentimiento informado sobre el tratamiento.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	6	26%
No	4	17%
A veces	3	13%
Sí	10	43%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

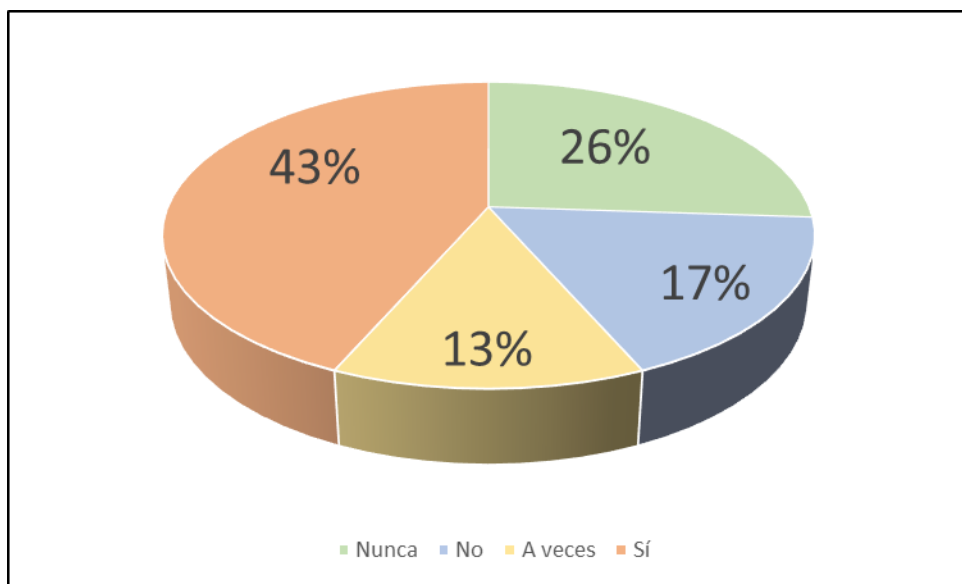


Figura 14. Distribución según si se tiene la posibilidad de firmar consentimiento informado sobre el tratamiento.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Tabla N° 11 y Figura N° 14, en cuanto a si firma su consentimiento informado acerca del tratamiento que está recibiendo, un sector conformado por 10 encuestados ha señalado que esta situación sí se produce, lo que representa el 43% de la muestra. Otro sector conformado por 4 encuestados ha señalado que esta situación nunca se produce, lo que representa el 17% de la muestra. Finalmente, un sector minoritario conformado por 4 encuestado ha señalado que no existe la posibilidad de manifestar la aceptación del tratamiento, lo que representa el 17% de la muestra.

DIMENSIÓN 3: VINCULO

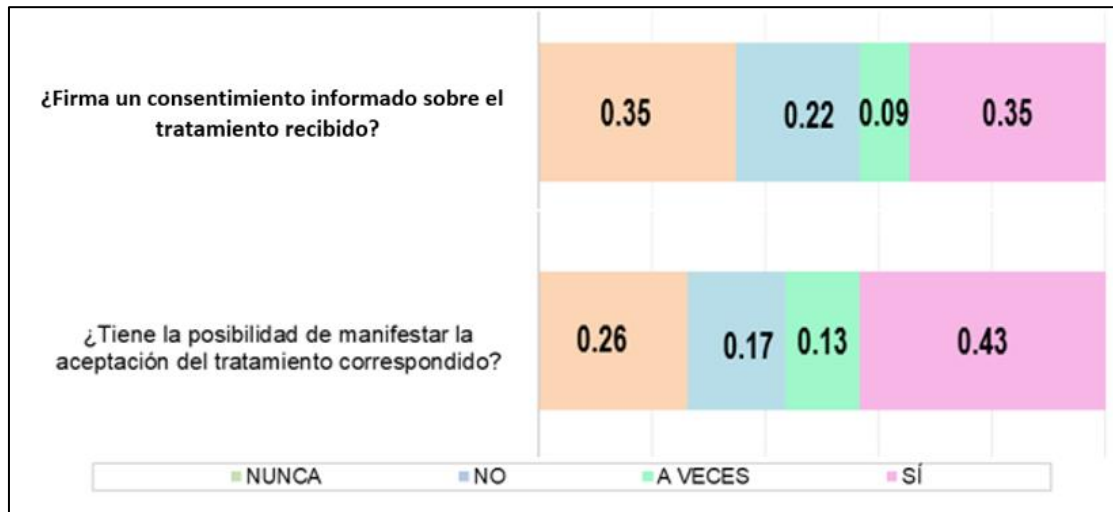


Figura 15. Análisis de la dimensión vínculo.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Figura N° 15, en cuanto al análisis de la dimensión vínculo, podemos observar que los puntos críticos se ubican en un único indicador: indicador sobre la aceptación sobre el tratamiento a seguir, donde las categorías como nunca (26%) y no (17%) han sido empleadas con mayor frecuencia.

5.1.2 Variable dependiente: medidas de prevención

Pregunta 1: ¿Cumple en su debido momento el lavado de manos?

Tabla 12. Distribución según si realiza el lavado de manos oportunamente.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	2	9%
No	9	39%
A veces	6	26%
Sí	6	26%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

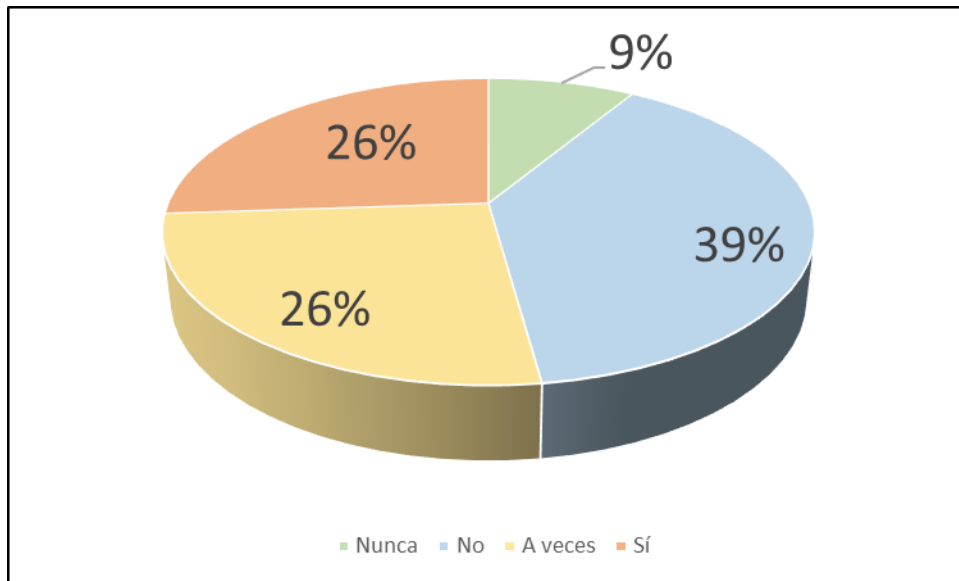


Figura 16. Distribución según si realiza el lavado de manos oportunamente.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Tabla N° 12 y Figura N° 16, en cuanto a si realiza el lavado de manos oportunamente, un sector conformado por 9 encuestados ha señalado que esta situación no se produce, lo que representa el 39% de la muestra. Otro sector conformado por 6 encuestados ha señalado que esta situación se produce a veces, lo que representa el 26% de la muestra. Finalmente, un sector minoritario conformado por 2 encuestado ha señalado que nunca se cumple debidamente el lavado de manos, lo que representa el 9% de la muestra.

Pregunta 2: ¿Usa equipos de protección personal?

Tabla 13. Distribución según si usa equipos de protección personal.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	6	22%
No	9	33%
A veces	6	22%
Sí	6	22%
Total	27	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

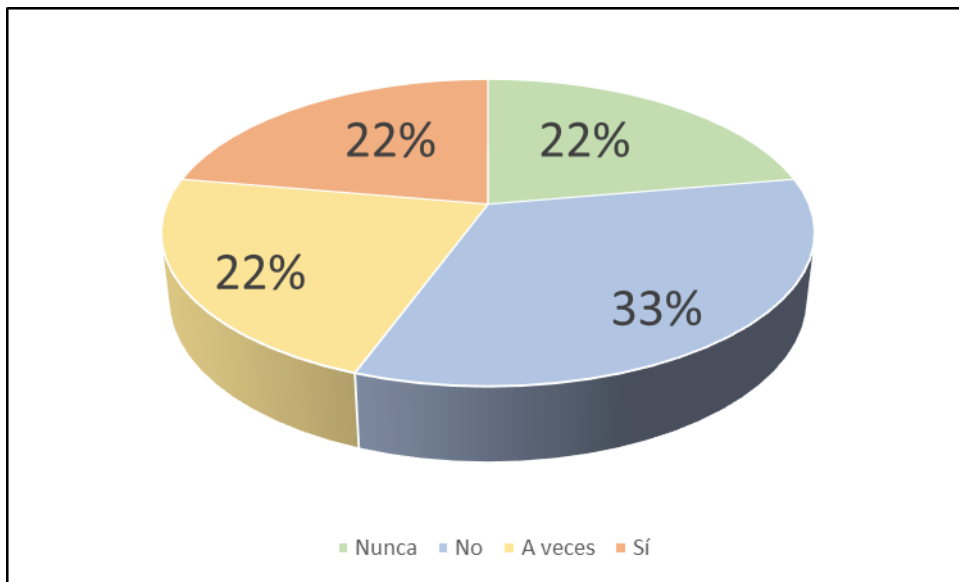


Figura 17. Distribución según si usa equipos de protección personal.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Tabla N° 13 y Figura N° 17, en cuanto a si usa equipos de protección personal, un sector conformado por 9 encuestados ha señalado que esta situación no se produce, lo que representa el 33% de la muestra. Otro sector conformado por 6 encuestados ha señalado que esta situación sí se produce, lo que representa el 22% de la muestra. Finalmente, un sector conformado por 6 encuestados ha señalado que a veces se usa equipos de protección personal, lo que representa el 22% de la muestra.

Pregunta 3: ¿Cumple con su alimentación que corresponde?

Tabla 14. Distribución según si cumple con su alimentación que corresponde.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	1	4%
No	2	9%
A veces	14	61%
Sí	6	26%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

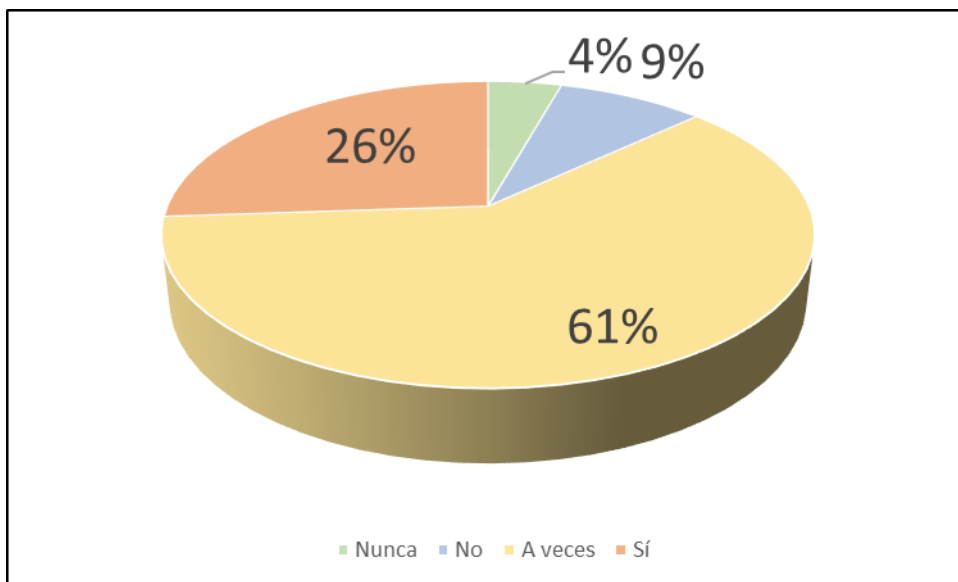


Figura 18. Distribución según si cumple con su alimentación que corresponde.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Tabla N° 14 y Figura N° 18, en cuanto a si cumple con la alimentación correspondiente, un sector conformado por 14 encuestados ha señalado que esta situación se produce a veces, lo que representa el 61% de la muestra. Otro sector conformado por 6 encuestados ha señalado que esta situación sí se produce, lo que representa el 26% de la muestra. Finalmente, un sector minoritario conformado por 1 encuestado ha señalado que nunca cumple con su alimentación correspondiente, lo que representa el 4% de la muestra.

