



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIA

Trabajo Académico

Calidad de atención de enfermería y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en el Policlínico San Luis de Essalud, Lima- 2026

Para optar el Título de
Especialista en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria

Presentado por:

Autora: Vilca Shupingahua, Lily Francisca

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3125-3062>

Asesora: Mg. Matos Valverde, Carmen Victoria

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0748-3848>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Lily Francisca Vilca Shupingahua egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Programa Académico en Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “Calidad de atención de enfermería y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en el Policlínico San Luis de Essalud, Lima- 2026.” Asesorado por el docente: Carmen Victoria Matos Valverde DNI 15729278 ORCID <https://orcid.org/0000-0002-0748-3848> tiene un índice de similitud de (18) (Dieciocho) % con código OID: **14912:594030158** verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor
 Lily Francisca Vilca Shupingahua
 DNI: 44702720



.....
 Firma
 Carmen Victoria Matos Valverde
 DNI: 15729278

Lima, 25 de mayo del 2026

Dedicatoria

A Dios, por ser mi guía y mi fortaleza en cada etapa de este camino. Por sostenerme en los momentos de cansancio, iluminar mi mente para culminar esta meta tan importante en mi vida.

A mi esposo, por su amor incondicional, paciencia y apoyo constante. Gracias por creer en mí, por acompañarme en cada desvelo y por ser mi compañero fiel en este sueño que hoy se hace realidad.

A mis hijos, mi razón más grande para superarme, el motor que impulsa cada uno de mis esfuerzos. Este logro es también para ustedes, para que siempre recuerden que con perseverancia, disciplina y fe todo es posible.

A mi familia, por sus palabras de aliento, comprensión y cariño durante todo este proceso.

Cada gesto de apoyo fue fundamental para no rendirme.

Este logro no solo es mío, es de todos ustedes, que caminaron a mi lado con amor y confianza.

Agradecimiento

En primer lugar, expreso mi profunda gratitud a Dios, por concederme la vida, la fortaleza y la sabiduría necesarias para culminar satisfactoriamente esta etapa de formación profesional. Manifiesto mi sincero agradecimiento a mi asesora de tesis, por su guía constante, orientación académica y valiosos aportes durante el desarrollo del presente proyecto. Su experiencia y dedicación fueron fundamentales para la culminación de este trabajo. Asimismo, agradezco a los docentes de la especialidad, quienes, a través de sus enseñanzas y ejemplo profesional contribuyeron significativamente a mi crecimiento académico y humano. Finalmente, agradezco a mi esposo, hijos y familia por su comprensión, apoyo incondicional y permanente motivación, pilares esenciales que me impulsaron a alcanzar esta meta.

Índice

DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
ÍNDICE	V
RESUMEN	VII
ABSTRACT.....	VIII
1. EL PROBLEMA.....	8
1.1. Planteamiento del problema.....	8
1.2. Formulación del problema	10
1.3. Objetivos de la investigación	10
1.4. Justificación de la investigación	11
1.5. Delimitaciones de la investigación	12
2. MARCO TEÓRICO.....	14
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	14
2.2. Bases Teóricas	19
2.3. Formulación de hipótesis	24
3. METODOLOGÍA.....	25
3.1. Método de la investigación	25
3.2. Enfoque de la investigación	25
3.3. Tipo de investigación.....	25
3.4. Diseño de la investigación	25
3.5. Población, muestra y muestreo	26
3.6. Variables y operacionalización	28
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	30
3.8. Plan de procesamiento de actividades.....	32
3.9. Aspectos éticos.....	32
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	33
4.1. Cronograma de actividades.....	33
4.2. Presupuesto	35
5. REFERENCIAS.....	36
ANEXOS	45
Anexo N° 1: Matriz de consistencia	¡Error! Marcador no definido.

Anexo N° 2. Instrumentos de recolección de datos	Error! Marcador no definido.
Anexo N° 3: Consentimiento informado	Error! Marcador no definido.
Anexo N° 5. Reporte de similitud de Turnitin.....	Error! Marcador no definido.

Resumen

Objetivo: “Determinar la relación entre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en el Policlínico San Luis de Essalud, Lima- 2026”. **Método:** La investigación se desarrollará con “método hipotético-deductivo, enfoque cuantitativo, tipo aplicada, diseño no experimental, corte transversal y alcance correlacional”. **Población y muestra:** Estará conformada por 40 pacientes con tuberculosis; se trabajará con la totalidad de casos accesibles mediante muestreo no probabilístico intencional. **Instrumentos:** Se aplicarán dos cuestionarios: uno para calidad de atención (28 ítems) y otro para adherencia al tratamiento (9 ítems). **Validez y confiabilidad:** Ambos instrumentos serán validados por juicio de expertos, con coeficiente V de Aiken global de 0.95. La confiabilidad del instrumento de calidad de atención será estimada mediante alfa de Cronbach, mientras que la confiabilidad del instrumento de adherencia al tratamiento será determinada mediante el coeficiente Kuder-Richardson 20 (KR-20), por tratarse de ítems dicotómicos. Para ello, se realizará una prueba piloto en pacientes con características similares a la población de estudio. **Análisis de datos:** La información será procesada en SPSS v26 mediante estadística descriptiva e inferencial, y se aplicará la prueba de correlación de Spearman para contrastar las hipótesis con un nivel de significancia de 0.05.

Palabras claves: Calidad de atención, adherencia al tratamiento, tuberculosis, pacientes

Abstract

Objective: To determine the relationship between quality of care and treatment adherence among tuberculosis patients treated at the San Luis EsSalud Polyclinic, Lima – 2026.

Method: The study will be conducted using a hypothetical-deductive method, a quantitative approach, applied type, non-experimental design, cross-sectional cut, and correlational scope.

Population and sample: The study will include 40 tuberculosis patients; all accessible cases will be included through non-probabilistic purposive sampling. **Instruments:** two questionnaires will be administered: One measuring quality of care (28 items) and another measuring treatment adherence (9 items). **Validity and reliability:** Both instruments will be validated by expert judgment, with an overall Aiken's V coefficient of 0.95. The reliability of the quality of care instrument will be estimated using Cronbach's alpha, while the reliability of the treatment adherence instrument will be determined using the Kuder-Richardson 20 (KR-20) coefficient, given that the items are dichotomous. A pilot test will be conducted with patients with characteristics similar to the study population. **Data analysis:** Data will be processed using SPSS v26 through descriptive and inferential statistics. Spearman's correlation test will be applied to test the hypotheses with a significance level of 0.05.

Keywords: Quality of care, treatment adherence, tuberculosis, patients

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

A nivel mundial, según la “Organización Mundial de la Salud (OMS)”, en 2024 enfermaron de tuberculosis (TB) 10.7 millones de habitantes mundialmente, equivalente a una incidencia de 131 por 100 000 habitantes; además, 5.8% de los casos ocurrió en personas que viven con VIH. Asimismo, la mayor carga se concentró en Asia Sudoriental con un 34%, seguida del Pacífico Occidental con un 27% y África representado por un 25%, lo que evidencia una distribución desigual de la enfermedad (1). Del mismo modo, en 2024, la TB causó 1.23 millones de muertes en el mundo; además, la farmacorresistencia continúa siendo un desafío, ya que solo 2 de cada 5 personas con TB resistente accedieron a tratamiento ese año (2).

En el ámbito internacional, para el estudio de Timor-Leste, la adherencia fue predominantemente baja: 73.6% se ubicó en nivel bajo, 18.3% en moderado y solo 8.1% en alto; en contraste, la calidad de la atención estuvo divisada mayoritariamente como alta (91.7%) y, en menor proporción, moderada (8.3%) (3).

Por otro lado, en Sudáfrica, entre los desenlaces desfavorables, la pérdida de seguimiento representó 37.5% en la atención estándar y 31.5% en el grupo de intervención, lo que evidencia una brecha de continuidad a lo largo del proceso terapéutico (4). De igual manera, en Colombia se reportó una adherencia global de 89% en pacientes con TB; no obstante, persisten brechas en la continuidad del cuidado, reflejadas en 4.9% de pérdida de seguimiento y 3.9% de recaídas. Asimismo, los desenlaces muestran un impacto clínico relevante: 36% finalizó el tratamiento, 27% falleció y 23% fue clasificado como curado (5).

En el Perú, en 2024 la incidencia de tuberculosis fue de 89.1 casos por 100 mil habitantes y la morbilidad alcanzó 96.9 por 100 mil, lo que confirma que la enfermedad mantiene una carga elevada a nivel nacional (6). Asimismo, en 2024 En ese mismo año, EsSalud brindó atención a 6,441 pacientes con tuberculosis y los adultos y adultos mayores

concentraron más del 50% de los casos; por ello, esta demanda asistencial evidenció la necesidad de fortalecer la calidad de atención para asegurar un seguimiento oportuno y continuo (7).

