



Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”

**AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE
PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN DOS CENTROS DE SALUD**

SANTA ANITA, 2019

Líneas de Investigación: Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTORA

Cárdenas Matta, Cristell Katlhin

ASESORA

Dra. Bello Vidal, Catalina Olimpia

JURADOS

Mg. Astocóndor Fuertes, Ana María

Mg. Landauro Rojas, Isolina Gloria

Mg. Aquino Aquino, Ronal Hamilton

Lima - Perú

2020

Dedicatoria

A Dios por permitirme alcanzar cada uno de mis logros.

A mi amada hija Yoeli, por ser mi fuente de motivación e inspiración siendo un pilar fundamental en mi vida para lograr cada objetivo trazado.

A mis amados padres Liliana y Geovanni, quienes han sido mi soporte y ayuda constante a lo largo de mi formación académica.

A mis hermanos Keiklin y Geovanni, por sus consejos y motivación constante.

Así también, a todos mis familiares y personas especiales que siempre me brindaron su cariño y apoyo incondicional.

Agradecimiento

Mi sincero agradecimiento

A Dios, por ser permitirme consumir este proyecto de grado.

A mi Asesora Dra. Catalina Olimpia Bello Vidal, por su orientación y acompañamiento brindado durante el desarrollo de la presente investigación.

A mis docentes de mi querida Universidad Nacional Federico Villarreal, por sus enseñanzas y consejos, que me permiten concluir con una etapa más de mis metas trazadas.

A todos los pacientes participantes en el estudio de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Índice

Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
I. Introducción.....	10
1.1 Descripción y Formulación del Problema.....	12
1.2 Antecedentes	17
1.3 Objetivos	22
1.3.1 Objetivo general.....	22
1.3.2 Objetivos específicos	22
1.4. Justificación	24
1.5 Hipótesis	25
II. Marco Teórico.....	26
2.1 Bases Teóricas sobre el Tema de Investigación	26
2.1.1 Tuberculosis.....	26
2.1.2 Agencia de Autocuidado.....	29
2.1.3 Adherencia al tratamiento antituberculoso	34
III. Método.....	39
3.1 Tipo de Investigación.....	39
3.2 Ámbito Temporal y Espacial	39
3.3 Variables	40
3.4 Población y Muestra	41
3.5. Instrumentos.....	42
3.6 Procedimientos.....	44
3.7 Análisis de Datos	45
3.8 Consideraciones Éticas	46
IV. Resultados	47
V. Discusión de Resultados.....	72
VI. Conclusiones.....	75
VII. Recomendaciones	76
VIII. Referencias	77
IX. Anexos.....	84

Índice de Tablas

Tabla 1 Estadísticos Descriptivos de la Variable Agencia de Autocuidado.....	47
Tabla 2 Estadístico Descriptivo de la Variable Adherencia al tratamiento	51
Tabla 3 Tabla de Contingencia de la Agencia de Autocuidado y la Adherencia al tratamiento en pacientes con TB pulmonar.....	53
Tabla 4 Tabla de Contingencia entre la dimensión Consumo suficiente de alimentos y agua con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar.	55
Tabla 5 Tabla de Contingencia entre la dimensión Eliminación con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar.	56
Tabla 6 Tabla de Contingencia entre la dimensión Actividad y descanso con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar.	57
Tabla 7 Tabla de Contingencia entre la dimensión Interacción social y personal con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar.....	58
Tabla 8 Tabla de Contingencia entre la dimensión Prevención de riesgos con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar.	59
Tabla 9 Tabla de Contingencia entre la dimensión Promoción del funcionamiento y desarrollo personal con la Adherencia al tratamiento.....	60
Tabla 10 Tabla de Contingencia entre la Agencia de Autocuidado y la dimensión Asistencia al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con TB pulmonar.....	61
Tabla 11 Tabla de Contingencia entre la Agencia de Autocuidado y la dimensión Conductas frente al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con TB pulmonar.....	62
Tabla 12 Cálculo del Rho de Spearman entre la Agencia de Autocuidado y la Adherencia al tratamiento en pacientes con TB pulmonar.	63
Tabla 13 Cálculo del Rho de Spearman entre la dimensión Consumo suficiente de alimentos y agua con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar.	64
Tabla 14 Cálculo del Rho de Spearman entre la dimensión Eliminación con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar.	65
Tabla 15 Cálculo del Rho de Spearman entre la dimensión Actividad y descanso con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.	66
Tabla 16 Cálculo del Rho de Spearman entre la dimensión Interacción social y personal con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar.....	67
Tabla 17 Cálculo del Rho de Spearman entre la dimensión Prevención de riesgos con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar.....	68

Tabla 18 Cálculo del Rho de Spearman entre la dimensión Promoción del funcionamiento y desarrollo personal con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar.69

Tabla 19 Cálculo del Rho de Spearman entre la Agencia de Autocuidado y la dimensión Asistencia al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con TB pulmonar.70

Tabla 20 Cálculo del Rho de Spearman entre la Agencia de Autocuidado y la dimensión Conductas frente al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con TB pulmonar...71

Índice de Figuras

Figura 1 Diseño descriptivo correlacional	39
Figura 2 Variable Agencia de Autocuidado en pacientes con TB pulmonar.....	48
Figura 3 Variable Agencia de Autocuidado según sus dimensiones en pacientes con TB pulmonar	49
Figura 4 Variable Adherencia al tratamiento en pacientes con TB pulmonar.....	51
Figura 5 Variable Adherencia al tratamiento según sus dimensiones en pacientes con TB pulmonar.	52
Figura 6 Agencia de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en pacientes con TB pulmonar	54

Resumen

Objetivo: Determinar la relación significativa entre la Agencia de Autocuidado y la Adherencia al Tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita. **Material y Métodos:** Estudio con enfoque Cuantitativo, tipo descriptivo correlacional, de corte transversal. La muestra de estudio quedó constituida con 80 pacientes que reciben tratamiento antituberculosis en los dos Centros de Salud. Se aplicaron los instrumentos adaptados al estudio: Cuestionario CAAUTUP y Test de Morisky Grenn; con una concordancia significativa de validez 0,97 y 0,98 y una confiabilidad de 0,83 y 0,84 respectivamente. **Resultados:** Se apreció una adecuada Agencia de Autocuidado 45.0%, y Adherencia al tratamiento en el 72.7%. Entre la Agencia de Autocuidado y la Adherencia al tratamiento, se evidenció una relación positiva media significativa ($r_s=0.455$). En la Agencia de Autocuidado todas sus dimensiones evidencian relación significativa con la Adherencia al tratamiento: Consumo suficiente de alimentos y agua ($r_s=0.162$); Eliminación ($r_s=0.299$); Actividad y descanso ($r_s=0.194$) e Interacción social y personal ($r_s=0.249$), poseen relación positiva media y las dimensiones Prevención de riesgos ($r_s=0.632$) y Promoción del funcionamiento y desarrollo personal ($r_s=0.509$), poseen relación positiva considerable. Para la Adherencia al tratamiento sus dos dimensiones, evidencian relación significativa positiva media con la Agencia de Autocuidado: Asistencia al tratamiento farmacológico ($r_s=0.341$) y Conductas frente al tratamiento farmacológico ($r_s=0.285$). **Conclusión:** La Agencia de Autocuidado se relaciona significativamente con la Adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar.

Palabras clave: Agencia de Autocuidado, adherencia al tratamiento, tuberculosis pulmonar, pacientes

Abstract

Objective: To determine the significant relationship between the Self-Care Agency and the Adherence to the Treatment of patients with pulmonary tuberculosis in two Santa Anita Health Centers. **Material and Methods:** Quantitative approach study, correlational descriptive type, cross-sectional. The study sample consisted of 80 patients receiving tuberculosis treatment in the two Health Centers. The instruments adapted to the study were applied: CAAUTUP Questionnaire and Morisky Grenn Test; with a significant agreement of validity 0.97 and 0.98 and a reliability of 0.83 and 0.84 respectively. **Results:** An appropriate Self-Care Agency 45.0% was observed, and Adherence to treatment in 72.7%. Between the Self-Care Agency and the Adherence to treatment, a significant mean positive relationship was evident ($r_s = 0.455$). In the Self-Care Agency all its dimensions show a significant relationship with Adherence to treatment: Sufficient consumption of food and water ($r_s = 0.162$); Elimination ($r_s = 0.299$); Activity and rest ($r_s = 0.194$) and Social and personal interaction ($r_s = 0.249$), have a positive average relationship and the dimensions Risk prevention ($r_s = 0.632$) and Promotion of functioning and personal development ($r_s = 0.509$), have a positive relationship considerable. For its adherence to treatment, its two dimensions show a significant positive average relationship with the Self-Care Agency: Assistance to pharmacological treatment ($r_s = 0.341$) and Behaviors against drug treatment ($r_s = 0.285$). **Conclusion:** The Self-Care Agency is significantly related to Adherence to the treatment of patients with pulmonary tuberculosis.

Key words: Self-care Agency, treatment adherence, pulmonary tuberculosis, patients

I. Introducción

Tuberculosis pulmonar, una enfermedad que a nivel mundial está sujeta bajo vigilancia por ser altamente contagiosa, a pesar de ser un padecimiento prevenible y curable.

La presente investigación está enmarcada en este contexto, abordando dos variables imprescindibles en las personas que padecen esta enfermedad: Agencia de Autocuidado y Adherencia al tratamiento. Para lo cual, es preciso considerar al profesional de enfermería, quien afianza y promueve una adecuada Agencia de Autocuidado en la población.

Por consiguiente, se busca encontrar una relación de asociación entre las variables mencionadas y sus dimensiones, con el propósito de conseguir conocer si a mayor Agencia de Autocuidado mayor será la Adherencia al tratamiento.

En el primer capítulo. Introducción, se realizó la descripción problemática empezando desde el contexto a nivel mundial al nacional, culminando con la formulación del problema. Además, se describió los antecedentes encontrados, los objetivos, la justificación y las hipótesis del estudio.

En el segundo capítulo. Marco teórico, se abordan definiciones y teorías concernientes al estudio describiendo la tuberculosis, las variables de estudio y sus dimensiones.

En el tercer capítulo. Método, presenta el tipo de investigación, el espacio y ámbito temporal donde se aplicó la indagación en la muestra partícipe y descripción de las dos variables de estudio con sus respectivos instrumentos de medición. Asimismo, se detalla el proceso, los principios éticos y el análisis de datos que se llevó a cabo para el desarrollo de la indagación correspondiente.

En el cuarto capítulo. Resultados, se presentó los estadísticos descriptivos generales mediante cuadros y gráficos. Asimismo, fueron colocados en tablas de contingencias para ambas variables con sus respectivas dimensiones. Además, se presentó el análisis descriptivo inferencial con la contrastación de hipótesis.

En el quinto capítulo. Discusión de Resultados, se realizó la discusión a través de la comparación con las investigaciones encontradas como antecedentes, los resultados aportados por esta investigación y el marco teórico en el marco de las variables de estudio y sus dimensiones.

En el sexto capítulo. Conclusiones, en este capítulo se formuló conclusiones basados en los resultados hallados en la presente investigación.

En el séptimo capítulo. Recomendaciones, se planteó con enfoque hacia las autoridades de los centros de salud, al profesional de enfermería encargado de esta área y a los estudiantes de enfermería.

1.1 Descripción y Formulación del Problema

Una de las enfermedades consideradas entre las más letales y que se encuentra presente a nivel mundial es la tuberculosis (TB), la cual se establece entre las más mortales causadas por un agente infeccioso, lo cual encarna un problema de salud pública.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2019) consideró en millón y medio la mortalidad causada por esta enfermedad solo en 2018, a pesar de que este padecimiento es prevenible y curable, esto sin mencionar que de modo diario unos 30.000 sujetos son contagiados por TB en el mundo.

Tomando en cuenta los casos de TB presentes en el mundo, aproximadamente 10 millones, lo cual solo representa el 5% de la población se albergan en la Región de las Américas, y de ello el 55% se hallan presentes en México, Brasil y Perú, lo que hace considerar a estos países poseedores del mayor índice de casos de TB en el continente americano (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2018) el nivel de incidencia general en el continente americano equivale a 28 personas por cada 100.000 habitantes cabiendo aludir que la segunda tasa con mayor incidencia se encuentra ubicada en América del Sur con una cantidad equivalente a 46,2 individuos por cada 100.000 habitantes y existe la expectativa que esta propensión continúe bajando en los años que vienen hasta lograr la erradicación de la TB como problema de salud global.

La nación peruana no se encuentra exenta, como ya se mencionó, de esta enfermedad. A nivel americano, Brasil se ubica con un 32% de los casos, mientras Perú se posiciona en un segundo lugar con el 13% (OPS/OMS, 2019). Parece increíble que el 50% de los casos de TB registrados en la nación peruana se concentran en Lima Metropolitana, de acuerdo a un reporte preliminar presentado por la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis (DPCTB) en el cual se afirma que durante el año 2018 la incidencia de TB se determinó en

31.668 casos, concentrando un total de 27.575 nuevos casos y 15.361 casos con TB pulmonar frotis positivo. Es alarmante mencionar que Lima Metropolitana y Callao informaron el mayor índice de casos de TB con un preocupante 64% (19.860 individuos) de los casos conseguidos en el país. Se hace necesario resaltar que, de acuerdo con la jurisdicción de Lima Metropolitana, el sector Lima ocupa el cuarto puesto de la tasa con un total de 2.103 casos de TB, después de Lima Centro, Norte y Sur, lo que origina que este resultado confiere la priorización a este contexto como de muy alto riesgo (Flores, 2019).

Por todo lo anteriormente narrado, es que se determina de interés nacional la lucha contra la TB. Por ello el Ministerio de Salud (MINSa, 2018), preparó un documento a nivel técnico titulado “*Plan de Intervención de Prevención y Control de Tuberculosis en Lima Metropolitana y Regiones Priorizadas de Callao, Ica, La Libertad y Loreto, periodo 2018-2020*”, el cual tiene como propósito orientar el aumento de la detección, diagnóstico y tratamiento adecuado de los individuos afectados por TB, para que de esta forma se asegure la disminución del índice de incidencia y avance de la precisión en la administración del tratamiento en un plazo mediano (MINSa, 2018a).

Durante los postreros años, la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) administrado por el MINSa, ha afianzado progresos característicos en el control de este padecimiento. No obstante, aún se mantienen retos que convienen ser tratados con el fin de cumplir con la meta “*Fin de la TB*”; lo cual fue adoptado por la OMS dirigido hacia las metas a cumplir en el año 2035, las cuales llevan a erradicar la epidemia mundial con la disminución en un 90% de la tasa de muertes y en un 80% la tasa de incidencia a nivel global (OMS, 2015). Así mismo, se debe resaltar que los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU constituyen pieza importante en las metas que promueve la estrategia “*Fin de la TB*” (ONU, 2019a).

Dentro de los desafíos que enfrenta el país en el panorama de la TB, se evidencia que ha esto se suma la carente capacidad resolutive del primer nivel de atención en la captación oportuna de sintomáticos respiratorios, limitando la oportuna detección y tratamiento de la persona afectada (MINSA, 2018a). Conocedores de esta problemática, el Instituto Nacional de Investigación (INS) en el marco de sus competencias establece como una de sus prioridades estratégicas nacionales de indagación a la adherencia al tratamiento antituberculoso; centrándose en los requerimientos y en el fortalecimiento de las pericias que posee el individuo con TB, impidiendo así la deserción del tratamiento (INS, 2018).

En el año 2015, la totalidad de los casos de TB sensible que comenzaron el tratamiento fueron 16,927 casos de tuberculosis pulmonar con frotis positivo en nuestro país, de ellos 974 personas se notificaron como perdidos en seguimiento-abandonos, constituyéndose en focos infecciosos en la comunidad (MINSA, 2018b). En tal sentido, es oportuno identificar la baja adherencia al tratamiento como una de las más importantes causas de los abandonos al tratamiento, lo cual complica en gran magnitud su efectividad y al sistema de salud puede generarle costos adicionales.

En el primer nivel de atención se encuentra la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; los cuales son los ejes fundamentales que enmarcan el cuidado de enfermería (Lagoueyte, 2015). En este contexto, en el rol de enfermería con el paciente con TB; es necesario identificar sus necesidades para proporcionar herramientas para fortalecer la capacidad de Agencia de Autocuidado e implementar actividades para favorecer y promover la Adherencia al tratamiento antituberculosis.

Al realizar las entrevistas de enfermería, en los centros de salud Huáscar y Cooperativa Universal en el Servicio de Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT), como perfeccionamiento de la práctica clínica de internado, se observó en la Tarjeta de control de asistencia y administración de medicamentos, una

anomalía presente en determinados casos, en cuanto al seguimiento o adherencia del tratamiento existente por parte de algunos pacientes que acuden a recibir su tratamiento de forma diaria o interdiaria. Al ser consultados por sus prácticas de autocuidado salta a la vista el punto de que muchos de ellos desconocían y otros mencionaban solo practicar algunas de ellas, sumando este hecho a la falta de adherencia al tratamiento lo que puede traer consecuencias en su proceso de recuperación afectando su calidad de vida, lo cual despierta e impulsa el interés de realizar el presente estudio enfocado en este grupo poblacional.

En este marco es que se pretende visibilizar la trascendencia de investigar este tema al estar frente a la realidad problemática descrita es que se surgen las siguientes interrogantes: ¿La enfermera valora la Agencia de Autocuidado que tienen los pacientes con TB? ¿Cuál es el nivel de Autocuidado que tienen los pacientes con TB? ¿Cómo influye la adherencia al tratamiento y la agencia de autocuidado en el paciente con TB? ¿Cómo se relaciona la agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento con la incidencia de abandonos en pacientes con TB? ¿Cuál es el nivel de adherencia de los pacientes con TB con respecto a su tratamiento? ¿Una adecuada Agencia de Autocuidado asegura que el paciente tenga adherencia a su tratamiento?, entre otras interrogantes que nos lleva en la presente investigación a plantear el siguiente problema.

1.1.1 Problema General

¿Cuál es la relación significativa entre la Agencia de Autocuidado y la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019?

1.1.2 Problemas Específicos

- ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión Consumo suficiente de alimentos y agua con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019?

- ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión Eliminación con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión Actividad y descanso con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión Interacción social y personal con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión Prevención de riesgos con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión Promoción del funcionamiento y desarrollo personal con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la Agencia de autocuidado y la dimensión Asistencia al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la Agencia de autocuidado y la dimensión Conductas frente al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019?

1.2 Antecedentes

En el plano investigativo de la salud, las variables esbozadas en la presente indagación han sido desplegadas por sí solas en el ámbito internacional en diferentes investigaciones; y en el ámbito nacional de igual forma, si bien es cierto que se han investigado estas variables pocos son los estudios en donde se evalúa el grado de correlación entre las mismas por lo cual se evidencia que todavía no se ha profundizado en este tema. Desde este momento, se presentan los siguientes estudios con sus respectivos resultados.

