

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

ESCUELA DE POSGRADO

UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA Y
ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE
CONTROL DE LA TUBERCULOSIS MICRORED PACHACÚTEC.**

CALLAO 2020

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE MAESTRO EN
SALUD PÚBLICA**

AUTORES

SOFÍA JAZMÍN ESPINOZA OLIVEROS

MARIA EUGENIA JACINTO QUISPE

Callao, 2020

PERU

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- | | |
|------------------------------------|------------|
| • DR. HERNÁN CORTEZ GUTIERREZ | PRESIDENTE |
| • DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUE MORALES | SECRETARIA |
| • MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZÁLES | MIEMBRO |
| • DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA | MIEMBRO |

ASESORA: DRA. ADRIANA PONE EYZAGUIRRE

Nº de Libro: 01

Nº de Acta: 153-154

Fecha de Aprobación de la tesis: 11 de Setiembre del 2020

Resolución del Comité Directivo de la Unidad de Posgrado N° 132-2020-CDUPG-FCS, de fecha 09 de Setiembre del 2020 el cual designa al Jurado de Sustentación de la Tesis para la obtención del Grado Académico de Maestro.

DEDICATORIA

*A Joaquín Roque Jacinto Roldán, mi amado padre, quien
es mi fuerza, mi protector, y me inculco la vocación de
servir al prójimo.*

M.E.J.Q

DEDICATORIA

*A mi madre, que es mi fuente de
inspiración de lucha y perseverancia.*

S.J.E.O

AGRADECIMIENTO

A Dios, por su amor incondicional,

A mis amados padres, novio y hermanos por ser instrumentos del amor de Dios,

A mis admirables docentes, como Kadi Ureta y Lindomira Castro por brindarme una
formación integral,

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao, por ser una comunidad de
generación del conocimiento orientada a mejorar las condiciones de la sociedad.

M.E.J.Q

AGRADECIMIENTO

A Dios, por regalarme la vida y poner personas valiosas en mi camino.

A mis amados padres, hermano y novio, por su apoyo constante y paciencia.

A mis estimados docentes, como Lindomira Castro y Kadi Ureta por guiar mi camino profesional.

A mi Alma Mater la Universidad Nacional del Callao, por regalarme la oportunidad de conseguir mis sueños.

S.J.E.O

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	10
1.2 Formulación del Problema	14
1.3 Objetivos.....	15
1.4 Limitantes de la Investigación	16
II. MARCO TEÓRICO	18
2.1 Antecedentes: Internacional y nacional.....	18
2.2 Bases Teóricas.....	28
2.3 Conceptual.....	29
2.4 Definición de términos básicos.....	52
III HIPÓTESIS Y VARIABLES	54
3.1 Hipótesis.....	54
3.2 Definición conceptual de variables.....	54
3.3 Operacionalización de Variables.....	56
IV DISEÑO METODOLÓGICO	57
4.1 Tipo y diseño de la investigación.....	57
4.2 Método de investigación.....	58
4.3 Población y muestra.....	58
4.4 Lugar de estudio.....	61
4.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información	61
4.6 Análisis y procesamiento de datos.....	63
V RESULTADOS	64
5.1 Resultados descriptivos.....	64
5.2 Resultados inferenciales.....	69
VI DISCUSIÓN DE RESULTADOS	77
6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados	77
6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares.....	82
6.3 Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes.....	91

CONCLUSIONES	92
RECOMENDACIONES	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ANEXOS	103

ÍNDICE DE TABLAS DE CONTENIDO

Tabla 5.1.1..... 72

Datos generales de los usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec Callao, 2020

Tabla 5.1.2..... 73

Percepción del cuidado humanizado de enfermería en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec Callao, 2020

Tabla 5.1.3..... 75

Dimensiones de la percepción del cuidado humanizado de enfermería en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec Callao, 2020

Tabla 5.1.4..... 76

Adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec Callao, 2020

Tabla 5.2.1..... 77

Relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec Callao, 2020

Tabla 5.2.2..... 79

Relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión cualidades del cuidado humano y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec Callao, 2020

Tabla 5.2.3..... 81

Relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión relación terapéutica y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec Callao, 2020

Tabla 5.2.4..... 83

Relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión disposición para el cuidado humano y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec Callao, 2020

ÍNDICE DE TABLAS DE GRÁFICO

Gráfico 1	74
<i>Percepción del cuidado humanizado de enfermería en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec, Callao 2020</i>	
Gráfico 2	76
<i>Adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec Callao, 2020</i>	
Gráfico 3	78
<i>Relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec Callao, 2020</i>	
Gráfico 4	80
<i>Relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión cualidades del cuidado humano y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec Callao, 2020</i>	
Gráfico 5	82
<i>Relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión relación terapéutica y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec Callao, 2020</i>	
Gráfico 6	84
<i>Relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión disposición para el cuidado humano y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec Callao, 2020</i>	

RESUMEN

La tesis “Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería y Adherencia Terapéutica en Usuarios del Programa de Control de la Tuberculosis en la Microred Pachacútec – Callao, 2020”. El objetivo fue determinar la relación que existe entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis. En cuanto al diseño metodológico el estudio fue cuantitativo, de diseño no experimental, corte transversal y nivel correlacional, la muestra fue de 62 usuarios. Para la medición de las variables se utilizaron como instrumentos: el cuestionario de cuidado humanizado de enfermería con 32 ítems y una valoración de 1 a 4 en escala Likert y la ficha de registro con 30 ítems para medir la adherencia terapéutica, las técnicas empleadas fueron la encuesta y el análisis documental. Para el análisis estadístico se utilizaron los siguientes programas: IBM SPSS Statistics 21.0 y Microsoft Excel 2019 versión 16.39.

En cuanto a los resultados, se encontró que el 30,6% de los usuarios, tienen una alta adherencia terapéutica ya que percibieron un buen cuidado humanizado, el 16,1% tienen una alta y mediana adherencia terapéutica y perciben un regular cuidado humanizado y un 6,5% tienen una mediana y baja adherencia terapéutica y perciben un mal cuidado humanizado. Se concluye que existe relación directa moderada con tendencia alta (ρ (rho) = 0,402 y $p = 0,001$) entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec – Callao, 2020.

Palabras clave: Adherencia terapéutica, cuidado humanizado, percepción, tuberculosis.

SUMMARY

La tesi "Percezione dell'assistenza infermieristica umanizzata e aderenza terapeutica negli utenti del programma di controllo della tubercolosi nella micro-rete Pachacútec - Callao, 2020". L'obiettivo era determinare la relazione tra la percezione dell'assistenza infermieristica umanizzata e l'adesione terapeutica negli utenti del programma di controllo della tubercolosi. Per quanto riguarda il disegno metodologico, lo studio era quantitativo, non sperimentale, a livello di sezione trasversale e correlazionale, il campione era di 62 utenti. Per misurare le variabili sono stati utilizzati i seguenti strumenti: il questionario infermieristico umanizzato con 32 item e una valutazione da 1 a 4 sulla scala Likert e il modulo di registrazione con 30 item per misurare l'aderenza terapeutica, le tecniche utilizzate sono state le seguenti. rilievo e analisi documentaria. Per l'analisi statistica sono stati utilizzati i seguenti programmi: IBM SPSS Statistics 21.0 e Microsoft Excel 2019 versione 16.39. Per quanto riguarda i risultati, si è riscontrato che il 30,6% degli utenti ha un'elevata aderenza terapeutica perchè percepisce una buona cura umanizzata, il 16,1% ha un'aderenza terapeutica alta e media e percepisce una regolare cura umanizzata e Il 6,5% ha un'aderenza terapeutica media e bassa e percepisce una scarsa assistenza umanizzata. Si conclude che esiste una relazione diretta moderata con un trend elevato (ρ (rho) = 0,402 ep = 0,001) tra la percezione dell'assistenza infermieristica umanizzata e l'aderenza terapeutica negli Pachacútec - Callao, 2020utenti del programma di controllo della tubercolosi nella Micro-rete.

Keywords: Aderenza terapeutica, assistenza umanizzata, Percezione, tubercolosi.

.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis en nuestro país representa un problema de salud pública que merece ser afrontado con los recursos del estado y de la sociedad en general, con un enfoque integral y humanizado, este problema es un reto para los profesionales de enfermería que son el personal de primera línea que brinda el cuidado a los usuarios desde un abordaje amplio, tomando en cuenta las dimensiones del ser humano, tal es así que desempeñan un rol protagónico en el desarrollo de nuestro país, su compromiso es reconocido y contribuyen a mejorar la calidad y calidez del cuidado, hacen real el trabajo con el capital social para generar un soporte donde el usuario pueda sentir el apoyo familiar y/o social en su comunidad, cabe mencionar que en la Región Callao de 1134 personas afectadas con tuberculosis sensible en el año 2019, 58 personas se perdieron en el seguimiento del tratamiento. La inadecuada adherencia al tratamiento es un problema al que enfrenta día a día el personal de salud que atiende a pacientes con Tuberculosis a nivel nacional, ya que esta no adherencia, en muchos casos es la responsable del aumento de las complicaciones, resistencias a los tratamientos e ingresos a los hospitales. Partiendo desde esta perspectiva es necesario obtener evidencia sobre la adherencia terapéutica y como el cuidado humanizado de enfermería podría estar vinculado, siendo el profesional de enfermería, el responsable y el gestor del cuidado de las personas afectadas por tuberculosis.