Pregunta 4: ¿Realiza la limpieza de hogar correcto?

Tabla 15. Distribución según si realiza la limpieza de hogar correcto.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	7	30%
No	5	22%
A veces	9	39%
Sí	2	9%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

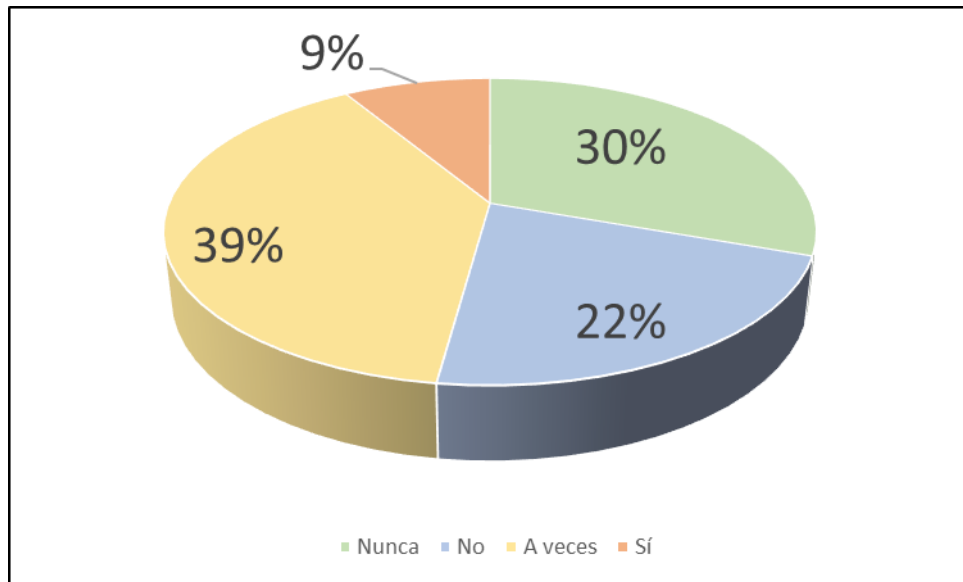


Figura 19. Distribución según si realiza la limpieza de hogar correcto.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Tabla N° 15 y Figura N° 19, en cuanto a si se realiza una adecuada limpieza del hogar, un sector conformado por 9 encuestados ha señalado que esta situación se produce a veces, lo que representa el 39% de la muestra. Otro sector conformado por 7 encuestados ha señalado que esta situación nunca se produce, lo que representa el 30% de la muestra. Finalmente, un sector minoritario conformado por 2 encuestados ha señalado que sí se realiza una adecuada limpieza del hogar, lo que representa el 9% de la muestra.

Pregunta 5: ¿Evita el contacto infeccioso?

Tabla 16. Distribución según si evita el contacto infeccioso.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	7	30%
No	9	39%
A veces	2	9%
Sí	5	22%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

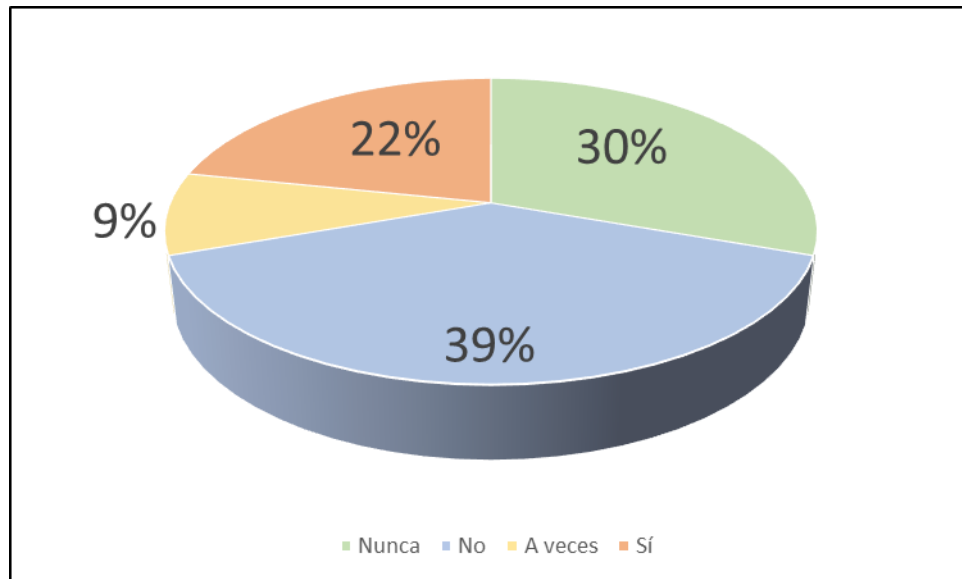


Figura 20. Distribución según si evita el contacto infeccioso.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Tabla N° 16 y Figura N° 20, en cuanto a si evita el contacto infeccioso, un sector conformado por 5 encuestados ha señalado que esta situación no se produce, lo que representa el 38% de la muestra. Otro sector conformado por 7 encuestados ha señalado que esta situación nunca se produce, lo que representa el 30% de la muestra. Finalmente, un sector minoritario conformado por 2 encuestados ha señalado que a veces se realiza una adecuada limpieza del hogar, lo que representa el 9% de la muestra.

DIMENSIÓN 1: MEDIDAS PREVENTIVAS PERSONALES

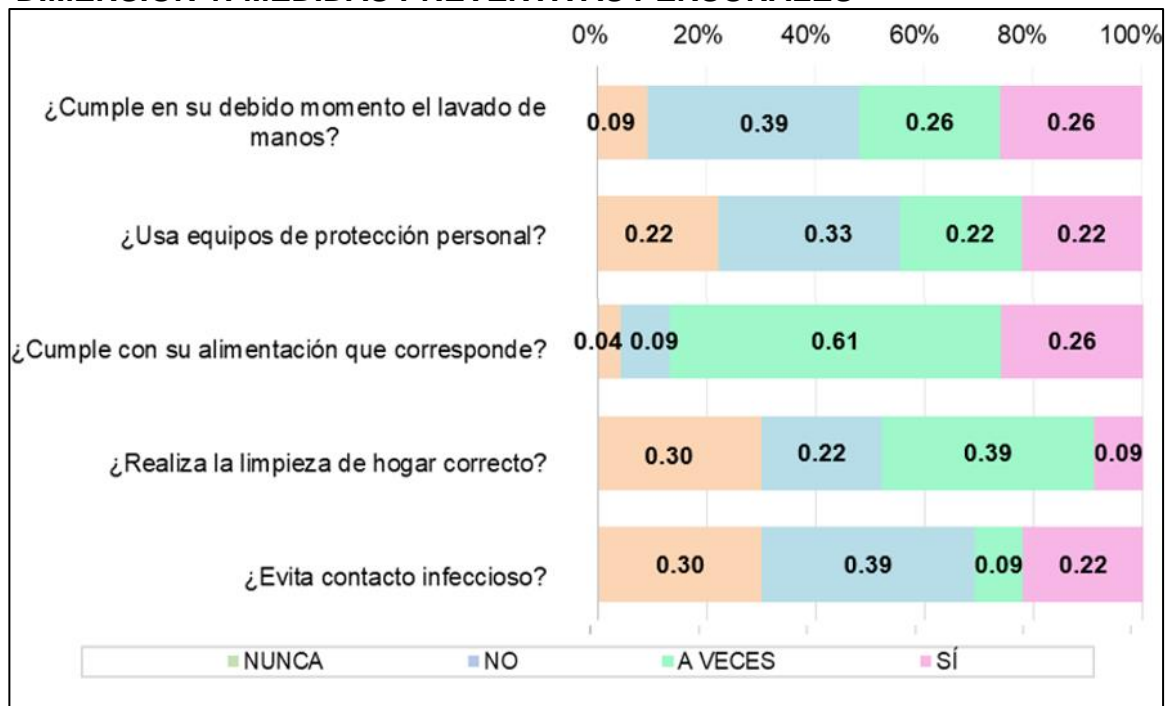


Figura 21. Análisis de la dimensión medidas preventivas personales.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Figura N° 21, en cuanto al análisis de la dimensión medidas preventivas personales, podemos observar que los puntos críticos se ubican en: a) indicador sobre el cumplimiento del lavado de manos, donde las categorías como nunca (9%) y no (39%) han sido empleadas con mayor frecuencia; b) indicador que mide el uso de equipos de protección personal, donde las categorías como nunca (22%) y no (33%) han sido empleadas con mayor frecuencia; y, c) indicador que mide la evitación del contacto infeccioso, donde las categorías como nunca (30%) y no (39%) han sido empleadas con mayor frecuencia.

Pregunta 6: ¿Cumple su función el personal de salud con educar capacitar y aconsejar?

Tabla 17. Distribución según si el personal de salud cumple su función de educar y aconsejar.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	5	22%
No	6	26%
A veces	4	17%
Sí	8	35%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

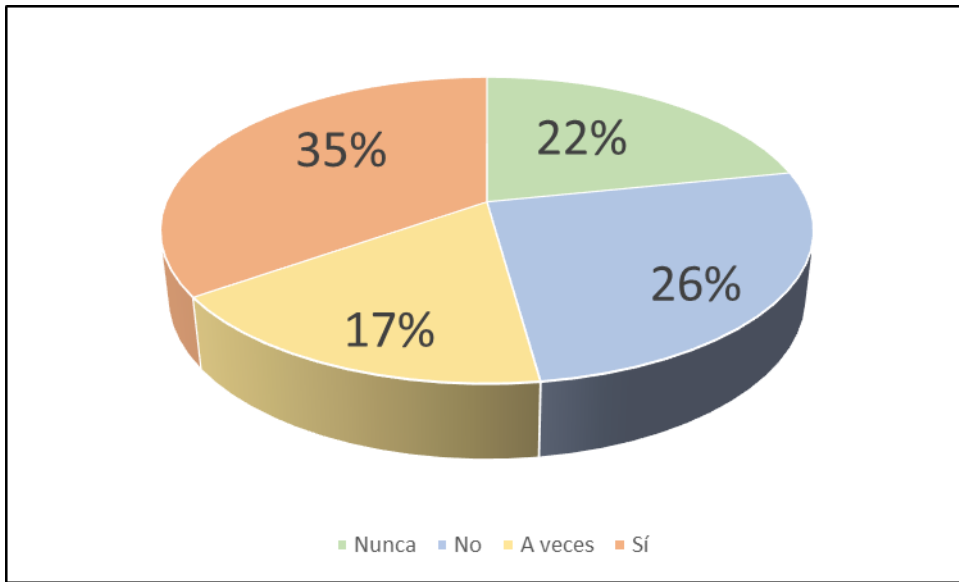


Figura 22. Distribución según si el personal de salud cumple su función de educar y aconsejar.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Tabla N° 17 y Figura N° 22, en cuanto a si considera que el personal de salud cumple su función de educar y aconsejar, un sector conformado por 8 encuestados ha señalado que esta situación sí se produce, lo que representa el 35% de la muestra. Otro sector conformado por 5 encuestados ha señalado que esta situación nunca se produce, lo que representa el 22% de la muestra. Finalmente, un sector conformado por 6 encuestados considera que el personal de salud no cumple su función de educar y aconsejar, lo que representa el 26% de la muestra.

Pregunta 7: ¿Utilizan afiches y letreros?