A nivel regional, Iquitos evidencia un panorama preocupante en tuberculosis farmacorresistente, ya que casi la mitad no logra un desenlace exitoso, con pérdida al seguimiento de 34% y mortalidad de 11.8%, lo que refuerza la necesidad de fortalecer el acompañamiento y la adherencia al tratamiento (8). Por su parte, en Tacna, se observó adherencia adecuada de 92.5% e inadecuada de 7.5%, lo que indica que aún se requiere seguimiento para evitar interrupciones del tratamiento (9). Asimismo, en Chiclayo, el abandono alcanzó 3.2% y los fallecidos representaron 5.1% en el total, con un aumento en 2020 hasta 8.8%, lo que resalta la importancia de mantener un seguimiento continuo para sostener el cumplimiento terapéutico (10).

Por otro lado, en Lima, un estudio reportó que la no adherencia fue de 28.2% en tuberculosis sensible y se incrementó a 51% en tuberculosis MDR; además, el olvido de tomar los medicamentos a la hora indicada alcanzó 25.5% y 49.8%, respectivamente, lo que evidencia dificultades para mantener el tratamiento de forma regular (11). De manera similar, en Lima Sur, en pacientes con tuberculosis atendidos en atención primaria, 65.71% mostró adherencia y 34.29% no la presentó, lo cual indica que todavía existe un grupo importante que no sostiene el cumplimiento terapéutico; por ello, es pertinente analizar cómo la atención recibida se relaciona con la adherencia (12).

Finalmente, a nivel local, en el Policlínico de Complejidad Creciente San Luis–EsSalud se registraron dificultades para el control de las tuberculosis vinculadas al seguimiento de las indicaciones terapéuticas. Asimismo, la población adscrita fue de 103 356 habitantes y se ofrecieron 25 atenciones por turno en las mañanas; además, se contó con una enfermera para la atención. En los registros de citas se observó que varios pacientes faltaron

o acudieron en fechas que no les correspondían y, según lo referido por los propios pacientes, estas situaciones se relacionaron con información insuficiente y con el tiempo limitado durante la atención. En este contexto, la presente investigación buscó determinar la relación existente entre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento en los pacientes atendidos en el Programa de PCT del Policlínico San Luis.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es la relación entre la calidad de atención de enfermería y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en el Policlínico San Luis de EsSalud, Lima- 2026?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre la calidad de atención en su dimensión interpersonal y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en el Policlínico?
- ¿Cuál es la relación entre la calidad de atención en su dimensión técnica y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en el Policlínico?
- ¿Cuál es la relación entre la calidad de atención en su dimensión entorno y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en el Policlínico?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en el Policlínico.

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer la relación entre la calidad de atención en su dimensión interpersonal y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en el Policlínico.
- Establecer la relación entre la calidad de atención en su dimensión técnica y la

adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en el Policlínico.

- Establecer la relación entre la calidad de atención en su dimensión entorno y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en el Policlínico.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

El trabajo investigativo se sustenta en la Teoría del Comportamiento Planificado de Ajzen, que explica la adherencia como una conducta determinada por la intención, influida por las normas sociales percibidas, las actitudes y el control conductual percibido; a la vez, se vincula con la “Teoría del Déficit de Autocuidado” de Dorothea Orem, en tanto la continuidad del tratamiento en tuberculosis puede entenderse como una demanda de autocuidado sostenida, donde la enfermería fortalece la capacidad del paciente mediante educación, apoyo y seguimiento. En términos de relevancia teórica, esta articulación permite comprender cómo las condiciones del servicio (orientación, trato, accesibilidad y seguimiento) impactan tanto en la intención de adherir como en la capacidad de autocuidado necesaria para mantener el tratamiento en el contexto local de Lima.

1.4.2. Metodológica

Se sustenta en el método científico “cuantitativo” y método hipotético-deductivo, con tipo aplicada y “diseño no experimental”, transversal y con un “alcance correlacional”, lo que permite analizar la relación entre “la calidad de atención” y “la adherencia al tratamiento” en su contexto real, sin manipulación de variables. Asimismo, se trabajará con la totalidad de la población accesible mediante muestreo no probabilístico intencional, empleando cuestionarios estructurados validados por juicio de expertos, con coeficiente V de Aiken global de 0.95. La confiabilidad del instrumento de calidad de atención será determinada mediante alfa de Cronbach, mientras que la confiabilidad del instrumento de adherencia al tratamiento será estimada mediante el coeficiente KR-20, debido a que sus ítems presentan respuestas

dicotómicas. El procesamiento se realizará en SPSS v26 mediante estadística descriptiva e inferencial, aplicando la correlación de Spearman con un nivel de significancia de 0.05, lo que asegura objetividad, coherencia analítica y posibilidad de replicabilidad en contextos similares.

1.4.3. Práctica

La justificación práctica se sustenta en que los hallazgos permitirán proponer estrategias de solución al problema de adherencia desde distintos niveles. A nivel de gestión, aportarán evidencia para optimizar la organización del programa (agenda de citas, seguimiento de inasistencias, tiempos de atención y coordinación del equipo multidisciplinario). A nivel político-institucional, servirán para sustentar el fortalecimiento de lineamientos internos y asignación de recursos orientados a la continuidad del cuidado (por ejemplo, priorizar acciones de seguimiento y soporte al paciente). A nivel asistencial, orientarán mejoras directas en la atención de enfermería, como consejería estandarizada, comunicación centrada en la persona y monitoreo oportuno del cumplimiento terapéutico. A nivel educativo, permitirán reforzar intervenciones de educación para la salud dirigidas al paciente y su familia (uso correcto de medicamentos, control de efectos adversos, estilos de vida y soporte familiar), contribuyendo así a disminuir interrupciones del tratamiento y prevenir complicaciones evitables.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

El trabajo investigativo se planea poner en marcha entre febrero y junio del 2026.

1.5.2. Espacial

El estudio se realizará en Policlínico San Luis de Essalud, en el distrito del mismo nombre, Lima.

1.5.3. Población o unidad de análisis

Estará conformada por pacientes con diagnóstico confirmado de tuberculosis que reciben atención y seguimiento en el Programa de PCT del Policlínico de Complejidad

Creciente San Luis–EsSalud (Lima) durante el periodo de ejecución del estudio, considerando a la población accesible registrada para la investigación.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Syahadat et al. (13), 2025, en Indonesia, cuyo objetivo fue “analizar el efecto de los servicios de salud y del comportamiento del paciente con tuberculosis sobre la adherencia al tratamiento”. Metodológicamente, desarrollaron una investigación cuantitativa, observacional, de corte transversal y alcance correlacional; trabajaron con una población de 488 pacientes con TB, una muestra de 100 participantes por muestreo por conglomerados, aplicaron cuestionario estructurado y analizaron los datos con Spearman al 95% de confianza. En los resultados, reportaron 84% de adherencia y 16% de no adherencia, 96% de percepción de buena calidad del servicio, y una asociación significativa entre calidad del servicio y adherencia ($p=0.000$; $r=0.455$), con predominio de no adherencia en quienes percibieron mala calidad. Concluyeron que la relación fue estadísticamente significativa, pero de magnitud débil, y que el antecedente se vinculó con ambas variables del estudio.

Ariyanti et al. (14), 2025, en Indonesia, tuvieron como objetivo “evaluar la relación entre la capacidad de respuesta del sistema de salud y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis” por medio de una metodología cuantitativa, no experimental y de corte transversal en 491 adultos con TB en tratamiento, seleccionados por muestreo por conveniencia y evaluados con un cuestionario estructurado y la escala MMAS-8. Los resultados evidenciaron niveles de adherencia baja (6.9%), media (48.7%) y alta (44.4%), identificándose correlaciones significativas entre la adherencia y las dimensiones de autonomía, confidencialidad y acceso ($p<0.05$); asimismo, el análisis multivariado mostró asociación significativa con atención oportuna ($AOR=2.661$; $p=0.049$) y autonomía ($AOR=2.082$; $p<0.001$). Como conclusión, el fortalecimiento de dimensiones no médicas de la atención contribuye a mejorar significativamente la adherencia al tratamiento de la tuberculosis.

Omar et al. (15), 2024, en Somalia, su objetivo fue “evaluar el nivel de no adherencia al tratamiento anti-TB, las barreras para la toma de medicamentos y los factores asociados durante la primera ola de COVID-19”. Metodológicamente fue una investigación cuantitativa, analítica y transversal en 255 pacientes, con cuestionario estructurado y escala MMAS-8, analizada mediante regresión logística binaria. Los resultados mostraron que la adherencia al tratamiento fue de 65% y la no adherencia de 35%; se reportaron asociaciones significativas con mayor no adherencia en tabaco (OR=4.15; $p=0.034$), fase continua (OR=3.2; $p<0.001$) y efectos adversos (OR=2.42; $p=0.003$). También se registraron asociaciones con menor no adherencia en distancia menor de 1 km (OR=0.44; $p=0.033$) y en trato muy amigable (OR=0.24; $p=0.031$) o amigable (OR=0.45; $p=0.023$). Se concluyó que la no adherencia fue alta durante ese periodo y que se requerían intervenciones focalizadas.