1.2.1 Antecedentes internacionales

Cajo y Guadalupe (2019) realizaron una indagación titulada “*Acciones de Enfermería en la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis, Ecuador*”, cuyo fin fue el de determinar las acciones de enfermería en la adherencia al tratamiento en pacientes con TB. Tuvo una población de estudio constituida por 30 enfermeras. Se desarrolló un estudio de tipo descriptivo, cuali-cuantitativo, observacional y transversal, en el cual se estableció las variables sociodemográficas hallando edades de entre los 20 a los 39 años, predominando el género femenino, que hubieron trabajado de 1 a 3 años. Mediante la ejecución de un test de conocimiento referente a las acciones del enfermero que facilite la adherencia al tratamiento de la TB en los servicios de salud, como las competencias, el trato y la accesibilidad. Así mismo, se desplegó una guía orientada hacia el personal de enfermería con el propósito de asistir la adherencia al tratamiento de pacientes con TB, tomando en cuenta que esta guía fue formulada a partir de un posicionamiento sanitario de una educación para la salud renovada, de calidad e incluyente.

López, C. (2018) en su estudio sobre la “*Adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis, España*”, planteó como objetivo la caracterización de los factores que estipulan la adherencia en pacientes con TB y narra las intervenciones de enfermería y estrategias de actuación orientadas a provocar dicha adherencia. La metodología aplicada fue la de efectuar una revisión de la literatura científica existente en distintas bases de datos seleccionando 27

artículos. Los resultados obtenidos fueron que entre los elementos que estipulan la adherencia recalcan los relacionados con el tratamiento, con el equipo asistencial con la enfermedad y con lo socioeconómico. Se equipará a la enfermera como la primordial promotora de cuidados, recalcando su rol en el refuerzo de la adhesión al tratamiento a través de la educación para la salud. Asimismo, se refieren intervenciones llevadas a cabo para optimizar la adherencia, como son el uso de incentivos y facilitadores, la incorporación de nuevas tecnologías y la terapia directamente observada (DOTS). Se concluyó que corresponde tener en cuenta los distintos elementos que intervienen en la toma de tratamiento para poder optimizar la adherencia.

Tates (2018) realizó un estudio sobre las “*Estrategias educativas para fomentar el autocuidado en personas con tuberculosis pulmonar que reciben tratamiento en el centro de salud de la ciudad de Ibarra, Ecuador*”. El diseño de la indagación es de tipo mixto, cualitativo y descriptivo. La muestra estuvo compuesta con 25 pacientes se trabajó con la totalidad de la población, aplicándose un cuestionario tipo encuesta. Concluyendo que el 46% tiene un conocimiento bajo sobre la tuberculosis, 72% afrontan su enfermedad con carácter de aceptación, 60% no distingue los cuidados personales a tener en cuenta, 60% conoce la duración y efectos del tratamiento, el 60% posee un autocuidado inadecuado.

Parrales y Silva (2017) elaboraron un estudio sobre el “*Autocuidado en pacientes con tuberculosis pulmonar que reciben tratamiento antifímico en un centro de salud del norte de la ciudad de Guayaquil, Ecuador*”, la indagación del estudio fue de diseño descriptivo, cuantitativo y transversal. Aplicaron un cuestionario que evaluó el autocuidado en una muestra de 54 pacientes con TB, se estableció en la mayoría un índice aceptable de prácticas de autocuidado, se evidencio en las inasistencias al tratamiento diario y control médico mensual un bajo índice, no obstante, esto puede mejorarse a través de habilidades de ayuda, formación continua y programas de rastreo a los usuarios con problemas de adicción y

circunstancia de riesgo de deserción, puesto que aún se observa en solo algunos de los encuestados ausencias ocasionales al tratamiento, así como ingesta regular de alcohol y drogas.

Seme (2015) elaboró una investigación sobre “*La estrategia de autocuidado para pacientes con tuberculosis pulmonar y la relación con su entorno, atendidos en el hospital básico de Balzar, Ecuador*”, Se concluyó que uno de los primordiales elementos examinados en los pacientes con TB es el que ellos no comen lo necesario, consumen alcohol y drogas, no continúan su tratamiento o viven en el campo en su gran mayoría donde se les hace difícil viajar para realizar la toma de su tratamiento todos los días o algunos no cuentan con unidades de salud cerca. Los individuos más jóvenes cumplen una jornada laboral que dificulta la toma diaria, además del problema para el traslado del personal de salud para las visitas domiciliarias ante la ausencia del paciente por la toma. Se insta a la ejecución de campañas publicitarias a favor de la prevención y el tratamiento oportuno de la TB y la creación de grupos de autoapoyo para los pacientes nuevos.

1.2.2 Antecedentes nacionales

Oliden y Zapata (2019) plantearon un estudio sobre “*La adherencia al tratamiento y prácticas de autocuidado de los pacientes de la ESNPCT - Centro de Salud en Villa El Salvador, 2019*”, cuyo propósito fue el de establecer la adherencia al tratamiento y las prácticas de autocuidado de los pacientes de la ESNPCT, de un Centro de Salud. El método usado fue el estudio descriptivo-cuantitativo, de corte transversal. La población de 30 pacientes fue la muestra final. Se usó de instrumento un cuestionario. Se obtuvo como resultado que la adherencia al tratamiento fue inadecuada en un 20%, poco adecuado en un 53.3 % y adecuado en un 26.7 %. En cuanto a las prácticas de autocuidado fueron en un 23.3% regular, 50 % bueno y 26.7% muy bueno. Finalmente se concluyó que la adherencia al tratamiento fue poco adecuada y las prácticas de autocuidado fueron correspondidas como buenas.

Aguilar (2018) en el estudio sobre el “*Nivel de adherencia al tratamiento de Tuberculosis en el C.S Conde de la Vega Baja del Cercado de Lima*”, el cual se realizó con diseño de tipo descriptivo, transversal, cuantitativo aplicándose un cuestionario MBG adaptado y aprobado a una muestra constituida con 28 pacientes, se demuestra que el 96.43% de pacientes presentan un nivel de adherencia total, contra el 3.57% de pacientes no adherentes al tratamiento. Este estudio concluye que en el Centro de Salud objeto de estudio existe un índice de adherencia total en la mayor parte de los pacientes, esto motivado a respuestas propicias en las categorías comportamental y relacional.

Porras (2018) realizó un estudio sobre la “*Adherencia al tratamiento y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en el Centro de salud materno infantil Dr. Enrique Martin Altuna*”, con diseño descriptivo, correlacional y corte transversal. La muestra estuvo constituida por 60 pacientes. Se aplicaron dos cuestionarios. Se obtuvieron los siguientes resultados 53% con adherencia y 47% sin adherencia. Se concluyó que existe relación entre ambas variables en estudio en los pacientes con TB.

López, C. A. (2018) en el estudio sobre el “*Autocuidado en pacientes en Tratamiento de Tuberculosis Pulmonar Sensible del C.S Collique III Zona Comas*”, planteo un diseño con enfoque cuantitativo, transversal y descriptivo, tuvo como muestra 40 pacientes el total de la población, se aplicó un cuestionario PRAUT-TUP2 adaptado y validado. Se obtuvo como resultado con un 92% tienen autocuidado regular y un 8% con buen autocuidado. Se concluye que los pacientes con TB sensible ostentan un índice en la gran mayoría de autocuidado regular.

Morales (2017) esbozó un estudio sobre el “*Nivel de adherencia y autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar de la Microred Aparicio Pomares, Huánuco*”. La indagación se realizó con un diseño de investigación de tipo descriptivo y corte transversal. La muestra constó de 40 pacientes con TB. Se ultimó que el índice de adherencia al tratamiento en el 50% de pacientes con tuberculosis es alta, sucedida del 40% con un índice medio y un 10% con un índice bajo. El autocuidado que poseen los pacientes que concurren a los centros de salud adscritos a la Microred en la mayoría de las ocasiones posee medidas de autocuidado concordadas en todo lo que a su sueño, alimentación, hábitos nocivos y descanso contribuyen al tratamiento del padecimiento. Hay un mínimo, pero significativa proporción de pacientes con adherencia baja hacia el tratamiento y un inadecuado autocuidado.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación significativa entre la Agencia de autocuidado y la Adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar la relación que existe entre la dimensión Consumo suficiente de alimentos y agua con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.
- Identificar la relación que existe entre la dimensión Eliminación con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.
- Identificar la relación que existe entre la dimensión Actividad y descanso con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.
- Identificar la relación que existe entre la dimensión Interacción social y personal con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.
- Identificar la relación que existe entre la dimensión Prevención de riesgos con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.
- Identificar la relación que existe entre la dimensión Promoción del funcionamiento y desarrollo personal con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.

- Identificar la relación que existe entre la Agencia de autocuidado y la dimensión Asistencia al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.
- Identificar la relación que existe entre la Agencia de autocuidado y la dimensión Conductas frente al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.

1.4. Justificación

Esta investigación en este grupo poblacional se debe principalmente a los altos índices de incidencia, morbilidad y mortalidad de la población padeciente de esta enfermedad a nivel global, y nuestro país no es extraño a ello. Por tal motivo, en los últimos años, se ha venido implementando una serie de estrategias y campañas a nivel mundial y nacional con la única finalidad de disminuir hasta ponerle fin a la TB que es una de las primeras causas de defunción en todo el mundo.

El interés de realizar la presente investigación se justifica en el propósito de conocer y contribuir con información científica sobre la agencia de autocuidado de los pacientes que sufren de TB pulmonar y su relación sobre la adherencia frente al tratamiento antituberculosis que reciben en estos dos centros de salud de Santa Anita, debido a que Lima Este ocupa el cuarto lugar con un total de 2103 casos de TB a nivel de Lima Metropolitana (Flores, 2019), buscando así contribuir con la adherencia del cumplimiento terapéutico, disminuyendo la incidencia de casos de abandono al tratamiento; que ocasionan consecuencias que agravan el cuadro clínico y que contribuyen desfavorablemente en la propagación de la enfermedad.

Los resultados del estudio brindaran información actualizada, confiable y valida a las autoridades y al equipo de salud del Área de Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) de los Centros de Salud objeto de estudio, información relevante que podrá servir con miras a formular y proponer medidas de intervención en el eje de acción en el primer nivel de atención de la enfermero(a), permitirá diseñar estrategias y actividades que susciten la adherencia al tratamiento y fortifiquen la capacidad de la agencia de autocuidado, con el propósito de beneficiar su recuperación durante y después del tratamiento contribuyendo a la disminución de los casos actuales de TB, optimizando la calidad de vida de los pacientes.

1.5 Hipótesis

1.5.1 Hipótesis general

Hi: Existe relación significativa entre la Agencia de autocuidado y la Adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar.

1.5.2 Hipótesis específicas

H1: Existe relación entre la dimensión Consumo suficiente de alimentos y agua con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

H2: Existe relación entre la dimensión Eliminación con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

H3: Existe relación entre la dimensión Actividad y descanso con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

H4: Existe relación entre la dimensión Interacción social y personal con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

H5: Existe relación entre la dimensión Prevención de riesgos con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

H6: Existe relación entre la dimensión Promoción del funcionamiento y desarrollo personal con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

H7: Existe relación entre la Agencia de autocuidado y la dimensión Asistencia al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

H8: Existe relación entre la Agencia de autocuidado y la dimensión Conductas frente al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

II. Marco Teórico

2.1 Bases Teóricas sobre el Tema de Investigación

2.1.1 Tuberculosis

Etiología de la tuberculosis.

La tuberculosis (TB), desde una mirada clínica “Es una infección bacteriana causada por *M. tuberculosis*, un patógeno intracelular obligado que es aeróbico, ácido rápido y no encapsulado. La tuberculosis afecta principalmente a los pulmones, aunque otros órganos están involucrados en un tercio de los casos” (Smith, 2019, p.56).

Fisiopatología de la tuberculosis.

En el momento en que un sujeto respira el aire contaminado por estos microorganismos que han sido expulsados al aire por alguna persona padeciente de esta enfermedad, al inhalar traslada el aire contaminado hasta el pulmón produciéndose la interacción del germen patógeno con el huésped humano; en algunas personas se logra superar esta interacción por la adecuada respuesta innata de su sistema de defensa; mientras que no sucede lo mismo en otros casos, ocasionando el desarrollo de la enfermedad. Alrededor de dos a diez semanas después a la infección del microorganismo, se ocasionan defensas determinadas que enlentecen su progreso, conociéndose como TB latente. El padecimiento activo se desarrolla en el momento en que el sistema de defensa del cuerpo es sobresalido por las cantidades de microorganismos que inician su crecimiento activamente provocando graves lesiones en los órganos implicados revelándose con la sintomatología específica (Raviglione, 2019).

Tipos de tuberculosis.

Esta afección de la TB es clasificada como pulmonar y/o extrapulmonar:

TB Pulmonar. Es necesario acotar que este tipo de TB es la más habitual y representa aproximadamente un 80% de casos de TB, su característica principal es la alta contagiosidad por su forma de transmisión por la vía aérea, se caracteriza por presentar tos en la fase activa,

seca al inicio para luego convertirse en tos con expectoración mucopurulenta y en algunas ocasiones hemoptoica; esta tos permanece por más de 15 días, convirtiendo a la persona en un sintomático respiratorio (SR) la cual transporta los bacilos de Koch pudiendo contagiar a través de las gotitas de flugge, allí la sospecha de un posible caso de TB pulmonar, lo cual debe ser confirmada con el diagnóstico respectivo. (PARS y MPS, 2007).

TB Extrapulmonar. Este otro tipo de TB es menos frecuente, aquí se ven involucrados otros órganos que pueden ser, los ganglios linfáticos, pleura, tracto genitourinario, hueso y articulaciones, meninges, peritoneo y pericardio. Se observa mayormente que aparece en individuos en los que el sistema inmune está debilitado o es casi inexistente como pacientes portadores del VIH (Raviglione, 2019).

Factores de Riesgo.

De acuerdo con la OMS (2016), los riesgos de contraer la TB son:

- Tener contacto frecuente de origen intradomiciliario o extradomiciliario con individuos que tengan la patología.
- Vivir en circunstancias de vida sujetas a extrema pobreza, desnutrición o hacinamiento.
- Personas inmunocomprometidas debido a tener cáncer, VIH; entre otras o personas parecientes de enfermedades crónicas como la DM o IRC.
- Personas con hábitos nocivos: consumo de drogas, alcohol, tabaquismo.
- Aparición de cepas de TB fármaco resistentes.

Tratamiento.

En el Perú, el MINSA (2018), en la resolución de modificatoria a la “*Norma Técnica de Salud para la atención integral de la persona con tuberculosis*”, señala que el esquema de tratamiento para TB sensible se debe administrar durante 6 meses, hasta completar 82 dosis, dividido en dos etapas, la nomenclatura es de la siguiente manera: 2RHZE / 4R3H3 (H= Isoniacida, E= Etambutol, R= Rifampicina y Z= Pirazinamida).

Primera Fase. Consiste en 50 dosis en 2 meses (HREZ) diario de lunes a sábado. Esta primera fase se caracteriza por ser de acción bactericida, para aminorar rápidamente la carga bacilar, previniendo la resistencia y el fracaso al tratamiento.

Segunda Fase. Consiste en 54 dosis en 4 meses (HR) tres veces por semana. Esta segunda fase se caracteriza por ser de mantenimiento, el crecimiento de la carga bacilar en este período es de modo menos habitual, por lo que ya no es de frecuencia diaria sino interdiaria. La cantidad de fármacos se reduce de 4 a 2 siendo estos suficientes para evitar las recaídas y manteniendo la exclusión de bacilos resistentes.

A su vez, la “*Norma Técnica de Salud para la atención integral de la persona con tuberculosis*” del Ministerio de Salud (2013) conceptualiza ciertos términos que se tendrán en cuenta para el desarrollo de la investigación:

Tratamiento completo. Paciente que termina el esquema de tratamiento para Tb sensible.

Abandono. Se declara abandono a la discontinuación por 30 días consecutivos o más de la ingesta del tratamiento por parte de paciente.

Irregularidad al tratamiento. Durante la primera fase del tratamiento se acuñe este término al paciente que no tomó 3 dosis o a la no ingesta de 5 dosis durante todo el tratamiento, ambas ya sean tomas continuas o alternas.

2.1.2 Agencia de Autocuidado

Todo profesional de enfermería tiene como reto la promoción del autocuidado en sus pacientes, por ello el autocuidado necesita tener un enfoque humanista e integral. Diversos autores definen el concepto de autocuidado:

De acuerdo con Coppard (1985, como se citó en Millán, Roca y Blanco, 2007), señala que se alcanza a practicar el autocuidado con las acciones y decisiones que asume un individuo con el propósito de prevenir y tratar su padecimiento, además de la práctica de todas las actividades propias destinadas a conservar y optimizar la salud, y las decisiones de usar los sistemas de apoyo de la salud, tanto los formales e informales. En razón de esto, los profesionales de enfermería, motivados en su preparación y compromiso profesional, están orientados a ayudar a que las personas se transformen por sí mismos en agentes de su propio autocuidado.

Asimismo, Colliere (1993) definió el termino como la acción de conservar la vida garantizando el cumplimiento de un grupo de requerimientos precisos, que pasar hacer con el tiempo costumbres propias de un individuo o grupo de individuos.

De acuerdo con Tobón (2003), afirma que cuando se habla de autocuidado hay que referirse a las costumbres y acciones periódicas que efectúa un individuo, la familia o grupo con el propósito de cuidar la salud. Estas prácticas son habilidades aprendidas durante el transcurso de la vida, se usan continuamente y se emplean por decisión libre, con la finalidad de vigorizar y reponer la salud, previniendo una patología, respondiendo de esta manera a la capacidad de supervivencia y a las costumbres tradicionales de la cultura a la que se está circunscrito.

Actualmente, hay diversas teorías y definiciones que fundamentan el autocuidado, dentro de las cuales, y entre las más importantes es lo postulado por la Teórica Dorotea Elizabeth Orem, la cual se toma como referencia para el desarrollo del actual estudio de investigación.

En correspondencia con los autores Naranjo, Concepción y Rodríguez (2017) la investigadora enfermera Orem D. presentó la “*Teoría General del Déficit del Autocuidado*”, la cual está formada de tres subteorías correspondidas entre sí:

Teoría del autocuidado.

Orem en 1969, introdujo el concepto del autocuidado definiéndolo como las acciones que poseen los individuos maduros o que están madurando, al realizar y llevar a cabo actividades para uno mismo con la finalidad de guardar un funcionamiento vivo y sano, para de esta manera continuar con el desarrollo personal y la satisfacción de la salud y el bienestar propio, esto los convierte en agentes de su propio autocuidado, a través del cumplimiento de los tres requisitos de autocuidado que esta teoría plantea: Requisito de autocuidado universal, Requisito de autocuidado del desarrollo y Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Requisitos de autocuidado universal. Ayudan a conservar el funcionamiento integral esto incluye al consumo suficiente de aire, agua y alimentos, eliminación, la actividad y descanso, la interacción social y personal, la prevención de riesgos y la promoción del funcionamiento y desarrollo personal (Prado, González, Paz y Romero, 2014).

Teoría del déficit de autocuidado.

Esta teoría establece la relación entre la petición de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado, esto se da cuando las capacidades para el autocuidado no son las adecuadas. La idea principal de esta teoría es que los requerimientos de los individuos para su autocuidado necesitan de la enfermera, concerniente al grado de las limitaciones en sus acciones correspondidas con el cuidado de su salud que lo dejan totalmente o en parcialmente incapaces de suplir sus requerimientos para su adecuado cuidado.

Teoría de los sistemas de enfermería.

Según esta teoría se establecen tres tipos de sistemas, con el propósito de determinar y proveer cuidados de enfermería a los pacientes, convirtiéndose la enfermera en agente de

autocuidado para el paciente, se clasifica en Sistemas de enfermería totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

Definición de Agencia de autocuidado.