Tabla 18. Distribución según si utilizan afiches y letreros.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	6	26%
No	9	39%
A veces	8	35%
Sí	0	0%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

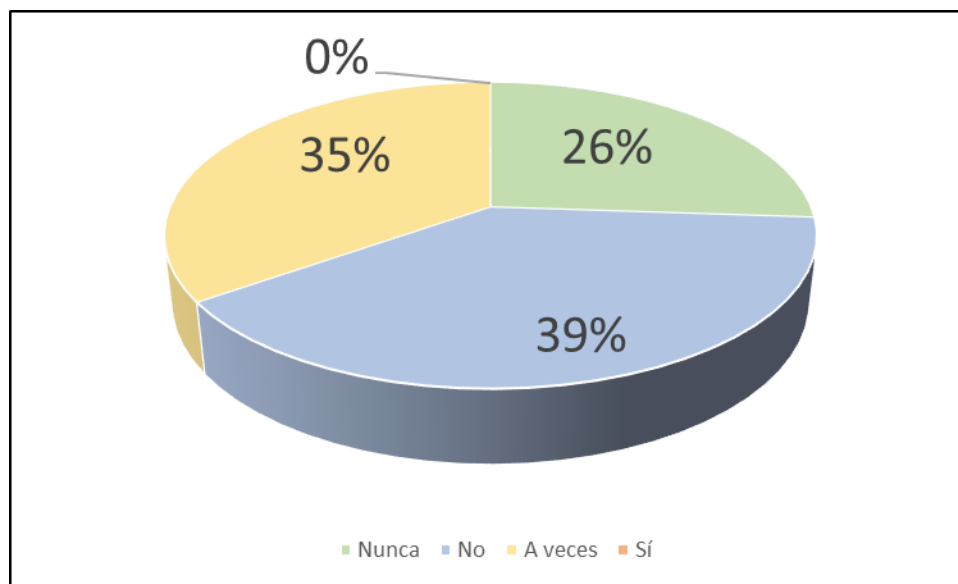


Figura 23. Distribución según si utilizan afiches y letreros.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Tabla N° 18 y Figura N° 23, en cuanto a si utilizan afiches y letreros, un sector conformado por 8 encuestados ha señalado que esta situación se produce a veces, lo que representa el 35% de la muestra. Otro sector conformado por 9 encuestados ha señalado que esta situación no se produce, lo que representa el 39% de la muestra. Finalmente, un sector minoritario conformado por 6 encuestados considera que nunca se utilizan afiches y letreros, lo que representa el 26% de la muestra.

Pregunta 8: ¿Realizan su desinfección correcta?

Tabla 19. Distribución según si realizan su desinfección correcta.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	4	17%
No	7	30%
A veces	8	35%
Sí	4	17%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

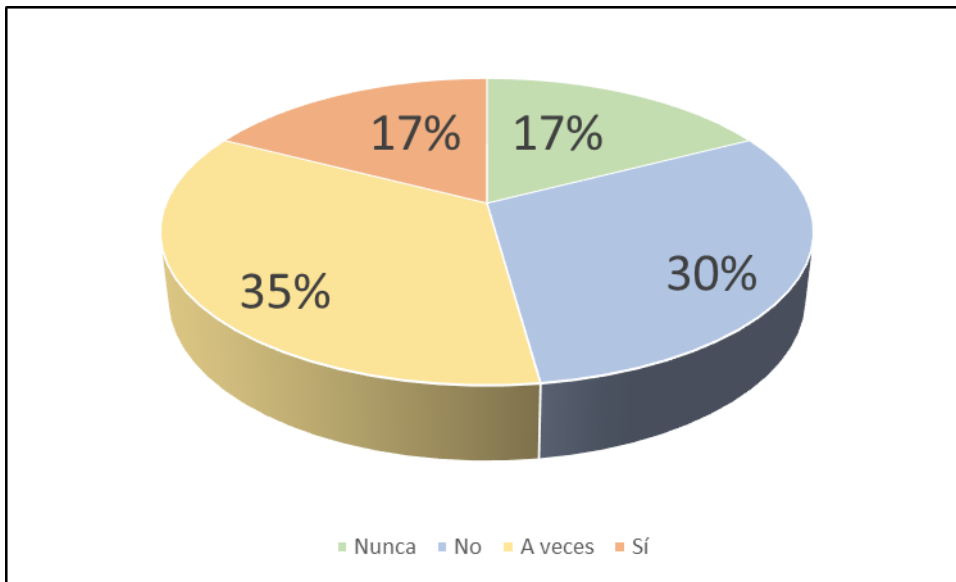


Figura 24. Distribución según realizan su desinfección correcta.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Tabla N° 19 y Figura N° 24, en cuanto a si se realiza una desinfección correcta, un sector conformado por 8 encuestados ha señalado que esta situación se produce a veces, lo que representa el 35% de la muestra. Otro sector conformado por 7 encuestados ha señalado que esta situación no se produce, lo que representa el 30% de la muestra. Finalmente, un sector minoritario conformado por 4 encuestados considera que nunca se realiza una desinfección correcta, lo que representa el 17% de la muestra.

DIMENSIÓN 2: MEDIDAS PREVENTIVAS ADMINISTRATIVAS

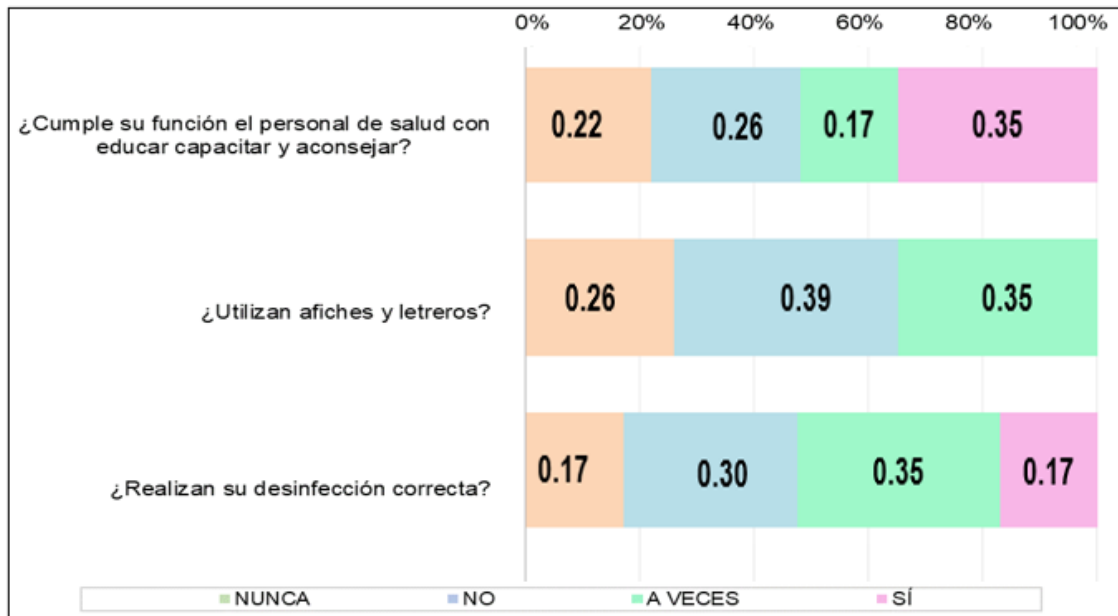


Figura 25. Análisis de la dimensión medidas preventivas administrativas.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Figura N° 28, en cuanto al análisis de la dimensión medidas administrativas personales, podemos observar que los puntos críticos se ubican en el indicador sobre el uso de afiches o letreros, donde las categorías como nunca (26%) y no (39%) han sido empleadas con mayor frecuencia.

Pregunta 9: ¿Cuenta con ventilación e iluminación?

Tabla 20. Distribución según si cuenta con ventilación e iluminación.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	4	17%
No	6	26%
A veces	7	30%
Sí	6	26%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

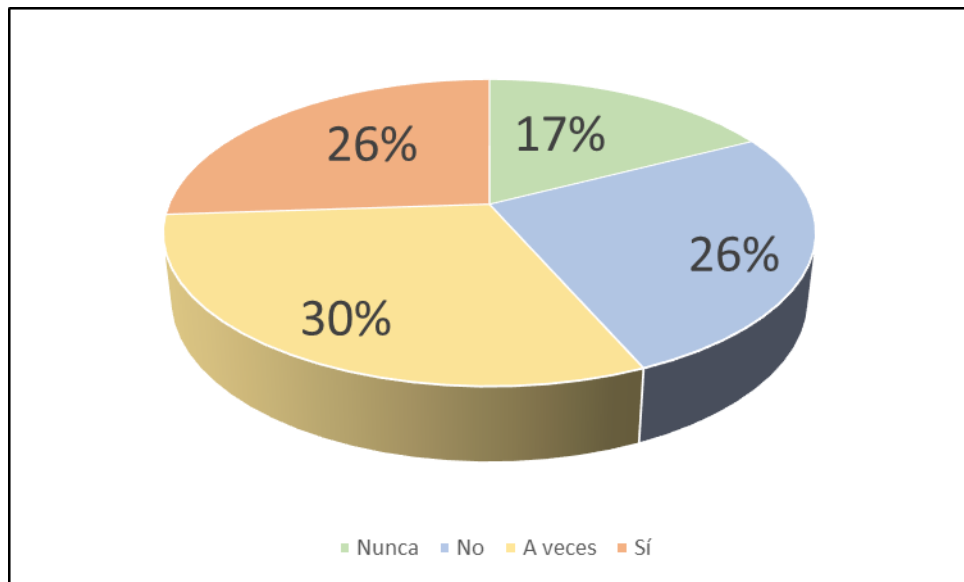


Figura 26. Distribución según si cuenta con ventilación e iluminación.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Tabla N° 20 y Figura N° 29, en cuanto a si se cuenta con ventilación e iluminación, un sector conformado por 6 encuestados ha señalado que esta situación sí produce, lo que representa el 26% de la muestra. Otro sector conformado por 7 encuestados ha señalado que esta situación se produce a veces, lo que representa el 30% de la muestra. Finalmente, un sector minoritario conformado por 4 encuestados considera que nunca se cuenta con ventilación e iluminación lo que representa el 17% de la muestra.

Pregunta 10: ¿En su hogar conviven un mayor número de habitantes?

Tabla 21. Distribución según si en su hogar conviven un mayor número de habitantes.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	7	30%
No	6	26%
A veces	2	9%
Sí	8	35%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

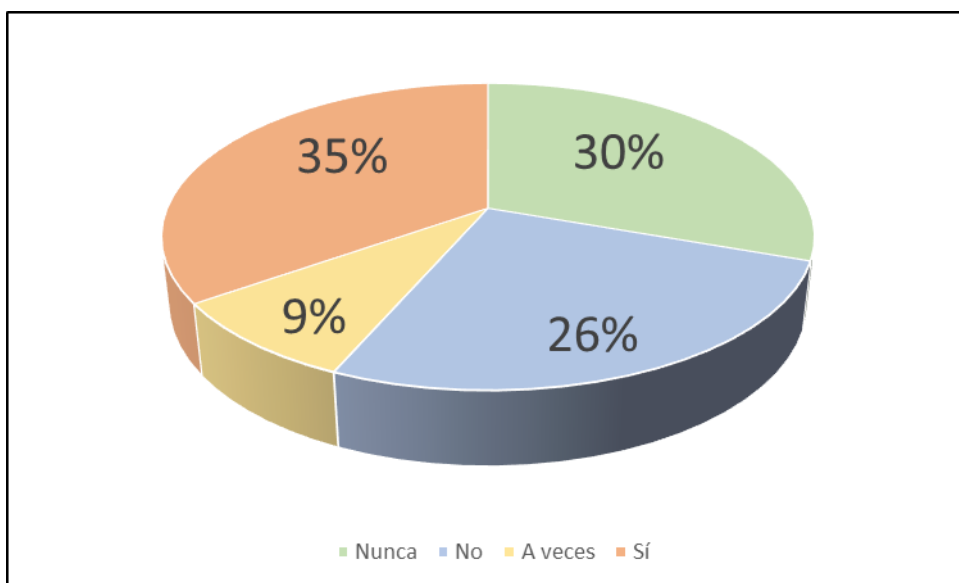


Figura 27. Distribución según si en su hogar conviven un mayor número de habitantes.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Tabla N° 21 y Figura N° 27, en cuanto si en su hogar conviven un mayor número de habitantes, un sector conformado por 8 encuestados ha señalado que esta situación sí se produce, lo que representa el 35% de la muestra. Otro sector conformado por 7 encuestados ha señalado que esta situación nunca se produce, lo que representa el 30% de la muestra. Finalmente, un sector minoritario conformado por 2 encuestados considera que a veces, en su hogar, conviven un mayor número de habitantes, lo que representa el 9% de la muestra.