Ochieng et al. (16), 2024, en Kenia, tuvieron como objetivo “analizar los factores relacionados con el personal de salud asociados a la no adherencia al tratamiento de TB en pacientes de Kisumu East”. La metodología fue de enfoque mixto, diseño analítico transversal y base institucional, en adultos con TB ambulatoria, con muestra de 102 pacientes (TB sensible) y 12 trabajadores de salud de 6 establecimientos, usando cuestionario semiestructurado, MMAS-8 y entrevistas KII. En los resultados, la no adherencia fue 26% y, en el análisis bivariado, la adherencia se asoció con trato amigable (cOR=4.31; $p=0.006$), respeto (cOR=6.679; $p=0.001$), no discriminación (cOR=0.1478; $p=0.001$), tiempo suficiente en consulta (cOR=6.563; $p=0.001$), participación en decisiones (cOR=3.02; $p=0.038$) y educación sobre interacción fármacos-nutrición (cOR=4.371; $p=0.002$). En conclusión, una atención del personal de salud más humana y centrada en el paciente se asocia con mayor adherencia al tratamiento de TB.

Tirote et al. (17), 2024, en Etiopía, tuvieron como objetivo “estimar la prevalencia de no adherencia al tratamiento antituberculoso e identificar factores asociados en pacientes con

TB”. La metodología fue cuantitativa, con diseño transversal institucional; se consideró una población de 420 pacientes y una muestra de 233, seleccionada mediante muestreo sistemático en cuatro establecimientos públicos, y se aplicaron como instrumentos un cuestionario estructurado y una escala de adherencia de 8 ítems. En los resultados, la no adherencia fue de 18% y se asoció con fase de continuación (OR=3.09; $p=0.024$), ausencia de educación formal (OR=2.47; $p=0.025$), no revelar el diagnóstico a la familia (AOR=2.36; $p=0.026$) y conocimiento pobre sobre TB (AOR=3.09; $p=0.003$). Concluyeron que fortalecer la educación sanitaria, el apoyo familiar y el control en fase de continuación fue clave para mejorar la adherencia al tratamiento.

Yadav et al. (18), 2021, en Nepal, tuvieron como objetivo “determinar los factores asociados con la adherencia a la medicación y su efecto en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con tuberculosis”. Realizaron un estudio transversal con 180 pacientes en DOTS y usaron como instrumentos un cuestionario semiestructurado, WHOQOL-BREF y MMAS-8. En resultados, reportaron 79.4% de adherencia, media de calidad de vida 55.96 ± 14.65 , y asociación significativa entre adherencia y mejor calidad de vida global (UOR=20.310; $p<0.001$); además, la adherencia aumentó con ausencia de coinfección (AOR=38.176; $p=0.024$), horario favorable DOTS (AOR=54.454; $p=0.023$) y relación amigable con el personal de salud (AOR=61.873; $p=0.030$). Conclusión: una mayor adherencia se vinculó con mejor calidad de vida y con factores favorables del servicio de salud.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Medina et al. (19), 2025, en Lima, en pacientes del Programa de Tuberculosis Pulmonar del Hospital Nacional Sergio Bernal, con el objetivo de “determinar la relación entre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en un establecimiento de salud en Lima, 2024”. La metodología fue cuantitativa, con “diseño no experimental” y “nivel correlacional”, con una población y muestra de 90 pacientes, aplicando

encuestas con instrumentos validados para ambas variables. En los resultados se reportó una relación directa y significativa con Rho de Spearman de 0.981 y $p=0.000$, además de correlaciones por dimensiones interpersonal 0.985, técnica 0.992 y entorno 0.939, todas con $p=0.000$. Se concluyó que, a mayor calidad de atención, mayor adherencia al tratamiento, por lo que el antecedente se relacionó con ambas variables.

Cajacuri (20), 2025, en Ate Vitarte, planteó como objetivo “analizar la relación de la calidad de atención de enfermería con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis en un Centro de Salud”. La metodología fue cuantitativa, tipo aplicada, método “hipotético-deductivo”, diseño “no experimental”, corte “transversal” y nivel “correlacional”; se trabajó con una población y muestra censal de 88 pacientes con tuberculosis. Se empleó la técnica de encuesta con cuestionarios tipo Likert: para calidad de atención (28 ítems) y para adherencia al tratamiento (14 ítems). En los resultados, predominó la buena calidad de atención (85.2%) y la adherencia media (90.9%); además, se halló una correlación de Spearman de $\rho=0.104$ con $p=0.034$, estadísticamente significativa al 0.05. Se concluyó que existió relación significativa entre las variables aplicados a pacientes con TBC.

Garay (21), 2025, en San Juan de Lurigancho, tuvo como objetivo “determinar la relación entre la calidad de atención del personal de enfermería y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud Juan Pablo II”. La metodología fue cuantitativa, de tipo aplicada, método hipotético-deductivo, “diseño no experimental”, “corte transversal” y “alcance correlacional”; se trabajó con una población y muestra censal de 70 pacientes. Se utilizó la técnica de encuesta con dos cuestionarios: calidad de atención (28 ítems) y adherencia al tratamiento (12 ítems). En los resultados, se halló una relación positiva y significativa entre calidad de atención y adherencia (Rho de Spearman=0.844; $p=0.000$; $N=70$); además, por dimensiones se observó correlación interpersonal ($\rho=0.814$; $p=0.000$), técnica ($\rho=0.737$; $p=0.000$) y confort ($\rho=0.894$; $p=0.000$). Concluyó que una mejor calidad

de atención del personal de enfermería se asoció con mayor adherencia al tratamiento.

Gonzales (22), 2024, en La Victoria, tuvo como objetivo “determinar la relación que existe entre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis resistente en centros de salud”. La metodología fue de “enfoque cuantitativo”, investigación básica, “diseño no experimental” y “corte transversal correlacional”; se trabajó con una población-universo de 50 pacientes con TB resistente, mediante muestreo por conveniencia no probabilístico aplicándose cuestionarios auto aplicados: uno de calidad de atención (escala Likert, $\alpha=0.830$) y otro de adherencia terapéutica de 21 ítems ($\alpha=0.91$). En los resultados, se observó predominio de calidad de atención alta (96%) en paralelo con una adherencia alta, además de una relación positiva y significativa entre ambas variables (Rho de Spearman=0.700; $p=0.000$). Se concluyó que, a mayor calidad de atención, mayor adherencia al tratamiento.

Vilca (23), 2024, en Arequipa, tuvo como objetivo “determinar la relación entre la calidad del cuidado de enfermería y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis del Hospital Honorio Delgado Espinoza”. La metodología fue de tipo básica no experimental transaccional, “método hipotético-deductivo” y “alcance correlacional”; se trabajó con una población y muestra censal de 50 pacientes. Se aplicó la técnica de encuesta mediante dos cuestionarios tipo Likert: uno de calidad del cuidado de enfermería de 28 ítems y otro de adherencia al tratamiento de 16 ítems. En los resultados, la calidad del cuidado fue buena en 42.0%, regular en 38.0% y mala en 20.0%; la adherencia fue alta en 42.0%, media en 48.0% y baja en 10.0%. Además, la prueba chi-cuadrado mostró asociación significativa entre variables ($\chi^2=44.371$; $gl=4$; $p=0.000$). Se concluyó que una mejor calidad del cuidado de enfermería se relacionó de manera significativa con una mayor adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis.

Chang y Pinedo (24), 2023, en Barranca, tuvieron como objetivo “determinar la

relación entre la calidad de atención y nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Lauriama”. La metodología fue de “enfoque cuantitativo”, “tipo básica”, “diseño no experimental”, “corte transversal” y “nivel descriptivo-correlacional”; se trabajó con una población y muestra censal de 80 pacientes con TBC. Se aplicaron dos instrumentos que fue el cuestionario para el estudio. En los resultados, se encontró una relación significativa entre calidad de atención y adherencia (Tau-b de Kendall=0.454; $p=0.000$; $N=80$), además de asociaciones significativas en la dimensión interpersonal (Tau-b=0.338; $p=0.003$), técnica (Tau-b=0.614; $p=0.000$) y entorno (Tau-b=0.448; $p=0.001$). Concluyeron que una mejor calidad de atención se relacionó con mayor adherencia al tratamiento en la muestra estudiada.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Variable 1: Calidad de atención de enfermería

2.2.1.1. Concepto de la variable 1

Hace alusión al grado en que los servicios de salud para personas y poblaciones mejoran los resultados en salud y se ajustan al conocimiento profesional vigente. Incluye la evaluación de la estructura, los procesos y los resultados, y resalta la importancia de usar prácticas basadas en evidencia para una atención más eficaz (25).