El presente trabajo de investigación titulado “Percepción del cuidado humanizado de Enfermería y adherencia terapéutica en usuarios del Programa de Control de la Tuberculosis en la Microred Pachacútec – Callao, 2020”, tiene por finalidad conocer la relación que existe entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y la adherencia terapéutica al tratamiento contra la tuberculosis sensible, asimismo, se podrá identificar como se presenta el cuidado humanizado que brinda la enfermera en sus tres dimensiones, entendiendo al usuario como un ser indivisible que reúne aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales y culturales, el cual construye su percepción del cuidado brindado, que podría influir en la adherencia terapéutica. La variable Cuidado Humanizado, fue estudiada en sus tres dimensiones (Cualidades de

cuidado humano, Relación terapéutica y Disposición para el cuidado humano) de las cuales Disposición para el Cuidado Humano, en el presente estudio genero mayor impacto, ya que tiene que ver con identificar la expresión de sentimientos en una relación de confianza donde entendemos a la persona y su entorno; y se reconoce las necesidades en el aspecto social, físico, emocional y espiritual para contribuir a un cuidado holístico que fortalezca la adherencia terapéutica, que no sólo tiene que ver con la administración del tratamiento farmacológico, sino también con la adopción de conocimientos y prácticas de estilo saludable.

El presente informe final de investigación consta de siete apartados; I: planteamiento del problema, que incluye la determinación del problema, formulación del problema, objetivos y limitantes de la Investigación, II: marco teórico, incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, III: considera las variables e hipótesis, así como la operacionalización de variables, IV: metodología; V: resultados, VI: discusión de los resultados y otros apartados como conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La tuberculosis es una enfermedad infecto contagiosa, que se transmite de persona a persona a través del aire, cuando la persona enferma habla, canta, escupe, tose y/o estornuda, diseminando de esa manera los bacilos tuberculosos, que son inhalados por otra persona, infectándose.

Aproximadamente una tercera parte de la población mundial presenta tuberculosis latente; es decir, que esas personas están infectadas por el *Mycobacterium tuberculosis* pero aún no han desarrollado la enfermedad, ni pueden transmitirla. (1)

La tuberculosis es una enfermedad que no distingue condición social, raza, edad ni sexo y es una de las diez primeras causas de mortalidad en el mundo. (2)

La Organización Mundial de la Salud, señala que la tuberculosis continúa siendo un importante problema de salud pública y que la carga de la enfermedad causada por la tuberculosis se mide en términos de incidencia, prevalencia y mortalidad. Para el 2018, las mayores cifras de casos nuevos de tuberculosis, se reportaron en un 44% en Asia Sudoriental, seguidas por la Región de África con un 25% y el Pacífico Occidental con un 18%. Durante ese mismo año, el 87% de los casos nuevos de tuberculosis se identificaron en los 30 países con alta carga de la enfermedad, siendo ocho de ellos los que abarcaron dos tercios de los casos nuevos de tuberculosis: Indonesia, Filipinas, la India, China, Nigeria, Bangladesh, Pakistán, y Sudáfrica. (2)

En la región de las Américas para el 2017, la Organización Mundial de la Salud estimó 282 000 nuevos casos y recaídas de tuberculosis, un 3% de la carga mundial de tuberculosis (10 millones de casos) y una tasa de incidencia de 28 por 100 000 habitantes. Observándose en el Caribe la tasa de incidencia más alta (61,2 por 100 000 habitantes), seguido de América del Sur (46,2), América Central y México (25,9) y Norte América (3,3). En ese mismo año, se estimó que el 87% de los casos de

tuberculosis se encontraban en diez países. Un poco más de la mitad se concentran en Brasil (91 000), Perú (37 000) y México (28 000).

Los casos de tuberculosis notificados (nuevos y recaídas) en el continente durante el 2017 fueron 228 943, un 82% del total de casos estimados. La brecha que existe respecto al diagnóstico no ha disminuido durante los últimos años, alrededor de 50 000 casos, con un ligero aumento entre 2016 y 2017 de 3 000 casos. (3)

En el Perú, una de las principales causas de muerte se debe a la tuberculosis, ocupando el décimo quinto lugar (año 2014), y el vigésimo séptimo puesto de carga de enfermedad medida por años de vida saludable perdidos (AVISA), afectando principalmente, a la población más pobre de las grandes ciudades del país. (4)

Para el 2016 se notificaron 31 079 casos de Tuberculosis en todas las formas, de los cuales 27 217 fueron casos nuevos, 16 747 casos nuevos de Tuberculosis pulmonar frotis positivo, 1 299 casos de tuberculosis multidrogorresistente, 109 casos de tuberculosis extensamente resistente y se tuvieron 1 252 defunciones. (4)

En el año 2017, la morbilidad de casos de tuberculosis fue de 31 518, de los cuáles 27 578 fueron casos nuevos, 16 877 casos nuevos de tuberculosis pulmonar frotis positivo; 1335 casos tuberculosis multidrogorresistente; 83 casos de tuberculosis extensamente resistente, teniendo como porcentajes: 62% (19 692) de casos de tuberculosis, 83% (1 018) de tuberculosis multidrogorresistente y 88% (73) tuberculosis extensamente resistente notificados en Lima y Callao. (5)

Para el 2018, la morbilidad de casos de tuberculosis fue de 32 642, siendo 28 142 casos nuevos de tuberculosis, de los cuáles 16 272 fueron casos nuevos de tuberculosis pulmonar frotis positivo, 1 679 fueron casos tuberculosis multidrogorresistente; 98 casos tuberculosis extensamente resistente, teniendo como porcentajes 60%(19 707) de casos de tuberculosis, 81%(1 346) de tuberculosis multidrogorresistente y 88%(73) tuberculosis extensamente resistente notificados en Lima y Callao. (6)

Por lo expuesto, la tuberculosis sigue suponiendo una crisis y una amenaza para la salud pública, debido a la alta incidencia de casos, a la existencia de formas resistentes del *Mycobacterium tuberculosis*, al vínculo de la tuberculosis con comorbilidades como diabetes mellitus e infección del virus de la inmunodeficiencia humana, y a la presencia de esta enfermedad en todos los niveles sociales, todo ello, genera la importancia de desarrollar actividades que permitan controlar la transmisión epidemiológica de la enfermedad.(4)

Según las estadísticas de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Callao, en el año 2015, la cantidad de personas infectadas con tuberculosis sensible fue de 1152, de los cuáles 193 personas se perdieron en el seguimiento del tratamiento, para el año 2016 de los 1085 usuarios diagnosticados con tuberculosis sensible, 184 se perdieron en el seguimiento del tratamiento, en el 2017 de un total de 1027 usuarios, 124 usuarios se perdieron en el seguimiento, número que disminuyó en el 2018 y 2019, teniendo 85 usuarios que se perdieron en el seguimiento del tratamiento de 1183 casos y 58 usuarios que se perdieron en el seguimiento del tratamiento de 1134 casos. Contando con tres Redes de Salud, los casos se identificaron de la siguiente manera en el año 2019, en la Red de Salud Bepeca se presentaron 350 casos de tuberculosis sensible, en la Red de Salud Bonilla – La Punta, 351 casos y en la Red de Salud Ventanilla, 431 casos de tuberculosis.(7)

Los distritos de Ventanilla y Mi Perú son los distritos que conforman la Red de Salud Ventanilla, que ocupa el primer lugar en cuanto a incidencia de tuberculosis en la Región Callao, reportando según estadísticas de la Dirección Regional de Salud Callao para el año 2017, 397 casos de tuberculosis sensible de los cuales 52 se perdieron en el seguimiento del tratamiento, en el año 2018 de 459 casos 40 se perdieron en el seguimiento del tratamiento; y en el 2019 de 431 casos de tuberculosis Sensible, 26 se perdieron en el seguimiento del tratamiento, evidenciándose que los perdidos en el seguimiento del tratamiento disminuyeron, precisamente desde que se incorporó personal exclusivo en los Programas de Control de Tuberculosis.(7)

En la jurisdicción de la Microred Pachacútec (conformada por 5 Establecimientos de Salud), en el año 2017 se diagnosticaron 127 pacientes con tuberculosis, de los cuáles 19 se perdieron en el seguimiento del tratamiento, para el 2018 de 148 pacientes con Tuberculosis Pulmonar Sensible, 11 se perdieron en el seguimiento del tratamiento y en el 2019 de 146 pacientes diagnosticados con Tuberculosis Pulmonar Sensible, 6 se perdieron en el seguimiento del tratamiento. (7)

Durante las atenciones en el Programa de Control de Tuberculosis, se observó que los usuarios, presentan irregularidades en cuanto a la administración de su tratamiento antituberculoso, relacionadas con la vulnerabilidad social y el cuidado integral; entre los que destacan la pobreza, el soporte familiar inadecuado, empleo inestable e informal, desempleo, inmigración, problemas legales, comorbilidad, experiencia previa con la enfermedad, consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas, nivel educativo, estado civil, género, desconocimiento de la enfermedad así como los deberes y derechos del usuario, percepción inadecuada sobre la enfermedad, sensación de bienestar y mejoría ante la remisión de síntomas, temor al señalamiento y rechazo en el trabajo y/o familia (estigmatización), discriminación, identificación e intervención inoportuna de las reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFAs), tiempo prolongado del tratamiento, número de fármacos, asistencia sanitaria, distancia del domicilio al establecimiento de salud, inadecuada interacción entre el usuario y el personal de salud.

Siendo el profesional de enfermería, quien desempeña un rol fundamental en la gestión del cuidado humanizado centrado en la persona, e interviene en los factores relacionados con el usuario, su entorno, los servicios de salud, así como también en la identificación de los riesgos relacionados al tratamiento, y de acuerdo a las especificaciones de la Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, en donde se indica que la enfermera es la responsable de organizar la atención integral de la persona afectada por tuberculosis, su familia y la comunidad, sin embargo, en la Microred Pachacútec, sólo 03 de los 05 establecimientos de salud cuentan con una enfermera permanente dentro del

Programa de Control de la Tuberculosis, lo que deja en desventaja a los otros 02 establecimientos de salud, ya que la enfermera debe de realizar un seguimiento constante y oportuno, monitorizar las reacciones adversas ocasionadas por el tratamiento, brindar el acompañamiento psicosocial al paciente e involucrar a su familia en los cuidados requeridos, por lo que se hace necesario conocer la percepción sobre el cuidado humanizado de enfermería en sus 03 dimensiones; cualidades de cuidado humano, relación terapéutica y disposición para el cuidado humano; y de qué manera se relacionan con la adherencia terapéutica, para de esta manera contribuir con la obtención de un marco de conocimientos respecto a la gestión del cuidado que se brinda con enfoque integral, sistémico y humanizado.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

- ¿Cuál es la relación que existe entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec?