Pregunta 11: ¿En su hogar conviven un menor número de habitantes?

Tabla 22. Distribución según si en su hogar conviven un menor número de habitantes.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	9	39%
No	5	22%
A veces	0	0%
Sí	9	39%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

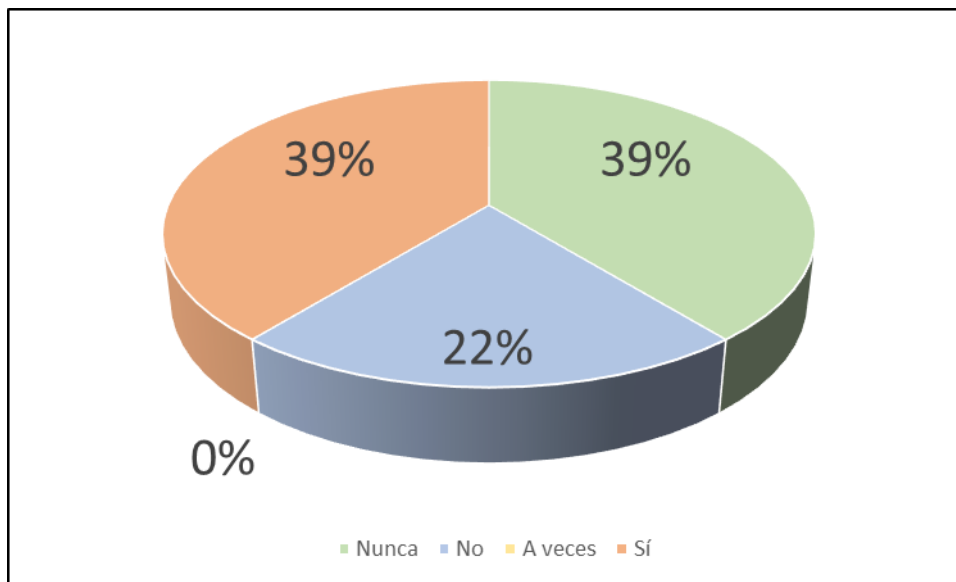


Figura 28. Distribución según si en su hogar conviven un menor número de habitantes.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Tabla N° 22 y Figura N° 28, en cuanto si en su hogar conviven un menor número de habitantes, un sector conformado por 9 encuestados ha señalado que esta situación nunca se produce, lo que representa el 39% de la muestra. Otro sector conformado por 9 encuestados ha señalado que esta situación sí se produce, lo que representa el 39% de la muestra. Finalmente, un sector minoritario conformado por 5 encuestados considera que, en su hogar, no conviven un menor número de habitantes, lo que representa el 22% de la muestra.

Pregunta 12: ¿Utilizan medidas preventivas (lavado de manos alcohol, desinfectante mascarilla)?

Tabla 23. Distribución según si utilizan medidas preventivas.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	5	22%
No	5	22%
A veces	5	22%
Sí	8	35%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

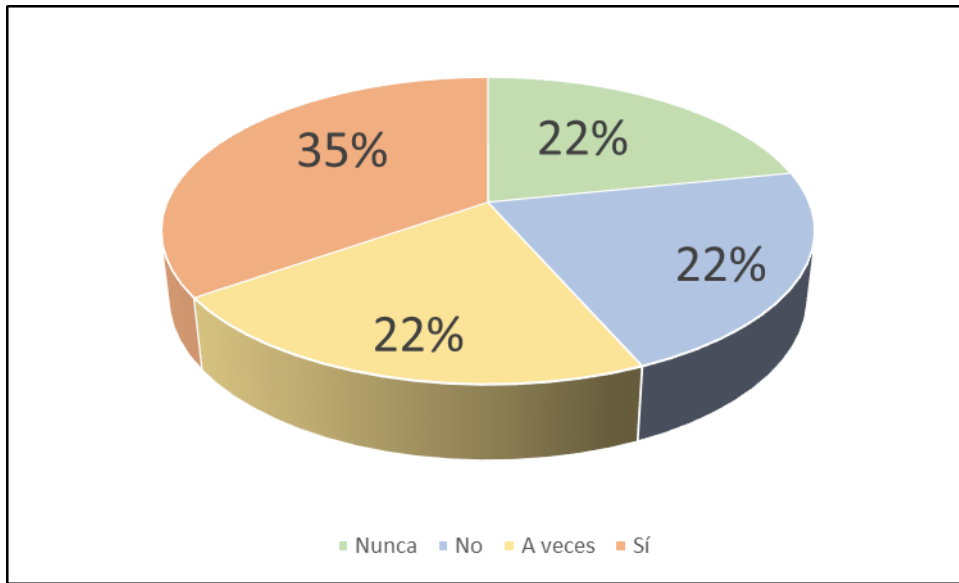


Figura 29. Distribución según si utilizan medidas preventivas.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Tabla N° 23 y Figura N° 29, en cuanto al uso de medidas preventivas como el lavado de manos como el alcohol, uso de desinfectante y mascarilla, un sector conformado por 8 encuestados ha señalado que esta situación sí se produce, lo que representa el 35% de la muestra. Otro sector conformado por 5 encuestados ha señalado que esta situación no se produce, lo que representa el 22% de la muestra. Finalmente, un sector conformado por 5 encuestados señala que a veces se adoptan medidas preventivas como el lavado de manos como el alcohol, uso de desinfectante y mascarilla, lo que representa el 22% de la muestra.

DIMENSIÓN 3: MEDIDAS PREVENTIVAS DE AMBIENTE

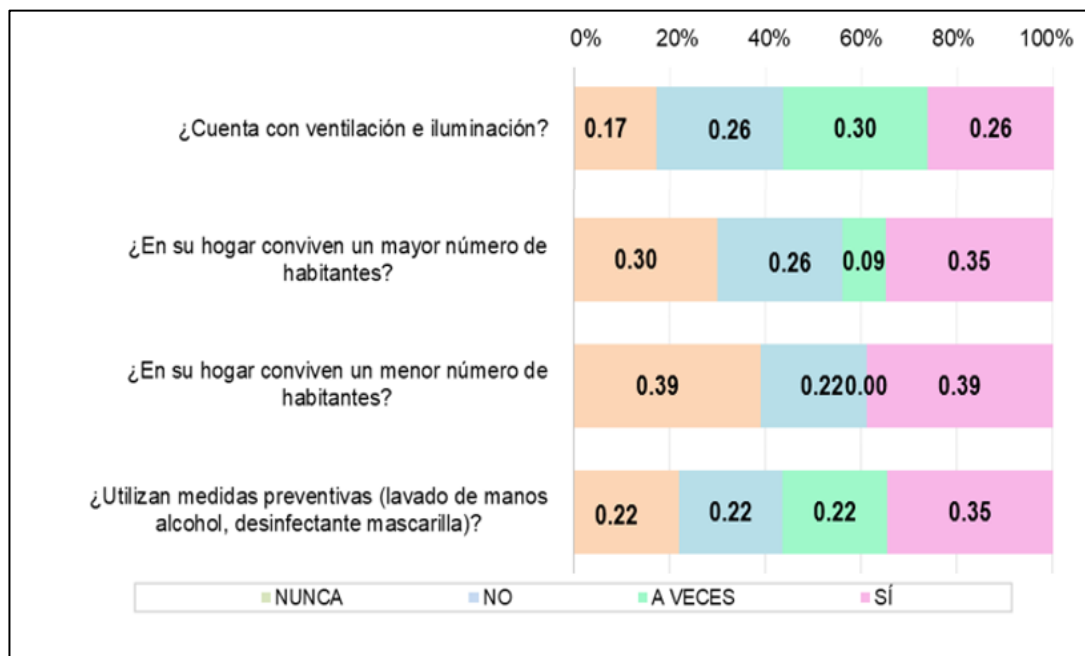


Figura 30. Análisis de la dimensión medidas preventivas de ambiente.

Fuente: Elaboración propia en base a la base de datos.

INTERPRETACIÓN:

De la Figura N° 30, en cuanto al análisis de la dimensión medidas preventivas de ambiente, podemos observar que los puntos críticos se ubican en: a) el indicador que mide el menor número de habitantes en el hogar, donde las categorías como nunca (39%) y no (22%) han sido empleadas con mayor frecuencia.

5.2 Resultados inferenciales

5.2.1 Contraste de la hipótesis general

a) Planteamiento de la hipótesis

H0: No existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y las medidas de prevención de la tuberculosis en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña, periodo 2020.

H1: Existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y las medidas de prevención de la tuberculosis en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña, periodo 2020.

b) Cálculo del p-valor

Tabla 24. Contraste de la hipótesis general

	<i>Valor</i>	<i>Df</i>	<i>Significación asintótica</i>
Chi-cuadrado de Pearson	81,196	48	0,002
Razón de verosimilitud	47,004	48	0,514
Asociación lineal por lineal	17,519	1	0,000
N de casos válidos	23		

Fuente: elaboración propia

Tal como se puede observar de la Tabla 24, el p-valor es igual a 0,002 el cual es menor al nivel de significancia de 0.05.

c) Toma de decisión

Por tanto, a un nivel de significancia del 5%, podemos señalar que existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y las medidas de prevención de la tuberculosis en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña, periodo 2020.

5.2.2 *Contraste de la primera hipótesis específica*

a) Planteamiento de hipótesis

H1: La adherencia al tratamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña 2020, es alta.

H0: La adherencia al tratamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña 2020, no es alta.

b) Contaste de hipótesis descriptiva

Tabla 25. Contraste de la primera hipótesis específica

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	1	8%
Regular	4	20%
Malo	18	72%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la matriz de datos.

c) Toma de decisión

Tal como se puede observar de la Tabla 25 la categoría que arroja el valor más alto es la categoría de “malo” con 18 por recuento y 72% del total de las sumas totales. Por tanto, a un nivel de significancia del 5%, podemos señalar que la adherencia relacionada con el cumplimiento del tratamiento en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña 2020, no es alto.

5.2.3 *Contraste de la segunda hipótesis específica*

a) Planteamiento de hipótesis

H1: La adherencia al tratamiento relacionada con las implicaciones personales en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña, periodo 2020, es alta.

H0: La adherencia al tratamiento relacionadas con las implicaciones personales en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña, periodo 2020, no es alta.

b) Contraste de hipótesis

Tabla 26. Contraste de la segunda hipótesis específica

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	15	78%
Regular	4	11%
Malo	4	11%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la matriz de datos.

c) Toma de decisión

Tal como se puede observar de la Tabla 26 la categoría que arroja el valor más alto es la categoría de “bueno” con 15 por recuento y 78% del total de las sumas totales. Por tanto, a un nivel de significancia del 5%, podemos señalar que la adherencia al tratamiento relacionado a las implicaciones personales en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña, periodo 2020, es alta.

5.2.4 Contraste de la tercera hipótesis específica

a) Planteamiento de hipótesis

H1: La adherencia al tratamiento relacionada al vínculo en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña, periodo 2020, es alta.