A su vez, Orem (1983, citada por Marcos y Tizón, 2013) al plantear la teoría de déficit de autocuidado define el termino Agencia de Autocuidado como la complicada capacidad de asumir de forma voluntaria el cuidado de uno mismo y conseguir compensar las necesidades que regulan los procesos vitales y conservan su propio funcionamiento y desarrollo, promoviendo a lo largo del tiempo la adecuada cobertura de sus requisitos de autocuidado para su propio bienestar. La agencia de cuidado dependiente es la habilidad desplegada por los adultos responsables de realizar todo lo precedentemente señalado para los individuos que de ellos dependen, especialmente niños, jóvenes, adultos y adultos mayores dependientes, en beneficio de su salud.

Dimensiones de la Agencia de autocuidado.

- ***Consumo suficiente de agua y alimentos.*** Comprende una alimentación saludable, que aporte energía y bienestar al organismo, procurando llevar una dieta basada en nutrientes idóneos considerando su variedad, calidad y cantidad adecuada; esto contribuye con la conservación de la salud. En relación con lo anterior, se toma en cuenta que el consumo apropiado de alimentos debe hacerse según la situación determinada de salud de cada persona (Leiva et al., 2012). Por lo tanto, es necesario considerar los siguientes indicadores: la capacidad de cambiar hábitos alimentarios para mantener el peso corporal adecuado, cantidades de alimento apropiados y suficientes para cubrir los requerimientos nutricionales de cada persona; la hidratación, el consumo de agua para un adulto se recomienda 6 a 8 vasos de agua al día; la frecuencia del consumo de alimentos, es decir, los alimentos deben ser ingeridos a las horas propicias, se debe procurar ingerir una

dieta que sea correcta, nutricionalmente equilibrada y que esté basada en las propias necesidades corporales, considerando que al estar con la TB, produce una gran pérdida de peso lo cual es necesario recuperar.

- **Eliminación.** De acuerdo con Ortega (2001) la necesidad de eliminación es la característica que posee el cuerpo humano de desechar las sustancias nocivas e inservibles que resultan del metabolismo de nuestro cuerpo. La evacuación de desechos se ocasiona especialmente por la orina y las heces, pero igualmente mediante la saliva, respiración y transpiración. Tiene gran relevancia para la vida debido a que permite exteriorizar los líquidos, sustancias y toxinas de desecho del medio interno, conservando así el funcionamiento conveniente de las distintas partes del cuerpo. Aquí corresponde, tener en cuenta como indicadores el correcto manejo de las muestras de esputo en las baciloscopias, el cambio de coloración en orina y los signos de variación en deposición.
- **Actividad y descanso.** Comprende el equilibrio de la capacidad para movilizarse o realizar diversas actividades; esto va a depender del grado de progreso de la enfermedad (actividades que contienen movimientos corporales, todo ejercicio debe ser gradualmente establecido) y el descanso (el sueño y el reposo su práctica es fundamental en las personas con TB, ambos en equilibrio contribuyen al proceso de recuperación en el paciente; ya que, si una persona no se descansa adecuadamente disminuye su rendimiento cotidiano (Duarte y Marcelo, 2009). Se toma en cuenta la actividad física, recreativa, laboral, el descanso y el sueño.
- **Interacción social y personal.** Se caracteriza por buscar una estabilidad, partiendo desde la reflexión interior o propia, destacando que la ejecución del autocuidado pretende la acción intencional y prevista, determinada por el discernimiento y las habilidades propias de una persona y la relación que esta guarda con respecto a la

interacción con los demás, puesto que el ser humano es un ser sociable por naturaleza que forma parte de un conjunto de personas, a partir de su origen con el grupo familiar hasta su fallecimiento; esto quiere decir que, mediante la interacción de la persona, se va logrando la madurez y obtiene el aprendizaje y las herramientas necesarias para cumplir su autocuidado (Leiva et al., 2012). Se toma en cuenta los indicadores: red de apoyo, la resiliencia, barreras de comunicación y el asertividad.

- **Prevención de riesgos.** El MINSA (2013), refiere que las conductas de riesgo son aquellos que causan un daño invariable a corto o largo plazo, estas conductas son producidas por la ingesta de sustancias que originan el aumento en la morbilidad y la mortalidad evitable con grandes consecuencias sociales. Se encuentra entre tales conductas la utilización e ingesta de todo tipo de sustancias, el tabaco y el alcohol son las más consumidas, sustancias que por su gran extensión en la sociedad preocupan a las autoridades sanitarias. La OMS (2012), menciona que la ingestión de cantidades considerables de nicotina que se da al fumar produce múltiples alteraciones en el cuerpo afectando principalmente a los pulmones y este daño pulmonar que produce el tabaco ofrece una mayor predisposición para la infección tuberculosa. Por su parte Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (2009), afirma que existe una frecuente asociación entre el la ingesta de alcohol y la incidencia de la TB, motivado a los elementos inmunitarios que son perturbados por el alcohol entre los que se hallan además aquellos que son fundamentales para desarrollar el riesgo de TB. Por ello, al paciente con TB en el transcurso de todo el tratamiento se le recomienda no fumar y la no ingesta de bebidas alcohólicas, puesto que conseguiría provocar un daño mayor al pulmón y un daño hepático. Además, que el alcohol por su volumen de inducción enzimática alcanza a hacer disminuir los

índices plasmáticos de Rifampicina e Isoniazida consideradas la sustancia básica del tratamiento antituberculoso, lo cual repercutirá en la eficacia de la terapéutica.

En esta dimensión hay que estar pendiente de los siguientes indicadores: Las medidas de limpieza, el hacinamiento y ventilación, las medidas de Higiene, la protección respiratoria, la protección colectiva, el lavado de manos y los hábitos nocivos.

- ***Promoción del funcionamiento y desarrollo personal.*** Este concepto representa las acciones y transformaciones que efectúa el individuo con el propósito de mantener las circunstancias que apoyan los procesos trascendentales o vitales y a su vez promueven el desarrollo y el progreso humano (Leiva et al., 2012). Los indicadores de esta dimensión son las prácticas saludables, el cuidado personal, el afrontamiento, la planificación y la discriminación.

2.1.3 Adherencia al tratamiento antituberculoso

La adherencia terapéutica es el proceder del paciente hacia la ingesta de los medicamentos. La OMS la definió como el cumplimiento del mismo y con persistencia; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y horario prescrito a lo largo del tiempo determinado por el médico tratante (Foro Pfizer, 2009).

La adherencia al tratamiento debe hacerse de manera eficiente y puede estar afectada por variados elementos, normalmente se enuncia como una variable dicotómica: adherente vs no adherente (Foro Pfizer, 2009).

Se hace necesario y es importante estar al tanto del índice de adherencia terapéutica por parte del paciente, esto al momento de evaluar la certeza y efectividad de los tratamientos farmacológicos recetados por el médico, ya que, si el grado de adherencia es menor al deseable y no se logran los propósitos clínicos ansiados, podría ocasionarse un incremento de la receta prescrita o el reemplazo de una receta por otra con bajo perfil de seguridad o con un costo superior (Foro Pfizer, 2009).

Debido a ello, se requiere que el profesional de la salud disponga de instrumentos con el propósito de estimar la adherencia al tratamiento y su resultado apoye en la toma de medidas que conlleven a intervenciones más adecuadas para cada paciente con propósito de afianzar su adherencia al tratamiento. Por ser la adherencia terapéutica un proceder que puede alterarse en el transcurso del tiempo, y más aun sabiendo que el tratamiento esquema I para la TB es de duración de 6 meses, es preciso calcularla y reevaluarla habitualmente.

Para que se produzca la adhesión al tratamiento, Martin (2004) propone que es necesario que se distingan en este proceso los instantes siguientes:

- Tolerancia ajustada del tratamiento. entre el paciente y su médico, concebida como la correspondencia de contribución instituida entre médico y paciente, con mira a procesar la táctica comportamental que va a garantizar la observancia y la aprobación de esta por ambos.
- Cumplimiento del tratamiento. Medida en que el individuo hace todas las prescripciones clínicas enseñadas por el médico.
- Participación en el cumplimiento. Índice de intervención del paciente en la búsqueda de pericias que garanticen el cumplimiento de lo prescrito por el médico.
- Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento. Se entiende como la medida en que el individuo participa en el cumplimiento de las gestiones perpetrando la voluntad requerida con la intención de garantizar la observancia de las prescripciones.

Barreras a la Adherencia.

Según Martin (2004), el inconveniente con respecto a la adherencia al tratamiento aqueja a todos los agentes intervinientes en el sistema de salud:

Al paciente.

- Inexperiencia con respecto a la enfermedad.

- Conflicto para concebir lo pautado por el médico.
- Desconfianza ante los efectos adversos que se pueden manifestar.
- No apreciar ni distinguir el riesgo que constituye para su salud.
- Poca perspectiva de mejoramiento.
- Insuficiente discrepancia al tomar decisiones en lo que se refiere a su salud.

Al profesional de la salud.

- Conflicto para adecuar el tratamiento a la situación y necesidades del paciente.
- Insuficiente tiempo para el individuo que asiste a la consulta.

Al sistema sanitario.

- Problemas del sistema para beneficiar la mayor formación del paciente.
- Insuficientes medidas de intervención efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento.

Al tratamiento.

- Complicaciones del tratamiento: Debido a la administración de varios medicamentos.
- Terapias dilatadas.
- Fracaso de tratamientos anteriores.
- Modificaciones a la terapia determinada.

Errores más frecuentes en la adhesión al tratamiento.

- ***Olvidos.*** Esto ocurre cuando la persona no define en modo favorable la hora de ingesta del medicamento, se da la probabilidad de un 80% de olvidar tomarlo.
- ***Equivocaciones.*** Esto ocurre cuando se ingesta dos o más medicamentos distintos sin llevar un control de lo que se toma y en qué momento corriendo un riesgo de cometer un error.

- **Repetición de dosis.** Esto ocurre cuando los individuos olvidan o confunden el momento de la toma del medicamento incluso cometiendo el error de ingerir una dosis doble.

Reducción de errores.

- Implementar un calendario con horarios y días en el cual manifieste cuándo corresponde tomarse cada medicamento, el color del envase y la dosis.
- Requerir a un familiar que lleve control de cada medicamento.
- Organizar los medicamentos por hora de la toma manteniéndolos en un lugar visible.
- Proporcionar la información adecuada al individuo sobre sus factores de riesgo, la cantidad y periodicidad de toma del medicamento, costumbres y condiciones de vida que debe transformar y beneficios del tratamiento.
- El profesional de enfermería tiene que incentivar al paciente con el propósito de conseguir los cambios de conducta requeridos (educación sanitaria).
- Evitar retirarse de la consulta con el médico teniendo dudas sobre el tratamiento.

Dimensiones de la adherencia al tratamiento.

- **Conductas frente al tratamiento farmacológico.** Los pacientes que toman tratamiento para TB con fármacos de primera línea del Esquema I, manifiestan en su mayoría de veces pronta recuperación con la predominante disminución de los signos y síntomas y suelen tener una adecuada tolerancia al régimen de tratamiento y de presentarse efectos secundarios, éstos la mayoría de veces suelen ser leves y transitorios, cabe mencionar que se presenta de la misma forma en todos los casos ya que hay personas más sensibles a los efectos adversos de las mismas, que en algunos momentos demandan incluso la interrupción de algún fármaco y provocan en el paciente determinados comportamientos contrarios hacia el fármaco tratado pudiéndose propiciar la falta de adherencia al tratamiento. Estas conductas varían

de acuerdo con diversos factores presentes en el momento de adherirse al tratamiento prescrito por el médico (Toman K., 2006). Los indicadores tomados en cuenta para esta dimensión son los siguientes: El abandono por desaparición de signos y síntomas y el abandono por malestar de los fármacos.

- ***Asistencia frente al tratamiento farmacológico.*** La adherencia al tratamiento es el índice que determina el seguimiento de un individuo de las prescripciones farmacológicas indicadas. Ella puede ser asistida por el personal de salud, quien velará por el fiel cumplimiento de la medicación prescrita. Es elemental el tratamiento farmacológico de la TB para su observación puesto que con él se rompe la sucesión de transmisión cuando el proceso es correcto e íntegramente continuo. Aquí entra el accionar del licenciado(a) con el propósito de guiar y seguir, en forma directa o indirecta, para que el paciente cumpla con su prescripción médica a largo del tiempo establecido. De acuerdo con las orientaciones manifestadas por el personal de enfermería estos pacientes con TB consiguen mayor adherencia aproximada a su problema, fundamentado en esto se despliegan nuevas actitudes y autocuidado que permiten optimizar y vigilar sus estilos de vida. (Toman K., 2006). Los indicadores tomados en cuenta para esta dimensión son los siguientes: Asistencia al tratamiento y el Cumplimiento del horario de administración de los fármacos.

III. Método

3.1 Tipo de Investigación

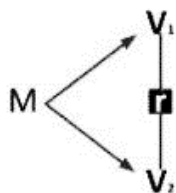
El presente estudio es de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, correlacional, diseño no experimental, de corte transversal y de nivel aplicativo.

Es no experimental porque no se maniobraron las variables de interés, asimismo, es descriptivo por que describe las particularidades de las variables de interés. Igualmente, es correlacional ya que se determinó el grado de relación de las variables en estudio y se verificó como la variación de una de las variables relaciona a la variación en la otra y es transversal porque se recogieron datos en un solo momento y en tiempo único (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El esquema correspondiente es:

Figura 1

Diseño descriptivo correlacional



Dónde:

- M: Muestra en la que se realiza el estudio
- V1: Observación realizada a la Variable Agencia de Autocuidado
- V2: Observación realizada a la Variable Adherencia al tratamiento
- r: Relación que existe entre las variables sometidas a estudio

3.2 Ámbito Temporal y Espacial

El estudio de investigación se realizó en dos establecimientos de Salud de primer nivel de atención (I-3) correspondientes a la Unidad Básica de Gestión (UBG) de Santa Anita que pertenece a la Organización Interna de la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Este (DIRIS-LE). Los dos establecimientos de Salud: Centro de Salud Huáscar y Centro de Salud Cooperativa Universal llevan el programa de ESPCT y está bajo la responsabilidad del equipo de salud constituido y liderado por Licenciados(as) en enfermería y el apoyo del personal técnico de enfermería, que laboran en los horarios de atención de

lunes a sábados de 08:00 a 20:00 horas. La indagación se realizó durante el último semestre (junio – diciembre) del año 2019.

3.3 Variables

3.3.1 Variable 1: Agencia de Autocuidado

Para definir conceptualmente la variable investigada se posiciona según Dorothea Orem (1991, citada por Marcos y Tizón, 2013) teórica destacada quien define la Agencia de Autocuidado como la capacidad de asumir de forma voluntaria el cuidado de uno mismo y conseguir compensar las necesidades que regulan los procesos vitales y conservan su propio funcionamiento y desarrollo, promoviendo a lo largo del tiempo la adecuada cobertura de sus requisitos de autocuidado para su propio bienestar.

Dimensiones

- Consumo suficiente de alimentos y agua.
- Eliminación.
- Actividad y descanso.
- Interacción social y personal.
- Prevención de riesgos.
- Promoción del funcionamiento y desarrollo personal.

3.3.2 Variable 2: Adherencia al tratamiento

La OMS, define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo y con persistencia; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y horario prescrito a lo largo del tiempo determinado por el médico tratante (Foro Pfizer, 2009).

Dimensiones

- Asistencia al tratamiento Farmacológico.
- Conductas frente al tratamiento Farmacológico.

3.4 Población y Muestra

3.4.1 Población

La población de estudio estuvo conformada por 80 pacientes que reciben tratamiento antituberculosis y registran en el libro de ESPCT durante el último semestre (junio – diciembre) del año 2019 de los Centros de Salud en estudio, distribuidos de la siguiente manera:

- **C.S Huáscar.** Un total de 30 pacientes que vienen recibiendo tratamiento Esquema I, registrados en el libro de ESPCT y cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.
- **C.S Cooperativa Universal.** Un total de 50 pacientes que vienen recibiendo tratamiento Esquema I, registrados en el libro de ESPCT y que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

3.4.2 Muestra

La muestra se basó en el tipo de muestreo no probabilístico y quedó constituida por la totalidad de pacientes de cada Centro de Salud que reciben tratamiento antituberculosis esquema I, registran en el libro de ESPCT durante el último semestre (junio – diciembre) del año 2019 y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. En total la muestra de los dos Centros de Salud quedó constituida por 80 pacientes.

Criterios de inclusión.

- Personas mayores de 18 años de ambos sexos con tratamiento farmacológico para TB Pulmonar esquema I, inscritos en el libro de ESPCT.
- Aceptar voluntariamente ser parte del estudio.
- Personas que reciben tratamiento antituberculosis esquema I durante un tiempo no menor de 1 mes.

Criterios de exclusión.

- Personas con alteraciones mentales.

- Personas con una enfermedad crónica adicional a la TB pulmonar.
- Personas que no deseen participar de la investigación.

3.5. Instrumentos

La fuente, para la obtención de datos es primaria; obtenida directamente de los pacientes afectados con TB pulmonar, participantes en la investigación.

La Técnica, para la recolección de datos es una encuesta individual, la cual según Hernández et al. (2014) es la recopilación de datos concretos dentro de un tópico específico y mediante el uso de cuestionarios con preguntas o respuestas precisas.

3.5.1 Los instrumentos

En la presente investigación se aplicó 2 cuestionarios, considerando las características del objeto de estudio.

Primer Cuestionario. Instrumento que mide la Capacidad de Agencia de Autocuidado en Tuberculosis Pulmonar (CAAUTUP).

El instrumento en sus inicios fue elaborado por Oré y Placido (2016) para su aplicación en Lima-Perú, conocido originariamente como cuestionario PRAUT-TUP, basándose en dos modelos de investigación utilizando los instrumentos de los autores Hilario y Ccoicca como antecedentes, constó de 3 dimensiones y 44 preguntas. Este instrumento fue modificado y adaptado para esta investigación, el instrumento final se denominó Cuestionario CAAUTUP que mide la “*Capacidad de Agencia de Autocuidado en TB Pulmonar*” está constituido por 31 enunciados con respuesta tipo Likert de opción múltiple (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre); cuya calificación se asignó en escala ordinal politómica de acuerdo con la dirección del Ítem, si era positiva la puntuación fue de 1 al 5; y si fue negativa se invirtió (Ítems 16,24,25 y 30), quedando constituido en seis dimensiones teniendo en cuenta los requisitos universales de autocuidado que postula Orem D. (1983, como se citó en Prado et al, 2014): 7 ítems que evalúan el Consumo suficiente de alimentos y agua, 4 ítems la Eliminación, 4 ítems la Actividad y descanso, 4 ítems la Interacción social y

personal, 7 ítems la Prevención de riesgos y 5 ítems la Promoción del funcionamiento y desarrollo personal. Cada dimensión está compuesta por indicadores mostrados en la matriz de Operacionalización de Variables (Anexo B).

Se estableció las siguientes categorías: Muy adecuada Agencia de Autocuidado (>131), Adecuada Agencia de Autocuidado (118-130), Regular Agencia de Autocuidado (104-117) y Deficiente Agencia de Autocuidado (<104).