1.2.2 Problemas Específicos

- ¿Cuál es la relación que existe entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión cualidades de cuidado humano y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión relación terapéutica y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec?

- ¿Cuál es la relación que existe entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión disposición para el cuidado humano y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

- Determinar la relación que existe entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Establecer la relación que existe entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión cualidades de cuidado humano y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec.
- Establecer la relación que existe entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión relación terapéutica y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec.
- Establecer la relación que existe entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión disposición para el cuidado humano y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec.

1.4 Limitantes de la Investigación

1.4.1 Limitante Teórica:

El enfoque de la teoría del cuidado humano busca nutrir la praxis de enfermería, dicha teoría hace uso de las concepciones filosóficas existenciales y fenomenológicas, con influencia de lo espiritual y ecológico, provenientes de la filosofía oriental Hinduista.(8) Dando a conocer, en un nivel más profundo las dimensiones del proceso de vida de las experiencias humanas a través del Proceso de Caritas de Cuidados (PCC), que se expande hacia aspectos filosóficos, transpersonales, éticos, del arte y espirituales-metafísicos. (9)

De este modo la investigación se sustentó en la teoría del cuidado humano. El límite teórico se relacionó con las dimensiones de las variables y sus indicadores que aportaron datos que confirmaron aquella relación significativa.

1.4.2 Limitante Temporal:

Por la naturaleza de la variable, la toma de los datos se realizó en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. Se tomó información de 05 subpoblaciones que pertenecen al PCT de la Microred Pachacútec. Se tomó información a 62 usuarios del PCT.

1.4.3 Limitante Espacial:

Por la naturaleza del problema, se identificó el cuidado humanizado de enfermería y la adherencia terapéutica. La Microred Pachacútec es el espacio donde se aplicó la encuesta, en la actualidad está conformada por 05 Establecimientos de Salud; Perú Korea Pachacútec, Ciudad de Pachacútec, Santa Rosa de Pachacútec, 03 de Febrero y Bahía Blanca. Pachacútec es un sector de Ventanilla urbano marginal, de condiciones precarias sumado a ello existe un déficit en el saneamiento básico, déficit de cobertura de agua potable, donde se hace evidente la pobreza y el hacinamiento.

El área de estudio está ubicada en el Distrito de Ventanilla en la Región Callao, se seleccionó como área de intervención para la toma de los datos que son presentados en los resultados, discusión y conclusiones, debido a la relevancia de la información en relación con las variables de estudio.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes: Internacional y nacional

2.1.1 A nivel Internacional

- ANASTACIO QUIÑONEZ Karen Alejandra (2019). En su investigación titulada “Adherencia al tratamiento farmacológico de tuberculosis en pacientes adultos”. Este estudio tuvo como objetivo determinar la adherencia terapéutica y factores de riesgos que influyen en el tratamiento farmacológico de tuberculosis en pacientes adultos. Fue un estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo y longitudinal, conformado por siete pacientes con tuberculosis pulmonar, que recibían medicación. Se identificó en primer lugar que la administración de medicamentos es supervisada irregularmente por el personal de salud encargado. Concluyendo que la estrategia de tratamiento directamente observado (DOTS), era infringida debido a que se entregaba los medicamentos al paciente para que sea administrado en sus viviendas. (10)
- BACILIO GONZÁLEZ Sheyla Claribel, ROMERO RODRÍGUEZ Yardel René (2019). Estudio la tesis “Adherencia al Tratamiento de Tuberculosis en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Santa Elena”. Tuvo como principal objetivo evaluar la adherencia terapéutica de pacientes al tratamiento antituberculoso en el Centro de Salud de Santa Elena. Fue un estudio con enfoque cuantitativo, transversal y su muestra estuvo compuesta por 30 pacientes. Obteniendo como resultado que los afectados tienen carencia de conocimientos ya que el 62% desconoce las reacciones adversas de los medicamentos; se determinó los factores asociados que influyen al abandono del tratamiento, el 75% manifestaron efectos adversos al tratamiento, el 87% se han sentido deprimidos por padecer la patología, el 25% no tiene apoyo familiar, el 87% considera que la localización del

establecimiento es lejos a su vivienda y el 25% que el personal de salud no es abierto a sus inquietudes por su enfermedad. Por eso se concluyó que no existe buena adherencia terapéutica de los pacientes. (11)

- MONSALVE MARTÍNEZ Catherin, HERRERA RÍOS Lina, ROCIO SUAREZ Urieles (2018). Realizaron un estudio titulado “Prueba Piloto de la Percepción de la Calidad en el cuidado de Enfermería por parte de los pacientes en el Servicio de Hospitalización”. Su objetivo fue determinar la percepción de la calidad del cuidado de enfermería por parte de los pacientes del servicio de hospitalización de una Institución de salud de segundo nivel en Floridablanca durante segundo semestre del año 2018. Siendo un estudio de tipo transversal cuantitativo, contó con una muestra de 30 pacientes hospitalizados. Dentro de los resultados se destacó que un 90% de los pacientes reciben una adecuada atención, en respuesta a la pregunta del trato amable hacia los pacientes como resultado más favorable. Como resultado desfavorable, se resaltaron los ítems sobre la importancia que le daba el personal de enfermería al estado de ánimo del paciente, “nunca” con un 23%. Se concluyó que de acuerdo a lo resultados obtenidos por Torres & Buitrago, comenta que en menor percepción la pregunta de si la enfermera tiene tiempo para sentarse y dialogar con ellos con un 17%; lo que demuestra que las enfermeras al igual que en nuestros resultados no reflejan interés en preguntar al paciente como se siente en el momento y entablar una conversación. Como aspectos por mejorar, se resaltaron los ítems sobre la importancia que le daba el personal de enfermería al estado de ánimo del paciente, explicar el procedimiento antes de realizarlo, siendo un deber de enfermería. (12)
- CAMPIÑO VALDERRAMA Sandra Milena, DUQUE Paula Andrea, CARDOZO Víctor Hugo (2016). En su trabajo de investigación titulado “Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado brindado por

estudiantes de enfermería” (Colombia). Su objetivo fue describir la percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado brindado por estudiantes de enfermería, dicho estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 356 pacientes que estuvieron al cuidado de los estudiantes de enfermería. Obteniéndose como resultado que los pacientes manifestaron que “siempre se percibe un cuidado humanizado”, en las preguntas relacionadas con instrucciones sobre el autocuidado, identificación de necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual se obtuvieron puntajes bajos. Concluyéndose que es necesario abordar el tema del cuidado humanizado como fenómeno de interés de la disciplina al identificar fortalezas y debilidades con estudios de pertinencia en torno al cuidado. (13)

- PORTILLO ROMÁN Gabriela (2017). En su investigación titulada “Adherencia al tratamiento de Tuberculosis en pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo”. Realizo el estudio con el fin de determinar la adherencia al tratamiento de tuberculosis en pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo durante el año 2017. Siendo un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, contó con 46 pacientes registrados dentro del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Obteniendo como resultados que la adherencia al tratamiento según las respuestas del test de Morisky-Green-Levine, muestra en un 71,73%(33/46) adherente, en las cuales, la adherencia al tratamiento con la edad se pudo apreciar, que dentro de la región se encontró mayor adherencia en población adulta ≥ 40 años en un 27,27%, que predominan más en el sexo masculino en un 63,64%, con estado civil soltero en un 51,52%, procedentes de la zona rural en un 69,70%. Teniendo como conclusión que se encontró mayor adherencia al tratamiento en población adulta, predominando el sexo masculino y el mayor porcentaje correspondió a pacientes procedentes de zona rural. (14)

- GONZÁLEZ HERNÁNDEZ Oscar Javier (2014). Realizó una Validez y Confiabilidad del Instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE Clinicountry 3ª Versión”. El objetivo del presente estudio metodológico fue determinar la validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión”. Se aplicaron mediciones de validez de contenido por grupo de expertos, validez constructo por primera vez para el instrumento a través de un análisis factorial exploratorio y confiabilidad mediante la valoración de la consistencia interna con el Alfa de Cronbach. Tuvo como muestra 320 pacientes hospitalizados. Dentro de los principales resultados se obtuvo un índice de acuerdo de 0,92 y un índice de validez de contenido de 0,98 por el grupo de expertos. En el análisis factorial con base en la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin para medición de adecuación de la muestra (KMO, por sus siglas en inglés), se obtuvo un valor de 0,956 y en la prueba de esfericidad de Bartlett uno de 0.0, indicadores que permitieron calcular las cargas factoriales y así determinar estadísticamente el constructo del instrumento que llevó a definir teóricamente tres dimensiones a saber: cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente y disposición para la atención. De los participantes en la aplicación del instrumento dentro de la Clínica Centro Policlínico del Olaya S.A., el 87% consideraron que siempre percibieron una relación de cuidado humanizado por parte del personal de enfermería. A través de este estudio, se aportó una 3ª versión del instrumento PCHE creado por Rivera y Triana en el año 2003 y adaptado por Rivera, Triana y Espitia en 2010, y sus pruebas psicométricas permiten afirmar que esta versión es válida y confiable para su aplicación en ámbitos hospitalarios. (15)