La calidad de la atención en salud debe concebirse como un proceso evaluable y susceptible de mejora continua, y no como una práctica automática, por lo que la participación profesional en su medición y gestión se considera esencial para fortalecer las decisiones clínicas y optimizar el desempeño del sistema sanitario (26).

2.2.1.2. Importancia de la calidad de atención

Se reconoce como un componente esencial del cuidado, puesto que influye de manera directa en los resultados clínicos, la seguridad del paciente, la satisfacción usuaria y la eficiencia de los servicios de salud. Además, no se limita al cumplimiento de procedimientos,

porque se comprende como un fenómeno multidimensional y condicionado por el contexto donde se brinda la atención. En este marco, su abordaje integra la dimensión técnica y la dimensión humana, articulando el enfoque de estructura-proceso-resultados con el cuidado humanizado (27).

2.2.1.3. Factores que influyen en la calidad de atención

➤ Capacitación del personal

La formación continua del personal de enfermería se identificó como el factor con mayor influencia en la calidad de atención. Esto sugiere que actualizar conocimientos y competencias mejora de forma directa el cuidado brindado al paciente (28).

➤ Asignación enfermera-paciente

La carga asistencial por profesional también tuvo un peso importante en la calidad del servicio. Cuando la distribución de pacientes es adecuada, se favorece una atención más segura, oportuna y personalizada (28).

➤ Conocimiento y aplicación de procedimientos

El dominio técnico y la correcta ejecución de procedimientos clínicos aportaron al nivel de calidad observado. En ese sentido, no basta conocer protocolos; también es clave aplicarlos correctamente en la práctica diaria (28).

➤ Clima organizacional

El ambiente laboral institucional apareció como un factor complementario dentro del análisis de calidad. Aunque su peso fue menor, un clima organizacional favorable contribuye a un mejor desempeño del personal (28).

2.2.1.4. Teorías de la variable 1

La “teoría de Donabedian” plantea que “la calidad de la atención” se analiza mediante tres componentes vinculados: estructura, proceso y resultados. Desde este enfoque, se sostiene que mejores condiciones institucionales (recursos, organización y capacidad del servicio)

favorecen prácticas clínicas más adecuadas y, en consecuencia, mejores desenlaces en salud. Por ello, el modelo se considera una base sólida para evaluar y orientar la mejora continua de la calidad asistencial (29).

El Modelo Conceptual de Calidad del Servicio de Parasuraman, Zeithaml y Berry, donde la calidad percibida surge al comparar el servicio esperado con el recibido; además, explica que esta percepción depende de brechas internas de la organización (conocimiento del cliente, diseño, entrega y comunicación del servicio). En síntesis, plantea un marco teórico para evaluar y mejorar la calidad desde la perspectiva del usuario (30).

2.2.1.5. Dimensiones de la variable 1

➤ Dimensión interpersonal

Se conceptualiza como un componente multidimensional evaluado desde la experiencia del paciente, que integra la comunicación, la toma de decisiones centrada en el paciente y el estilo de trato del personal de salud; este trato incluye compasión, apoyo, respeto y trato en igualdad, así como la ausencia de conductas discriminatorias o de maltrato por parte del equipo y del personal de atención (31).

➤ Dimensión técnica

Puede conceptualizarse como la ejecución correcta, segura y oportuna de procesos asistenciales (evaluación, registro y seguimiento clínico) sustentados en evidencia. En ese sentido, valora si el personal aplica protocolos diagnósticos y terapéuticos de forma consistente para mejorar los resultados en salud (32).

➤ Dimensión entorno

Se define como el conjunto de condiciones físicas del servicio, aspectos arquitectónicos, ambientales y de diseño interior donde se brinda el cuidado. Un entorno bien diseñado puede mejorar la seguridad y el bienestar del paciente, además de favorecer la efectividad y comodidad del personal de salud (33).

2.2.2. Variable 2: Adherencia al tratamiento

2.2.2.1. Concepto de la variable 2

La adherencia al tratamiento se entiende como el nivel en que la conducta de una persona, por ejemplo, tomar la medicación o cumplir el plan indicado coincide con las recomendaciones del profesional de salud, lo que refleja una colaboración activa durante el proceso terapéutico (34).

Por otro lado, se entiende que una mayor adherencia se asocia con mejores resultados en salud, incluso cuando el tratamiento no tiene un efecto farmacológico específico. Esto indica que la evolución clínica también puede estar influida por factores terapéuticos no específicos, con implicaciones relevantes para el diseño de estudios clínicos y la atención de pacientes (35).

2.2.2.2. Relevancia clínica de la adherencia

La adherencia al tratamiento antituberculoso constituye un eje prioritario en la atención, porque de su continuidad depende que la terapia logre resultados favorables y sostenibles en el paciente. Su relevancia también radica en que no se construye solo desde la voluntad individual, sino desde el acompañamiento del equipo de salud, el apoyo social y condiciones que faciliten el cumplimiento terapéutico. Por ello, fortalecer la adherencia exige un abordaje integral y centrado en la persona, orientado a sostener el tratamiento y mejorar el pronóstico clínico (36).

2.2.2.3. Determinantes de la adherencia

➤ Empleo y condiciones laborales

La situación ocupacional puede condicionar la adherencia, porque los horarios rígidos y el riesgo de perder ingresos dificultan asistir a controles y sostener el tratamiento de forma continua. En ese sentido, el trabajo no siempre funciona como factor protector, sino como posible barrera según el contexto (37).

➤ Vivienda y estabilidad del entorno

Contar con condiciones habitacionales adecuadas favorece la continuidad terapéutica,

ya que reduce vulnerabilidades sociales y facilita organizar el cuidado diario. Por eso, la vivienda se interpreta como un determinante estructural de la adherencia (37).

➤ **Distancia al servicio de salud**

La accesibilidad geográfica influye en el cumplimiento, porque los traslados largos implican mayor costo y esfuerzo; sin embargo, en este estudio aparece un patrón particular donde algunos pacientes con trayectos extensos mantuvieron alta constancia. Esto muestra que la distancia interactúa con motivación y contexto social (37).

2.2.2.4. Teorías de la variable 2

Según Icek Ajzen (1991), la “Teoría del Comportamiento Planificado” explicó que la conducta dependió primero de la intención de actuar, la cual estuvo influida por la actitud, la norma subjetiva y el control conductual percibido. Además, sostuvo que el comportamiento real también dependió del nivel de control que la persona percibió sobre recursos y barreras, por lo que una mayor intención y mayor control aumentaron la probabilidad de ejecución de la conducta (38).

Desde la Teoría Cognitivo-Social, Bandura planteó que la conducta en salud se explica por la interacción entre factores personales, conductuales y ambientales. Además, señaló que la autoeficacia es central, porque influye en las metas, el esfuerzo y la persistencia de las personas para sostener conductas de cuidado (39).

2.2.2.5. Dimensiones de la variable 2

➤ **Cumplimiento del tratamiento**

Abarca el grado en que la persona con TB toma sus medicamentos según dosis y horario y completa todo el esquema. Implica sostener esa conducta durante todo el proceso, pese a barreras como efectos adversos, estigma o costos. Por ello, se refuerza con un abordaje centrado en la persona, con educación y apoyo continuo (40).

➤ **Estilos de vida**

Se entiende como la adopción sostenida de conductas de autocuidado que acompañan el tratamiento, como alimentación adecuada, descanso, higiene y organización de rutinas saludables. Estas prácticas influyen en la evolución clínica y en la constancia terapéutica, por lo que deben reforzarse durante todo el seguimiento (41).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación significativa entre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en el Policlínico San Luis de Essalud, Lima- 2026.

Ho: No existe relación significativa entre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en el Policlínico San Luis de Essalud, Lima- 2026.

2.3.2. Hipótesis específicas

Hi: Existe relación significativa entre la calidad de atención en su dimensión interpersonal y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis.

Hi: Existe relación significativa entre la calidad de atención en su dimensión técnica y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis.

Hi: Existe relación significativa entre la calidad de atención en su dimensión entorno y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Bajo la lógica del “método hipotético-deductivo”, la investigación partirá de la identificación del problema y de la formulación de una hipótesis general sobre la relación entre las variables estudiadas. Luego, se establecerán hipótesis específicas que serán contrastadas con evidencia empírica en el contexto real. En concordancia con el planteamiento de Popper, toda hipótesis se asumirá como provisional y susceptible de refutación. Desde este marco, el análisis se orientará a determinar la relación entre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis (42).

3.2. Enfoque de la investigación

Será de “enfoque cuantitativa”, el análisis se orientará a medir de forma objetiva las variables y a examinar estadísticamente su relación. Para ello, se obtendrán datos numéricos verificables sobre “la calidad de atención” y “la adherencia al tratamiento” en pacientes con TBC. Con base en un razonamiento deductivo, se contrastarán hipótesis y se producirán resultados generalizables al contexto del Policlínico San Luis de Essalud, Lima (43).