Segundo cuestionario. Instrumento *Test de Morisky-Greene* que mide la Adherencia al tratamiento, elaborado por Morisky, Green y Levine. (1986), versión en español validada por Val Jiménez, Amorós, Martínez, Fernández y León (1992), posee un amplio uso a nivel mundial. Llanos y Ponce (2019) aplicaron el cuestionario en pacientes afectados con TB en Lima, Perú. Este instrumento está constituido por 4 preguntas con respuesta de escala ordinal dicotómica (Si/No); cuya calificación se asignó de acuerdo con la dirección del Ítem, si es positiva 1 y negativa 0. No se realizó modificación en las preguntas manteniéndose las 4 preguntas para esta investigación. Se adaptó las dimensiones quedando constituida por dos dimensiones: 2 Ítems que evalúan la Asistencia al tratamiento farmacológico y 2 ítems la Conducta frente al tratamiento farmacológico. Cada dimensión está compuesta por indicadores mostrados en la matriz de Operacionalización de Variables (Anexo B).

Se consideró dentro de la categoría Adherencia al tratamiento: si la respuesta del encuestado fue No/Si/No/No.

3.5.2 Validez y confiabilidad de los instrumentos

Primer cuestionario. Instrumento originalmente diseñado por Oré y Placido (2016) validado a través de prueba de expertos con un nivel de sig. < 0.001 según prueba de Kendall y prueba piloto con un alfa de Cronbach de 0,80 (alfa >0.6 confiable).

Este instrumento fue a su vez, nuevamente modificado y adaptado para esta investigación, se denominó *Cuestionario CAAUTUP* y la evaluación de validez se obtuvo por el juicio de 10 expertos que laboran en servicios de la ESPCT, se alcanzó una concordancia

significativa en la prueba V de Aiken de 0.97 y la confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0,83 en la prueba piloto realizada a 25 pacientes del C.S La Calcuta, lo que significa que el instrumento es altamente válido y confiable (Anexo D y E).

Segundo cuestionario. Instrumento *Test de Morisky-Grenn* diseñado por Morisky et al. (1986), versión en español validada por Val Jiménez y cols (1992), de amplio uso a nivel mundial, ha sido validado para diferentes enfermedades crónicas. Este instrumento fue a su vez adaptado para la investigación, la evaluación de validez se obtuvo por el juicio de 10 expertos que laboran en servicios de la ESPCT y se alcanzó una concordancia significativa en la prueba V de Aiken de 0.98, la confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0,84 en la prueba piloto realizada a 25 pacientes del C.S La Calcuta, lo que significa que el instrumento es altamente válido y confiable (Anexo D y E).

3.6 Procedimientos

- El estudio se inició con el cálculo de la validez de los instrumentos a través de la evaluación por 10 Jueces Expertos (Anexo D) y asimismo se precedió con la ratificación de la confiabilidad de los instrumentos mediante la realización de una prueba piloto aplicada a 25 pacientes del C.S La Calcuta perteneciente a la UBG Santa Anita (Anexo E), procediendo en ambos al respectivo cálculo según la metodología empleada en la investigación.
- Se emitió un oficio dirigido al director de la DIRIS Lima Este (Anexo G) solicitando la autorización respectiva para la aplicación de los instrumentos en los C.S Cooperativa Universal y C.S Huáscar y luego se gestionó los permisos con los licenciados(as) jefes a cargo del área de la ESPCT, para la aplicación de los instrumentos de recolección de información.
- En un segundo momento con el permiso de las autoridades pertinentes, para la aplicación del instrumento se procedió a seleccionar los registros de historias clínicas

de pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y que se hallen dentro de la ESPCT de los Centros de Salud objeto de estudio. La recolección de datos se realizó mediante visitas, en el cual se explicó el objetivo y los fines de estudio a cada paciente encuestado.

- Previa aceptación del consentimiento informado (Anexo F), se tomaron los datos generales y se procedió a realizar la encuesta. Se procedió a la recolección de datos de los pacientes durante el mes de noviembre - diciembre del 2019 en los horarios de atención de cada Centro de Salud (lunes a sábados de 08:00 a 20:00 horas), se programó los días de mayor asistencia de los pacientes a fin de obtener la mayor cantidad de encuestas aplicadas. El tiempo para la realización de la encuesta individual fue de aproximadamente 15 minutos por cada paciente, al término del trabajo de recolección se procedió al análisis de los datos obtenidos.

3.7 Análisis de Datos

Luego de la recolección de datos. Se procesó en forma manual, mediante el paquete estadístico SSPS versión 25.0, previa elaboración de la tabla de código. En base a los resultados obtenidos, se respondió al problema y a los objetivos planteados inicialmente, se analizó las características demográficas de la muestra en estudio, luego se tabularon los datos en tablas de frecuencias y porcentajes para el análisis descriptivo de la investigación, a su vez se utilizaron medidas de tendencia central como la media, mediana y la moda y medidas de dispersión como la varianza y desviación estándar; facilitando la observación de las variables y sus dimensiones.

Con la finalidad de evidenciar la distribución de los datos lo cual facilita la selección de la técnica para la comprobación de hipótesis, se aplicó la prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov (Anexo H) tomando en consideración las características de los datos. El resultado de la p valor para cada una de las variables fue de .000 teniendo en cuenta que el

p valor es $\leq .05$, por lo cual se concluye que los datos no provienen de una distribución normal y por ende se aplicó para la comprobación de la hipótesis una prueba no paramétrica; el estadígrafo Correlación de Spearman, se tomó consideración que los datos fueron recolectados de dos instrumentos individuales y ambos poseen escala de medición de tipo ordinal.

3.8 Consideraciones Éticas

Para las consideraciones éticas se tuvo presente el respeto a las personas en merito a ello, se informó acerca del estudio de investigación y se aplicó la encuesta bajo consentimiento informado respetando su autonomía y manteniendo la confidencialidad al ser una encuesta anónima. A su vez, para ejecutar el estudio se contó con la autorización pertinente para la aplicación del estudio en los dos centros de salud áreas de estudio.

IV. Resultados

4.1. Estadísticos Descriptivos Generales

Cabe mencionar que para el tratamiento de la información se estableció la agrupación de cada una de las variables y dimensiones en estudio.

Tabla 1

Estadísticos Descriptivos de la Variable Agencia de Autocuidado.

Agencia de Autocuidado	Muestra	%
Deficiente Agencia de Autocuidado	14	17,5%
Regular Agencia de Autocuidado	22	27,5%
Adecuada Agencia de Autocuidado	36	45,0%
Muy adecuada Agencia de Autocuidado	8	10,0%
Total	80	100%

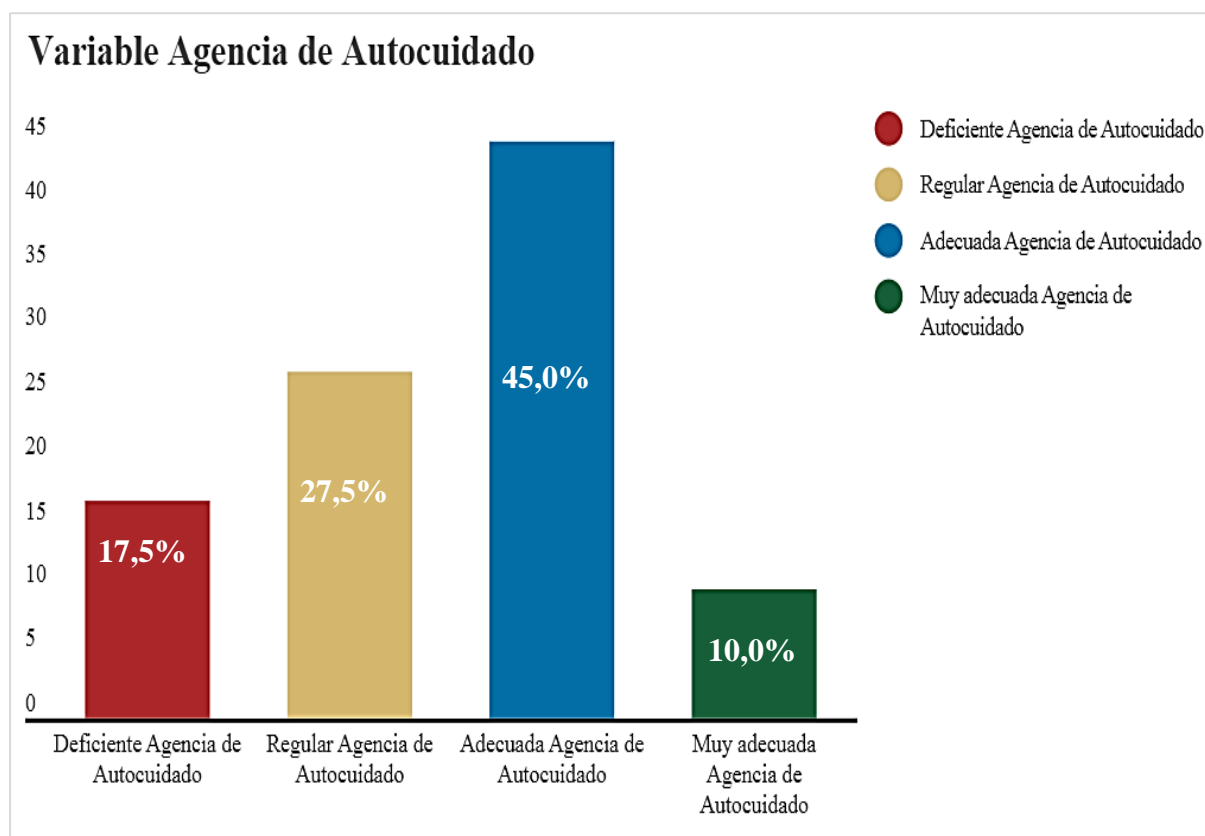
Nota. Encuesta tomada a pacientes con TB pulmonar del C.S. Cooperativa Universal y C.S. Huáscar, 2019. Se tomó como válido la totalidad de ochenta (80) casos, no se tiene ningún caso perdido o eliminado.

- a. La mayoría de los pacientes muestran entre una Adecuada y Muy adecuada Agencia de Autocuidado (45% y 10%).

En la tabla 1, la variable Agencia de Autocuidado, se determinó que el mayor porcentaje con un 45.0% tiene una Adecuada Agencia de Autocuidado, un 27,5% tiene una Regular Agencia de Autocuidado, seguido con 17,5% que tienen una Deficiente Agencia de Autocuidado y con 10,0% una Muy adecuada Agencia de Autocuidado.

Figura 2

Variable Agencia de Autocuidado en pacientes con TB pulmonar.

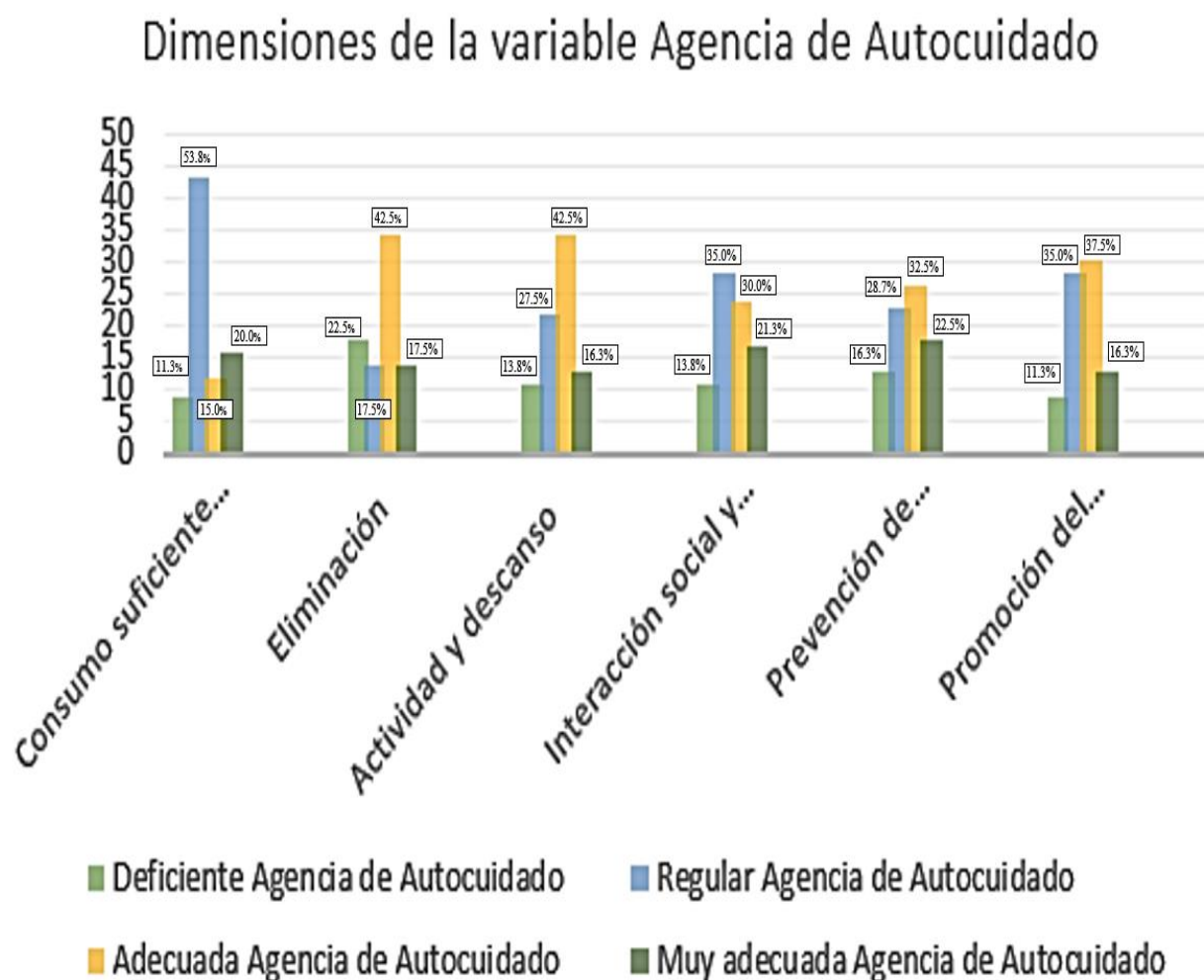


Nota. Elaboración propia. Gráfico de barras con datos de la encuesta tomada a pacientes con TB pulmonar del C.S. Cooperativa Universal y C.S. Huáscar, 2019. Se tomó como válido la totalidad de ochenta (80) casos, no se tiene ningún caso perdido o eliminado.

Con respecto a las dimensiones de la variable Agencia de Autocuidado, se muestran los porcentajes obtenidos en el siguiente gráfico de barras, cuyo 100% es el total de pacientes encuestados (80 casos) en cada dimensión:

Figura 3

Variable Agencia de Autocuidado según sus dimensiones en pacientes con TB pulmonar.



Nota. Elaboración propia. Gráfico de barras con datos de la encuesta tomada a pacientes con TB pulmonar del C.S. Cooperativa Universal y C.S. Huáscar, 2019. Se tomó como válido la totalidad de ochenta (80) casos, no se tiene ningún caso perdido o eliminado.

En la dimensión Consumo suficiente de alimentos y agua; el mayor porcentaje con un 53,8% tiene una Regular Agencia de Autocuidado, un 20,0% tiene una Muy adecuada Agencia de Autocuidado, seguido con 15,0% que tienen una Adecuada Agencia de Autocuidado y con un 11,3% una Deficiente Agencia de Autocuidado.

En la dimensión Eliminación; el mayor porcentaje con un 42,5% tiene una Adecuada Agencia de Autocuidado, un 22,5% tiene una Deficiente Agencia de Autocuidado, seguido con Regular Agencia de Autocuidado y Muy adecuada Agencia de Autocuidado; ambos con 17,5% respectivamente.

En la dimensión Actividad y descanso; el mayor porcentaje con un 42,5% tiene una Adecuada Agencia de Autocuidado, se considera que un 27,5% tiene una Regular Agencia de Autocuidado, seguido con 16,3% que tienen una Muy adecuada Agencia de Autocuidado y con un 13,8% tiene una Deficiente Agencia de Autocuidado.

En la dimensión Interacción social y personal; el mayor porcentaje con un 35,0% tiene una Regular Agencia de Autocuidado, se considera que un 30,0% tienen una Adecuada Agencia de Autocuidado, seguido con 21,3% que tienen una Muy adecuada Agencia de Autocuidado y con un 13,8% tiene una Deficiente Agencia de Autocuidado.

En la dimensión Prevención de riesgos; el mayor porcentaje con un 32,5% tiene una Adecuada Agencia de Autocuidado, se considera que un 28,7% tiene una Regular Agencia de Autocuidado, seguido con 22,5% que tienen una Muy adecuada Agencia de Autocuidado y con un 16,3% tiene una Deficiente Agencia de Autocuidado.

En la dimensión Promoción del funcionamiento y desarrollo personal; el mayor porcentaje con un 37,5% tiene una Adecuada Agencia de Autocuidado, un 35,0% tiene una Regular Agencia de Autocuidado, seguido con 16,3% que tienen una Muy adecuada Agencia de Autocuidado y con un 11,3% tiene una Deficiente Agencia de Autocuidado.

Tabla 2

Estadístico Descriptivo de la Variable Adherencia al tratamiento en pacientes con TB pulmonar.

Adherencia al tratamiento	Muestra	%
No adherencia al tratamiento	22	27,5%
Adherencia al tratamiento	58	72,5%
Total	80	100%

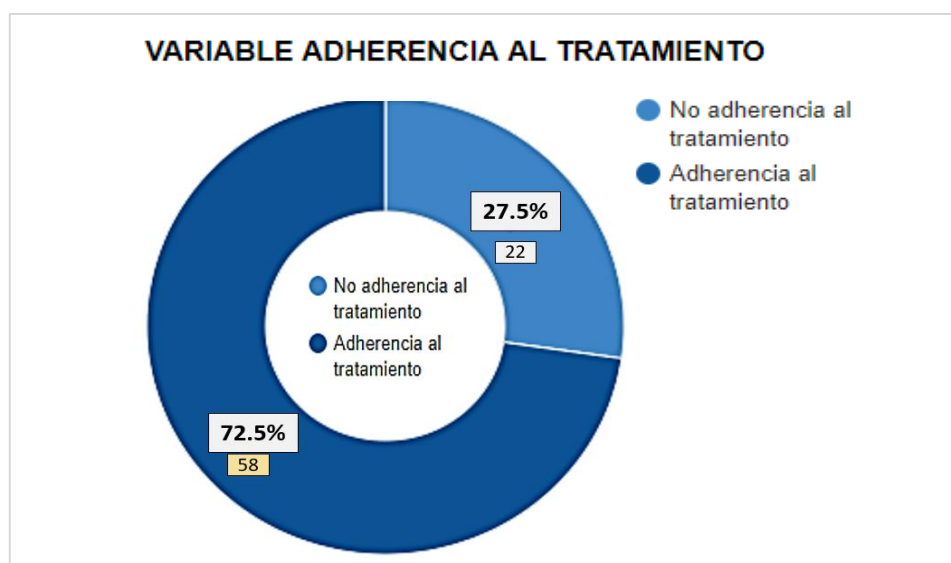
Nota. Encuesta tomada a pacientes con TB pulmonar del C.S. Cooperativa Universal y C.S. Huáscar, 2019.

- a. Se tomó como valido la totalidad de ochenta (80) casos, no se tiene ningún caso perdido o eliminado.

En la tabla 2, en cuanto a los puntajes de la variable Adherencia al tratamiento, se observa que un 72,5% de los pacientes encuestados muestran Adherencia al tratamiento y el 27,5% restante muestran una No Adherencia al tratamiento.