2.1.2 A nivel Nacional

- MIJA BURGA Sandra del Rocío (2019). En su trabajo titulado “Cuidado Humanizado del Profesional de Enfermería desde la perspectiva del paciente del Centro de Hemodiálisis Nefro Care Lambayeque, 2019”. Tuvo como objetivo determinar la perspectiva del paciente respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería del Centro de Hemodiálisis Nefro Care, 2019. Fue un estudio de tipo descriptivo, transversal. Teniendo como muestra 70 pacientes. Se utilizó el instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizados en Enfermería (PCHE). Clinicountry – 3ª versión”. Como resultado del estudio se obtuvo que la perspectiva de los pacientes con respecto al cuidado humanizado del profesional de enfermería del Centro de Hemodiálisis Nefro Care 2019, perciben un 91.4% de forma excelente; siendo la mayoría. (16)
- RAMOS SOTO Gladys Josselyn (2019). Estudio la tesis “Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de Enfermería en el Servicio de Cirugía Hospital Ilo MINSa II-1 2019”. Teniendo como propósito determinar la percepción del paciente en cuanto al cuidado que brinda la enfermera. Fue un trabajo tipo no experimental, prospectivo y con diseño transversal, su población estuvo conformada por 60 pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía. Concluyendo que 53.33% nunca, seguido de algunas veces con 33.33% se brindó cuidado humanizado en el servicio de cirugía; la dimensión de apertura del quehacer de enfermería se brindó algunas veces un 53.33%, seguido de casi siempre un 20%; en la dimensión apertura de la comunicación algunas veces un 50%, seguido de nunca un 31.67% y en la dimensión disposición para la atención nunca un 53.33%, seguido de algunas veces un 33.33%. (17)

- FLORES CELEDONIO, Juan Enrique (2019). Realizó un estudio titulado “Percepción sobre calidad de cuidados de enfermería y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis del hospital san juan bautista, Huaral 2019”. Tuvo como objetivo determinar la percepción del paciente con tuberculosis sobre calidad de cuidados de enfermería y Adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis del Hospital San Juan Bautista, Huaral 2019. Fue un estudio de tipo descriptivo, enfoque cuantitativo y corte transversal. Su población estuvo conformada por 39 pacientes con tuberculosis. Obteniendo los resultados siguientes; el 41% (16) tienen una percepción desfavorable en la calidad de cuidados de enfermería, el 35.9% (14) tienen una percepción medianamente favorable y el 23.1% (9) tienen una percepción favorable y la adherencia al tratamiento el 59% (23) tiene una adherencia adecuada al tratamiento y el 41% (16) tiene una adherencia inadecuada, llegando a la conclusión de que la percepción del paciente con tuberculosis sobre la calidad de cuidado de enfermería es desfavorable y adherencia al tratamiento es adecuada en el Hospital San Juan Bautista. (18)
- CUSI TOMAIRO, Janet y SERAS PALOMINO, Elizabet (2018). Realizaron una investigación titulada “Calidad de atención y nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar, Hospital Regional de Ayacucho”. Su principal objetivo fue establecer la relación entre calidad de atención y el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar. Dicho estudio fue descriptivo, correlacional, diseño no experimental de corte transversal. Su muestra fue censal, teniendo 33 pacientes con Tuberculosis pulmonar, siendo total de su población. Los resultados mostraron una relación directa fuerte entre calidad de atención y adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2018. Teniendo como conclusiones que existe relación directa moderada entre atención de calidad en su dimensión interpersonal y nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar, hay relación directa fuerte

entre atención de calidad en su dimensión técnica y nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar; relación directa moderada con atención de calidad en su dimensión entorno y nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar. (19)

- JESÚS JAMANCA Mayra Jessenia (2018). Realizó un estudio titulado “Cuidados de enfermería y adherencia al tratamiento de pacientes de 20-55 años con tuberculosis pulmonar. Centro de Salud Carlos Protzel 2018”. La cual tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre los cuidados de enfermería y adherencia al tratamiento de pacientes de 20- 55 años con tuberculosis pulmonar del centro de Salud Carlos Protzel 2018. Fue una investigación de tipo cuantitativa, método descriptivo, correlacional. Que contó con 30 pacientes, teniendo como resultados que el 53.33% percibe como regular el cuidado de enfermería y el 66.67% presenta una adherencia media al tratamiento. Por lo que se obtuvo como conclusión que existe una relación significativa entre los cuidados de enfermería y adherencia al tratamiento. (20)
- QUISPE PEREZ, Grecia Isabel (2017). Realizó el estudio titulado “Adherencia terapéutica y factores condicionantes en su cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Microred La Palma, Ica diciembre 2017” Su objetivo fue determinar la adherencia terapéutica y factores condicionantes en su cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Microred La Palma, Ica diciembre 2017. El estudio fue de tipo descriptivo, diseño no experimental, transversal y cuantitativo. Teniendo como población-muestra 52 pacientes en la Microred La Palma. Cuyos resultados fueron: Respecto a la primera variable: Adherencia terapéutica según test de Morisky-Green-Levine de los pacientes con tuberculosis pulmonar baja en 58%(30) y alta en 42%(22). En la variable factores condicionantes en su cumplimiento son significativos en las dimensiones relacionados con el tratamiento 62%(32), con la enfermedad 69%(36), con el sistema de asistencia sanitaria 58%(30) y

relacionados con el paciente en 69%(36) y poco significativos relacionados con el tratamiento 38%(20), con la enfermedad 31%(16), con el sistema de asistencia sanitaria 42%(22) y relacionados con el paciente en 31%(16). Conclusiones: La adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis pulmonar según la aplicación del Test de Morisky-Green-Levine es baja por lo tanto se acepta la hipótesis planteada. Los factores condicionantes de cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar relacionados con el tratamiento, la enfermedad, el sistema de asistencia sanitaria y el paciente son significativos rechazándose la hipótesis planteada. (21)

- PUELLES GARCIA, Yesenia Lizeth (2016). Estudio la investigación “Percepción del paciente con tuberculosis sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería de la Estrategia Sanitaria Nacional de prevención y control de tuberculosis de los Centros de Salud de la Micro Red I Lima Ciudad – 2016”. Cuyo objetivo fue determinar la percepción del paciente con tuberculosis sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis de los Centros de Salud de la Micro Red I Lima Ciudad. Siendo un estudio con enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo, estuvo integrada por 173 pacientes. De los cuales se obtuvo como resultados que el 51%(89) de los pacientes con Tuberculosis tienen una percepción sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería de medianamente favorable, el 29% (50) una percepción favorable y el 20% (34) una percepción desfavorable. En la dimensión interpersonal, el 82% (141) presentan una percepción medianamente favorable referido a que “raras veces” la enfermera la saluda cordialmente y con respeto cuando llega a la consulta así también establece una relación de confianza con el paciente y el 18% (32) una percepción desfavorable. En la dimensión técnica, el 54% (94) tiene una percepción medianamente favorable, referido a “raras veces” le incomoda que la enfermera utilice un lenguaje poco comprensible sobre los cuidados a tener en el hogar, así como la enfermera evalúa mensualmente su peso, el 27% (46)

una percepción favorable, y el 19% (33) una percepción desfavorable. En la dimensión entorno, el 54% (94) presenta una percepción medianamente favorable, referido a “raras 7 veces” el ambiente donde recibe su tratamiento le resulta incómodo además de que le satisface el lugar donde recibe su tratamiento porque se encuentra limpio, el 37%(63) una percepción favorable, y el 9% (16) una percepción desfavorable. Teniendo como conclusión que existe un mayor porcentaje de pacientes con tuberculosis que presentan una percepción medianamente favorable sobre la calidad de atención. (22)

- QUISPE PAUYAC, Anne Liliana (2016). Realizó un estudio de “Percepción sobre calidad de atención de la enfermera y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis (Chincha - Perú)”, con el objetivo determinar la percepción sobre calidad de atención de la enfermera y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosos del hospital “Rene Toche Groppo ESSALUD” Chincha. Fue un estudio con enfoque cuantitativo, método descriptivo, corte transversal, la muestra estuvo conformada por 25 pacientes diagnosticados con tuberculosis y registrados en la ESPCT; en la percepción de los pacientes con tratamiento se tiene que el 76% tienen una percepción medianamente favorable, el 4% tiene una percepción desfavorable y el 20% tienen una percepción favorable; en la adherencia al tratamiento se tiene que el 68% tiene una adherencia adecuada al cumplimiento del tratamiento y el 32% muestran una adherencia inadecuada. Su principal conclusión en relación a percepción sobre calidad de atención de la enfermera y la adherencia al tratamiento de pacientes con tratamiento antituberculoso en el hospital “Rene Toche Groppo Essalud”, muestran una percepción sobre calidad medianamente favorable y su adherencia hacia el tratamiento es adecuada, por lo que se aceptó la hipótesis planteada. (23)
- HUACCHO TRAVEZAÑO, Cindy Beatriz (2019). Se realizó el estudio “Percepción de usuarios respecto al cuidado Humanizado del Enfermero(a) –

Emergencia clínica Padre Luis Tezza – Diciembre 2017- Enero 2018” (Lima - Perú), cuyo objetivo fue determinar la percepción de Usuarios respecto al cuidado humanizado que brinda la Enfermera (o) del Servicio de Emergencia de la Clínica Padre Luis Tezza, Surco Lima Diciembre 2017–Enero 2018. Fue enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, corte transversal. la muestra estuvo conformada por 314 usuarios obtenido por la fórmula muestral de población finita. Teniendo como resultados que la percepción de Usuarios respecto al cuidado humanizado que brinda la Enfermera (o) del Servicio de Emergencia se tuvo como resultado que el 66.4%(209) usuarios siempre perciben el cuidado humanizado que brinda la enfermera, el 14.7%(7) casi siempre perciben el cuidado humanizado seguidamente el 10,6%(33) a veces perciben el cuidado humanizado y por último se registraron 8% (25) usuarios nunca perciben el cuidado humanizado que brinda la enfermera durante la atención. Obteniendo como conclusión que el mayor porcentaje de los usuarios que se atienden en el servicio de emergencia siempre perciben el cuidado humanizado y el menor porcentaje nunca perciben el cuidado humanizado que brinda el enfermero durante la atención. (24)