3.3. Tipo de investigación

Por su orientación práctica, la investigación será de “tipo aplicada”, porque buscará responder a una problemática concreta del servicio de salud y no solo ampliar conocimiento teórico. En ese sentido, los resultados se enfocarán en proponer mejoras factibles en los procesos de atención y seguimiento de pacientes con tuberculosis en el Policlínico San Luis de Essalud de Lima. Así, la evidencia obtenida servirá como base para decisiones técnicas y acciones de mejora continua en la práctica asistencial (44).

3.4. Diseño de la investigación

El diseño será “no experimental”, debido a que no se manipularán las condiciones de estudio ni se realizará asignación aleatoria de participantes. La información se recogerá tal

como ocurra en el contexto real de atención, sin intervención directa del investigador. De esta manera, se podrá describir y analizar la relación entre los fenómenos observados en su entorno natural (45).

3.4.1. Corte

El corte será “transversal”, porque la recolección de datos se realizará en un único momento y por una sola vez en la población de estudio. Este enfoque ofrecerá una visión puntual de la realidad investigada, similar a una fotografía del fenómeno en ese periodo. Con ello, se facilitará la descripción y el análisis de la relación entre los indicadores evaluados en el contexto del Policlínico San Luis de EsSalud, Lima (46).

3.4.2. Nivel o alcance

El alcance será “correlacional”, porque buscará establecer el grado de relación existente entre los fenómenos analizados en la población objetiva. Desde esta perspectiva, no se pretenderá explicar causalidad, sino identificar cómo varían conjuntamente los indicadores observados. Así, los hallazgos aportarán evidencia relacional útil para sustentar decisiones y futuras investigaciones en el contexto evaluado (46).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

La población de estudio corresponde al conjunto total de unidades de análisis que cumplen los criterios establecidos para la investigación (47). En este caso, estará conformada por 40 pacientes con diagnóstico de TBC atendidos en el establecimiento de salud durante el periodo de investigación. Este conjunto constituirá el universo de unidades de análisis sobre el que se realizará la evaluación del fenómeno en su contexto real.

3.5.2. Muestra

La muestra corresponde al subconjunto de la población que participa en el estudio (47); sin embargo, en esta investigación se trabajará con muestra censal, es decir, se incluirá a la

totalidad de la población accesible, por lo que la muestra estará integrada por 40 pacientes con diagnóstico de tuberculosis atendidos en el Policlínico San Luis de EsSalud durante el periodo de estudio. En consecuencia, el análisis abarcará a todos los participantes disponibles que cumplan los criterios de inclusión.

3.5.3. Muestreo

En la presente investigación no se aplicará muestreo, debido a que se trabajará con la totalidad de la población accesible ($N = 24$), por lo que el estudio tendrá un censo o muestreo censal. En consecuencia, se incluirán todos los pacientes con diagnóstico de tuberculosis atendidos en el Policlínico San Luis de EsSalud durante el periodo de estudio que cumplan los criterios de inclusión, garantizando que el análisis represente el universo disponible para la investigación (46).

3.5.3.1. Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico confirmado de tuberculosis, que se encuentren en el segundo mes de tratamiento antituberculoso y estén siendo atendidos en el establecimiento de salud donde se realiza el estudio.
- Pacientes de 18 años o más.
- Pacientes que se encuentren en tratamiento antituberculoso activo y que acepten participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado.

3.5.3.2. Criterios de exclusión

- Personas sin diagnóstico de tuberculosis.
- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes que no se encuentren en tratamiento antituberculoso al momento del estudio.
- Pacientes que rechacen participar o no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes con alteración del estado de conciencia o que presenten limitaciones cognitivas que impidan responder adecuadamente a los instrumentos.

3.6. Variables y operacionalización

Tabla 1. Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Niveles o rangos
Calidad de atención	Es el grado en que los servicios de salud para las personas mejoran los resultados en salud y se ajustan al conocimiento profesional vigente. Incluye la evaluación de la estructura, los procesos y los resultados, y resalta la importancia de usar prácticas basadas en evidencia para una atención más eficaz (25).	Es la percepción global que tiene el paciente sobre la atención recibida durante su proceso asistencial. Esta variable se mide mediante la aplicación de un cuestionario estructurado y su resultado se expresa en un puntaje total, que permite clasificar la calidad percibida en niveles valorativos establecidos.	Interpersonal	-Comunicación y cortesía -Fiabilidad y confidencialidad -Comprensión -Seguridad -Continuidad	Ordinal	Buena = 3 Regular = 2 Mala = 1
			Técnica	-Administración de tratamiento -Evaluaciones médicas -Atenciones integrales por equipo multidisciplinario -Entrevistas de enfermería -Exámenes de laboratorio y apoyo al diagnóstico		
			Entorno	-Comodidad -Orden y limpieza -Ambiente -Privacidad		

Nota. Elaboración propia

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Niveles o rangos
Adherencia al tratamiento	Se entiende como el nivel en que la conducta de una persona, por ejemplo, tomar la medicación o cumplir el plan indicado coincide con las recomendaciones del profesional de salud, lo que refleja una colaboración activa durante el proceso terapéutico (34).	Es el grado en que el paciente mantiene las indicaciones terapéuticas durante su atención. Su medición se realiza con un cuestionario estructurado, y el puntaje obtenido permite ubicar a cada participante en la categoría valorativa correspondiente según el criterio del estudio.	Cumplimiento del tratamiento	Aumento de peso Supresión de sintomatología clínica de la tuberculosis Asistencia y puntualidad Cumplimiento en tratamiento indicado Responsabilidad en sus controles	Nominal dicotómica	Adherente = 1 No adherente = 0
			Estilos de vida	Sesiones educativas Higiene respiratoria Soporte familiar Actividad física		

Nota. Elaboración propia

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La encuesta es una técnica que recolecta información directa y estandarizada de los participantes mediante preguntas estructuradas (46). En esta investigación, se empleará “la encuesta” como técnica de recolección de datos para ambas variables, ya que permite obtener información directa y comparable de los participantes; para la variable 1 se aplicará el “Cuestionario sobre la calidad de atención” y para la variable 2 el “Cuestionario sobre la adherencia al tratamiento”.

3.7.2. Descripción de instrumentos

– Instrumento 1

Para medir la variable calidad de atención, se utilizará un cuestionario elaborado por Mendoza y Uribe (2022), adaptado por la autora del estudio Celi (47). El instrumento estará conformado por 28 ítems distribuidos en tres dimensiones: “interpersonal” (9 ítems), “técnica” (15 ítems) y “entorno” (4 ítems).

Las respuestas se registrarán en una escala tipo Likert de tres opciones: Buena (3), Regular (2) y Mala (1). La puntuación total permitirá valorar la percepción del paciente sobre la calidad de atención recibida en el servicio.

– Instrumento 2

Para medir la variable adherencia al tratamiento, se utilizará el cuestionario elaborado por Mendoza y Uribe (2022), adaptado por la autora del estudio Celi (47). El instrumento está conformado por 9 ítems, distribuidos en dos dimensiones: “cumplimiento del tratamiento” (5 ítems) y “estilos de vida” (4 ítems).

Las respuestas se registrarán en formato dicotómico (Sí/No) y, según la puntuación total obtenida, los participantes se clasificarán en dos niveles: Adherente (1) y No adherente (0)

3.7.3. Validación

La validez de contenido del instrumento correspondiente a la variable calidad de atención se determinó mediante juicio de cinco expertos (Mg. Pesantes, Mg. Delgado, Mg. Córdova, Mg. Cruz y Mg. Delgado). Se aplicó el coeficiente V de Aiken, obteniéndose un valor de 0.95 en las dimensiones interpersonal, técnica y entorno, lo que evidencia un alto nivel de validez para su aplicación (47).

En cuanto al instrumento de la variable adherencia al tratamiento, la validez también se estableció por medio juicio de expertos, obteniéndose un coeficiente V de Aiken de 0.95 en la dimensión cumplimiento del tratamiento y 0.93 en estilos de vida. El V de Aiken global fue de 0.95, lo que indica una validez de contenido excelente para su utilización en el estudio (47).

3.7.4. Confiabilidad

Se reporta la confiabilidad por precedencia obtenida en el estudio de adaptación del estudio de Celi en 2023. Para la variable calidad de atención (escala ordinal), el cuestionario obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.968 de una prueba piloto a 10 encuestados, lo que evidencia una consistencia interna excelente.

Por su parte, para la variable adherencia al tratamiento, al estar constituida por ítems dicotómicos, el estudio de Celi reportó la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.844. Cabe precisar que, debido a la naturaleza binaria de las respuestas (Sí/No), dicho coeficiente resulta equivalente al KR-20, lo que evidencia una confiabilidad alta del instrumento de referencia. (47).

No obstante, antes de la aplicación definitiva del instrumento en el trabajo de campo, se ejecutará una prueba piloto propia en 10 pacientes con características similares a la población de estudio, quienes no formarán parte de la muestra final. Esta prueba permitirá verificar la consistencia interna del instrumento mediante el coeficiente KR-20 en el contexto local del Policlínico San Luis.