H0: La adherencia al tratamiento relacionado al vínculo en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña, periodo 2020, no es alta.

b) Planteamiento de hipótesis

Tabla 27. Contraste de la tercera hipótesis específica

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	16	79%
Regular	2	7%
Malo	5	14%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la matriz de datos.

c) Toma de decisión

Tal como se puede observar de la Tabla 27 la categoría que arroja el valor más alto es la categoría de “bueno” con 16 por recuento y 79% del total de las sumas totales. Por tanto, a un nivel de significancia del 5%, podemos señalar que la

adherencia al tratamiento relacionado al vínculo en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguíña, periodo 2020, es alta.

5.2.5 Contraste de la cuarta hipótesis específica

a) Planteamiento de hipótesis

H1: Las medidas preventivas personales adoptadas por adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguíña, periodo 2020, es alta.

H0: Las medidas preventivas personales adoptadas por adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguíña, periodo 2020, no es alta.

b) Contraste de hipótesis

Tabla 28. Contraste de la cuarta hipótesis específica

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	17	85%
Regular	4	5%
Malo	2	10%
Total	23	100

Fuente: Elaboración propia en base a la matriz de datos.

c) Toma de decisión

Tal como se puede observar de la Tabla 28 la categoría que arroja el valor más alto es la categoría de “bueno” con 17 por recuento y 85% del total de las sumas totales. Por tanto, a un nivel de significancia del 5%, podemos señalar que las medidas preventivas personales adoptadas por adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguíña, periodo 2020, es alta.

5.2.6 Contraste de la quinta hipótesis específica

a) Planteamiento de hipótesis

H1: Las medidas preventivas administrativas adoptadas por adultos que acuden al centro de salud la Tinguña, periodo 2020, es alta.

H0: Las medidas preventivas administrativas adoptadas por adultos que acuden al centro de salud la Tinguña, periodo 2020, no es alta.

b) Contraste de hipótesis

Tabla 29. Contraste de la quinta hipótesis específica

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	12	62%
Regular	8	23%
Malo	3	15%
Total	23	100%

Fuente: Elaboración propia en base a la matriz de datos.

c) Toma de decisión

Tal como se puede observar de la Tabla 29 la categoría que arroja el valor más alto es la categoría de “bueno” con 12 por recuento y 62% del total de las sumas totales. Por tanto, a un nivel de significancia del 5%, podemos señalar que las medidas preventivas administrativas adoptadas por adultos que acuden al centro de salud la Tinguña, periodo 2020, es alta.

VI ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

6.1 Análisis de los resultados

En cuanto al **objetivo general** se ha podido verificar que existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y las medidas de prevención de la tuberculosis en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña, periodo 2020. Tal como se puede ver de los resultados, esta relación debe tomar en cuenta factores como la gravedad de la enfermedad, la intensidad de los síntomas y la cronicidad del mismo tal como se ha señalado en la literatura revisada (Díaz, 2014; Hannan, y otros, 2021).

Es decir, acorde a Betancurt & Pedraza (2015) la adherencia al tratamiento se encuentra fuertemente condicionada a la intensidad de los síntomas, y cómo estos, mientras más deterioro generan en la vida del paciente, con mayor adherencia nos encontramos.

Es así que, en experiencias con pacientes con diabetes mellitus, problemas cardiovasculares y problemas gastrointestinales, la adherencia se encuentra fuertemente vinculada con el historial o gravedad de la enfermedad. Mientras que, otros males como presión arterial alta, obesidad o la diabetes de tipo A, no generan una adherencia idónea, ocasionando en la mayoría de los casos a la ineficacia del tratamiento por falta de seguimiento y el empeoramiento de la situación de salud.

Por otra parte, debemos señalar que factores sociodemográficos como el sexo, nivel de instrucción, edad y estado civil, acorde a la teoría, no se encuentran

suficientemente demostradas como factores determinantes de una mayor o menor adherencia. Sin embargo, se puede observar que en el caso de las mujeres mayores existe un mayor componente de autocuidado en comparación con los hombres adultos, tal como señala (Ginarte T. , 2018, pág. 18).

Por otra parte, en el caso de la adherencia con personas que sufren de hipertensión arterial la adherencia se ha visto afectada por la percepción que tenía el cliente con respecto al médico y cómo este negociaba o no alternativas de tratamiento (Herrera, 2012), siendo una circunstancia también observada por (Dombret, 2017) en el caso de personas con males pulmonares, específicamente la tuberculosis que requiere la participación activa de un grupo familiar, especialmente en pacientes de edad avanzada.

En cuanto al **primer objetivo específico** se ha podido verificar que la adherencia al tratamiento relacionada al cumplimiento de tratamiento en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña 2020, no es alto. Por tanto, del análisis de los resultados podemos observar que aspectos como el cumplimiento de dietas prescritas, medicación bajo horarios prefijados y consultas de seguimiento, la muestra ha evidenciado puntajes inferiores a los esperados, dando como resultado una adherencia media, preponderantemente mala.

Debemos señalar que un factor predictor de la adherencia en cuanto al cumplimiento estricto de rutinas, horarios, dietas y consumo de medicación depende de la eficacia del tratamiento que se lleva a cabo como por la confianza que se tiene en el médico que presta el servicio de salud. De esta manera, según

los autores Dilla, Valladares, Lizán, & Sacristán (2009) señalan que la adherencia depende no solo de factores personales como la empatía sino la percepción de eficacia por parte del cliente hacia el profesional de la salud, en otras palabras, depende de cómo percibe la experticia del médico.

Desde esta óptica, resalta el valor educativo y pedagógico que tiene la consulta médica, donde se debe tratar de instruir al paciente sobre los beneficios de dar seguimiento a su propio tratamiento acatando las prescripciones médicas. Por otra parte, la posición de los autores Emsley, Alptekin, Azorin, & Cannas (2015) es que, si partimos de que el tratamiento es un plan negociado devenido de una relación de confianza entre médico y paciente, la adherencia depende tanto del paciente como de la prestancia del médico por estimular la iniciativa del paciente. (Boldú, Cebollero, Abú, & Prado, 2007, pág. 54)

En cuanto al **segundo objetivo específico** se ha podido verificar que la adherencia al tratamiento relacionado a las implicaciones personales en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña, periodo 2020, es alto.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (2004) entre los factores predictores de la adherencia se encuentran los relacionados con las implicaciones personales o factores personales. Entre los más importantes encontramos la autoeficacia, autocuidado, higiene personal y adopción de medidas de prevención de salud. Tal como señala en su documento del 2004 *Adherencia a los tratamientos a largo plazo* señala que la adherencia es uno de los factores que inclinan el tratamiento hacia el fracaso. Por otra parte, sugiere a

los países por decantarse hacia políticas de gestión pública a largo plazo que logren instalarse en la cultura de autocuidado de la población más vulnerable.

En el caso de los autores Martínez, Martínez, Lopera, & Vargas (2016) señalaron que los factores personales se ven grandemente reducidos cuanto se trata de pacientes institucionalizados. Por otra parte, Alvarez, y otros (2021) han señalado que entre los principales obstáculos que tiene la población y que puede afectar la adherencia es la cultura de la automedicación, desconfianza en el sistema de salud y poca accesibilidad en atención temprana.

En cuanto al **tercer objetivo específico** se ha podido verificar que la adherencia al tratamiento relacionado al vínculo en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña, periodo 2020, es alta.

El vínculo, tal como nos hicieron ver (Dombret, 2017; Díaz, 2014; Boldú, Cebollero, Abú, & Prado, 2007) se forja desde el momento en que el médico y el cliente ingresan a consulta. En ese sentido, tal como se ha podido ver de los resultados temas como la negociación del tratamiento hasta la posibilidad de acordar los mecanismos para que este se lleve cabo han sido importantes para forjar los aspectos vinculares.

Tal como ha señalado la Organización Mundial de la Salud (2004) a través de su informe *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*, es fundamental para reforzar el componente interpersonal en consulta absolver las consultas del paciente en lo relacionado a sus dudas sobre el tratamiento y sus incertidumbres sobre el

estado de salud que atraviesa. Por otra parte, resalta que es importante realizar un sondeo de las principales preocupaciones del paciente, así como especificar cuál será el rol de la familia en la recuperación del paciente.

Por otra parte, los expertos Salinas & Nava (2012) han señalado que resultad vital para incrementar los aspectos interpersonales la realización de estrategias dirigidas a temas específicos. Por ejemplo: la adecuación de horarios, uso de una porta pastillas, elaboración de un auto registro, etc.

No obstante, los autores Betancurt & Pedraza (2015) han señalado la importancia de hablar sobre los posibles efectos adversos de la medicación si es que los hubiera y cómo actuar en caso de que el tratamiento no surta el efecto esperado, lo que puede condicionar fuertemente la percepción de eficacia que se tiene del tratamiento.

En cuanto al **cuarto objetivo específico** se ha podido verificar que las medidas preventivas personales adoptadas por adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña, periodo 2020, es alta.

En el caso de las medidas personales, tal como nos ha señalado el Ministerio de Salud (2006) se refiere a todos los recaudos y medidas a nivel personal que los pacientes adoptan a fin de no empeorar su estado de salud ni del grupo familiar. Por ello, medidas como el lavado de manos y la desinfección son básicas para un buen discurrir de la enfermedad hasta lograr la mejoría completa.

Tal como ha señalado Organización Panamericana de Salud (2017) las medidas de seguridad ante una enfermedad altamente contagiosa están vinculada con el nivel de autocuidado que el paciente presenta y que puede verse afectado por diversos factores, desde una ausencia de asesoramiento o capacitación por parte del personal de salud hasta por el difícil acceso a servicios de salud.

Por otra parte, el investigador (Montesinos, 2015) en investigación sobre pacientes con triglicéridos ha señalado que el autocuidado puede variar en función a la gravedad de la enfermedad o en la medida que afecta sus actividades diarias. Por ejemplo, en el caso de las dietas prescritas por lo médicos, pudo verificar que los pacientes no acataban las dietas señaladas, generando una disminución de la eficacia del tratamiento. Y es que, el cambio de dieta reportaba para los pacientes una fuente de malestar que elevaba sus niveles de irritabilidad. Por tanto, se verificó que el autocuidado se podía manifestar en campos muy específicos.

En cuanto al **quinto objetivo específico** se ha podido verificar que las medidas preventivas administrativas por adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña, periodo 2020, es alta.

En el caso de las medidas administrativas, tal como nos ha señalado el Ministerio de Salud (2006) contempla todas las medidas relacionadas con el cuidado de las pacientes relacionadas con la desinfección del ambiente, el volumen de ventilación y la desinfección de lugares comunes.

Tal como apunta (Montesinos, 2015) las medidas preventivas a nivel administrativa se vinculan con la adherencia ya que incrementan la percepción de eficacia del tratamiento e incrementan la confianza en la capacidad de respuesta del sistema de salud.

6.2 Comparación resultados con los antecedentes

En cuanto al objetivo general se ha podido verificar que existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y las medidas de prevención de la tuberculosis en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña, periodo 2020. Estos resultados son coincidentes con los presentados por **Pedraza, Gilbaja, & Villa** (2015) quienes señalaron que el grupo de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tuvo puntaje de 100.9 en cuanto al grupo de control en relación a la adherencia con respecto a 145.09, siendo que dichos valores se incrementaron luego de la intervención educativa con diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto al primer objetivo específico se ha podido verificar que la adherencia al tratamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña 2020, no es alto. Estos resultados son coincidentes con los presentados por **Valdiviezo, & Gálvez** (2018) quienes señalaron que 58.9 % de niños presentan adherencia al tratamiento con micronutrientes a diferencia de 41,1% de niños que no presentaron adherencia. Asimismo, se determinó la existencia de una reacción significativa ($p= 0.018$) entre la adherencia al tratamiento con micronutrientes y el nivel de hemoglobina.