- GUERRERO RAMÍREZ Rosa, MENESES LA RIVA Mónica, DE LA CRUZ RUIZ María (2015). Con la investigación titulada “Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015” Tuvo como objetivo determinar el Cuidado Humanizado que brinda el profesional de Enfermería según la Teoría de Jean Watson, Servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población total tuvo 46 profesionales de Enfermería que laboran en los Servicios de Medicina. Siendo sus resultados, que el Cuidado Humano que ofrecen los enfermeros es regular en 52%, mientras que el 26%, es alto. Según las dimensiones: Satisfacción de necesidades: el cuidado humano del 59% que ofrece es regular, mientras que el 30% es alto; Habilidades técnicas de enfermería: el cuidado humano es regular 91%, y el nivel bajo 9%. Autocuidado de la profesional en

cuidado humano es regular 57%, mientras 24% es bajo. Aspectos éticos del cuidado el 65% tiene cuidado humano regular y el 13% bajo. Relación enfermera- paciente el 65% en cuidado humano regular, y el 20% Alto. Aspectos espirituales en un 87% en cuidado humano de regular, un 4% bajo. Obteniendo como conclusión que el cuidado humanizado es regular, siendo necesario implementar estrategias, planes de mejoras y capacitación continua con la finalidad de sensibilizar al personal de enfermería con el buen trato al paciente desde un abordaje basado en valores humanos. (25)

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Teoría del Cuidado Humano

Jean Watson en su teoría del cuidado humano de corte existencialista, humanista e influenciada con la teoría de alteridad levinasiana, reúne componentes fundamentales del cuidado, con base filosófica, moral y ética en la práctica de enfermería. El cuidado humano se desarrolla a través de la relación interpersonal, transpersonal e intersubjetiva, situada en una esfera cósmica. (8) La base de la teoría del cuidado humano se presenta en los siguientes diez factores de cuidados o procesos caritas, principios universales que le dan lenguaje a la ciencia del cuidado humano.

1. Formación de un sistema humanístico-altruista de valores
2. Inculcación de la fe-esperanza
3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás
4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos
6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones

7. Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal
8. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual
9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas
10. Permisi3n de fuerzas existenciales-fenomenol3gicas

El cuidar es inherente del ser y el acto m3s primitivo que se realiza para efectivamente llegar a ser, es decir un ser en relaci3n a otro que lo solicita. Este llamado desde el otro, es la base fundadora del cuidado en general. y a la vez del cuidado que brinda el profesional de enfermer3a. Este cuidado es organizado y va dedicado a satisfacer las necesidades de la persona con el deseo de promover, mantener o recuperar lo que representa la salud. En ese mismo contexto, se sabe que todo cuidado responde a una necesidad, el cuidado de enfermer3a tiene objetivos espec3ficos, se sustenta en un contexto epistemol3gico y en un proceso de atenci3n, se formaliza y desarrolla haciendo uso de las t3cnicas y m3todos adquiridos en la formaci3n profesional. Esta teor3a es relevante para la investigaci3n, debido a que la visi3n del cuidado humano, es crear una interacci3n entre el conocimiento y la pr3ctica, aportando a la profesi3n, ciencia basada en evidencia, en donde entiendan al ser humano como una entidad, un todo integrado y est3 determinada por sus relaciones y funcionamiento dentro de los sistemas. (8)

2.3 Conceptual

2.3.1 Percepci3n del cuidado humanizado

La percepci3n se presenta como la imagen mental que recibe el usuario a trav3s de los sentidos, con influencia de las experiencias ligadas a sus necesidades de salud, respecto al cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermer3a, determinado por m3ltiples factores personales, sociales, hist3ricos y culturales. (26)

En cuanto al cuidado humanizado de enfermería se destaca el involucramiento y en el compromiso para con el otro, en el sentido de minimizar sufrimientos, acoger las expectativas negativas, la situación problemática, la necesidad de salud a nivel individual y familiar para estructurar el proceso de cuidado. La humanización del cuidado rescata dicha dimensión fundamental para sostener la humanidad y recuperar su cuidado para nuestros sistemas, evolucionando de un paradigma de atención biomédica y fragmentada a un cuidado integral, ya que se debe concebir al ser humano como un todo, singular, dotado de cuerpo, mente, espíritu y sus relaciones sociales. (27)

A. Concepto de Cuidado Humanizado

El cuidado humanizado es único y particular, en el cual se produce una frecuente interacción entre la persona que recibe y la que brinda el cuidado, si bien los aspectos relacionados al problema de salud, los métodos de abordaje y técnicas son necesarias, la fortaleza del cuidado humano apunta a un sentido más integrador del quehacer centrado en el usuario, como también a la respuesta personal del cuidador frente a las intervenciones de cuidado, la cual necesita obtener mayor evidencia para entender las experiencias vividas, formando ciencia, con la finalidad de alcanzar la excelencia del cuidado que se brinda a los usuarios.(28)

Tejada de Rivero, en un artículo publicado por la Organización Panamericana de la Salud, da a conocer alguna distinción entre la atención y el cuidado. “La atención supone una relación vertical y asimétrica entre uno que activamente ofrece algo y otro que pasivamente lo recibe; él que atiende lo sabe todo y el atendido no sólo no sabe, sino que no debe saberlo, de allí podría partir el uso del término "paciente". Cuidado supone una relación horizontal y simétrica donde todos saben o deben saber algo, y todos tienen responsabilidades y deberes en cuanto la salud”. (29)

En dicha interacción, se desarrolla el crecimiento personal, las experiencias y vivencias en cada encuentro forman el vínculo, aumenta la sensibilidad y los conocimientos. Asimismo, las historias vividas ayudan generar el autoconocimiento, aunado a esto se producen situaciones de transformación, que podrían generar autosuficiencia para la toma de decisiones responsables en cuanto a la satisfacción de las necesidades; actuando con denuedo para elegir valores e ideas únicas sobre la base de su conocimiento y práctica. (30)

El cuidado humano es significativo y trascendente, para las personas que están inmersas en este acto. Por tanto, la reciprocidad es una condición que caracteriza el cuidar y es definida como un proceso de correspondencia e intercambio mutuo, el cuidado va y viene. (31) El cuidado humanizado es amplio, va desde la buena relación entre ambas partes y lo propio del cuidado del usuario. Es suplir las necesidades que tiene el ser humano, aquello que la persona precisa, trabajar en lo que aquella persona necesita, envuelve diversas dimensiones desde realizar actividades mínimas a complejas.

B. Dimensiones del Cuidado

B.1 Cualidades del cuidado humano

La praxis nos lleva a evidenciar aptitudes y valores que caracterizan a la enfermera que brinda el cuidado humanizado, entre los más resaltantes el trato humano, la bondad, la amabilidad y la compasión que se generan dentro de un contexto de una relación auténtica de cuidado; así como la confianza y el respeto que favorecen el vínculo entre la enfermera y el usuario. (31,17)

a. Valores humanista- altruistas

“La Formación humanista-altruista en un sistema de valores”. Este factor se define como la satisfacción a través de la cual se puede

dar una expansión del sentido de uno mismo. (32) El mantenimiento de los valores humanistas- altruista a través de la práctica de la bondad, la compasión y la ecuanimidad con uno mismo y con otros en el contexto de un cuidado consciente. (33) Watson asume que la práctica profesional requiere que la enfermera se desarrolle en temas relacionados a lo moral, independientemente de la formación personal que hayan adquirido anteriormente y que puede estar ligada a su contexto socio-cultural, eso no representa que albergue su formación dentro de un sistema fijo. Siendo importante hacer una reflexión personal del desarrollo moral, para entender los sistemas morales de los usuarios. La observación interna debe ser una práctica cotidiana de la enfermera, dependiendo sus creencias, hábitos o culturas pueden optar por la oración, meditación y reflexión dependiendo sus costumbres, así como practicar algún arte de su preferencia que le permita expresar sus sentimientos y el desarrollo de la creatividad e imaginación ampliando sus potencialidades como ser humano. El sistema de valores debe complementarse con el conocimiento científico que guíe el accionar de la enfermera, ya que por sí solos no contribuyen a la relación con otros.(8)

Watson hace énfasis en la formación en ciencias humanas, para que las enfermeras cuenten con herramientas que permitan comprender las dinámicas culturales, sociales y psicológicas de las personas debido a que cuidamos seres humanos diferentes únicos y nuestro cuidado amoroso requiere de un desarrollo moral y del conocimiento. (8)

b. Relación de ayuda- confianza

El desarrollo de una relación de ayuda y confianza es decisivo para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y

acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. (31) Para una relación se hace indispensable la sensibilidad, la apertura, el altruismo y la congruencia. Watson considera que para evitar la incongruencia se deben evitar optar por roles estereotipados, ni emitir discursos programados; la enfermera debe ser capaz de reconocer las dificultades que se presentan en la relación con otros; y que, si bien las experiencias que otorgan los pacientes son vitales, también lo son las propias experiencias. Este es un proceso de autoaprendizaje. La relación de cuidado está basada en la creencia que el ser para el cuidado es único, es personal y es capaz de ejercer su libertad y su autonomía, en mayor o menor grado. (8)

B.2 Relación Terapéutica

Los cuidados se desarrollan a través de la relación terapéutica, que se define como un acuerdo intersubjetivo en la que a través del discurso que se determina entre la enfermera y el usuario se va construyendo y reconstruyendo el binomio salud – enfermedad. Es considerado como un proceso, método o instrumento, por el cual son transmitidos los significados entre las personas que interactúan y comprensión mutua favoreciendo la enseñanza - aprendizaje transpersonal a través del dialogo y el consenso logrando modificar conductas y una relación profesional entre la enfermera y el usuario. (34)