Figura 4

Variable Adherencia al tratamiento en pacientes con TB pulmonar.

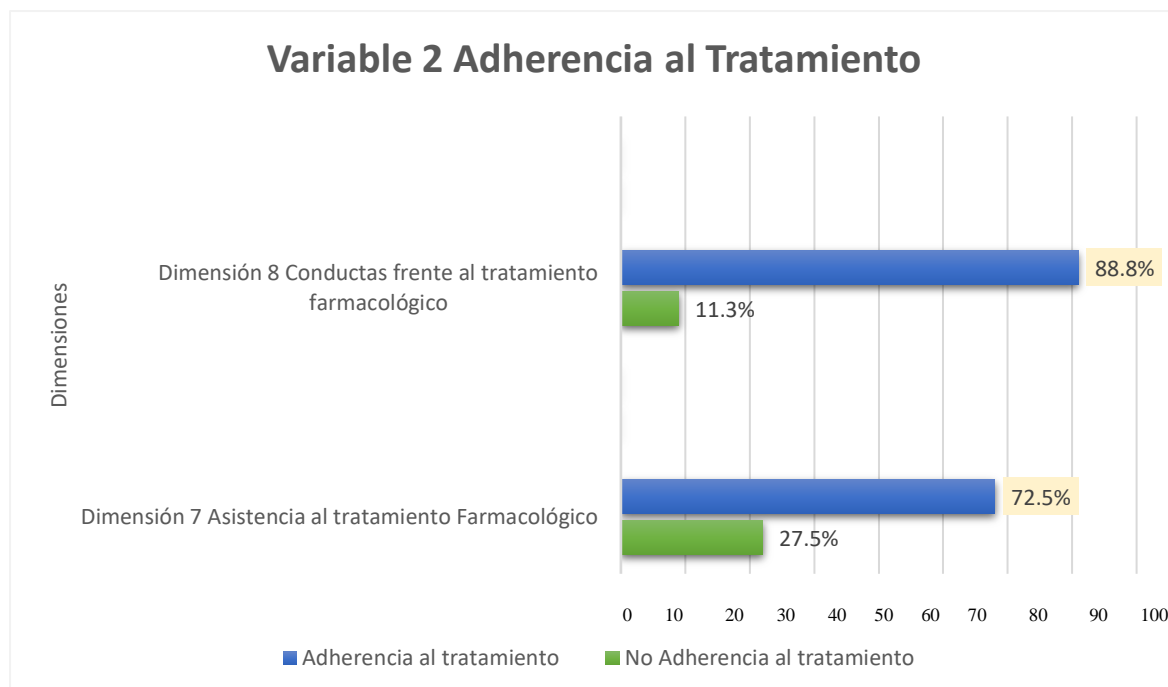


Nota. Elaboración propia. Se tomó como valido la totalidad de ochenta (80) casos, no se tiene ningún caso perdido o eliminado.

Con respecto a las dimensiones de la variable Adherencia al tratamiento, se muestran los porcentajes obtenidos en el siguiente gráfico de barras, cuyo 100% es el total de pacientes encuestados (80casos) en cada dimensión:

Figura 5

Variable Adherencia al tratamiento según sus dimensiones en pacientes con TB pulmonar.



Nota. Elaboración propia. Gráfico de barras con datos de la encuesta tomada a pacientes con TB pulmonar del C.S. Cooperativa Universal y C.S. Huáscar, 2019. Se tomó como válido la totalidad de ochenta (80) casos, no se tiene ningún caso perdido o eliminado.

En la dimensión Asistencia al tratamiento farmacológico; se puede observar que un 72,5% de los pacientes encuestados muestran Adherencia al tratamiento y el 27,5% restante muestran No Adherencia al tratamiento.

En la dimensión Conductas frente al tratamiento farmacológico; se puede observar que un 88,8% de los pacientes encuestados muestran Adherencia al tratamiento y el 11,3% restante muestran No Adherencia al tratamiento.

Tabla 3

Tabla de Contingencia de la Agencia de Autocuidado y la Adherencia al tratamiento en pacientes con TB pulmonar.

Variable: Agencia de Autocuidado	Variable: Adherencia al tratamiento		Total
	No adherencia al tratamiento	Adherencia al tratamiento	
Muy adecuada Agencia de Autocuidado	0 (0.0%)	8 (10.0%)	8 (10.0%)
Adecuada Agencia de Autocuidado	6 (7.5%)	30 (37.5%)	36 (45.0%)
Regular Agencia de Autocuidado	10 (12.5%)	12 (15.0%)	22 (27.5%)
Deficiente Agencia de Autocuidado	6 (7.5%)	8 (10.0%)	14 (17.5%)
Total	22 (27.5%)	58 (72.5%)	80 (100%)

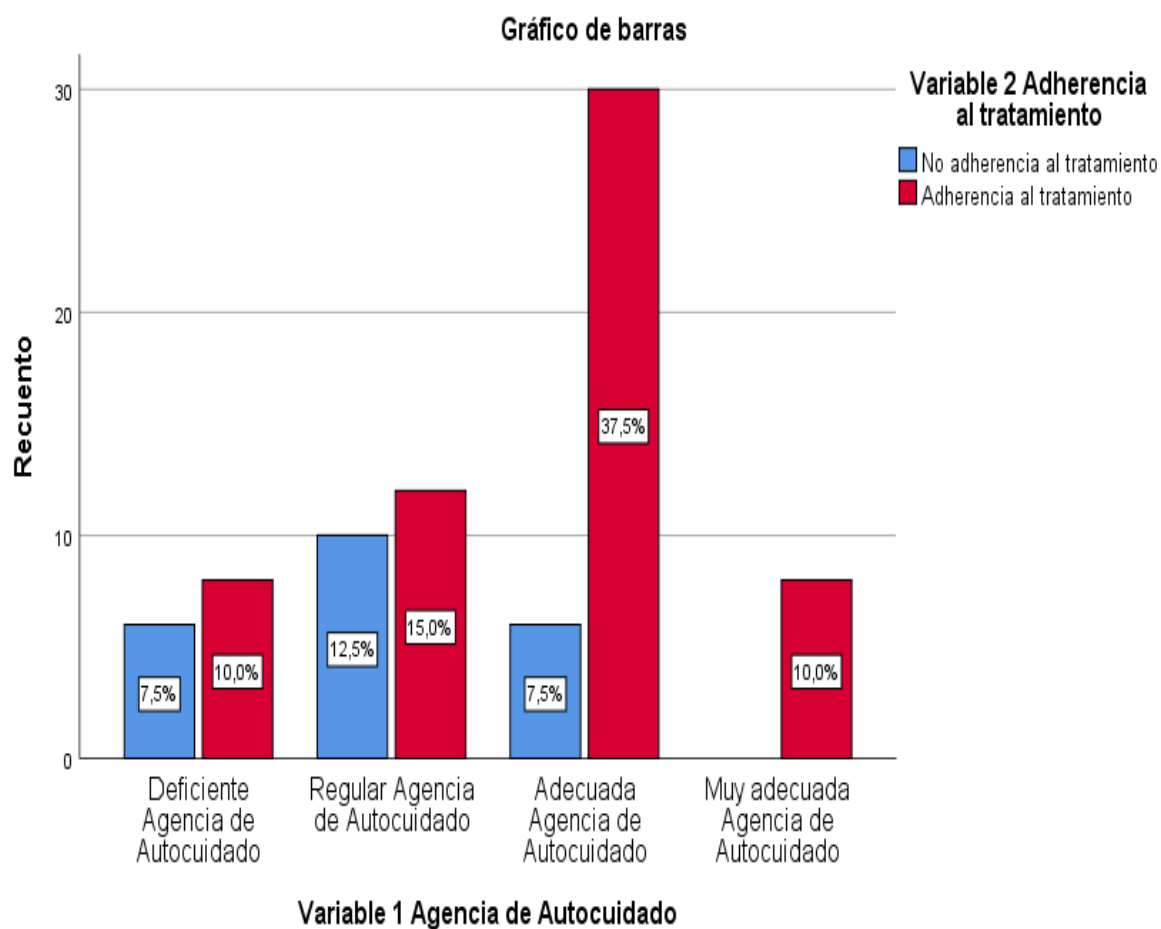
Nota. Encuesta tomada a pacientes con TB pulmonar del C.S. Cooperativa Universal y C.S. Huáscar.

- a. Se tomó como válido la totalidad de ochenta (80) casos, no se tiene ningún caso perdido o eliminado.
- b. $P < .05$

En la tabla 3, el 10% de los pacientes encuestados tienen una Muy adecuada Agencia de Autocuidado. Este porcentaje concuerda en este grupo con el total de pacientes con Adherencia al tratamiento. La Adecuada Agencia de Autocuidado está representada con el 45% de los pacientes, y este porcentaje es mayor en los pacientes con Adherencia al tratamiento. El 27,5% de los pacientes tienen una Regular Agencia de Autocuidado, siendo mínima la diferencia entre estos porcentajes en pacientes que muestran Adherencia y No Adherencia al tratamiento (15% y 12,5% respectivamente). Finalmente, el 17,5% de los pacientes tienen una Deficiente Agencia de Autocuidado, siendo este porcentaje levemente mayor en los pacientes con Adherencia al tratamiento (7,5% de pacientes no Adherentes al tratamiento, frente al 10% de pacientes Adherentes al tratamiento).

Figura 6

Agencia de Autocuidado y Adherencia al tratamiento en pacientes con TB pulmonar.



Nota. Elaboración propia. Gráfico de barras con datos de la encuesta tomada a pacientes con TB pulmonar del C.S. Cooperativa Universal y C.S. Huáscar, 2019. Se tomó como válido la totalidad de ochenta (80) casos, no se tiene ningún caso perdido o eliminado.

Tabla 4

Tabla de Contingencia entre la dimensión Consumo suficiente de alimentos y agua con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar.

Dimensión: Consumo suficiente de alimentos y agua	Variable: Adherencia al tratamiento		Total
	No adherencia al tratamiento	Adherencia al tratamiento	
Muy adecuada Agencia de Autocuidado	0 (0.0%)	16 (20.0%)	16 (20.0%)
Adecuada Agencia de Autocuidado	6 (7.5%)	6 (7.5%)	12 (15.0%)
Regular Agencia de Autocuidado	13 (16.3%)	30 (37.5%)	43 (53.8%)
Deficiente Agencia de Autocuidado	3 (3.8%)	6 (7.5%)	9 (11.3%)
Total	22 (27.5%)	58 (72.5%)	80 (100%)

Nota. Encuesta tomada a pacientes con TB pulmonar del C.S. Cooperativa Universal y C.S. Huáscar.

- a. Se tomó como valido la totalidad de ochenta (80) casos, no se tiene ningún caso perdido o eliminado.
- b. $P < .05$

En la tabla 4, el 20% de los pacientes encuestados tienen una Muy adecuada Agencia de Autocuidado. Este porcentaje concuerda en este grupo con el total de pacientes con Adherencia al tratamiento. La Adecuada Agencia de Autocuidado está representada con el 15% de los pacientes, este porcentaje no difiere en los pacientes con o sin Adherencia al tratamiento (7,5% para ambos respectivamente). El 53,8% de los pacientes tienen una Regular Agencia de Autocuidado, siendo este el porcentaje que predomina. Finalmente, el 11,3% de los pacientes encuestados tienen una Deficiente Agencia de Autocuidado, siendo este porcentaje mayor en los pacientes con Adherencia al tratamiento (3,8% de pacientes no Adherentes al tratamiento, frente al 7,5% de pacientes Adherentes al tratamiento).

Tabla 5

Tabla de Contingencia entre la dimensión Eliminación con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar.

Dimensión: Eliminación	Variable: Adherencia al tratamiento		Total
	No adherencia al tratamiento	Adherencia al tratamiento	
Muy adecuada Agencia de Autocuidado	0 (0.0%)	14 (17.5%)	14 (17.5%)
Adecuada Agencia de Autocuidado	10 (12.5%)	24 (30.0%)	34 (42.5%)
Regular Agencia de Autocuidado	3 (3.8%)	11 (13.8%)	14 (17.5%)
Deficiente Agencia de Autocuidado	9 (11.3%)	9 (11.3%)	18 (22.5%)
Total	22 (27.5%)	58 (72.5%)	80 (100%)

Nota. Encuesta tomada a pacientes con TB pulmonar del C.S. Cooperativa Universal y C.S. Huáscar.

- a. Se tomó como valido la totalidad de ochenta (80) casos, no se tiene ningún caso perdido o eliminado.
- b. $P < .05$

En la tabla 5, el 17,5% de los pacientes encuestados tienen una Muy adecuada Agencia de Autocuidado. Este porcentaje concuerda en este grupo con el total de pacientes con Adherencia al tratamiento. La Adecuada Agencia de Autocuidado está representada con el 42,5% de los pacientes (12,5% de pacientes no Adherentes al tratamiento, frente al 30,0% de pacientes Adherentes al tratamiento). El 17,5% de los pacientes tienen una Regular Agencia de Autocuidado, siendo este porcentaje mayor en los pacientes con Adherencia al tratamiento. Finalmente, el 22,5% de los pacientes encuestados tienen una Deficiente Agencia de Autocuidado, este porcentaje no difiere en los pacientes con o sin Adherencia al tratamiento (11,3% para ambos respectivamente).

Tabla 6

Tabla de Contingencia entre la dimensión Actividad y descanso con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar.

Dimensión: Actividad y descanso	Variable: Adherencia al tratamiento		Total
	No adherencia al tratamiento	Adherencia al tratamiento	
Muy adecuada Agencia de Autocuidado	3 (3.8%)	10 (12.5%)	13 (16.3%)
Adecuada Agencia de Autocuidado	13 (16,3%)	21 (26.3%)	34 (42.5%)
Regular Agencia de Autocuidado	3 (3.8%)	19 (23.8%)	22 (27.5%)
Deficiente Agencia de Autocuidado	3 (3.8%)	8 (10.0%)	11 (13.8%)
Total	22 (27.5%)	58 (72.5%)	80 (100%)

Nota. Encuesta tomada a pacientes con TB pulmonar del C.S. Cooperativa Universal y C.S. Huáscar.

- a. Se tomó como valido la totalidad de ochenta (80) casos, no se tiene ningún caso perdido o eliminado.
- b. $P < .05$

En la tabla 6, el 16,3% de los pacientes encuestados tienen una Muy adecuada Agencia de Autocuidado (3,8% de pacientes No Adherentes al tratamiento, frente al 12,5% de pacientes Adherentes al tratamiento). La Adecuada Agencia de Autocuidado está representada con el 42,5% de los pacientes, este porcentaje difiere por 10 puntos porcentuales en los pacientes sin y con Adherencia al tratamiento (16,3% y 26,3% respectivamente). El 27,5% de los pacientes tienen una Regular Agencia de Autocuidado, siendo este porcentaje mayor en los pacientes con Adherencia al tratamiento. Finalmente, el 13.8% de los pacientes encuestados tienen una Deficiente Agencia de Autocuidado.

Tabla 7

Tabla de Contingencia entre la dimensión Interacción social y personal con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar.

Dimensión: Interacción social y personal	Variable: Adherencia al tratamiento		Total
	No adherencia al tratamiento	Adherencia al tratamiento	
Muy adecuada Agencia de Autocuidado	3 (3.8%)	14 (17.5%)	17 (21.3%)
Adecuada Agencia de Autocuidado	6 (7.5%)	18 (22.5%)	24 (30.0%)
Regular Agencia de Autocuidado	10 (12.5%)	18 (22.5%)	28 (35.0%)
Deficiente Agencia de Autocuidado	3 (3.8%)	8 (10.0%)	11 (13.8%)
Total	22 (27.5%)	58 (72.5%)	80 (100%)

Nota. Encuesta tomada a pacientes con TB pulmonar del C.S. Cooperativa Universal y C.S. Huáscar.

- a. Se tomó como valido la totalidad de ochenta (80) casos, no se tiene ningún caso perdido o eliminado.
- b. $P < .05$

En la tabla 7, el 21,3% de los pacientes encuestados tienen una Muy adecuada Agencia de Autocuidado (3,8% de pacientes no Adherentes al tratamiento, frente al 17,5% de pacientes Adherentes al tratamiento). La Adecuada Agencia de Autocuidado está representada con el 30,0% de los pacientes, este porcentaje difiere en los pacientes sin y con Adherencia al tratamiento (22,5% y 7,5% respectivamente). El 35,0% de los pacientes tienen una Regular Agencia de Autocuidado, siendo este porcentaje mayor en los pacientes con Adherencia al tratamiento. Finalmente, el 13.8% de los pacientes encuestados tienen una Deficiente Agencia de Autocuidado.

Tabla 8

Tabla de Contingencia entre la dimensión Prevención de riesgos con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar.

Dimensión: Prevención de riesgos	Variable: Adherencia al tratamiento		Total
	No adherencia al tratamiento	Adherencia al tratamiento	
Muy adecuada Agencia de Autocuidado	0 (0.0%)	18 (22.5%)	18 (22.5%)
Adecuada Agencia de Autocuidado	3 (3.8%)	23 (28.7%)	26 (32.5%)
Regular Agencia de Autocuidado	6 (7.5%)	17 (21,3%)	23 (28,7%)
Deficiente Agencia de Autocuidado	13 (16.3%)	0 (0.0%)	13 (16.3%)
Total	22 (27.5%)	58 (72.5%)	80 (100%)

Nota. Encuesta tomada a pacientes con TB pulmonar del C.S. Cooperativa Universal y C.S. Huáscar.

- a. Se tomó como valido la totalidad de ochenta (80) casos, no se tiene ningún caso perdido o eliminado.
- b. $P < .05$

En la tabla 8, el 22,5% de los pacientes encuestados tienen una Muy adecuada Agencia de Autocuidado. Este porcentaje concuerda en este grupo con el total de pacientes con Adherencia al tratamiento. La Adecuada Agencia de Autocuidado está representada con el 32,5% de los pacientes (3,8% de pacientes no Adherentes al tratamiento, frente al 28,7% de pacientes Adherentes al tratamiento). El 28,7% de los pacientes tienen una Regular Agencia de Autocuidado, siendo este porcentaje mayor en los pacientes con Adherencia al tratamiento. Finalmente, el 16,3% de los pacientes encuestados tienen una Deficiente Agencia de Autocuidado, Este porcentaje concuerda en este grupo con el total de pacientes con No Adherencia al tratamiento.

Tabla 9

Tabla de Contingencia entre la dimensión Promoción del funcionamiento y desarrollo personal con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar.

Dimensión: Promoción del funcionamiento y desarrollo personal	Variable: Adherencia al tratamiento		Total
	No adherencia al tratamiento	Adherencia al tratamiento	
Muy adecuada Agencia de Autocuidado	0 (0.0%)	13 (16.3%)	13 (16.3%)
Adecuada Agencia de Autocuidado	3 (3.8%)	27 (33.8%)	30 (37.5%)
Regular Agencia de Autocuidado	13 (16.3%)	15 (18.8%)	28 (35.0%)
Deficiente Agencia de Autocuidado	6 (7.5%)	3 (3.8%)	9 (11.3%)
Total	22 (27.5%)	58 (72.5%)	80 (100%)

Nota. Encuesta tomada a pacientes con TB pulmonar del C.S. Cooperativa Universal y C.S. Huáscar.