En cuanto al segundo objetivo específico se ha podido verificar que la adherencia al tratamiento relacionado a las implicaciones personales en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña, periodo 2020, es alto. Estos resultados son coincidentes con los presentados por **Cutipa & Salomé** (2016) quienes mostraron que el factor más fuertemente relacionado a la adherencia fue la persona que suministra el suplemento (86.07%). Por otra parte, no son coincidentes con los presentados por **Montesinos** (2015) los cuales determinaron en una muestra de paciente glucémicos que un 24.03% fueron adherentes al tratamiento así mismo 74.97% fueron no adherentes. De esta forma se concluyó que la adherencia no influyó en el control de la glicemia. Se concluye que, en la población estudiada, la adherencia al tratamiento es baja en relación a la gravedad de la enfermedad.

En cuanto al tercer objetivo específico se ha podido verificar que la adherencia al tratamiento relacionado al vínculo en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña, periodo 2020, es alto. Estos resultados son coincidentes con los presentados por **Cutipa & Salomé** (2016) quienes mostraron que uno de los factores más relacionados a la adherencia fueron los relacionados con la enfermedad (71.16%) seguido por: factores relacionados con el personal de salud (66.67%), factores relacionados con la enfermedad (64.28%), factores relacionados con la suplementación (59.83%).

En cuanto al cuarto objetivo específico se ha podido verificar que las medidas preventivas personales adoptadas por adultos que acuden al Centro de Salud la

Tinguiña, periodo 2020, es alta. Estos resultados son coincidentes con los presentados por **Herrera** (2012) quien señaló que la adherencia se relaciona directamente con factores sociodemográficos y socioeconómicos, entre ellos nivel de instrucción, acceso a los sistemas de salud e información sobre la enfermedad.

En cuanto al quinto objetivo específico se ha podido verificar que las medidas preventivas administrativas por adultos que acuden al centro de salud la Tinguiña, periodo 2020, es alto. Estos resultados son coincidentes con los presentados por **Herrera** (2012) quien señaló que la adherencia se relaciona directamente a la percepción de la eficacia de respuesta del sistema de salud y la información que este le brinda al paciente sobre el tratamiento.

CONCLUSIONES

PRIMERO:

Se concluye que existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y las medidas de prevención de la tuberculosis en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña, periodo 2020.

SEGUNDO:

Se concluye que la adherencia al tratamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña 2020, no es alto.

TERCERO:

Se concluye que la adherencia al tratamiento relacionado a las implicaciones personales en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña, periodo 2020, es alto.

CUARTO:

Se concluye que la adherencia al tratamiento relacionado al vínculo en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña, periodo 2020, es alto.

QUINTO:

Se concluye que las medidas preventivas personales adoptadas por adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña, periodo 2020, es alto.

SEXTO:

Se concluye que las medidas preventivas administrativas adoptadas por adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña, periodo 2020, es alto.

RECOMENDACIONES

PRIMERO:

Se sugiere al Centro de Salud la Tinguíña continuar con las actividades y plan de trabajo para estimular las variables y factores que propician, refuerzan y promueven la adherencia terapéutica en la población adulta afectada con la enfermedad de tuberculosis.

SEGUNDO:

Se sugiere al Centro de Salud la Tinguíña continuar con las acciones encaminadas al cumplimiento del tratamiento en cada uno de sus componentes, a través de charlas de capacitación, concientización y elaboración de flyers o volantes con finalidad divulgativa.

TERCERO:

Se sugiere al Centro de Salud la Tinguíña continuar capacitando a su personal a fin de valorar adecuadamente la importancia de la negociación del tratamiento así como los mecanismos para lograr los objetivos del plan.

CUARTO:

Se sugiere al Centro de Salud la Tinguíña continuar capacitando a su personal a fin de reforzar las variables de índole personal como la empatía, autoeficacia, la autenticidad y otros relacionados con la interacción paciente-médico.

QUINTO:

Se sugiere al Centro de Salud la Tinguña realizar campañas informativas haciendo hincapié en la disminución de riesgos tanto de contagio como de mal pronóstico que trae consigo la adopción de medidas de seguridad personales.

SEXTO:

Se sugiere al Centro de Salud la Tinguña realizar una capacitación de su personal con la finalidad de tomar en cuenta la necesidad de medidas preventivas de índoles administrativa, ya que estas inciden en la percepción de eficacia y respuesta oportuna del sistema de salud y, por tanto, en la adherencia.

REFERENCIAS

- Alonso, I., Alarcón, O., Carrillo, M., Ramos, L., Gisbert, J., Chaparro, M., . . . Quintero, E. (2020). Encuesta de adherencia al tratamiento en enfermedad inflamatoria intestinal. Estudio ENADEII. *Revista de Gastroenterología y Hepatología*, 43(6), 285-292. doi:DOI: 10.1016/j.gastrohep.2019.10.007
- Alvarez, C., Hines, A., Carson, K., Andrade, N., Ibe, C., Marsteller, J., & Cooper, L. (2021). Association of perceived stress and discrimination on medication adherence among diverse patients with uncontrolled hypertension. *Ethnicity & Disease*, 31(1), 97-108. doi:DOI: 10.18865/ed.31.1.97
- Arias, F., & Herrera, T. (2016). Nuevos métodos para el diagnóstico de la tuberculosis. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 32, 254-259. Recuperado el 01 de marzo de 2021, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v32n4/art07.pdf>
- Baena, G. (2014). *Metodología de la investigación*. México, México: Grupo Editorial Patria. Recuperado el 10 de marzo de 2021, de <https://books.google.com.pe/books?id=6aCEBgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=METODOLOG%C3%8DA+DELA+INVESTIGACI%C3%93N+LIBRO&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjTi9SMI7XvAhVAGrkGHaAADPAQ6AEwAHoECAAQAq#v=onepage&q=METODOLOG%C3%8DA%20DELA%20INVESTIGACI%C3%93N%20LIBRO&f=f>

Betancurt, L., & Pedraza, R. (2015). Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud. *Revista Académica e Institucional de la UCPR*, VII(85), 61-76. Recuperado el 01 de marzo de 2021, de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-

RevisionDelConceptoDeAdherenciaAlTratamientoYLosFa-4897930.pdf

Boldú, J., Cebollero, P., Abú, J., & Prado, A. (2007). Tratamiento de la tuberculosis pulmonar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(2), 1-24. Recuperado el 02 de marzo de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000400008

Cutipa, B., & Salomé, N. (2016). *"Factores de adherencia a la suplementación con Nutromix asociados al incremento de hemoglobina en niños de 6 a 36 meses, en el Centro de Salud Chupaca- 2015"* (tesis de grado). Huancayo: Universidad Privada de Huancayo. Recuperado el 15 de marzo de 2021, de

[http://repositorio.uoosevelt.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/ROOSEVELT/11/AVANCE%20FORMATEO%20TESIS%20ENFER%20\(BERTA%20Y%20NADIA\).pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uoosevelt.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/ROOSEVELT/11/AVANCE%20FORMATEO%20TESIS%20ENFER%20(BERTA%20Y%20NADIA).pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Díaz, M. (noviembre de 2014). La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Revista Griot*, 7(1), 73-84. Recuperado el 10 de febrero de 2021, de

file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1554-

Texto%20del%20art%C3%ADculo-1635-1-10-20160419.pdf

Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. (junio de 2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Revista de Atención Primaria*, 41(6), 342-348. doi:DOI: 10.1016/j.aprim.2008.09.031

Dirección General de Epidemiología. (12 de diciembre de 2018). Perfil de la tuberculosis - Perú. *Perfil - Tb*. Lima, Perú. Recuperado el 10 de marzo de 2021, de <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/PerfilTB.aspx>

Dombret, M. (2017). Tuberculosis pulmonar del adulto. *Service de pneumologie A*, 12-27. Recuperado el 02 de marzo de 2021, de <https://www.em-consulte.com/es/article/1190064/tuberculosis-pulmonar-del-adulto>

Emsley, R., Alptekin, K., Azorin, J., & Cannas, F. (2015). Nurses' perceptions of medication adherence in schizophrenia: results of the ADHES cross-sectional questionnaire survey. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 5(6), 339-350. Recuperado el 12 de marzo de 2021, de http://apps.webofknowledge.com.ezproxy.biblio.uta.cl:2048/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=1&SID=7Che4UhkxqncuKrdU8L&page=1&doc=2

Ginarte, T. (2018). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 502-505. Recuperado el 12 de febrero de 2021, de https://www.researchgate.net/publication/262430861_La_adherencia_terapeutica

Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana Medica Genética Integral*, 502-505. Recuperado el 10 de marzo de 2021, de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n5/mgi16501.pdf>

Hannan, J., Etowa, J., Babatunde, S., Stephens, C., Barfield, L., Galarza, M., & Alharbi, M. (2021). Determinants of adherence to national infant feeding guidelines by black mothers living with HIV. *Ethnicity & Disease*, 31(1), 31-40. doi:DOI: 10.18865/ed.31.1.31

Hernández, R. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: McGraw-Hill Interamericana. Recuperado el 01 de marzo de 2021, de <https://books.google.com.pe/books?id=5A2QDwAAQBAJ&dq=METODOLOG%C3%8DA+DELA+INVESTIGACI%C3%93N+sampieri&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjY3NHTmbXvAhXNHbkGHeN0A1wQ6AEwAnoECAAQAq>

Herrera, E. (2012). *Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial*. Colombia: Ministerio de Ciencia Tecnología e innovación. Recuperado el 10 de febrero de 2021, de

https://www.lareferencia.info/vufind/Record/CO_a2eda48f5a5d533811832ae118b744d6

Instituto Nacional de Salud. (2017). *Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control*. Instituto Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud. Lima: MINSA. Recuperado el 02 de marzo de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/363/36352106021.pdf>

Lazarte, A. (2017). *"Actores relacionados a la no adherencia del consumo de multimicronutrientes chispitas en madres de niños de 6 a 36 meses, usuarios del centro de Salud Carlos Showing Ferrari, Amarilis-2016"* (Tesis de grado). Huánuco: Universidad de Huánuco. Recuperado el 12 de marzo de 2021, de <https://core.ac.uk/reader/80293280>

López-Romero, L., Romero, S., Parra, D., & Rojas, L. (enero-junio de 2016). Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Hacia promoc. salud*, 21(I), 117 - 137. doi:DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.10

Lozano, J. (setiembre de 2002). Tuberculosis. Patogenia, diagnóstico y tratamiento. *Revista OFFARM*, 21(8), 102-110. Recuperado el 03 de marzo de 2021, de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13035870>

Martínez, G., Martínez, L., Lopera, J., & Vargas, N. (2016). La importancia de la adherencia terapéutica. *Revista Venezolana de Endocrinología y*

Metabolismo, 14(2), 107-117. Recuperado el 01 de marzo de 2021, de <http://ve.scielo.org/pdf/rvdem/v14n2/art03.pdf>

Ministerio de Salud. (2006). *Manual educativo para promotores de la Salud*. Fortalecimiento de la prevención y el control del sida, la tuberculosis y la malaria. Lima: MINSA. Recuperado el 15 de marzo de 2021, de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1397-1.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2018). *Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis: Guía de Práctica Clínica*. Ministerio de Salud Pública. Quito: Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 02 de marzo de 2021, de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP_Tuberculosis-1.pdf

Ministerio del Trabajo y Promoción del Empleo. (2010). *¿Cómo contribuir al control de la tuberculosis en el lugar de trabajo?* Ministerio del Trabajo y Promoción del Empleo. Lima: MTPE. Recuperado el 01 de marzo de 2021, de https://www.trabajo.gob.pe/archivos/file/dnrt/guia_control_tuberculosis.pdf

Molina, W., Quesada, A., & Sánchez, W. (2011). Tuberculosis pulmonar en adultos. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, LXVIII(596), 87-92. Recuperado el 01 de marzo de 2021, de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/596/art15.pdf>

Montesinos, L. (2015). *“Influencia de la adherencia al tratamiento sobre el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. hospital de apoyo Camaná, 2014” (Tesis de grado)*. Arequipa: UCSM. Recuperado el 01 de marzo de 2021, de <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/1142837?mode=full>