En sector salud, específicamente donde se brindan los servicios directos al usuario, se originan problemas debido a una mala comunicación generando insatisfacción en la población usuaria. Existe un grupo considerable de personas que presentan una inadecuada adherencia al tratamiento debido a múltiples dificultades como, por ejemplo, en la

comunicación con el personal responsable, otro factor que influye en la adherencia es el desconocimiento acerca del proceso de la enfermedad poniendo en riesgo la detección y el tratamiento oportuno. Además, un déficit en la comunicación lleva a una comprensión errónea del plan de cuidados del usuario, por lo que podría existir una pérdida en el seguimiento del tratamiento. Se hace necesario mencionar que la relación entre la enfermera y el usuario favorece y afianza la adopción de medidas y estrategias de prevención en el usuario, bajo una relación horizontal donde el usuario tome decisiones pertinentes respecto a su salud en base a los conocimientos transmitidos por el profesional con el que mantiene una adecuada relación terapéutica. La enfermera debe poseer competencias con conocimientos científicos y habilidades sociales para establecer una óptima relación terapéutica. Si no están clara las habilidades de comunicación y en la relación terapéutica podemos caer en síndrome de burnout y carecer de empatía con nuestros usuarios; por eso la comunicación interpersonal se debe priorizar en la profesión enfermera. (34)

a. Promoción de la enseñanza – aprendizaje transpersonal

Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido tratando de mantenerse en el marco referencial del otro. Este factor del cuidado permite al usuario conocer e intervenir en las acciones que corresponden a su estado de salud, tomando decisiones responsables al respecto. La educación para la salud es una función inherente a la práctica de enfermería, Watson sostiene que la educación para la salud debe establecer una relación intersubjetiva que otorgue educación personalizada y dirigida al logro de comportamientos y conductas positivas, se deben aplicar constantemente nuevos paradigmas ya que la educación es un proceso de cambio permanente. La

práctica del cuidado se brinda en base a necesidades identificadas en los usuarios, debe ser un plan de cuidados individualizados, de acuerdo a su idiosincrasia y en el contexto cultural de su comunidad. No se debe generalizar a los usuarios, cada ser humano es único e irrepetible lo que brinda un espacio para nutrirnos de cada uno de ellos y así generar ciencia. Según Rogers, la enseñanza es un proceso complejo, donde se deben tener ciertas habilidades para lograr los objetivos planteados, es necesario considerar algunas teorías vinculadas al tema. (8)

b. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones.

La labor de la enfermera posee una amplia demanda, dentro del sector salud, debido a la multiplicidad de funciones que realizan en diversas áreas. La sistematización de procesos que desempeña enfermería va vinculado a la labor investigativa y de desarrollo de nuevos conocimientos y marco teórico de referencia que guían el accionar. Watson considera que el proceso de atención de enfermería – PAE es un método de resolución de problemas para tomar decisiones en aquellas situaciones donde se necesita de cuidados. Es preciso indicar, que el trabajo rutinario puede llevar a los profesionales de enfermería a no visualizar la problemática con las necesidades que se presentan en el día a día, consecuentemente, se pondría en riesgo la innovación con producción de evidencia científica que es lo que diferencia a un profesional de un técnico. El profesionalismo de la enfermera merece ser reconocido por la sociedad, aquella labor que desempeñan a diario, deja en evidencia la labor de estos auténticos profesionales, pero esto va depender de la formación y la manera de como se hace visible en la práctica; es imprescindible

delimitar el campo de trabajo de enfermería para fortalecer el desarrollo creativo y la autonomía de la profesión. Watson refiere que para brindar cuidados efectivos es necesario cambiar de imagen, poseer autoconfianza y ejercer autonomía, esto se hace real, a través de la investigación, el aprendizaje continuo, apertura a nuevas estrategias de cuidados, establecer correcciones a teorías existentes y elaborar nuevas; es decir, desarrollar un marco de conocimientos sobre el cuidado de enfermería. (8)

C.2 Disposición para el Cuidado Humano

Disposición y dedicación para brindar el cuidado donde la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del usuario. Así mismo identifica y asiste las necesidades básicas del ser humano en su integralidad.

a. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas

Un cuidado consciente toca el espíritu de las personas y honra la unidad del ser, permitiendo a la espiritualidad emerger. Las necesidades humanas se encuentran estratificadas en niveles; en el primer nivel, son las necesidades de supervivencia o necesidades biofísicas (nutrición, eliminación y ventilación). En el segundo, están las necesidades funcionales o psicofísicas como reposo- actividad, y las sexuales. En el tercero, las necesidades integrativas o necesidades psicosociales, de pertenencia y logros. En el nivel más elevado se ubican las necesidades intra/interpersonales; la necesidad de realización de sí mismo, que busca el crecimiento personal. Watson advierte que los factores socioculturales afectan a todas las necesidades del ser humano. El brindar cuidado humano está destinado a satisfacción de

necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, con un enfoque integrativo y holístico, porque abarca diferentes estratos de necesidades. (8)

b. Expresión de sentimientos

El aceptar la expresión de sentimientos “positivos” y “negativos”, hace referencia a que las emociones son como "una ventana por la cual se visualiza el alma", que merecen ser comprendidas como únicas. La enfermera se convierte en la principal cuidadora, formadora de vínculo, que será la receptora de los sentimientos del usuario a través de la escucha activa y dialogo sin emitir juicios ante diferentes situaciones que se presenten sobre todo lo que se relaciona a sentimientos (como la ansiedad, estrés, confusión, temor y etc.) que pueden alterar la comprensión y la conducta. (8)

2.3.2 Adherencia Terapéutica en usuarios del Programa de Control de la Tuberculosis

A. Adherencia

La Organización Mundial de la Salud en el 2001, define adherencia como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas”, considerando una actitud pasiva del paciente. (35) De acuerdo a la fusión de las definiciones de Haynes y Rand, la adherencia es considerada como el grado en que el comportamiento de una persona corresponde a las recomendaciones brindadas por el personal de salud, y no sólo con la toma de medicamentos, sino también en el régimen alimentario, la modificación de estilos de vida, etc., donde los usuarios son socios activos con el personal de salud para potenciar el cuidado de su salud, en ese contexto una adecuada comunicación es un requisito esencial. (36)

Para lograr adherencia al tratamiento se requiere de la participación activa del usuario, su familia, el acompañante y su núcleo social, así como de la responsabilidad del profesional de la salud, que facilita la toma de decisiones compartidas, en donde no sólo el beneficio es la administración de fármacos, sino también el cumplimiento de sus controles de salud integral, como también la realización de exámenes auxiliares, la modificación de los estilos de vida, y evitar conductas de riesgo, etc. (37)

B. No adherencia

La no adherencia es el déficit de cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, ya sea de forma consciente o inconsciente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un “problema mundial de gran magnitud”, debido a que las tasas de adherencia a la medicación continúan siendo bajas, no se han observado cambios significativos a través del tiempo, pese a que la medicina ha avanzado en las últimas décadas. (38)

Los efectos de la no adherencia terapéutica repercuten en aspectos clínicos, psicosociales y económicos de las personas que requieren tratamientos prolongados. (37) Partiendo del hecho que la no adherencia repercute en diversas áreas de la vida de la persona, así como, las causas que son multifactoriales, se debe abordar esta problemática partiendo desde un enfoque transversal e integral.

B.1 Tipos de no adherencia

a. La no adherencia imprevisible

Es el modo más habitual y reconocido por el personal de salud y pacientes. Son dosis perdidas por olvido, por estilos de vida complicados, haciendo difícil establecer el hábito de un nuevo

régimen, quiénes la presentan entienden el significado de una adecuada adherencia al tratamiento y les gustaría seguir las indicaciones, pero no lo hacen por la diversidad de su vida interfiriendo con la adherencia. No se debe excluir a aquellas personas que son adherentes cuando se encuentran con la sintomatología activa y que hacen todo lo contrario cuando estos disminuyen o desaparecen. (35)

b. La no adherencia involuntaria

Con frecuencia, esta situación es provocada por la inadecuada comunicación entre el profesional de la salud y el usuario, ya que el usuario al no comprender la indicación del profesional, tergiversa las pautas brindadas o no las acata. Sin embargo, este riesgo disminuye si el usuario le tiene confianza al profesional ya que puede consultar sus dudas generadas, respecto al tratamiento y de esa forma puede retener la información adecuadamente. (35)

c. La no adherencia razonada o inteligente

Muchas veces los usuarios modifican a propósito, interrumpen o no inician su tratamiento. Esta determinación refleja una decisión razonada, ya que dejan su tratamiento debido a que los síntomas disminuyeron, por el sabor del medicamento, por las reacciones adversas, por la duración del mismo, etc.

La no adherencia imprevisible representa una decisión inconsciente, la razonada es un acto intencional y la involuntaria es una mezcla de ambas. A los comportamientos inconscientes se les puede dar solución con avisos o ejercicios de ayuda, la resolución para la no adherencia consciente, debe ajustarse a cada persona. (35)

De acuerdo a esto, podemos considerar a la adherencia como el grado de cumplimiento en relación con la administración de tratamiento prescrito en el horario y dosis establecida, con la asistencia a los controles con los profesionales de la salud (médico, nutricionista, trabajador social, enfermera), el acatamiento a las indicaciones realizadas por el personal de salud con respecto a los exámenes de laboratorio, pruebas de control, etc.