3.8. Plan de procesamiento de actividades

En primer lugar, se gestionarán las autorizaciones institucionales y se invitará a los pacientes a participar de manera voluntaria, explicándoles los objetivos del estudio y solicitando la firma del consentimiento informado. Luego, se aplicarán los cuestionarios y se verificará su correcto llenado; posteriormente, las respuestas serán codificadas y registradas en una base de datos en Excel, la cual se depurará antes de exportarla a SPSS v26. Para el análisis descriptivo se emplearán frecuencias absolutas, porcentajes y tablas de distribución por variables y dimensiones. Finalmente, para el análisis inferencial, dado que se trabajará con datos de escala ordinal, se aplicará la correlación Rho de Spearman a fin de determinar la relación entre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento, con un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia de $p < 0.05$.

3.9. Aspectos éticos

La investigación se desarrollará respetando las normas éticas institucionales y los principios de la bioética. En **autonomía**, se informará a cada participante sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y posibles inconvenientes del estudio, garantizando su participación voluntaria mediante la firma del consentimiento informado y el derecho a retirarse en cualquier momento sin repercusiones en su atención. En **beneficencia**, se buscará que los resultados contribuyan a mejorar la calidad del cuidado y el seguimiento de los pacientes con tuberculosis. En **no maleficencia**, se minimizarán riesgos, evitando cualquier procedimiento que genere daño y limitando la recolección de datos a la aplicación de cuestionarios. En **justicia**, se incluirá a los participantes que cumplan los criterios establecidos, sin discriminación, y se procurará un trato equitativo. Asimismo, se gestionarán las autorizaciones correspondientes y se asegurará la **confidencialidad** de la información mediante el uso de códigos, el acceso restringido a la base de datos y el uso exclusivo de los datos con fines académicos.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Identificación del problema de investigación	X	X																		
Búsqueda bibliográfica		X	X	X	X															
Elaboración de la introducción: situación problemática, marco teórico y antecedentes			X	X	X	X														
Elaboración de la introducción: importancia y justificación				X	X	X														
Elaboración de la introducción: objetivos de investigación					X	X														
Elaboración de material y métodos: enfoque y diseño de investigación						X	X													
Elaboración de material y métodos: población, muestra y muestreo							X	X												
Elaboración de material y métodos: técnicas e instrumentos de recolección de datos								X	X	X										
Elaboración de material y métodos: aspectos bioéticos									X	X										
Elaboración de material y métodos: métodos de análisis de información										X	X									
Elaboración de aspectos administrativos del estudio												X	X							
Elaboración de anexos												X	X							
Aprobación del proyecto													X	X						

Trabajo de campo	X	X	X	X	X	X	
Redacción del informe final (versión 1)			X	X	X		
Revisión y corrección del informe final					X	X	X
Sustentación del informe final							X

Nota. Elaboración propia

4.2. Presupuesto

Descripción	Costo (S/)
Equipos	
Laptop	1,500.00
USB	30
Útiles de escritorio	
Lapiceros	30
Hojas bond A4	30
Material bibliográfico	
Libros	300
Fotocopias	60
Impresiones	190
Espiralado	50
Otros	
Movilidad	190
Alimentos	500
Recursos humanos	
Aplicadores	300
Digitador	200
Estadista	400
Imprevistos	450
TOTAL GENERAL	4,230.00

Nota. Elaboración propia

5. REFERENCIAS

1. World Health Organization [Internet]. Global tuberculosis report 2025.; 2025. Acceso 4 de febrerode 2026. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2025/tb-disease-burden/1-1-tb-incidence>.
2. World Health Organization [Internet]. Tuberculosis.; 2025. Acceso 4 de febrerode 2026. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis?>
3. Fernandes A, Laohaprapanon S, Nam T, Sequeira E, Le C. Adherence to Pulmonary Tuberculosis Medication and Associated Factors Among Adults: A Cross-Sectional Study in the Metinaro and Becora Sub-Districts, Dili, Timor-Leste. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2024; 21(12): p. 1.14. [Consultado el 04 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph21121662>.
4. Charalambous S, Maraba N, Jennings L, Rabothata I, Cogill D, Mukora R, et al. Treatment adherence and clinical outcomes amongst in people with drug-susceptible tuberculosis using medication monitor and differentiated care approach compared with standard of care in South Africa: a cluster randomized trial. EClinicalMedicine [Internet]. 2024; 75: p. 1-11. [Consultado el 04 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102745>.
5. Herrera-Olivares M, Morales-González R, Donado-Mercado A, Pérez-Villanueva M, Domínguez-Vargas A, González-Torres H. Factores asociados a la adherencia terapéutica y desenlaces clínicos en pacientes con tuberculosis en el Departamento del Atlántico, Colombia (2021-2023). Infectio [Internet]. 2025; 29(2): p. 95-105. [Consultado el 04 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.22354/24223794.1225>.
6. Mesa de Concentración para la Lucha contra la Pobreza. Urge fortalecer y articular las

- políticas de prevención en los distritos de Lima Metropolitana frente a los determinantes sociales de la salud para ponerle fin a la tuberculosis.; 2025. Acceso 4 de febrero de 2026. Disponible en: <https://intranet.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2025-08-07/alerta-tb-21-julio-2025.pdf>.
7. Seguro Social de Salud. Más de 6,400 pacientes con tuberculosis recibieron atención en EsSalud en 2024; 2025. Acceso 4 de febrero de 2026. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/essalud/noticias/1131816-mas-de-6-400-pacientes-con-tuberculosis-recibieron-atencion-en-essalud-en-2024?>
 8. Cordova-Pisco E, Hassinger T, Huamán-Angeles E, Zevallos-Villegas K. Resistant tuberculosis: Factors associated with unsuccessful treatment outcomes in Loreto, Peru, 2015-2023. medRxiv [Internet]. 2025;; p. 1-15. [Consultado el 04 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1101/2025.08.27.25334563>.
 9. Roas J. Adherencia en la terapia antituberculosa, efectividad y seguridad en pacientes de la Microrred Cono Sur y Cono Norte en Tacna-2022. Revista Médica hospital Hipólito Unanue de Tacna [Internet]. 2024; 17(3): p. 5-9. [Consultado el 04 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://revista.hospitaltacna.gob.pe/index.php/rmhhut/article/view/55>.
 10. Senmache-Bravo K, Gallegos-Piñín A. Factores asociados al cumplimiento del tratamiento antituberculoso en dos distritos de Chiclayo, Perú. Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque [Internet]. 2025; 11(4): p. 1-8. [Consultado el 04 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.37065/rem.v11i4.873>.
 11. Rivera-Lozada O, Rivera-Lozada I, Bonilla-Asalde C. Determinantes del acceso a los servicios de salud y adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2020; 46(4): p. 1-19. [Consultado el 04 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1990>.

12. Zegarra-Soto A. Adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en un centro de salud de atención primaria en Lima Sur. *Cuidado y Salud Pública* [Internet]. 2023; 3(2): p. 59-64. [Consultado el 04 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/78?>
13. Syahadat D, Buchair N, Sari N, Azzahra N. Correlation between Health Service Quality, TB Patient Behavior, and Treatment Compliance. *Internacional Journal of Integrated Health Sciencies* [Internet]. 2025; 13(2): p. 138-144. [Consultado el 05 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://journal.fk.unpad.ac.id/index.php/ijihs/article/view/4265?>
14. Ariyanti F, Nurmansyah M, Wardani R, Zilhadia , Kilic B. The impact of health system responsiveness on tuberculosis treatment adherence in public primary healthcare facilities in Indonesia. *Clinical Epidemiology and Global Health* [Internet]. 2025; 34: p. 1-6. [Consultado el 05 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2025.102107>.
15. Omar A, Mohamoud J, Adam M, Garba B, Hassan M, Mohamed I, et al. Assessment of Non-Adherence to Anti-TB Drugs and Associated Factors Among Patients Attending TB Treatment Centers During COVID-19 Pandemic in Mogadishu, Somalia: A Cross-Sectional Study. *Infection and Drug Resistance* [Internet]. 2024; 17: p. 3879-3890. [Consultado el 05 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/idr.s468985>.
16. Ochieng M, Nyaberi J, Mambo S, Wafula C. Healthcare Worker-Related Factors Contributing to Tuberculosis Treatment Non-Adherence among Patients in Kisumu East Sub-County. *Journal of Tuberculosis Research* [Internet]. 2024; 12(1): p. 13-33. [Consultado el 05 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.4236/jtr.2024.121002>.
17. Tirore L, Ersido T, Handiso T, Areba A. Non-adherence to anti-tuberculosis treatment and