- a. Se tomó como válido la totalidad de ochenta (80) casos, no se tiene ningún caso perdido o eliminado.
- b. $P < .05$

En la tabla 9, el 16,3% de los pacientes encuestados tienen una Muy adecuada Agencia de Autocuidado. Este porcentaje concuerda en este grupo con el total de pacientes con Adherencia al tratamiento. La Adecuada Agencia de Autocuidado está representada con el 37,5% de los pacientes (3,8% de pacientes no Adherentes al tratamiento, frente al 33,8% de pacientes Adherentes al tratamiento). El 35,0% de los pacientes tienen una Regular Agencia de Autocuidado, siendo este porcentaje mayor en los pacientes con Adherencia al tratamiento. Finalmente, el 11,3% de los pacientes encuestados tienen una Deficiente Agencia de Autocuidado.

Tabla 10

Tabla de Contingencia entre la Agencia de Autocuidado y la dimensión Asistencia al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con TB pulmonar.

Dimensión: Asistencia al tratamiento farmacológico	Variable: Agencia de Autocuidado				Total
	Deficiente Agencia de Autocuidado	Regular Agencia de Autocuidado	Adecuada Agencia de Autocuidado	Muy adecuada Agencia de Autocuidado	
Adherencia al tratamiento	8 (10.0%)	12 (15.0%)	30 (37.5%)	8 (10.0%)	58 (72.5%)
No adherencia al tratamiento	6 (7.5%)	10 (12.5%)	6 (7.5%)	0 (0.0%)	22 (27.5%)
Total	14 (17.5%)	22 (27.5%)	36 (45.0%)	8 (10.0%)	80 (100%)

Nota. Encuesta tomada a pacientes con TB pulmonar del C.S. Cooperativa Universal y C.S. Huáscar.

- a. Se tomó como válido la totalidad de ochenta (80) casos, no se tiene ningún caso perdido o eliminado.
- b. $P < .05$

En la tabla 10, el 72,5% de los pacientes encuestados muestran una Adherencia al tratamiento. Este porcentaje concuerda más en el grupo de pacientes con una Adecuada Agencia de Autocuidado (37,5%). La No Adherencia al tratamiento está representada con el 27,5% de los pacientes, este porcentaje concuerda más con el grupo de pacientes con Regular Agencia de Autocuidado (12,5%) y difiere en su totalidad con el grupo de pacientes con una Muy adecuada Agencia de Autocuidado siendo esta relación de porcentaje nulo (0,0%).

Tabla 11

Tabla de Contingencia entre la Agencia de Autocuidado y la dimensión Conductas frente al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con TB pulmonar.

Dimensión: Conductas frente al tratamiento farmacológico	Variable: Agencia de Autocuidado				Total
	Deficiente Agencia de Autocuidado	Regular Agencia de Autocuidado	Adecuada Agencia de Autocuidado	Muy adecuada Agencia de Autocuidado	
Adherencia al tratamiento	8 (10.0%)	22 (27.5%)	33 (41.3%)	8 (10.0%)	71 (88.8%)
No adherencia al tratamiento	6 (7.5%)	0 (0.0%)	3 (3.8%)	0 (0.0%)	9 (11.3%)
Total	14 (17.5%)	22 (27.5%)	36 (45.0%)	8 (10.0%)	80 (100%)

Nota. Encuesta tomada a pacientes con TB pulmonar del C.S. Cooperativa Universal y C.S. Huáscar.

- a. Se tomó como válido la totalidad de ochenta (80) casos, no se tiene ningún caso perdido o eliminado.
- b. $P < .05$

En la tabla 11, el 88,8% de los pacientes encuestados muestran una Adherencia al tratamiento. Este porcentaje concuerda más en el grupo de pacientes con una Adecuada Agencia de Autocuidado (41,3%). La No Adherencia al tratamiento está representada con el 11,3% de los pacientes, este porcentaje concuerda más con el grupo de pacientes con Deficiente Agencia de Autocuidado (7,5%) y difiere en su totalidad con el grupo de pacientes con una Muy adecuada Agencia de Autocuidado siendo esta relación de porcentaje nulo (0,0%).

4.2. Análisis Descriptivo Inferencial

Para la contrastación de Hipótesis, se aplicó la prueba estadística Rho de Spearman (r_s), tomando en consideración las características de la muestra en estudio. Para la Interpretación del coeficiente de correlación del r_s (véase anexo I). A su vez, el p valor que acompaña a la r_s muestra si la correlación es significativa al nivel del 0.05 o al nivel del 0.01.

4.2.1 Contrastación de Hipótesis General

Hi: Existe relación significativa entre la Agencia de Autocuidado y la Adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar.

Ho: No existe relación significativa entre la Agencia de Autocuidado y la Adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar.

Tabla 12

Cálculo del Rho de Spearman entre la Agencia de Autocuidado y la Adherencia al tratamiento en pacientes con TB pulmonar.

Rho de Spearman		Variable: Agencia de Autocuidado	Variable: Adherencia al tratamiento
Variable: Agencia de Autocuidado	coef. de correlación	1,000	,455**
	p valor (bilateral)	.	,000
	Muestra	80	80
Variable: Adherencia al tratamiento	coef. de correlación	,455**	1,000
	p valor (bilateral)	,000	.
	Muestra	80	80

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota. Elaboración propia a través del paquete estadístico SPSS25. Se tomó como valido la totalidad de ochenta (80) casos, no se tiene ningún caso perdido o eliminado.

Decisión. Se observa que el r_s es de 0,455 a un nivel de significancia de 0.01 bilateral con un p valor de 0.000 (p valor <0.01). Por consiguiente, se rechazó la Hipótesis Nula (H_0) y se aceptó la Hipótesis Investigativa (H_1).

Existe una correlación positiva media, estadísticamente significativa entre la Agencia de Autocuidado y la Adherencia al tratamiento de pacientes con TB pulmonar ($r_s=0.455$, $p<0.01$).

4.2.2 Contratación de Hipótesis Específicas

Primera Hipótesis Específica.

H1: Existe relación entre la dimensión Consumo suficiente de alimentos y agua con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Ho: No existe relación entre la dimensión Consumo suficiente de alimentos y agua con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Tabla 13

Cálculo del Rho de Spearman entre la dimensión Consumo suficiente de alimentos y agua con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar.

Rho de Spearman		Dimensión: Consumo suficiente de alimentos y agua	Variable: Adherencia al tratamiento
Dimensión: Consumo suficiente de alimentos y agua	coef. de correlación	1,000	,162*
	p valor (bilateral)	.	,015
	Muestra	80	80
Variable: Adherencia al tratamiento	coef. de correlación	,162*	1,000
	p valor (bilateral)	,015	.
	Muestra	80	80

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Nota. Elaboración propia a través del paquete estadístico SPSS25. Se tomó como valido la totalidad de ochenta casos (80), no se tiene ningún caso perdido o eliminado.

Decisión:

Se observa que el r_s es de 0,162 a un nivel de significancia de 0.05 bilateral con un p valor de 0.015 (p valor <0.05). Por consiguiente, se rechazó la Hipótesis Nula (Ho) y se aceptó la Hipótesis Investigativa (Hi).

Existe una correlación positiva media, estadísticamente significativa entre la dimensión Consumo suficiente de alimentos y agua con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar. ($r_s=0.162$, $p<0.05$).

Segunda Hipótesis Específica.

H2: Existe relación entre la dimensión Eliminación con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Ho: No existe relación entre la dimensión Eliminación con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Tabla 14

Cálculo del Rho de Spearman entre la dimensión Eliminación con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar.

Rho de Spearman		Dimensión: Eliminación	Variable: Adherencia al tratamiento
Dimensión:	coef. de correlación	1,000	,299**
Eliminación	p valor (bilateral)	.	,007
	Muestra	80	80
Variable:	coef. de correlación	,299**	1,000
Adherencia al tratamiento	p valor (bilateral)	,007	.
	Muestra	80	80

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota. Elaboración propia a través del paquete estadístico SPSS25. Se tomó como valido la totalidad de ochenta casos (80), no se tiene ningún caso perdido o eliminado.

Decisión:

Se observa que el r_s es de 0,299 a un nivel de significancia de 0.01 bilateral con un p valor de 0.007 (p valor <0.01). Por consiguiente, se rechazó la Hipótesis Nula (Ho) y se aceptó la Hipótesis Investigativa (Hi).

Existe una correlación positiva media, estadísticamente significativa entre la dimensión Eliminación con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar. ($r_s=0.299$, $p<0.01$).

Tercera Hipótesis Específica.

H3: Existe relación entre la dimensión Actividad y descanso con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Ho: No existe relación entre la dimensión Actividad y descanso con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Tabla 15

Cálculo del Rho de Spearman entre la dimensión Actividad y descanso con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Rho de Spearman		Dimensión: Actividad y descanso	Variable: Adherencia al tratamiento
Dimensión:	coef. de correlación	1,000	,194*
Actividad y descanso	p valor (bilateral)	.	,049
	Muestra	80	80
Variable:	coef. de correlación	,194*	1,000
Adherencia al tratamiento	p valor (bilateral)	,049	.
	Muestra	80	80

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Nota. Elaboración propia a través del paquete estadístico SPSS25. Se tomó como valido la totalidad de ochenta casos (80), no se tiene ningún caso perdido o eliminado.

Decisión:

Se observa que el r_s es de 0,194 a un nivel de significancia de 0.05 bilateral con un p valor de 0.049 (p valor <0.05). Por consiguiente, se rechazó la Hipótesis Nula (H_0) y se aceptó la Hipótesis Investigativa (H_i).

Existe una correlación positiva media, estadísticamente significativa entre la dimensión Actividad y descanso con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar. ($r_s=0.194$, $p<0.05$).

Cuarta Hipótesis Específica.

H4: Existe relación entre la dimensión Interacción social y personal con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Ho: No existe relación entre la dimensión Interacción social y personal con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Tabla 16

Cálculo del Rho de Spearman entre la dimensión Interacción social y personal con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar.

Rho de Spearman		Dimensión: Interacción social y personal	Variable: Adherencia al tratamiento
Dimensión:	coef. de correlación	1,000	,249*
Interacción social y personal	p valor (bilateral)	.	,026
	Muestra	80	80
Variable:	coef. de correlación	,249*	1,000
Adherencia al tratamiento	p valor (bilateral)	,026	.
	Muestra	80	80

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Nota. Elaboración propia a través del paquete estadístico SPSS25. Se tomó como válido la totalidad de ochenta casos (80), no se tiene ningún caso perdido o eliminado.

Decisión:

Se observa que el r_s es de 0,249 a un nivel de significancia de 0.26 bilateral con un p valor de 0.026 (p valor <0.05). Por consiguiente, se rechazó la Hipótesis Nula (H_0) y se aceptó la Hipótesis Investigativa (H_i).

Existe una correlación positiva media, estadísticamente significativa entre la dimensión Interacción social y personal con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar. ($r_s=0.249$, $p<0.05$).

Quinta Hipótesis Específica.

H5: Existe relación entre la dimensión Prevención de riesgos con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Ho: No existe relación entre la dimensión Prevención de riesgos con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Tabla 17

Cálculo del Rho de Spearman entre la dimensión Prevención de riesgos con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar.

Rho de Spearman		Dimensión: Prevención de riesgos	Variable: Adherencia al tratamiento
Dimensión:	coef. de correlación	1,000	,632**
Prevención de riesgos	p valor (bilateral)	.	,000
	Muestra	80	80
Variable:	coef. de correlación	,632**	1,000
Adherencia al tratamiento	p valor (bilateral)	,000	.
	Muestra	80	80

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota. Elaboración propia a través del paquete estadístico SPSS25. Se tomó como valido la totalidad de ochenta casos (N=80), no se tiene ningún caso perdido o eliminado.

Decisión:

Se observa que el r_s es de 0,632 a un nivel de significancia de 0.01 bilateral con un p valor de 0.000 (p valor <0.01). Por consiguiente, se rechazó la Hipótesis Nula (Ho) y se aceptó la Hipótesis Investigativa (Hi).

Existe una correlación positiva considerable, estadísticamente significativa entre la dimensión Prevención de riesgos con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar. ($r_s=0.632$, $p<0.01$).

Sexta Hipótesis Específica.

H6: Existe relación entre la dimensión Promoción del funcionamiento y desarrollo personal con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Ho: No existe relación entre la dimensión Promoción del funcionamiento y desarrollo personal con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Tabla 18

Cálculo del Rho de Spearman entre la dimensión Promoción del funcionamiento y desarrollo personal con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar.

Rho de Spearman		Dimensión: Promoción del funcionamiento y desarrollo personal	Variable: Adherencia al tratamiento
Dimensión:	coef. de correlación	1,000	,509**
Promoción del	p valor (bilateral)	.	,000
funcionamiento y	Muestra	80	80
desarrollo personal			
Variable:	coef. de correlación	,509**	1,000
Adherencia al	p valor (bilateral)	,000	.
tratamiento	Muestra	80	80

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota. Elaboración propia a través del paquete estadístico SPSS25. Se tomó como válido la totalidad de ochenta casos (N=80), no se tiene ningún caso perdido o eliminado.

Decisión:

Se observa que el r_s es de 0,509 a un nivel de significancia de 0.01 bilateral con un p valor de 0.000 (p valor <0.01). Por consiguiente, se rechazó la Hipótesis Nula (Ho) y se aceptó la Hipótesis Investigativa (Hi).

Existe una correlación positiva considerable, estadísticamente significativa entre la dimensión Promoción del funcionamiento y desarrollo personal con la Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con TB pulmonar ($r_s=0.509$, $p<0.01$).

Séptima Hipótesis Específica.

H7: Existe relación entre la Agencia de Autocuidado y la dimensión Asistencia al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Ho: No existe relación entre la Agencia de Autocuidado y la dimensión Asistencia al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Tabla 19

Cálculo del Rho de Spearman entre la Agencia de Autocuidado y la dimensión Asistencia al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con TB pulmonar.

Rho de Spearman		Dimensión: Asistencia al tratamiento farmacológico	Variable: Agencia de Autocuidado
Dimensión:	coef. de correlación	1,000	,341 **
Asistencia al tratamiento farmacológico	p valor (bilateral)	.	,002
	Muestra	80	80
Variable:	coef. de correlación	,341 **	1,000
Agencia de Autocuidado	p valor (bilateral)	,002	.
	Muestra	80	80

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota. Elaboración propia a través del paquete estadístico SPSS25. Se tomó como valido la totalidad de ochenta casos (N=80), no se tiene ningún caso perdido o eliminado.

Decisión:

Se observa que el r_s es de 0,341 a un nivel de significancia de 0.01 bilateral con un p valor de 0.002 (p valor <0.01). Por consiguiente, se rechazó la Hipótesis Nula (Ho) y se aceptó la Hipótesis Investigativa (Hi).

Existe una correlación positiva media, estadísticamente significativa entre la Agencia de Autocuidado y la dimensión Asistencia al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con TB pulmonar. ($r_s=0.341$, $p<0.01$).

Octava Hipótesis Específica.

H8: Existe relación entre la Agencia de Autocuidado y la dimensión Conductas frente al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Ho: No existe relación entre la Agencia de Autocuidado y la dimensión Conductas frente al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Tabla 20

Cálculo del Rho de Spearman entre la Agencia de Autocuidado y la dimensión Conductas frente al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con TB pulmonar.

Rho de Spearman		Dimensión: Conductas frente al tratamiento farmacológico	Variable: Agencia de Autocuidado
Dimensión:	coef. de correlación	1,000	,285*
Conductas frente al tratamiento farmacológico	p valor (bilateral)	.	,011
	Muestra	80	80
Variable:	coef. de correlación	,285*	1,000
Agencia de Autocuidado	p valor (bilateral)	,011	.
	Muestra	80	80

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Nota. Elaboración propia a través del paquete estadístico SPSS25. Se tomó como valido la totalidad de ochenta casos (N=80), no se tiene ningún caso perdido o eliminado.

Decisión:

Se observa que el r_s es de 0,285 a un nivel de significancia de 0.05 bilateral con un p valor de 0.011 (p valor <0.05). Por consiguiente, se rechazó la Hipótesis Nula (Ho) y se aceptó la Hipótesis Investigativa (Hi).

Existe una correlación positiva media, estadísticamente significativa entre la Agencia de Autocuidado y la dimensión Conductas frente al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con TB pulmonar. ($r_s=0.285$, $p<0.05$).

V. Discusión de Resultados

En cuanto a la investigación se tuvo como objetivo general determinar la relación significativa entre la Agencia de Autocuidado y la Adherencia al tratamiento de pacientes con TB pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita. Para lo cual, se tiene que de acuerdo con Dorothea Orem la Agencia de Autocuidado es la capacidad de realizar acciones continuas de cuidado hacia uno mismo a fin de satisfacer sus propias necesidades y asegurar su bienestar (citada por Marcos y Tizón, 2013). Igualmente, la adherencia al tratamiento según la OMS es el proceder del paciente al cumplimiento del mismo y con persistencia; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y horario prescrito a lo largo del tiempo determinado por el médico tratante (Foro Pfizer, 2017).

En concordancia con ello y luego de aplicar un exhaustivo análisis a todos los datos recabados durante el proceso de investigación se tiene que la Agencia de Autocuidado se relaciona significativamente con la Adherencia al tratamiento, determinado con un r_s de 0.455; siendo una correlación de tipo positiva media; por consiguiente, se acepta la Hipótesis Investigativa (Hi). De la misma forma, se muestra que el 55% de los pacientes poseen una Muy adecuada y Adecuada Agencia de Autocuidado y el 72,5 % muestran una Adherencia al tratamiento del total de pacientes encuestados.

De los hallazgos vislumbrados en el estudio desarrollado son concordantes con los expuestos por Parrales y Silva (2017) quienes relacionan un índice aceptable de prácticas de autocuidado con un alto índice de Asistencia a su tratamiento farmacológico en pacientes con TB pulmonar. Además, Morales (2017) sostiene en su estudio que el nivel de adherencia al tratamiento y autocuidado que reciben los pacientes con TB pulmonar es medianamente alto y se relacionan adecuadamente, todo ello es acorde con el estudio investigado. Conforme a los resultados contrastados permite vislumbrar que existe una relación de asociación lo cual

permite plantear que a una mayor Agencia de Autocuidado mayor será la Adherencia al tratamiento.

Pero a su vez, hay autores que difieren con lo presentado, de acuerdo con Oliden S. y Zapata C. (2019) señalan en su investigación que en más del 50% la adherencia al tratamiento fue poco adecuada y las prácticas de autocuidado fueron correspondidas como buenas con 63%. Lo cual evidencia, que es necesario seguir investigando el comportamiento de estas dos variables en conjunto y su relación que estas guardan, ya que esto nos permitirá poder tomar acciones sobre ellas a fin de contribuir en la recuperación del paciente con TB, encaminando nuestro accionar de enfermería hacia la meta que promueve la OMS: “*Fin de la TB*” con miras hacia el año 2035.

En lo que respecta a las dimensiones de la variable Agencia de Autocuidado, se determinó que las seis evidencian una relación significativa con la variable Adherencia al tratamiento: Consumo suficiente de alimentos y agua, Eliminación, Actividad y descanso e Interacción social y personal; estas cuatro dimensiones poseen una correlación de tipo positivo media con la variable Adherencia al tratamiento y las dos dimensiones restantes Prevención de riesgos y Promoción del funcionamiento y desarrollo personal; poseen una correlación de tipo positivo considerable con la variable Adherencia al tratamiento.