C. La Tuberculosis

C.1 Definición

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa producida por el *Mycobacterium tuberculosis*, bacilo del género *Mycobacterium*, formando el denominado Complejo M. Tuberculosis junto con el *M. bovis*, el *M. africanum* y el *M. microti*, cualquiera de ellos puede producir la enfermedad, sin embargo, en nuestro país se hace más frecuente, la producida por el *M. tuberculosis*, el cual es un microorganismo muy resistente al frío, desecación y a la congelación y muy sensible al calor, luz ultravioleta y luz solar, tiene ciertas características especiales en su desarrollo que le confieren grandes diferencias con las bacterias habituales.(39)

C.2 Método de Transmisión

Al ser una enfermedad infecciosa causada por un microorganismo, para poder transmitirla a otros individuos es indispensable que el agente causal entre en contacto con la población susceptible a enfermar, esto se presenta en la cadena epidemiológica, constituida por el agente causal, reservorio, fuente de infección, mecanismo de transmisión y huésped susceptible. (39)

C.3 Síntomas

La infección por *Mycobacterium tuberculosis* es asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria. Sin embargo, los síntomas de la tuberculosis pulmonar activan presenta, tos con flema por 15 días o más, a veces esputo sanguinolento, cansancio, dolor torácico, disminución del peso corporal, decaimiento, fiebre y sudoración nocturna. (40)

C.4 Diagnóstico

La tuberculosis se diagnostica por cualquiera de los siguientes tres criterios: Clínica (evaluación médica), radiológica y/o bacteriológica.

C.5 Tipos de tuberculosis según localización de la enfermedad

- a. **Caso de tuberculosis pulmonar:** Persona a quien se le diagnostica tuberculosis con compromiso del parénquima pulmonar con o sin confirmación bacteriológica (baciloscopía, cultivo o prueba molecular).
- b. **Caso de tuberculosis extra-pulmonar:** Persona a quien se le diagnostica tuberculosis en cualquier órgano que no sean los pulmones. El diagnóstico se evalúa con un cultivo, una prueba molecular positiva, evidencia histopatológica y/o evidencia clínica de la enfermedad extra-pulmonar activa. (40)

C.6 Tipos de tuberculosis según Prueba de Sensibilidad

- a. **Caso de tuberculosis pansensible:** Cuando se comprueba sensibilidad a todos los fármacos de primera línea (rifampicina,

isoniacida, pirazinamida y etambutol) por pruebas de sensibilidad convencional.

b. Caso de tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR):

Cuando se presenta resistencia simultánea a isoniacida y rifampicina por pruebas convencionales.

c. Caso de tuberculosis extensamente resistente (TB XDR):

Presencia de resistencia simultánea a isoniacida, rifampicina, una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea (kanamicina, capreomicina y/o amikacina), por prueba rápida molecular o convencional.

d. Otros casos de tuberculosis drogorresistente: Caso en el que se comprueba resistencia a medicamentos anti-tuberculosis sin cumplir criterio de TB MDR. Estos pueden ser:

- **Tuberculosis monorresistente:** Suceso en el que a través de una Prueba de Sensibilidad (PS) convencional, se comprueba resistencia a un solo medicamento anti-tuberculosis.
- **Tuberculosis polirresistente:** Cuando se demuestra, con una una PS convencional, resistencia a más de un medicamento antituberculoso sin cumplir el criterio de TB MDR.(40)

D. Tratamiento Farmacológico

La administración del esquema de tratamiento anti-TB es responsabilidad del personal de enfermería, el horario de la atención ambulatoria es de lunes a sábado, incluido feriados, por lo que la administración de tratamiento debe ser

directamente supervisado en boca, una hora antes o después de haber ingerido los alimentos. (40)

El cumplimiento total de las dosis programadas se debe asegurar, en la primera fase de Tuberculosis sensible se debe administrar 50 dosis, de forma diaria (de lunes a sábado) por 2 meses y en la segunda fase se administra 54 dosis, tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado) por 4 meses, si el usuario no acude a recibir la dosis correspondiente, el personal del establecimiento de salud debe asegurar su administración dentro de las 24 horas siguientes, para lo cual debe realizar una visita domiciliaria y continuar con el esquema establecido. En los días feriados, el profesional de enfermería, implementa estrategias dentro del establecimiento, para evitar la suspensión del mismo. (40)

El esquema de tratamiento inicial debe ser corroborado o reformado dentro de los 30 días calendario de iniciado, de acuerdo a los resultados de las Prueba de Sensibilidad rápidas a isoniacida y rifampicina. Todo paciente diagnosticado con tuberculosis debe recibir orientación, consejería y firmar el consentimiento informado antes del inicio del tratamiento. Este inicio debe ser dentro de las 24 horas posteriores al diagnóstico y el procedimiento comprende los siguientes pasos: (40)

- Realizar la consulta médica y evaluación de factores de riesgo para tuberculosis resistente.
- Supervisar que la muestra de esputo para Prueba de Sensibilidad rápida (en TB pulmonar) esté en proceso.
- Conseguir el consentimiento informado.
- Solicitar la batería de exámenes auxiliares basales.
- Realizar entrevista de enfermería.

- Registrar el caso en el libro de seguimiento de pacientes que reciben medicamentos de primera línea e inicio del registro de la Tarjeta de Control de Tratamiento con Medicamentos de Primera Línea. (40)

a. Irregularidad al tratamiento en esquema sensible

Comprende la no ingesta de 3 dosis programadas continuas o alternadas, durante la primera fase del tratamiento o de 5 dosis continuas o alternas durante todo el tratamiento. (40)

b. Abandono al tratamiento en esquema sensible

El abandono es cuando un paciente inicia el tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más, aquí también se incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa. (40)

En la actualidad los abandonos son también llamados perdidos en el seguimiento del tratamiento.

c. Abandono recuperado

Paciente que no recibió su tratamiento por más de 30 días consecutivos, es dado de alta como abandono y es nuevamente captado por el establecimiento de salud para reiniciar su tratamiento desde la primera dosis. (40)

Las pérdidas en el seguimiento del tratamiento aumentan la probabilidad de la morbimortalidad, la resistencia a los medicamentos, es por ello que la intervención humanizada del profesional de enfermería en los Programas de Control de Tuberculosis es fundamental para el logro de la adherencia.

E. Monitoreo de la respuesta al tratamiento para TB sensible

El monitoreo del tratamiento mediante evaluaciones clínicas y exámenes auxiliares se detalla en la Cuadro N° 01, cuadro extraído de la Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis RM N° 715-2013/MINSA, NTS N° 104-MINSA/DGSP-V.01 (40)

E.1 Evaluaciones por profesionales de la Salud

Estos procesos y herramientas son utilizados por los profesionales de la salud de las diferentes especialidades, llevan a cabo una recopilación objetiva y subjetiva de datos relacionados al estado de salud del paciente mediante las entrevistas, la observación, y los hallazgos para la elaboración de la síntesis de los problemas que se presentan respecto a la salud y posteriormente la redacción de un plan de atención individualizado. (41)

Toda persona afectada por tuberculosis debe recibir atención integral en el establecimiento de salud, durante todo el tratamiento, lo cual incluye: atención por medicina, enfermería, nutrición, servicio social, psicología, salud sexual y reproductiva y exámenes auxiliares basales. (40)

La evaluación por medicina es realizada al inicio, al primer mes, segundo mes y al término del tratamiento, la evaluación por enfermería es mensual, sin embargo, el seguimiento y acompañamiento es diario, la evaluación por los demás profesionales (nutrición, servicio social, psicología, planificación familiar) son al inicio, cambio de fase y alta del tratamiento. (40)

E.2 Exámenes Complementarios

Estos posibilitan la precisión el diagnóstico clínico, su indicación e interpretación correcta permite reducir la incertidumbre diagnóstica en mayor o menor medida, permitiendo en algunos casos verificar la

hipótesis, aportan mayor seguridad a los usuarios y médicos en la toma de decisiones con respecto al tratamiento del demandante. (42)

a. Radiografía de Tórax

La radiografía de tórax se usa para ayudar a diagnosticar y monitorear la tuberculosis, si se presenta normal posee un alto valor predictivo negativo en sospecha de TBC pulmonar activa, aunque hay 1% de falsos negativos siendo mayor este porcentaje en pacientes seropositivos para VIH. (43) El control con radiografía debe ser al inicio, cambio de fase y alta del tratamiento, aunque dependiendo de la evaluación médica, éste puede solicitarla más veces, según la norma técnica.

b. Exámenes de Laboratorio

Son procedimientos que se realizan para examinar muestras como la orina, la sangre u otra sustancia del cuerpo, estos exámenes ayudan a determinar un diagnóstico, así como el control para conocer si el tratamiento está siendo efectivo en el organismo de la persona, asimismo, permite vigilar una enfermedad en las diferentes etapas. (44)

c. Peso

Permite la tasación del crecimiento, del desarrollo y el estado nutricional de una persona, se deben considerar factores individuales, por lo que no es un dato definitivo. Es un indicador de la masa que posee una persona. (45) La evaluación del peso a los usuarios del PCT se realiza de forma mensual.

d. Baciloscopía

Es la técnica fundamental para el diagnóstico de tuberculosis pulmonar, el que consiste en examinar la muestra de esputo con un microscopio, para identificar los bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR). (43)

El control de la baciloscopía se da de forma mensual y es obligatoria en todos los casos: Toda muestra de esputo cuya baciloscopía resulte positiva durante la segunda fase de tratamiento debe ser cultivada y el caso debe ser evaluado por el médico consultor, ante la eventualidad de un posible fracaso al tratamiento. (40)

A todo usuario que al finalizar la primera fase de tratamiento (segundo mes) presenta baciloscopía positiva se debe:

- Solicitar prueba de sensibilidad rápida a isoniacida y rifampicina por métodos moleculares o fenotípicos.
- Solicitar cultivo de esputo, si es positivo debe repetirse mensualmente.
- Prolongar la primera fase hasta que se disponga del resultado de la prueba de sensibilidad rápida.
- Referir al médico consultor con el resultado de la PS rápida para su evaluación respectiva. (40)

e. Cultivo

Es una prueba que se utiliza para identificar que el BAAR es M.tuberculosis, para detectar TB de muestras paucibacilares (por ejemplo: un resultado de BK de 1 a 9 BAAR), confirmar TB en muestras extrapulmonares y para poder realizar la prueba de sensibilidad de proporciones (por ejemplo: persona con factor de riesgo de tener TB MDR). (43)

En el cultivo lo que se realiza es hacer que micobacteria crezca en medios de cultivo, cuando el mycobacterium ha formado colonias se podrá identificar para saber si es M. tuberculosis u otro tipo de mycobacterium.(43)

Todo paciente al término de tratamiento debe tener una baciloscopía y cultivo de control. (40)

E.3 Evaluación de Contactos

La evaluación o control de contactos es una prioridad porque nos dará a conocer quiénes son las personas que han estado expuestas, y tienen mayor riesgo de infectarse y desarrollar la enfermedad. (Cuadro N°01) También se puede realizar, debido a que existe la posibilidad de encontrar el caso índice (caso inicial) entre ellos. Los contactos que se identifican son a nivel intradomiciliarios y extradomiciliarios.