- associated factors among TB patients in public health facilities of Hossana town, Southern Ethiopia, 2022. *Frontiers in Medicine* [Internet]. 2024; 11: p. 1-9. [Consultado el 05 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1360351>.
18. Yadav R, Kaphle H, Yadav D, Marahatta S, Shah N, Baral S, et al. Health related quality of life and associated factors with medication adherence among tuberculosis patients in selected districts of Gandaki Province of Nepal. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other* [Internet]. 2021; 23: p. 1-9. [Consultado el 05 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jctube.2021.100235>.
 19. Medina D, De La Cruz E, Porras P, Aranda A. Calidad de atención y adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en un establecimiento de salud. *Revista Científica de Enfermería* [Internet]. 2025; 5(1): p. 32-41. [Consultado el 05 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.33326/27905543.2025.1.2169>.
 20. Cajacuri M. Calidad de atención y adherencias a tratamientos en paciente con tuberculosis en centros de salud de ate 2024. [Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2025. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/1ca4e0f4-990f-4cfe-9c74-f0bed9f02f20>.
 21. Garay M. Calidad de atención del personal de enfermería y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar del centro de salud Juan Pablo II en San Juan de Lurigancho, Lima-2024. [Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2025. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/6d83d978-54f8-4031-8a49-e2431ffab82c>.
 22. Gonzales I. Calidad de atención y adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis

- resistente en centros de salud de la Victoria - 2024. [Tesis para optar el grado de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud]. Lima: Universidad César Vallejo; 2024. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/157638>.
23. Vilca E. Calidad del cuidado de enfermería y adherencia al tratamiento pacientes con tuberculosis del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2023. [Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería]. Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2024. Disponible en: <https://repositorio.uancv.edu.pe/items/eadec5b2-0251-4cee-9474-271e4a5e0d8e>.
24. Chang Y, Pinedo L. Calidad de atención y nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis en el centro de Salud Lauriama, Barranca - Perú 2022. [Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad César Vallejo; 2023. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/115142>.
25. Elseiver. Quality of Care [Internet]; 2012. [Consultado el 06 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/topics/psychology/quality-of-care>.
26. Blumenthal D. Quality of Care — What is It? The New England Journal of Medicine [Internet]. 1996; 335(12): p. 891-894. [Consultado el 06 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM199609193351213>.
27. Correia P, Bernardes R, Caldeira S. Instruments for Assessing Nursing Care Quality: A Scoping Review. Nursing Reports. 2025; 15(9): p. 1-21. [Consultado el 06 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nursrep15090342>.
28. Flores-Alpízar C, Ponce-Moreno R, Ruíz-Jalomo M, Corral-Quiroz R. Factores relacionados con la calidad de atención de enfermería. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2015; 23(3): p. 143-148. [Consultado el 06 de febrero del 2026]. Disponible en:

https://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php/revista_enfermeria/article/view/56.

29. Moore L, Lavoie A, Bourgeois G, Lapointe J. Donabedian's structure-process-outcome quality of care model: Validation in an integrated trauma system. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* [Internet]. 2015; 78(6): p. 1168-1175. [Consultado el 06 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ta.0000000000000663>.
30. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing* [Internet]. 1985; 49(4): p. 41-50. [Consultado el 06 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/1251430>.
31. Stewart A, Nápoles-Springer A, Gregorich S, Santoyo-Olsson J. Interpersonal Processes of Care Survey: Patient-Reported Measures for Diverse Groups. *Health services research* [Internet]. 2007; 42(3): p. 1235-1256. [Consultado el 06 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00637.x>.
32. Marshall J, Cartwright T, Berry C, Stowell S, Miller S. Implementation of a Performance Improvement Initiative in Colorectal Cancer Care. *Journal of Oncology Practice* [Internet]. 2012; 8(5): p. 309-316. [Consultado el 06 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1200/JOP.2011.000461>.
33. Nordin S, Swall A, Anåker A, von Koch L, Elf M. Does the physical environment matter? - A qualitative study of healthcare professionals' experiences of newly built stroke units. *International journal of qualitative studies on health and well-being* [Internet]. 2021; 16(1): p. 1-14. [Consultado el 06 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1917880>.
34. Elseiver. Adherence to Treatment [Internet]; 2015. [Consultado el 06 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/topics/psychology/adherence-to-treatment>.
35. Horwitz R, Horwitz S. Adherence to Treatment and Health Outcomes. *JAMA Internal*

- Medicine [Internet]. 1993; 153(16): p. 1863-1868. [Consultado el 06 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/617690>.
36. Otoo D, Efichie E, Aborbor D, Okudzeto H, Asabekah G, Akila D, et al. Understanding predictors of medication adherence and treatment outcomes among TB patients in the Western Region, Ghana: strategies for strengthening TB control efforts. *Journal of Health, Population and Nutrition* [Internet]. 2025; 44(1): p. 1-15. [Consultado el 07 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s41043-025-01145-1>.
 37. Ileye U, Odero V, Hassan M, Hossain M. Determinants of tuberculosis treatment adherence among patients taking anti-TB drugs in Borama, Somaliland. *African Journal of Health Sciences* [Internet]. 2025; 25(3788): p. 1-7. [Consultado el 07 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-025-25151-4>.
 38. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* [Internet]. 1991; 50(2): p. 179-211. [Consultado el 06 de febrero del 2026]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T).
 39. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior* [Internet]. 2004; 31(2): p. 143-164. [Consultado el 06 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>.
 40. World Health Organization. Care and support interventions to enable TB treatment adherence [Internet]; 2026. [Consultado el 06 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://tbksp.who.int/en/node/3045>.
 41. Heshmati B, Omid S, Mohammadi Y. Impact of alcohol consumption, substance use, and smoking on treatment outcomes in tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews* [internet]. 2025; 14(1): p. 1-10. [Consultado el 06 de febrero del 2026].

Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13643-025-02888-y>.

42. Pujadas AM. El método hipotético deductivo de Karl Popper.; 2017. [Consultado el 07 de febrero del 2026]. Disponible en: https://www.academia.edu/download/114953940/AJ_Popper_ref.pdf.
43. Bernal TCA. Metodología de la investigación [Internet]. 2ª edición. Bogotá: Educación Pearson; 2006. [Consultado el 07 de febrero del 2026]. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=h4X_eFai59oC&dq=Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n++Administraci%C3%B3n,+econom%C3%ADa,+humanidades+y+cienc&lr=&hl=es&source=gs_navlinks_s.
44. Esteban NN. Tipos de investigación.; 2018. [Consultado el 07 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/250080756.pdf>.
45. Sousa VD, Driessnack M, Costa MI. Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería parte 1: Diseños de investigación cuantitativa. Revista Latino-Americana de Enfermagem. [Internet]. 2007; 15(3): p. 1-6. [Consultado el 07 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>.
46. Arias J, Covinus M. Diseño y metodología de la investigación [Internet]. 1st ed. Perú: Enfoques Consulting EIRL; 2021. [Consultado el 07 de febrero del 2026]. Disponible en: https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26022w/Arias_S2.pdf.
47. Celi E. Calidad de atención y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis en un Establecimiento de Salud de Talara, 2023 [Tesis para optar el grado de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud]. Piura: Universidad César Vallejo; 2023. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/120492>.
48. Mesa-Trujillo D, Espinosa-Ferro Y, García-Mesa I. Reflexiones sobre bioética médica. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2022; 44(2): p. 413-424. [Consultado el 07 de febrero

del 2026]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2022/me222l.pdf>.

ANEXOS

Anexo N° 1: Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables y dimensiones	Tipo y Diseño metodológico
General ¿Cuál es la relación entre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en el Policlínico San Luis de Essalud, Lima- 2026? Específicos -¿Cuál es la relación entre la calidad de atención en su dimensión interpersonal y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis? -¿Cuál es la relación entre la calidad de atención en su dimensión técnica y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis? -¿Cuál es la relación entre la calidad de atención en su dimensión entorno y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis?	General Determinar la relación entre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en el Policlínico San Luis de Essalud, Lima- 2026. Específicos -Establecer la relación entre la calidad de atención en su dimensión interpersonal y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis. -Establecer la relación entre la calidad de atención en su dimensión técnica y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis. -Establecer la relación entre la calidad de atención en su dimensión entorno y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis	General Hi: Existe relación significativa entre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en el Policlínico San Luis de Essalud, Lima- 2026. Ho: No existe relación significativa entre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en el Policlínico San Luis de Essalud, Lima- 2026. Específicos Hi: Existe relación significativa entre la calidad de atención en su dimensión interpersonal y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis. Hi: Existe relación significativa entre la calidad de atención en su dimensión técnica y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis. Hi: Existe relación significativa entre la calidad de atención en su dimensión entorno y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis.	V1: Calidad de atención D1: Interpersonal D2: Técnica D3: Entorno V2: Adherencia al tratamiento D1: Cumplimiento del tratamiento D2: Estilos de vida	Método: Hipotético-Deductivo Enfoque: Cuantitativo Tipo: Aplicada Diseño: No experimental, transversal y correlacional Población: 40 pacientes Muestra: 40 pacientes Instrumento: Cuestionario

Anexo N° 2. Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Estimado(a) participante: el presente cuestionario tiene como finalidad recopilar información sobre la calidad de atención percibida en los servicios de salud. Sus respuestas serán tratadas con absoluta confidencialidad y utilizadas únicamente con fines académicos. Se solicita responder cada ítem con sinceridad, marcando la alternativa que mejor refleje su experiencia durante la atención recibida.