Muñoz, C. (215). *Metodología de la investigación*. México: Oxford University Press. Recuperado el 01 de marzo de 2021, de <https://books.google.com.pe/books?id=DflcDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=METODOLOG%C3%8DA+DELA+INVESTIGACI%C3%93N+LIBRO&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjTi9SMI7XvAhVAGrkGHaaADPAQ6AEwAXoECAIQAg#v=onepage&q=METODOLOG%C3%8DA%20DELA%20INVESTIGACI%C3%93N%20LIBRO&f=f>

Nogués, X., Sorli, M., & Villar, J. (marzo de 2007). Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *Anales de Medicina Interna*, 24(3), 13-25. Recuperado el 10 de marzo de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000300009

Núñez, J., Gonzáles, Y., Nebot, M., Zafra, R., & Obaldia, M. (2020). Adherencia terapéutica a fármacos biológicos en pacientes con artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante. (Estudio ADhER-1). *Revista de Medicina de Familia. SEMERGEN*, 12(5), 151-163. Recuperado el 12

de febrero de 2021, de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-avance-resumen-adherencia-terapeutica-farmacos-biologicos-pacientes-S1138359320302501?referer=buscador>

Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E., & Villagómez, A. (2013). *Metodología de la investigación: cuantitativa - cualitativa y redacción de tesis*. Lima: Ediciones de la U. Recuperado el 01 de marzo de 2021, de <https://books.google.com.pe/books?id=VzOjDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=METODOLOG%C3%8DA+DELA+INVESTIGACI%C3%93N+samplero&sa=X&ved=2ahUKEwjY3NHTmbXvAhXNHbkGHeN0A1wQ6AEwB3oECAkQAg#v=onepage&q=METODOLOG%C3%8DA%20DELA%20INVESTIGACI%C3%93N%20samplero>

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Normas para la prevención de la transmisión de la tuberculosis en los establecimientos de asistencia sanitaria en condiciones de recursos limitados*. Organización Mundial de la Salud, Programa de Enfermedades Transmisibles. Suiza: OMS. Recuperado el 12 de marzo de 2021, de https://www.who.int/tb/publications/who_tb_99_269_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*. Washington: OMS. Recuperado el 10 de marzo de 2021, de <https://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Hoja de ruta para abordar TB infantil:*

hacia cero muertes. Organización Mundial de la Salud. Washington: OPS.

Recuperado el 15 de marzo de 2021, de

[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=34936-hoja-ruta-abordar-tb-infantil-hacia-cero-muertes-2016-](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=34936-hoja-ruta-abordar-tb-infantil-hacia-cero-muertes-2016-936&category_slug=guias-5565&Itemid=270&lang=es)

[936&category_slug=guias-5565&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=34936-hoja-ruta-abordar-tb-infantil-hacia-cero-muertes-2016-936&category_slug=guias-5565&Itemid=270&lang=es)

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Guía Nacional para el manejo de la*

Tuberculosis. Organización Mundial de la Salud, Programa Nacional para

el Control de la Tuberculosis. Washington: WHO. Recuperado el 05 de

marzo de 2021, de

[https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=576-guia-](https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=576-guia-nacional-para-el-manejo-de-la-tuberculosis-2017&Itemid=253)

[nacional-para-el-manejo-de-la-tuberculosis-2017&Itemid=253](https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=576-guia-nacional-para-el-manejo-de-la-tuberculosis-2017&Itemid=253)

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Informe Mundial sobre la Tuberculosis.*

OMS. Washington: OMS. Recuperado el 15 de marzo de 2021, de

https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Directrices para el manejo de la*

tuberculosis drogorresistente. Organización Panamericana de la Salud.

Washington: OPS. Recuperado el 03 de marzo de 2021, de

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=19969-directrices-manejo-programatico-tuberculosis-

[d&alias=19969-directrices-manejo-programatico-tuberculosis-](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=19969-directrices-manejo-programatico-tuberculosis-)

drogorresistente-2011-969&category_slug=guias-5565&Itemid=270&lang=es

Organización Panamericana de Salud. (2017). *Coinfección TB/VIH. Guía clínica regional*. Organización Panamericana de Salud. Washington: OPS. Recuperado el 03 de marzo de 2021, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=43796-coinfeccion-tb-vih-guia-clinica-regional-actualizacion-2017-2018-796&category_slug=guias-5565&Itemid=270&lang=es

Ortega, J., Sánchez, D., Rodríguez, O., & Ortega, J. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(3), 215-229. Recuperado el 10 de febrero de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226

Ortega, J., Sánchez, D., Rodríguez, O., & Ortega, J. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226-232. Recuperado el 10 de marzo de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2018/am183h.pdf>

Pedraza, A., Gilbaja, L., & Villa, E. (2015). *"Nivel de adherencia al tratamiento y el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados" (Tesis de grado)*. México. Recuperado el 10 de febrero de 2021, de <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-mexicana-de->

endocrinologia-metabolismo-nutricion/articulo/nivel-de-adherencia-al-tratamiento-y-el-control-glucemico-en-pacientes-con-diabetes-mellitus-tipo-2-descontrolados

Ramírez, M., Menéndez, A., & Asensio, N. (2015). Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. *Rev Esp Sanid Penit*, 17, 3-11. Recuperado el 01 de marzo de 2021, de http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v17n1/02_revision.pdf

Salinas, E., & Nava, G. (2012). Adherencia terapéutica. *Enfermería Neurológica*, 11(2), 102-104. Recuperado el 10 de marzo de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>

Santisteban, C., Valdiviezo, A., & Gálvez, N. (2018). "Relación entre la adherencia al tratamiento con micronutrientes y el nivel de hemoglobina en los niños menores de 36 meses-Perú" (Artículo de investigación). Lima: Salud y Vida Sipanense. Recuperado el 15 de marzo de 2021, de <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/1003>

Solari, L. (2009). Tuberculosis: diversas manifestaciones de una misma enfermedad. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 26(3), 405-407. Recuperado el 01 de marzo de 2021, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n3/a22v26n3.pdf>

Villalobos, C., Villalobos, P., & Leguía, J. (2017). La educación como piedra angular de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus

tipo 2. *Rev Med Hered.*, 218-219. Recuperado el 01 de marzo de 2021, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v28n3/a16v28n3.pdf>

Walker, J., Walker, R., Smalls, B., Hernández, M., Campbell, J., & Egede, L. (2014). "Effect of diabetes self-efficacy on glycemic control, medication adherence, self-care behaviors, and quality of life in a predominantly low-income, minority population" (artículo de investigación). *Ethn Dis Summer*, 24(3), 349-355. Recuperado el 01 de marzo de 2021, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25065078/>

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Preguntas	Objetivos	Hipótesis	VARIABLES, dimensiones e instrumentos	Población y muestra
Pregunta general	Objetivo general	Hipótesis general	Adherencia al tratamiento	POBLACIÓN:
¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y las medidas de prevención de la tuberculosis en adultos que acuden al centro de salud la Tinguña, periodo 2020?	Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y medidas de prevención de la tuberculosis en adultos que acuden al centro de salud la Tinguña, periodo 2020.	Existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y las medidas de prevención de la tuberculosis en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguña, periodo 2020.	Es el Grado en que los antecedentes del paciente, influyen en el cumplimiento de la toma de los medicamentos terapéutico y que coinciden con el tratamiento prescrito según lo indicado. Dimensiones: Comportamental Implicaciones personales Vinculo Instrumentos: Cuestionario	La población consta de 21 pacientes afectadas con tuberculosis en el centro de salud la Tinguña, periodo 2020. MUESTRA: 23 pacientes afectados con tuberculosis

Preguntas específicas	Objetivo específico	Hipótesis específicas	Medidas de prevención	Diseño metodológico
------------------------------	----------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------

<p>- ¿Existe una relación entre la adherencia y el cumplimiento del tratamiento en adultos que acuden al centro de salud la Tinguíña 2020?</p> <p>- ¿Existe una relación entre la adherencia al tratamiento se relaciona con las implicaciones personales en adultos que acuden al centro de salud la Tinguíña, periodo 2020?</p> <p>- ¿Existe una relación entre la adherencia al tratamiento se relaciona al vínculo en adultos que acuden al centro de salud la Tinguíña, periodo 2020?</p> <p>- ¿Existe una relación entre la adherencia al tratamiento se relaciona con las medidas preventivas personales</p>	<p>- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el cumplimiento del tratamiento en adultos que acuden al centro de salud la Tinguíña 2020.</p> <p>- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y las implicaciones personales en adultos que acuden al centro de salud la Tinguíña, periodo 2020.</p> <p>- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el vínculo en adultos que acuden al centro de salud la Tinguíña, periodo 2020.</p> <p>- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y las medidas preventivas personales en adultos que acuden al centro de salud la Tinguíña, periodo 2020.</p> <p>- Determinar la relación entre la</p>	<p>- La adherencia al tratamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento en adultos que acuden al centro de salud la Tinguíña 2020, es alto.</p> <p>- La adherencia al tratamiento relacionada con las implicaciones personales en adultos que acuden al centro de salud la Tinguíña, periodo 2020, es alto.</p> <p>- La adherencia al tratamiento relacionada con el vínculo en adultos que acuden al centro de salud la Tinguíña, periodo 2020, es alto.</p> <p>- Las medidas preventivas personales adoptadas en adultos que acuden al Centro de Salud la Tinguíña, periodo 2020, es alto.</p> <p>- Las medidas preventivas administrativas en adultos que acuden al centro de</p>	<p>Es el conjunto de medidas necesarias para evitar el desarrollo o progreso de enfermedades.</p> <p>Prevención significa acción y efecto de prevenir. Se refiere a la preparación con la que se busca evitar, de manera anticipada, un riesgo, un evento desfavorable o un acontecimiento dañoso. Pueden prevenirse enfermedades, accidentes, delitos, etc.</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Medidas preventivas personales</p> <p>Medidas preventivas administrativas</p> <p>Medidas preventivas de ambiente</p>	<p>Tipo de Investigación:</p> <p>Esencial</p> <p>Nivel de Investigación:</p> <p>Correlacional.</p> <p>Diseño de Investigación:</p> <p>No experimental.</p> <p>Corte:</p> <p>Transversal</p> <p>Enfoque:</p> <p>Cualitativo</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>en adultos que acuden al centro de salud la Tinguña, periodo 2020?</p> <p>- ¿Existe una relación entre la adherencia al tratamiento se relaciona con las medidas preventivas administrativas en adultos que acuden al centro de salud la Tinguña, periodo 2020?</p> <p>- ¿Existe una relación entre la adherencia al tratamiento se relaciona se con las medidas preventivas de ambiente en adultos que acuden al centro de salud la Tinguña, periodo 2020?</p>	<p>adherencia al tratamiento y las medidas preventivas administrativas en adultos que acuden al centro de salud la Tinguña, periodo 2020.</p> <p>- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y las medidas preventivas de ambiente en adultos que acuden al centro de salud la Tinguña, periodo 2020.</p>	<p>salud la Tinguña, periodo 2020, es alto.</p>	<p>Instrumentos:</p> <p>Cuestionario</p>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	-------------------------------------------------	--

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escalas de medida
Variable dependiente (X): Adherencia al tratamiento	Es el Grado en que los antecedentes del paciente, influyen en el cumplimiento de la toma de los medicamentos terapéutico y que coinciden con el tratamiento prescrito según lo indicado	Comportamental	Toma los medicamentos en el horario correspondiente. Cumple la dosis de los medicamentos indicados. Cumple las indicaciones de la dieta correcta. Acude a sus consultas de seguimiento de su tratamiento. Hace los ejercicios físicos indicados por su doctor.	P1, P2, P3, P4, P5.	PUNTOS SI: 3 AVECES: 2 NO: 1 NUNCA: 0 BUENO: 45 – 60 REGULAR: 29 – 44 MALO: 12 - 28
		Implicaciones personales	Cambia el orden de horarios a la medicación. Realiza el tratamiento sin ningún esfuerzo. Usa recordatorios que facilitan su tratamiento.	P6, P7, P8.	