Asimismo, en este estudio se evidencia una Regular Agencia de Autocuidado, en la dimensión Consumo suficiente de alimentos y agua y en la dimensión Interacción social y personal. Esto concuerda con lo sustentado por Seme (2015) en su estudio menciona que uno de los primordiales elementos examinados en el autocuidado de los pacientes con TB es que no se alimentan adecuadamente. Bajo este contexto, esto constituye un factor de riesgo para los pacientes que padecen esta enfermedad siendo que el 16,3% tienen una Regular agencia de autocuidado y a su vez no son adherentes; lo cual puede generar complicaciones en el

tratamiento farmacológico, pudiendo incluso generar reacciones adversas gastrointestinales que incurran desfavorablemente en el abandono del tratamiento.

Por otro parte, Morales (2017) demostró en su investigación que los pacientes en su gran mayoría poseen adecuadas medidas de autocuidado en la dimensión de sueño y descanso y hábitos nocivos. Asimismo, esto concuerda con el estudio al evidenciar una Adecuada Agencia de Autocuidado para las siguientes dimensiones: Eliminación, Actividad y descanso, Prevención de riesgos y Promoción del funcionamiento y desarrollo personal.

Finalmente, en cuanto a las dimensiones correspondientes a la variable Adherencia al tratamiento, se evidencian que las dos poseen una relación significativa de tipo positivo media con la variable Agencia de Autocuidado. Además, predomina la Adherencia al tratamiento para ambas dimensiones: Asistencia al tratamiento farmacológico y Conductas frente al tratamiento farmacológico con un 72.5% y 88.8% respectivamente. Este resultado concuerda con la investigación de Aguilar (2018) donde demostró que existe un índice de Adherencia total en la mayor parte de los pacientes, lo cual guarda relación con lo investigado; no obstante, es necesario e importante evaluar el comportamiento de los pacientes no adherentes ya que permitirá fortalecer esas áreas encontradas con menor índice de agencia de autocuidado a fin de contribuir con el fortalecimiento de estas áreas con miras a reforzar la adecuada culminación de su tratamiento.

VI. Conclusiones

Se determinó lo siguiente, en base a los resultados obtenidos durante la investigación:

1. La Agencia de Autocuidado se relaciona significativamente con la Adherencia al tratamiento de pacientes con TB pulmonar, r_s de 0.455; correlación de tipo positiva media. Además, se apreció que predominó en una adecuada Agencia de Autocuidado el 45%, y Adherencia al tratamiento en el 72.7%.
2. Para las dimensiones que conforman a la variable Agencia de Autocuidado, se concluyó que las seis evidencian una relación significativa con la variable Adherencia al tratamiento.
3. Las dimensiones Consumo suficiente de alimentos y agua ($r_s=0.162$); Eliminación ($r_s=0.299$); Actividad y descanso ($r_s=0.194$) e Interacción social y personal ($r_s=0.249$), poseen una correlación de tipo positivo media, con relación a la variable Adherencia al tratamiento.
4. Las dimensiones Prevención de riesgos ($r_s=0.632$) y Promoción del funcionamiento y desarrollo personal ($r_s=0.509$), poseen una correlación de tipo positivo considerable, con relación a la variable Adherencia al tratamiento.
5. En cuanto a las dimensiones correspondientes a la variable Adherencia al tratamiento, se concluyó que las dos evidencian una relación significativa: Asistencia al tratamiento farmacológico ($r_s=0.341$) y Conductas frente al tratamiento farmacológico ($r_s=0.285$), ambas poseen una correlación de tipo positivo media, con relación a la variable Agencia de Autocuidado.

VII. Recomendaciones

- A las Autoridades de los Centros de Salud, se insta a que proporcionen el apoyo y facilidades en el primer nivel de atención, ante las propuestas de intervención de los profesionales de enfermería a favor de fortalecer la Agencia de Autocuidado y la Adherencia al tratamiento, en el eje de acción de enfermería en el Área de la ESPCT.

- Al equipo sanitario a cargo del servicio de la ESPCT, liderado por profesionales de enfermería en los dos Centros de Salud, se recomienda la realización de estudios investigativos de tipo experimental mediante la aplicación de intervenciones educativas que fortifiquen la capacidad de Agencia de autocuidado y evalúen la Adherencia al tratamiento.

- A los estudiantes de enfermería, se recomienda seguir realizando investigaciones para fortalecer la aplicación de los modelos teóricos de autocuidado con respecto a este tema en otros Centros de Salud; ello permitirá seguir vislumbrando el grado de relación que guardan ambas variables en estudio y verificar como la variación de una de las variables se relaciona con la variación en la otra y tomar acciones sobre ellas.

VIII. Referencias

- Aguilar, K. (2018). *Nivel de adherencia al tratamiento de tuberculosis en el centro de salud conde de la vega baja del Cercado de Lima*. [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal].
http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/unfv/2935/unfv_aguilar_cuellar_karen_juliana_titulo_profesional_2019.pdf?sequence=1&isallowed=y
- Cajo, L., y Guadalupe, A. (2019). *Acciones de Enfermería en la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis. Distrito Riobamba-Chambo. Octubre 2018-marzo 2019*. [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional de Chimborazo].
<http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5673>
- Collière, M. (1993). *Promover la Vida*. 2ª ed. p.232. México: Interamericana Mc Graw Hill.
- Duarte, I., y López, M. (2009). Importancia del reposo en los sanatorios para tuberculosos. *Revista chilena de infectología*, 26(3), 273-278. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182009000400013>
- Flores, N. (2019). La tuberculosis un problema de salud multicausal y es tarea de todos ponerle fin. *Boletín Epidemiológico del Perú*, 28(10), 244-245.
<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/10.pdf>
- Foro Pfizer (2009). *La Adherencia al Tratamiento: Cumplimiento y Constancia para Mejorar la Calidad de Vida: III Foro Diálogos Pfizer Pacientes*. Recuperado de https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/foropfizer_2009.pdf
- González, E. (2013). *Factores asociados al abandono y adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes detectados en las unidades operativas del área de salud N°1 de la ciudad de Tulcán*. [Tesis de Pregrado, Universidad Técnica del Norte].
<http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/2056>

- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ª ed.). México: McGraw-Hill. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2018). *Prioridades Nacionales de Investigación en TB en Perú 2018-2021*. Resolución Ministerial N° 591-2018/MINSA. Recuperado de <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114246.pdf>
- Lagoueyte, M. (2015). El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 47(2), 209-213. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013&lng=en&tlng=es
- Leiva, V., Acosta, P., Berrocal, Y., Carrillo, E., Castro, M., y Watson, Y. (2012). Capacidad de Agencia de Autocuidado en personas adultas con artritis reumatoide. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 22, 1-11. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/3553/3455>
- Llanos, F., y Ponce, C. (2019). Depresión y adherencia en personas afectadas con tuberculosis: Una exploración preliminar de datos. *Rev. Neuropsiquiatría*, 82(2), 104-109. <https://doi.org/10.20453/rnp.v82i2.3536>
- López, C. (2018). *Adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis*. [Tesis de Pregrado, Universidad Autónoma de Madrid]. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684901/lopez_fuente_cristinatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- López, C. A. (2018). *Autocuidado en pacientes en Tratamiento de Tuberculosis Pulmonar Sensible del C.S Collique III Zona Comas*. [Tesis de Pregrado, Universidad Cesar Vallejo].

http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18004/L%c3%b3pez_ECA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J., y Lizasoain, I., (2009). *Drogodependencias: Farmacología, patología, psicología, legislación*. (3ª ed.). Argentina: Medica Panamericana.

<https://es.scribd.com/document/440981376/Drogodependencias>

Marcos, M., y Tizón E. (2013). Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. *Gerokomos*, 24(4), 168-177.

<https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000400005>

Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008)

[34662004000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008)

Millán, I., Roca, A., y Blanco, K. (2007). La capacidad y percepción de autocuidado, una estrategia de elección para alcanzar una longevidad satisfactoria. *Correo Científico Médico de Holguín*, 11(4). <http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114rev3.htm>

Ministerio de Salud. (2013). *Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por Tuberculosis*. Resolución Ministerial N° 715-2013/MINSA. NTS N° 104-MINSA/DGSP. Recuperado de

<http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>

Ministerio de Salud. (2018 a). *Plan de Intervención de Prevención y Control de Tuberculosis en Lima Metropolitana y Regiones Priorizadas de Callao, Ica, La Libertad, y Loreto, 2018-2020*. Resolución Ministerial N° 247-2018/MINSA. Recuperado de

<http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404120000.pdf>

Ministerio de Salud. (2018 b). *Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis*. Resolución Ministerial N° 752-2018/MINSA.

- Modificatoria de la NTS N°104-MINSA/DGSP. Recuperado de <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.pdf>
- Morales, J. (2017). *Nivel de adherencia y autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar de la Microred Aparicio Pomares*. [Tesis de Pregrado, Universidad Alas Peruanas]. <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/5982>
- Morisky, DE., Green LW., y Levine, DM. (1986). Validez concurrente y predictiva de una medida autoinformada de adherencia a la medicación. *Med. Care*, 24(1), 67-74. doi:10.1097/00005650-198601000-00007
- Naranjo, Y., Concepción, J., y Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89-100. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- Oliden, S., y Zapata, C. (2019). *Adherencia al tratamiento y prácticas de autocuidado de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis - Centro de Salud en Villa El Salvador*. [Tesis de Pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/7676>
- OPS/OMS. (2019). Es hora de actuar. Pon fin a la Tuberculosis. *PAHO*. Recuperado de https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4265:es-hora-de-actuar-pon-fin-a-la-tuberculosis&Itemid=0
- Ore, N., y Placido, M. (2016). *Prácticas de autocuidado en personas afectadas de tuberculosis pulmonar en cuatro establecimientos de salud de la Microred Carabayllo*. [Tesis de Pregrado, Universidad de Ciencias y Humanidades]. <http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/87/Ore%20Huanca%2C%20Nataly.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Organización de las Naciones Unidas. (2019 a, marzo). Acabar con la tuberculosis el año 2030 es un reto factible. *Epidemiología, control y financiamiento. Noticias ONU*. Recuperado de <https://news.un.org/es/story/2019/03/1453391>
- Organización de las Naciones Unidas. (2019 b, octubre). Las infecciones por tuberculosis disminuyen, pero no lo suficientemente rápido entre los pobres. *Noticias ONU*. Recuperado de <https://news.un.org/es/story/2019/10/1464051>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Una monografía de la OMS y la unión sobre control del Tabaco y de la Tuberculosis*. Recuperado de https://www.who.int/tobacco/publications/health_effects/tb_tobacco_mono_sp.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Estrategia de la OMS para poner fin a la tuberculosis de aquí a 2035*. Recuperado de <http://www.who.int/tb/strategy/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Qué es la Tuberculosis y como se trata*. Recuperado de <https://www.who.int/features/qa/08/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Tuberculosis*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Tuberculosis en las Américas 2018*. Washington, DC: OPS. Recuperado de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49510/OPSCDE18036_spa?sequence=2&isAllowed=y
- Ortega, V. (2001). Valoración de enfermería al paciente postoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 9(1-4),18-23. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2001/en011-4d.pdf>

- Parrales, A., y Silva, I. (2017). *Autocuidado en pacientes con tuberculosis pulmonar que reciben tratamiento antifímico en un centro de salud del norte de la ciudad de Guayaquil*. [Tesis de Pregrado, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil].
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/7580>
- Porras, A. (2018). *Adherencia al tratamiento y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en el Centro de salud materno infantil Dr. Enrique Martín Altuna*. [Tesis de Pregrado, Universidad César Vallejo].
<http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/570572>
- Prado, L., González, M., Paz, N., y Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es&tlng=es.
- Programa de Apoyo a la Reforma de Salud y Ministerio de la Protección Social (2007). *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades de la salud pública*. Colombia: Editorial Scripto.
<https://www.minsalud.gov.co/documentos%20y%20publicaciones/guias%20de%20atencion%20-tomo%20dos.pdf>
- Raviglione, M. (2019). Tuberculosis. En Jameson, J., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., Loscalzo, J. (Eds.), *Principios de medicina interna de Harrison* (20ª ed.). 1(173). Nueva York: McGraw-Hill.
- Seme, M. (2015). *Estrategia de autocuidado para pacientes con tuberculosis pulmonar y la relación con su entorno, atendidos en el hospital básico de Balzar*. [Tesis de Pregrado, Universidad Técnica Estatal de Quevedo].
<http://repositorio.uteq.edu.ec/handle/43000/1465>

- Smith, M. (2019). Tuberculosis. En Usatine, R., Smith, M., Mayeaux, E., y Chumley, H. (Eds.), *The Color Atlas y Sinopsis de medicina familiar* (3ª ed.). 1(56). Nueva York: McGraw-Hill.
- Tates, J. (2018). *Estrategias educativas para fomentar el autocuidado en personas con tuberculosis pulmonar que reciben tratamiento en el centro de salud N°1 de la ciudad de Ibarra*. [Tesis de Pregrado, Universidad Regional Autónoma de Los Andes].
<http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/9041>
- Tobón, O. (2003). El autocuidado: una habilidad para vivir. Manizales, Colombia: *Universidad de Caldas*. Recuperado de
<http://www.alcoholinformate.com.mx/auticuidado.pdf>
- Toman, K. (2006). *Tuberculosis: Detección de casos, tratamiento y vigilancia*. (2ª ed.). Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Val Jiménez, A., Amorós, G., Martínez, P., Fernández, ML., y León, M. (1992). Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test Morisky Green. *Aten Primaria*, 10(5), 767-770.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1472599>

IX. Anexos

Tabla de Contenido

- A. Matriz de Consistencia del Diseño Metodológico.
- B. Matriz de Operacionalización de las Variables.
- C. Instrumentos.
- D. Prueba Estadística para la Validez de los Instrumentos - Coeficiente V. de Aiken.
- E. Prueba Estadística para la Confiabilidad de los Instrumentos - Alfa de Cronbach.
- F. Hoja de Consentimiento Informado.
- G. Solicitud de Autorización Institucional.
- H. Prueba de Normalidad Kolmogórov-Smirnov.
- I. Interpretación del coeficiente de correlación de Rho de Spearman.
- J. Resumen de Distribución de Encuestados por Categorías.

Anexo A: Matriz de Consistencia del Diseño Metodológico

AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN DOS CENTROS DE SALUD SANTA ANITA, 2019.				
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General:	Variable 1	
¿Cuál es la relación significativa entre la Agencia de Autocuidado y la Adherencia al Tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019?	Determinar la relación significativa entre la Agencia de Autocuidado y la Adherencia al Tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.	Hi: Existe relación significativa entre la Agencia de Autocuidado y la Adherencia al Tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.	Agencia de Autocuidado Dimensiones: Consumo suficiente de alimentos y agua, Eliminación, Actividad y descanso, Interacción social y personal, Prevención de riesgos y Promoción del funcionamiento y desarrollo personal.	Tipo de estudio
				El presente estudio es de enfoque Cuantitativo tipo descriptivo correlacional, diseño no experimental de corte transversal y de nivel aplicativo.
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas:	Variable 2	
1. ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión Consumo suficiente de Alimentos y Agua con la Adherencia al Tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019?	-Identificar la relación que existe entre la dimensión Consumo suficiente de Alimentos y Agua con la Adherencia al Tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.	H1: Existe relación entre la dimensión Consumo suficiente de Alimentos y Agua con la Adherencia al Tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.	Adherencia al Tratamiento Dimensiones: Asistencia al tratamiento farmacológico y Conductas frente al tratamiento farmacológico.	Área de estudio
2. ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión Eliminación con la Adherencia al Tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019?	-Identificar la relación que existe entre la dimensión Eliminación con la Adherencia al Tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.	H2: Existe relación entre la dimensión Eliminación con la Adherencia al Tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.		Centro de Salud Huáscar y Centro de Salud Cooperativa Universal Santa Anita, 2019.
3. ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión Actividad y Descanso con la Adherencia al Tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019?	-Identificar la relación que existe entre la dimensión Actividad y Descanso con la Adherencia al Tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.	H3: Existe relación entre la dimensión Actividad y Descanso con la Adherencia al Tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.		Población
4. ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión Interacción Social y Personal con la Adherencia al Tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019?	-Identificar la relación que existe entre la dimensión Interacción Social y Personal con la Adherencia al Tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.	H4: Existe relación entre la dimensión Interacción Social y Personal con la Adherencia al Tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.		El universo quedó constituido por 80 pacientes con tuberculosis pulmonar de la ESPCT de los Centros de Salud Huáscar y Cooperativa Universal de Santa Anita.
5. ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión Prevención de Riesgos con la Adherencia al Tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019?	-Identificar la relación que existe entre la dimensión Prevención de Riesgos con la Adherencia al Tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.	H5: Existe relación entre la dimensión Prevención de Riesgos con la Adherencia al Tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.		Muestra
6. ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión Promoción del Funcionamiento y Desarrollo Personal con la Adherencia al Tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019?	-Identificar la relación que existe entre la dimensión Promoción del Funcionamiento y Desarrollo Personal con la Adherencia al Tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.	H6: Existe relación entre la dimensión Promoción del Funcionamiento y Desarrollo Personal con la Adherencia al Tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.		La muestra quedó constituida por la totalidad de pacientes con tuberculosis pulmonar de la ESPCT de dos centros de salud de Santa Anita, que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia.
7. ¿Cuál es la relación que existe entre la Agencia de Autocuidado y la dimensión Asistencia al tratamiento Farmacológico que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019?	-Identificar la relación que existe entre la Agencia de Autocuidado y la dimensión Asistencia al tratamiento Farmacológico que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.	H7: Existe relación entre la Agencia de Autocuidado y la dimensión Asistencia al tratamiento Farmacológico que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.		Técnicas
8. ¿Cuál es la relación que existe entre la Agencia de Autocuidado y la dimensión Conductas frente al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019?	-Identificar la relación que existe entre la Agencia de Autocuidado y la dimensión Conductas frente al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.	H8: Existe relación entre la Agencia de Autocuidado y la dimensión Conductas frente al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar en dos Centros de Salud de Santa Anita, 2019.		Encuestas.
			Instrumentos	
			Cuestionario CAAUTUP “Capacidad de Agencia de Autocuidado en Tuberculosis Pulmonar” por Oré y Placido (2016). Adaptado y modificado por Cárdenas C. (2019): Constituido por 6 dimensiones y 31 enunciados. Escala de Adherencia al Tratamiento por Morisky G. (2008). Adaptado y modificado por Cárdenas C. (2019): Constituido por 2 dimensiones y 4 preguntas dicotómicas.	