EDAD: SEXO: Tiempo de servicio:.....

Escala

3	2	1
Buena	Regular	Mala

D1. DIMENSIÓN INTERPERSONAL		3	2	1
1	Los profesionales de la salud lo saludan cordialmente y con respeto cuando llega a la consulta.			
2	Cuando tiene una consulta con un profesional, le orientan acerca de los beneficios y las consecuencias de abandonar el tratamiento.			
3	En sus atenciones con los profesionales de la salud, su historia clínica está disponible en el consultorio para su atención.			
4	Los profesionales de la salud expresan con palabras sencillas su interés por el cumplimiento oportuno de su tratamiento.			
5	El profesional de la salud le brinda apoyo y/o facilidades cuando está preocupado ante alguna problemática o urgencia de su vida personal y familiar.			
6	Los profesionales de la salud le orientan con palabras sencillas sobre su enfermedad, demuestran interés y confianza por su estado de salud.			
7	Durante su atención en el consultorio se respetó su privacidad.			
8	Los profesionales de la salud respondieron a sus dudas o preguntas sobre su problema de salud.			
9	El responsable de la Estrategia de Tuberculosis le brinda información constante sobre la evolución de su enfermedad.			
D2. DIMENSIÓN TÉCNICA		3	2	1
10	El responsable de la Estrategia de tuberculosis le informa sobre la importancia de su tratamiento, ventajas y desventajas que implica el mismo.			
11	El responsable de la estrategia permanece a su lado y le observa cuando toma sus medicamentos.			

12	El médico le realiza un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que lo aqueja.			
13	El psicólogo le realiza una evaluación completa enfocándose en su problema de salud además de la problemática personal y de su entorno familiar.			
14	La nutricionista le realiza una evaluación nutricional completa enfocándose en su peso, su estilo de vida y orientándolo en tener una alimentación saludable.			
15	La enfermera le orienta sobre el tiempo y cambio de fase de su tratamiento.			
16	La Obstetra le brinda orientación y consejería acerca de su salud sexual y reproductiva durante el tiempo que recibe tratamiento.			
17	El responsable de la Estrategia de Tuberculosis lo entrevista y le responde a sus dudas o interrogantes.			
18	El profesional de la salud le orienta sobre los posibles efectos adversos de los medicamentos.			
19	Le satisface las atenciones recibidas por parte del responsable de la Estrategia de Tuberculosis durante su tratamiento.			
20	Durante su tratamiento, le realizaron los exámenes de laboratorio cada vez que el medico lo solicitó.			
21	Durante su tratamiento, le realizaron las radiografías de tórax u otros exámenes de apoyo al diagnóstico por imágenes cada vez que el medico lo solicitó.			
22	Durante su tratamiento, le piden sus muestras de esputo de control en las fechas indicadas.			
23	Durante su tratamiento, le piden sus muestras de esputo para sus cultivos de control en las fechas indicadas.			
24	Le informaron oportunamente acerca de su resultado de prueba de Sensibilidad, aquella que define el tiempo de su tratamiento.			
D3. DIMENSIÓN DE ENTORNO		3	2	1
25	Es cómodo el lugar donde es atendido por la enfermera.			
26	Le satisface el lugar donde recibe su tratamiento porque se encuentra limpio y ordenado.			
27	Le agrada el lugar donde toma sus medicamentos porque tiene ventilación e iluminación natural.			
28	El ambiente donde recibe su tratamiento le proporciona privacidad.			

CUESTIONARIO SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La presente encuesta tiene como finalidad recopilar información sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis, considerando dos dimensiones: cumplimiento del tratamiento y estilo de vida. Su participación es importante para conocer cómo se vienen siguiendo las indicaciones terapéuticas y así contribuir con la mejora de la atención en salud. El cuestionario es confidencial y de uso estrictamente académico; por ello, se solicita responder con sinceridad marcando una sola alternativa (Sí o No) en cada enunciado. No existen respuestas correctas o incorrectas.

D1. CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO		Sí	No
1	Hubo aumento de peso durante el tratamiento.		
2	Disminuyó los síntomas (tos, sudoración nocturna, fiebre, falta de apetito, pérdida de peso).		
3	Es puntual y responsable en tomar sus medicamentos.		
4	Si alguna vez el medicamento le cae mal, deja de tomarlos.		
5	Es puntual en asistir a dejar sus muestras de esputo y otros exámenes de laboratorio indicados por el profesional de la salud.		
D2. ESTILO DE VIDA		Sí	No
6	El profesional de la salud realiza sesiones educativas sobre su enfermedad y cómo debe alimentarse.		
7	El profesional de la salud le orienta sobre la importancia de tener buenos modales al toser.		
8	Se siente motivado y apoyado por su familia para seguir con el tratamiento y superar la enfermedad.		
9	Usted realiza actividad física moderada, como caminar 30 minutos al día.		

Adherente	1
No Adherente	0

Anexo N° 3: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Título de proyecto de investigación : Relación entre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en una clínica privada de Lima, 2026.

Investigadores : Vilca Shupingahua, Lily Francisca

Institución(es) : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio:

Determinar la relación entre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en una clínica privada de Lima, 2026. Tiene una duración de 5 meses, contará con la participación de 24 participantes que cumplan los siguientes criterios:

Criterios de inclusión.

- Pacientes con diagnóstico confirmado de tuberculosis atendidos en el establecimiento de salud durante el periodo de estudio.
- Pacientes de 18 años a más, de ambos sexos.
- Pacientes que se encuentren en tratamiento antituberculoso y acepten participar (consentimiento informado).

Criterios de exclusión.

- Personas sin diagnóstico de tuberculosis.
- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes que no se encuentran en tratamiento antituberculoso y no acepten participar.

Procedimientos del estudio:

Si usted está dispuesto a participar, debe saber que el procedimiento es el siguiente:

- En primer lugar, se tendrá un tiempo destinado para responder a las preguntas del cuestionario.
- En segundo lugar, es necesario que nos brinde sus datos generales para el propósito de la investigación.
- En tercer lugar, el cuestionario será aplicado en presencia de mi persona para que pueda resolver cualquier duda que se presente.

Debe tener conocimiento que la duración de cada cuestionario es de 12 a 15 minutos.

Riesgos

La participación en el estudio no conlleva ningún riesgo, ya que sólo se recopilará información. Así mismo, se respetarán las medidas y protocolos para evitar el contagio del coronavirus.

Beneficios

Su participación no tendrá un beneficio económico para usted, pero la información que nos brinde ayudará a enriquecer la investigación y será un gran aporte para futuras investigaciones.

Costos e incentivos

Su participación no tendrá ningún costo.

Confidencialidad

La información que usted proporcione será reservada y protegida. Además, en el informe final de la investigación no se mostrará información personal alguna que ponga en riesgo su privacidad.

Derechos del encuestado

Su participación en la investigación es importante, sin embargo, si usted se siente incómodo durante este tiempo, usted puede retirarse en cualquier momento, sin sanción alguna. A su vez, si presenta alguna duda, puede dirigirse con total libertad.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el Investigador Principal Zavaleta Obispo, Silvia Jesus (*número de teléfono y correo electrónico del investigador principal*).

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

(Firma)
Nombre **participante**:
DNI:
Fecha: (dd/mm/aaaa)

(Firma)
Nombre **investigador**:
DNI:
Fecha: (dd/mm/aaaa)

(Firma)
Nombre testigo o representante legal:
DNI:
Fecha: (dd/mm/aaaa)

Nota: La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.

18% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 14%  Fuentes de Internet
- 6%  Publicaciones
- 16%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 14% Fuentes de Internet
- 6% Publicaciones
- 16% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	
	repositorio.uwiener.edu.pe	4%
2	Trabajos entregados	
	uwiener on 2023-03-02	1%
3	Trabajos entregados	
	uwiener on 2024-01-03	1%
4	Trabajos entregados	
	Universidad Andina del Cusco on 2026-05-06	<1%
5	Trabajos entregados	
	uwiener on 2024-02-23	<1%
6	Trabajos entregados	
	Universidad Científica del Sur on 2025-07-21	<1%
7	Trabajos entregados	
	Universidad Wiener on 2025-08-09	<1%
8	Trabajos entregados	
	uwiener on 2024-07-18	<1%
9	Trabajos entregados	
	Universidad Wiener on 2022-12-17	<1%
10	Internet	
	repositorio.unapiquitos.edu.pe	<1%
11	Trabajos entregados	
	Universidad Wiener on 2026-04-02	<1%