		Vinculo	Usted y su doctor analizan como se debe cumplir el tratamiento. Tiene la posibilidad de firmar un consentimiento informado.	P10, P11, P12.	
--	--	---------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	--

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escalas de medida
	Es el conjunto de medidas necesarias para evitar el desarrollo o progreso de enfermedades. Prevención significa acción y efecto de prevenir. Se	Medidas preventivas personales	Cumple en su debido momento el lavado de manos. Usa equipos de protección personal. Cumple con su alimentación que corresponde.	P1, P2, P3, P4, P5.	PUNTOS SI: 3 AVECES: 2 NO: 1

Variable independiente (Y): Medidas de prevención	refiere a la preparación con la que se busca evitar, de manera anticipada, un riesgo, un evento desfavorable o un acontecimiento dañoso. Pueden prevenirse enfermedades, accidentes, delitos, etc.		Realiza la limpieza de hogar correcto. Evita contacto infeccioso.		NUNCA: 0 BUENO:52 – 70 REGULAR: 34 – 51 MALO: 14 - 33
		Medidas preventivas administrativas	Cumple su función el personal de salud con educar capacitar y aconsejar. Utilizan afiches y letreros. Realizan su desinfección correcta.	P7, P8, P9.	
		Medidas preventivas de ambiente	Cuenta con ventilación e iluminación En su hogar conviven un mayor número de habitantes En su hogar conviven un menor número de habitantes. Utilizan medidas preventivas (lavado	P10, P11, P12, P13.	

			de manos alcohol, desinfectante mascarilla).		
--	--	--	----------------------------------------------------	--	--

ANEXO 2: INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA

TUBERCULOSIS EN ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD LA

TINGUIÑA, PERIODO 2020.

Introducción.

Estimado público:

La presente encuesta tiene como objetivo de conocer la situación en el centro de salud la Tinguña cercado de Ica en cuestión en materia de tuberculosis particular a adherencia al tratamiento con la finalidad de prevenir el incumplimiento del tratamiento médico. La siguiente encuesta es anónima, por lo cual solicito su participación contestando con sinceridad cada pregunta que muestra en el recuadro, ya que la información solo se utilizara para fines académicos.

Datos de clasificación.

Contesta las siguientes preguntas

Genero:

Masculino

Femenino

Edad:

10 – 25 años

26 – 50 años

Dedicación:

Cuestionario de adherencia al tratamiento, marque con una x en el recuadro que usted crea conveniente:

	Ítems	Nunca (0)	No (1)	A veces (2)	Si (3)
	¿Toma los medicamentos en el horario correspondiente?				
	¿Cumple la dosis de los medicamentos indicados?				
	¿Cumple las indicaciones de la dieta correcta?				
	¿Acude a sus consultas de seguimiento de su tratamiento?				
	¿Hace los ejercicios físicos indicados por su doctor?				
	¿Cambia el orden de horarios a la medicación?				

	¿Realiza el tratamiento sin ningún esfuerzo?				
	¿Usa recordatorios que facilitan su tratamiento?				
	¿Usted y su doctor analizan como se debe cumplir el tratamiento?				
	¿Firma un consentimiento informado?				

Escala de medición

	MINIMO	MAXIMO
BUENO	45	60
REGULAR	29	44
MALO	12	28

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y MEDIDAS DE PREVENCION DE LA
TUBERCULOSIS EN ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD LA
TINGUIÑA, PERIODO 2020.**

Introducción.

Estimado público:

La presente encuesta tiene como objetivo de conocer la situación en el centro de salud la Tinguña cercado de Ica en cuestión en materia de tuberculosis particular en medidas de prevención con la finalidad de cumplir. La siguiente encuesta es anónima, por lo cual solicito su participación contestando con sinceridad cada pregunta que muestra en el recuadro, ya que la información solo se utilizara para fines académicos.

Datos de clasificación.

Contesta las siguientes preguntas

Genero:

Masculino

Femenino

Edad:

10 – 25 años

26 – 50 años

DEDICACIÓN:

Cuestionario de medidas de prevención, marque con una x en el recuadro que usted crea conveniente:

	Ítems	Nunca (0)	No (1)	A veces (2)	Sí (3)
	¿Cumple en su debido momento el lavado de manos?				
	¿Usa equipos de protección personal?				
	¿Cumple con su alimentación que corresponde?				
	¿Realiza la limpieza de hogar correcto?				
	¿Evita contacto infeccioso?				
	¿Cumple su función el personal de salud con educar capacitar y aconsejar?				
	¿Utilizan afiches y letreros?				
	¿Realizan su desinfección correcta?				
	¿Cuenta con ventilación e iluminación?				
	¿En su hogar conviven un mayor número de habitantes?				
	¿En su hogar conviven un menor número de habitantes?				
	¿Utilizan medidas preventivas (lavado de manos alcohol, desinfectante mascarilla)?				

Escala de medición

	MINIMO	MAXIMO
BUENO	52	70
REGULAR	34	51
MALO	14	33

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: "Adherencia al tratamiento y medidas de prevención de la tuberculosis
: en adultos que acuden al centro de salud La Tonguina, periodo 2020"

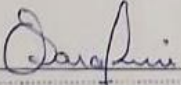
Instrumento: Cuestionario

Nombre del Experto: Lic. Sara Blanca Peña Canales

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple.	

III. OBSERVACIONES GENERALES


Lic. Sara Blanca Peña Canales
C. P. 21001
Nombre: No. DNI: 21459146

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación : "Adherencia al tratamiento y medidas de prevención de la tuberculosis en adultos que acuden al centro de salud La Tongueta, periodo 2020"

Instrumento: Cuestionario

Nombre del Experto: Vexy ZEIL CHACALIAZA NAVARRO

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	CUMPLE	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	CUMPLE	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	CUMPLE	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	CUMPLE	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	CUMPLE	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	CUMPLE	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	CUMPLE	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	CUMPLE	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	CUMPLE	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	CUMPLE	

III. OBSERVACIONES GENERALES

Nombre: No. DNI: 91303899

PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

N°	V1										V2												TOTAL	
	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12		
1	1	2	1	3	3	1	0	1	2	1	2	1	0	3	2	1	3	1	0	1	0	3	32	
2	1	3	0	2	3	2	1	0	2	1	1	0	3	2	0	3	3	0	0	3	3	1	34	
3	2	3	1	0	2	0	0	0	3	3	1	0	0	2	3	1	0	2	1	3	1	0	28	
4	2	3	3	2	1	0	1	2	3	0	2	2	0	2	0	0	2	2	2	2	1	1	33	
5	3	2	2	1	3	1	2	1	1	0	0	3	2	3	1	0	3	1	3	2	1	3	38	
6	0	1	3	0	2	2	2	2	1	3	2	0	0	1	2	0	1	2	1	1	1	0	27	
7	2	3	3	0	3	0	2	0	0	0	3	3	1	2	2	3	0	0	3	0	0	1	31	
8	3	0	2	0	0	1	1	0	1	3	1	3	2	2	2	2	1	1	2	2	3	3	35	
9	1	2	0	0	3	0	2	3	1	2	3	1	3	3	1	1	3	1	1	1	0	2	34	
10	0	0	1	1	3	0	2	1	0	0	3	2	1	2	0	1	1	0	2	0	0	0	20	
11	1	2	1	3	3	1	0	1	2	1	2	1	0	3	2	1	3	1	0	1	0	3	32	
12	1	3	0	2	3	2	1	0	2	1	1	0	3	2	0	3	3	0	0	3	3	1	34	
13	2	3	1	0	2	0	0	0	3	3	1	0	0	2	3	1	0	2	1	3	1	0	28	
14	2	3	3	2	1	0	1	2	3	0	2	2	0	2	0	0	2	2	2	2	1	1	33	
15	3	2	2	1	3	1	2	1	1	0	0	3	2	3	1	0	3	1	3	2	1	3	38	
VARIANZA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	0	1	1	2	1	1	1	1	2	

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[\frac{\sum \sum_{j \neq k}^n cov(j,k)}{S_x^2} \right]$$

$$\alpha = 0.813$$

ANEXO 4: BASE DE DATOS

N°	V1										V2												V1			V2			TV1	TV2
	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	D1	D2	D3	D1	D2	D3		
1	1	2	1	3	3	1	0	1	2	1	2	1	0	3	2	1	3	1	0	1	0	3	10	4	1	9	4	4	15	17
2	1	3	0	2	3	2	1	0	2	1	1	0	3	2	0	3	3	0	0	3	3	1	9	5	1	9	3	7	15	19
3	2	3	1	0	2	0	0	0	3	3	1	0	0	2	3	1	0	2	1	3	1	0	8	3	3	7	3	4	14	14
4	2	3	3	2	1	0	1	2	3	0	2	2	0	2	0	0	2	2	2	2	1	1	11	6	0	6	6	4	17	16
5	3	2	2	1	3	1	2	1	1	0	0	3	2	3	1	0	3	1	3	2	1	3	11	5	0	9	7	6	16	22
6	0	1	3	0	2	2	2	2	1	3	2	0	0	1	2	0	1	2	1	1	1	0	6	7	3	5	4	2	16	11
7	2	3	3	0	3	0	2	0	0	0	3	3	1	2	2	3	0	0	3	0	0	1	11	2	0	14	3	1	13	18
8	3	0	2	0	0	1	1	0	1	3	1	3	2	2	2	2	1	1	2	2	3	3	5	3	3	12	4	8	11	24
9	1	2	0	0	3	0	2	3	1	2	3	1	3	3	1	1	3	1	1	1	0	2	6	6	2	12	5	3	14	20
10	0	0	1	1	3	0	2	1	0	0	3	2	1	2	0	1	1	0	2	0	0	0	5	3	0	9	3	0	8	12
11	1	2	1	3	3	1	0	1	2	1	2	1	0	3	2	1	3	1	0	1	0	3	10	4	1	9	4	4	15	17
12	1	3	0	2	3	2	1	0	2	1	1	0	3	2	0	3	3	0	0	3	3	1	9	5	1	9	3	7	15	19
13	2	3	1	0	2	0	0	0	3	3	1	0	0	2	3	1	0	2	1	3	1	0	8	3	3	7	3	4	14	14
14	2	3	3	2	1	0	1	2	3	0	2	2	0	2	0	0	2	2	2	2	1	1	11	6	0	6	6	4	17	16
15	3	2	2	1	3	1	2	1	1	0	0	3	2	3	1	0	3	1	3	2	1	3	11	5	0	9	7	6	16	22
16	0	1	3	0	2	2	2	2	1	3	2	0	0	1	2	0	1	2	1	1	1	0	6	7	3	5	4	2	16	11
17	2	3	3	0	3	0	2	0	0	0	3	3	1	2	2	3	0	0	3	0	0	1	11	2	0	14	3	1	13	18
18	3	0	2	0	0	1	1	0	1	3	1	3	2	2	2	2	1	1	2	2	3	3	5	3	3	12	4	8	11	24
19	1	2	0	0	3	0	2	3	1	2	3	1	3	3	1	1	3	1	1	1	0	2	6	6	2	12	5	3	14	20
20	0	0	1	1	3	0	2	1	0	0	3	2	1	2	0	1	1	0	2	0	0	0	5	3	0	9	3	0	8	12
21	1	1	1	0	2	2	3	1	2	3	1	1	3	0	2	0	0	1	1	2	2	3	5	8	3	7	2	7	16	16
22	0	3	1	3	3	3	3	1	3	3	1	1	2	2	0	3	2	2	2	3	1	3	10	10	3	9	6	7	23	22
23	2	0	3	2	1	2	3	2	3	1	1	1	3	2	1	1	2	2	2	3	0	0	8	10	1	9	6	3	19	18

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD LA TINGUIÑA, PERIODO 2020

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uoosevelt.edu.pe Fuente de Internet	7%
2	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	7%
3	repositorio.upt.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	www.sefac.org Fuente de Internet	2%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.upse.edu.ec Fuente de Internet	1%
8	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	1%

9	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	1 %
10	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1 %
11	repositorio.ulc.edu.pe Fuente de Internet	1 %
12	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	1 %
13	www.chlaep.org.uy Fuente de Internet	1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