Anexo B: Matriz de Operacionalización de Variables

AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN DOS CENTROS DE SALUD SANTA ANITA, 2019.									
VARIABLE X	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA / ITEMS	VALOR FINAL	NIVELES		
Agencia de Autocuidado	Capacidad que tienen los individuos para asumir de forma voluntaria el cuidado de su salud a través del fortalecimiento en su Agencia de Autocuidado en los siguientes aspectos: Consumo suficiente de alimentos y agua, Eliminación, Actividad y descanso, Interacción social y personal, Prevención de riesgos y Promoción del funcionamiento y desarrollo personal; favoreciendo saludablemente a la mejora en su calidad de vida.	Consumo Suficiente de Alimentos y Agua	Capacidad de cambiar hábitos alimentarios para mantener o alcanzar el peso corporal adecuado y capacidad para hidratarse.	<ul style="list-style-type: none"> - Cantidad comidas - Hidratación - Frecuencia del consumo de Alimentos - Hábitos Alimentarios 	Ordinal/ 1,2,3,4,5,6,7	(>131)	Muy adecuada Agencia de Autocuidado		
		Eliminación	Capacidad de eliminación de productos de desecho del cuerpo humano y vigilancia de su alteración.	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de deposición - Signos de alteración en deposición - Cambio de coloración en orina - Cantidad de esputo en bacilos copias 	Ordinal/ 8,9,10,11				
		Actividad y Descanso	Capacidad de realizar actividades que interfieren en el equilibrio corporal, mental y reposo.	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad Física - Actividad Recreativa - Actividad Laboral o Educativa - Descanso y Sueño 	Ordinal/ 12,13,14,15			(118-130)	Adecuada Agencia de Autocuidado
		Interacción Social y Personal	Capacidad de interacción intrapersonal e interpersonal de los seres humanos, permite interiorizar, comunicar, consultar o pedir ayuda a los demás en caso de necesitarla.	<ul style="list-style-type: none"> - Red de apoyo - Resiliencia - Barreras de Comunicación - Asertividad 	Ordinal/ 16,17,18,19			(104-118)	Regular Agencia de Autocuidado
		Prevención de Riesgos para la vida	Capacidad de tomar medidas de prevención y protección de manera personal y del entorno para disminuir algún riesgo para la vida.	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas de Limpieza - Hacinamiento y ventilación - Medidas de Higiene - Protección respiratoria - Protección Colectiva - Lavado de manos - Hábitos Nocivos 	Ordinal/ 20,21,22,23, 24,25,26			(<104)	Deficiente Agencia de Autocuidado
		Promoción del Funcionamiento y Desarrollo Personal	Capacidad de adaptación al ambiente y las circunstancias para su cuidado personal. representa las actividades y modificaciones que realiza la persona para el mantenimiento de las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el progreso humano	<ul style="list-style-type: none"> - Prácticas Saludables - Cuidado Personal - Afrontamiento - Planificación - Discriminación 	Ordinal/ 27,28,29,30, 31				

VARIABLE Y	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	VALOR FINAL	NIVELES
Adherencia al Tratamiento	Cumplimiento de la toma de medicación de acuerdo con la dosificación y horario del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo, según los siguientes aspectos. Asistencia al tratamiento Farmacológico y Conductas frente al tratamiento Farmacológico.	Asistencia al tratamiento Farmacológico	Acción de asistir a la hora indicada para recibir el tratamiento para la tuberculosis.	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia al tratamiento. - Horario de administración de los fármacos. 	Ordinal/ 1,2	4 puntos. (No/Si/No/No)	Adherencia al tratamiento
		Conductas frente al tratamiento farmacológico	Conjunto de acciones y conductas que lleva a cabo el paciente, influyendo en la tomar la medicación a lo largo del tiempo.	<ul style="list-style-type: none"> - Abandono por desaparición de signos y síntomas. - Abandono por malestar. 	Ordinal/ 3,4	3,2,1 puntos.	No adherencia al tratamiento

Escala de Valoración de los Variables

Para determinar el valor final de las escalas para ambas variables de estudio y sus dimensiones se utilizó la desviación estándar para establecer los puntos de corte con el programa SPSS 25.0, quedando constituida de la siguiente manera:

VARIABLE: Agencia de Autocuidado	
Categorías	Valor Final
Muy adecuada Agencia de Autocuidado	(>131) puntos.
Adecuada Agencia de Autocuidado	(118-130) puntos.
Regular Agencia de Autocuidado	(104-118) puntos.
Deficiente Agencia de Autocuidado	(<104) puntos.

VARIABLE: Adherencia al tratamiento	
Categorías	Valor Final
Adherencia al tratamiento	4 puntos. (No/Si/No/No)
No adherencia al tratamiento	3,2,1 puntos.

Anexo C: Instrumentos

Instrumento para evaluar la Agencia de Autocuidado en pacientes con Tuberculosis Pulmonar

Universidad Nacional Federico Villarreal, Facultad de Enfermería

CUESTIONARIO CAAUTUP

“Capacidad de Agencia de Autocuidado en Tuberculosis Pulmonar”

por Oré y Placido (2016). Modificado y adaptado por Cárdenas C. (2019)

Este cuestionario va orientado a evaluar e identificar la Agencia de Autocuidado en pacientes con TB pulmonar. A continuación, se le formulara algunas preguntas, por favor responda según crea conveniente. No hay respuesta correcta o incorrecta. Se solicita sinceridad, es una encuesta personal y anónima.

¡Gracias por su atención y activa participación!

1. INFORMACION GENERAL

Instrucciones: Complete y marque una equis (X) en el casillero que concuerde con su Información personal.

EDAD:	SEXO:	1. Masculino	2. Femenino	PESO:	TALLA:
-------	-------	--------------	-------------	-------	--------

Estado Civil	Soltero	Casado	Conviviente	Viudo	Divorciado	Separado
Ocupación Actual	Estudiante	Empleado	Independiente	Ama de Casa	Sin Ocupación	Jubilado
Nivel de Educación	Ninguna	Primaria	Secundaria	Técnico	Universitario	Posgrado
Vives con (Puede marcar varias opciones)	Solo	Pareja	Hijo(s)/Hija(s)	Padre	Madre	Otro _____
Establecimiento de Salud	C.S Coop. Universal			C.S Huáscar		
Su estado de salud actual es	Deficiente		Regular	Bueno		Muy bueno

2. INFORMACION ESPECIFICA

Instrucciones: Marque una equis (X) en el casillero que concuerde con su opinión y experiencias propias.

ITEM	PREGUNTA	I	II	III	IV	V
A.	Consumo Suficiente de Alimentos y Agua					
1	Cantidad de comidas que consumes a diario	1 vez/día	2 veces/día	3 veces/día	4 veces/día	5 veces/día
2	Cantidad de vasos de agua que consumes a diario	1 vaso/día	2 vasos/día	3 vasos/día	4 vasos/día	5 a más vasos/día
3	Con que frecuencia consumes los siguientes alimentos:	Nunca	1-2 días/sem	3-4 días/sem	5-6 días/sem	Todos los días
	3.1 Verduras					
	3.2 Frutas					
	3.3 Lácteos y derivados (Leche, queso, yoguth, etc)					
	3.4 Menestras (Lentejas, pallares, frejol, etc)					
	3.5 Harinas o cereales (pan. fideos, avena, etc)					
	3.6 Tubérculos (papa, camote, yuca, etc)					
	3.7 Enlatados o Procesados (Atún, hotdog, conservas, etc)					
	3.8 Frituras o “comidas al paso” (Hamburguesa, pollo broster, churro, empañada, etc)					
4	Con que frecuencia consumes Carnes de:	Nunca	1 día/sem	2 días/sem	3 días/sem	4 días a más /sem
	4.1 Pescado					
	4.2 Pollo					
	4.3 Res					

4.4 Vísceras (Menudencias: Hígado, molleja patita, corazón)						
		Nunca	Casi nunca	A Veces	Casi siempre	Siempre
5	Realizas cambios de hábito alimentario para mantener o alcanzar un peso corporal adecuado					
6	Preparas tus alimentos en casa					
7	Tiene establecido un horario fijo para comer					
B.	Eliminación					
8	Hace deposición diariamente					
9	Observa su deposición buscando signos de alteración (diarrea o estreñimiento)					
10	Ha notado el cambio de la coloración en su orina					
11	Procuras sacar buena muestra (flema) para tu análisis mensual de esputo que te piden para tu seguimiento					
C.	Actividad y Descanso					
12	Practica ejercicios físicos o caminatas de 30 min como mínimo					
13	Realiza paseos con su familia o amistades					
14	Recurso al trabajo, estudio o a otras actividades para apartar la enfermedad de mi mente.					
15	Duerme lo suficiente para sentirse descansado.					
D.	Interacción Social y Personal					
16	Cuando necesita ayuda, recurre a la familia o amistades.					
17	Me niego a creer que estoy con esta enfermedad					
18	Pregunto a la enfermera sobre las dudas que me surgen sobre mi salud o tratamiento.					
19	Comunicas al personal de salud si presentas alguna molestia (náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarreas) luego de tomar los medicamentos para la tuberculosis					
E.	Prevención de Riesgos para la vida					
20	Realiza tareas de limpieza y mantiene limpio su lugar de residencia.					
21	El lugar donde reside permite una ventilación e iluminación natural adecuada durante el día					
22	Se baña diariamente					
23	Cuando tose o estornuda se cubre la boca y nariz con el antebrazo o papel higiénico					
24	Separa sus utensilios (plato, cuchara, vasos) de las demás personas que conviven en su casa					
25	Olvido lavarme las manos después de llegar a casa					
26	Utilizo alcohol o fumo para ayudarme a superar mi enfermedad.					
F.	Promoción del Funcionamiento y Desarrollo Personal					
27	Estas realizando cambios de hábitos para mejorar tu salud					
28	A pesar de las ocupaciones diarias, establece el tiempo para su cuidado personal.					
29	Intento ver con otros ojos mi enfermedad para hacer que parezca más positiva.					
30	Pienso detenidamente sobre las acciones a seguir relacionados con mi enfermedad.					
31	Sientes que las personas cuanto saben de tu enfermedad te rechazan o te miran mal					

Instrumento para evaluar la Adherencia al Tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar

Universidad Nacional Federico Villarreal, Facultad de Enfermería

TEST DE MORISKY-GREEN

por Morisky-Greem y Levine. (1986). Adaptado y modificado por Cárdenas C. (2019).

Este cuestionario va orientado a evaluar la Adherencia al Tratamiento en pacientes con TB pulmonar.

A continuación, se le formulará algunas preguntas usted podrá marcar con una equis (X) la respuesta conveniente de acuerdo con la medicación que toma en el programa de tuberculosis. No hay respuesta correcta o incorrecta. Se solicita sinceridad, es una encuesta personal y anónima.

¡Gracias por su atención y activa participación!

ITEM	PREGUNTA		
1	¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	SI	NO
2	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	SI	NO
3	Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	SI	NO
4	Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	SI	NO

Anexo D: Prueba Estadística para la validez de los Instrumentos – Coeficiente V. De Aiken

Juicio de expertos por V. de Aiken. CUESTIONARIO CAAUTUP														
N° ITEM	JUEZ DE EXPERTOS										Sumatoria	V Aiken	Valor de "p"	Descriptivo
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
8	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	0,90	0.001	VALIDO
9	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	8	0,80	0.049	VALIDO
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
16	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	0,90	0.001	VALIDO
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
21	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	0,90	0.001	VALIDO
22	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	0,90	0.001	VALIDO
23	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0,90	0.001	VALIDO
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
30	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0,90	0.001	VALIDO
V TOTAL												0.97		

Fuente. Elaboración propia a través del programa SPSS versión 25.

Se ha considerado:

0 = Si la respuesta es negativa

1 = Si la respuesta es positiva

Como se aprecia en los resultados de la tabla, todas los Ítems del Instrumento **Cuestionario CAAUTUP**, obtienen una V. De Aiken igual o mayor de 0,8, lo cual hace que sean aceptadas, así mismo la V total para el cuestionario es de 0,97.

Juicio de expertos por V. de Aiken. TEST DE MORISKY-GREEN														
N° ITEM	JUEZ DE EXPERTOS										Sumatoria	V de Aiken	Valor de "p"	Descriptivo
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1,00	0.001	VALIDO
4	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	0,90	0.001	VALIDO
V TOTAL												0.98		

Fuente. Elaboración propia a través del programa SPSS versión 25.

Se ha considerado:

0 = Si la respuesta es negativa

1 = Si la respuesta es positiva

Como se aprecia en los resultados de la tabla, todas los Ítems del Instrumento **Test De Morisky-Green** obtienen una V. De Aiken igual o mayor de 0,8, lo cual hace que sean aceptadas, así mismo la V total para el cuestionario es de 0,98.

Por lo tanto, los Instrumentos son altamente válidos.

Anexo E: Prueba Estadística para la confiabilidad de los Instrumentos - Alfa de Crombach

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

K: El número de ítems

Si: Varianza de cada Ítem

ST: Varianza Total

α : Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach

Remplazando la expresión:

Para el primer instrumento:

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.832	31

Fuente: Salida del Programa SPSS. V25

Se obtiene para el primer instrumento en relación con el Autocuidado:
Alfa de **Cronbach** = .832.

Mientras que para el segundo instrumento:

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.844	4

Fuente: Salida del Programa SPSS. V25

Se obtiene para el segundo instrumento en relación con la Adherencia al Tratamiento:
Alfa de Cronbach = .844.

No se observa un incremento significativo del Alfa de Cronbach, si se elimina algún elemento para ambos instrumentos.

Por lo tanto, los Instrumentos son altamente confiables.

*Anexo F: Hoja de Consentimiento Informado***CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo.....,
paciente del centro de salud

He recibido información suficiente sobre la investigación por la señorita Cristell Kathlin Cárdenas Matta estudiante de Enfermería del 5to año de la Universidad Nacional Federico Villarreal, para la cual se pide mi participación en la aplicación de la encuesta que determinara la Agencia de Autocuidado y la Adherencia al Tratamiento en pacientes con tuberculosis, he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la misma.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio si lo veo por conveniente; también comprendo que la información que proporcione no repercutirá negativamente en la atención de salud que vengo recibiendo.

Comprendiendo este documento, doy mi consentimiento para la realización de la encuesta.

Para que conste firmo al pie de este documento:

FIRMA DEL PACIENTE

D.N.I:

Lima,.....de.....de 2019

Anexo G: Solicitud de Autorización Institucional

Lima, __ de noviembre de 2019

M.C. Elard Valdivieso Cristóbal
Director Ejecutivo de la UBG Santa Anita – El Agustino
Presente. -

De mi mayor consideración

Me es grato saludarlo y a la vez presentarme como CARDENAS MATTA CRISTELL KATLHIN, identificada con DNI 72757408, estudiante de decimo ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

En la actualidad me encuentro desarrollando la tesis AGENCIA DE AUTOCAUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN DOS CENTROS DE SALUD DE SANTA ANITA, 2019, para lo cual, solicito a usted me conceda la autorización del campo de investigación para poder ejecutar mi proyecto en el C.S Cooperativa Universal y C.S Huáscar con el objetivo de contribuir con un aporte científico, que repercuta positivamente en la salud de la población y/o a la especialidad de enfermería.

Adjunto: Proyecto de investigación aprobado por la UNFV incluye instrumento de recojo de información.

Cárdenas Matta Cristell Katlhin

DNI 72757408

Anexo H: Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov

Prueba de normalidad			
Kolmogorov-Smirnov^a			
	Estadístico de prueba	N	Sig. Asintótica (bilateral)
Variable 1: Agencia de Autocuidado	,270	80	,000
Variable 2: Adherencia al tratamiento	,455	80	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente. Elaboración propia a través del programa SPSS versión 25.

Se ha considerado:

P valor es $\leq .05$ los datos no provienen de una distribución normal y se debe aplicar prueba no paramétrica.

P valor es $\geq .05$ los datos poseen una distribución normal y se debe aplicar prueba paramétrica.

Como se aprecia en los resultados de la tabla, para ambas variables se obtiene un p valor de ,000. Por lo tanto, se concluye que los datos no provienen de una distribución normal y se debe aplicar prueba no paramétrica.

Anexo I: Interpretación del coeficiente de correlación de Rho de Spearman

Valor de rho	Grado de Relación
-0.91 a -1.00	Correlación negativa perfecta
-0.76 a -0.90	Correlación negativa muy fuerte
-0.51 a -0.75	Correlación negativa considerable
-0.11 a -0.50	Correlación negativa media
-0.01 a -0.10	Correlación negativa débil
0.00	No existe correlación
+0.01 a +0.10	Correlación positiva débil
+0.11 a +0.50	Correlación positiva media
+0.51 a +0.75	Correlación positiva considerable
+0.76 a +0.90	Correlación positiva muy fuerte
+0.91 a +1.00	Correlación positiva perfecta

Fuente: Elaboración propia, basada en "Metodología de la investigación" (tomado de Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.305).

El p valor o Sig. que acompaña a la Rho de Spearman muestra la significación que determina si el coeficiente de correlación; es significativo al nivel del 0.05 o al nivel del 0.01.

Anexo J: Resumen de Distribución de Encuestados por Categorías

Categorías de distribución	Centro de Salud Cooperativa Universal		Centro de Salud Huáscar		Centros de Salud	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Género						
Masculino	28	56.0%	17	56.7%	45	56.3%
Femenino	22	44.0%	13	43.3%	35	43.8%
Edad						
Joven 18 – 29 años	31	62,0%	18	60,0%	49	61,3%
Adulto 30 – 59 años	15	30,0%	9	30,0%	24	30,0%
Adulto mayor 60 años a más	4	8,0%	3	10,0%	7	8,8%
IMC						
Bajo Peso < 18.5	2	4,0%	1	3,3%	3	3,8%
Normal 18.5 - 24.9	33	66,0%	20	66,7%	53	66,3%
Sobrepeso >25.0	12	24,0%	6	20,0%	18	22,5%
Obesidad >30.0	3	6,0%	3	10,0%	6	7,5%
Estado Civil						
Soltero	31	62,0%	19	63,3%	50	62,5%
Casado	3	6,0%	1	3,3%	4	5%
Convivencia	10	20,0%	6	20,0%	16	20%
Viudo	1	2,0%	2	6,7%	3	3,8%
Separado	5	10,0%	2	6,7%	7	8,8%
Ocupación						
Estudiante	21	42,0%	12	40,0%	33	41,3%
Empleado	6	12,0%	4	13,3%	10	12,5%
Independiente	15	30,0%	9	30,0%	24	30,0%
Ama de Casa	6	12,0%	3	10,0%	9	11,3%
Sin Ocupación	2	4,0%	2	6,7%	4	5,0%
Nivel Educativo						
Ninguno	1	2,0%	2	6,7%	3	3,8%
Primaria	2	4,0%	1	3,3%	3	3,8%
Secundaria	19	38,0%	13	43,3%	32	40,0%
Técnico	13	26,0%	6	20,0%	19	23,8%
Universitario	15	30,0%	8	26,7%	23	28,7%
Mes de tratamiento						
Segundo mes	21	42,0%	15	50,0%	36	45,0%
Tercer mes	5	10,0%	2	6,7%	7	8,8%
Cuarto mes	7	14,0%	3	10,0%	10	12,5%
Quinto mes	10	20,0%	7	23,3%	17	21,3%
Sexto mes	7	14,0%	3	10,0%	10	12,5%
Estado de Salud						
Deficiente	0	0%	0	0%	0	0%
Regular	20	40,0%	16	53,3%	36	45,0%
Bueno	28	56,0%	13	43,3%	41	51,2%
Muy Bueno	2	4,0%	1	3,3%	3	3,8%

Nota. Elaboración propia a través del programa SPSS versión 25. Encuesta tomada a pacientes con tuberculosis pulmonar del C.S. Cooperativa Universal y C.S. Huáscar, 2019.

- a. Se tomó como valido la totalidad de ochenta (80) casos, no se tiene ningún caso perdido o eliminado.
- b. Ningún paciente considera que su estado de salud es deficiente.

A través de la tabla se logra visualizar que el mayor porcentaje de la muestra seleccionada para el estudio presenta las siguientes características predominantes: pertenecen al género masculino, población predominantemente joven con edades comprendidas entre los 18 – 29 años, cuyo IMC oscila entre los 18.5 – 24.9, de estado civil soltero, estudiantes, que alcanzan la secundaria, cursan el segundo mes de tratamiento y que consideran que su estado de salud es bueno.