El control de contactos se debe realizar tres veces (al inicio del tratamiento, al pasar a la segunda fase y al terminar el tratamiento. (43)

Para actuar en esta problemática el Ministerio de Salud ha establecido lineamientos y normas técnicas como lo son: la “Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis - 2013”, “Directiva Sanitaria para la intervención ante la presencia de un caso de tuberculosis en una Institución Educativa N°058 – 2017”, “modificatoria de la NT N° 104”, la “Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control de la Coinfección Tuberculosis y Virus de la Inmunodeficiencia Humana en el Perú”, "Plan de Emergencia para la Prevención y Control de la Tuberculosis en Lima Metropolitana y el Callao,

2015-2017", se aborda la importancia de la prevención y control de la tuberculosis con enfoque integral, con la finalidad de disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia y morbilidad por TB y sus repercusiones sociales y económicas.(4)

Cuadro N° 01: Monitoreo del tratamiento de la TB sensible

Procedimientos	Estudio basal	Meses de tratamiento					
		1	2	3	4	5	6
Hemograma completo	X	X					
Glicemia en ayunas	X						
Creatinina	X						
Perfil Hepático	X		X				
Prueba rápida de ELISA para VIH	X						
Prueba de embarazo (mujeres en edad fértil)	X						
Radiografía de tórax	X		X				X
Prueba de sensibilidad rápida a H y R	X						
Baciloscopía de esputo de control		X	X	X	X	X	X
Cultivo de esputo	X						X
Evaluación por enfermería	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación por médico tratante	X	X	X				X
Evaluación por servicio social	X		X				X
Evaluación por psicología	X		X				X
Consejería por nutrición	X		X				X
Control por planificación familiar	X		X				X
Control de peso	X	X	X	X	X	X	X

Fuente: Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis / Ministerio de Salud.

2.3.3 Rol de la Enfermera en el Programa de Control de la Tuberculosis

Los enfermeros y las enfermeras son considerados profesionales comprometidos, que poseen una relación directa con el usuario, llegando a conocer la historia sobre la enfermedad, así como la vida personal del usuario,

por ello pueden realizar una consejería real basada en la empatía. Ante la necesidad de algún recurso para poder satisfacer la necesidad del usuario, buscan soluciones y son agentes creativos. El vínculo de confianza favorece la valoración en todo el proceso del tratamiento. (46)

El profesional de enfermería de la ESPCT es parte del equipo multidisciplinario de salud y es el responsable de organizar el cuidado integral de la persona afectada por TB, su familia y la comunidad, para lo cual debe:

a. Organizar la búsqueda de casos

- Organizar, monitorear, registrar, y evaluar la detección de sintomáticos respiratorios, en coordinación permanente con los responsables de otros servicios del EESS.
- Garantizar el inicio oportuno del tratamiento, así como el envío y seguimiento de pruebas de sensibilidad.

b. Educar y brindar consejería al usuario antes de iniciar el tratamiento

- Educar al usuario con TB y a su familia sobre la enfermedad, transmisión y medidas de prevención, medicamentos que se le administrara, horarios y por cuánto tiempo; posibles efectos adversos, importancia de la adherencia al tratamiento y consecuencias de no tomar la medicación.
- Orientar y brindar interconsultas al afectado con TB al servicio de nutrición, psicología, servicio social y obstetricia.
- Realizar el censo de contactos y educar al usuario y familia sobre la importancia de su control.
- Realizar la visita domiciliaria al inicio del tratamiento y cada que se requiera.

c. Organizar la administración del tratamiento de la TB sensible

- Explicar al usuario las fases del tratamiento, medicamentos, duración, control bacteriológico, médico, no médico, radiológico y de laboratorio.
- Administrar el tratamiento anti-TB directamente observado.

d. Promover la adherencia al tratamiento y prevenir la irregularidad al tratamiento

- Identificar los factores de riesgo que podrían provocar, perdidos en el seguimiento del tratamiento.
- Establecer con el equipo multidisciplinario del EE.SS., estrategias a fin de garantizar la adherencia al tratamiento.
- Monitorear y registrar la condición de “Irregularidad al Tratamiento” en la tarjeta de administración de tratamiento.

e. Coordinar el seguimiento del tratamiento

- Organizar la historia clínica del usuario incluyendo todos los registros y formatos.
- Coordinar la obtención de muestras de esputo u otras para el seguimiento bacteriológico u otros exámenes auxiliares.
- Educar la importancia de la continuidad en la segunda fase del tratamiento.
- Realizar y registrar el peso mensual del usuario.

f. Organizar el estudio de contactos y la administración de terapia preventiva

- Organizar, registrar y controlar la evaluación de contactos y la administración de la terapia preventiva con isoniacida.

g. Organizar la derivación y transferencia

- El proceso de derivación y transferencia es responsabilidad del personal de enfermería de la ESPCT.

h. Organizar el sistema de registro e información y análisis de información

- Organizar y garantizar el llenado de los registros utilizados en el seguimiento de los casos de tuberculosis. (40)

2.4 Definición de términos básicos

- a) Tuberculosis:** es una enfermedad infecto contagiosa, producida por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*.
- b) Cuidado humanizado:** es la acción orientada a intervenir en el usuario de forma integral, en la familia y la comunidad, va desde la promoción y protección de la salud, como en el proceso de enfermedad y de rehabilitación, identificando al usuario como igual al que brinda el cuidado, respetando su dignidad, comprendiendo su necesidad de salud y cuidado.
- c) Adherencia:** es el grado, hasta el cual, los usuarios siguen, o cumplen, exactamente las indicaciones brindadas por el personal de salud.
- d) Tratamiento:** Es el conjunto de medios (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos u otros) cuya finalidad es la curación o alivio de las enfermedades o síntomas.

- e) **Enfermería:** Abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias.

- f) **Percepción:** Es la imagen mental que forma el usuario con ayuda de la experiencia y en base a sus necesidades.

- g) **Usuario:** persona que utiliza y elige los servicios de salud, es el eje alrededor del cual se organizan todas las prestaciones y actividades del sistema de salud.

III HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General

- Existe relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec.

3.1.2 Hipótesis Específicos

- Existe relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión cualidades de cuidado humano de enfermería y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec.
- Existe relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión relación terapéutica y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec.
- Existe relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión disposición para el cuidado humano y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec.

3.2 Definición conceptual de variables

3.2.1 Variable 1:

Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería:

Es la imagen mental que forma el usuario con ayuda de la experiencia y en base a sus necesidades, respecto al cuidado humanizado que brinda

enfermería, determinado por múltiples factores personales, sociales, históricos y culturales.

3.2.2 Variable 2:

Adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis:

La adherencia es el grado, hasta el cual, los usuarios siguen, o cumplen, exactamente las indicaciones brindadas por el personal de salud.

3.3 Operacionalización de la variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable 1: Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería.	Es la imagen mental que forma el usuario con ayuda de la experiencia y en base a sus necesidades, respecto al cuidado humanizado que brinda enfermería determinando por múltiples factores personales, sociales, históricos y culturales.	Cualidades de cuidado humano	Valores humanista-altruistas	Ordinal
			Relación de ayuda-confianza	Ordinal
		Relación terapéutica	Promoción de la enseñanza – aprendizaje transpersonal	Ordinal
			Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones.	Ordinal
		Disposición para el cuidado humano	Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas	Ordinal
			Expresión de sentimientos	Ordinal
Variable 2: Adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis .	Es el grado, hasta el cual, los pacientes siguen, o cumplen, exactamente las indicaciones brindadas por el personal de salud.	Tratamiento Farmacológico	Evaluaciones profesionales por	Ordinal
		Monitoreo de la respuesta al tratamiento	Exámenes Complementarios	Ordinal
			Evaluación de contactos	Ordinal

IV DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo y diseño de la investigación

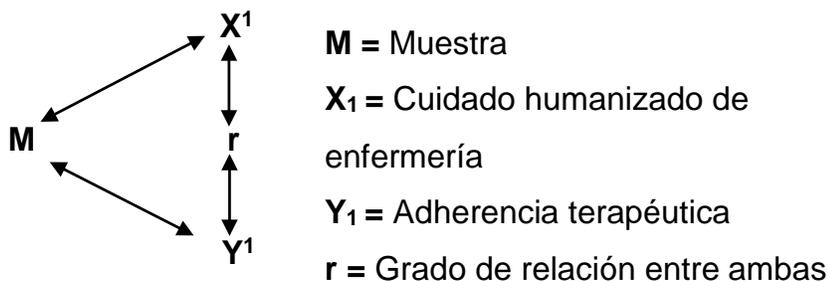
4.1.1 Tipo de la investigación

El trabajo de investigación fue cuantitativo porque nos permitió examinar datos de manera científica, en forma numérica, con ayuda de herramientas del campo de la estadística, además requiere que entre los elementos del problema de investigación exista una relación cuya naturaleza sea representable por algún modelo numérico.(47)

4.1.2 Diseño de la investigación

El estudio tuvo un diseño no experimental, de corte transversal, correlacional.

- No experimental: debido a que no se manipularon las variables del estudio.
- Transversal: se estudiaron las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.
- Correlacional: permitió establecer el grado de relación o asociación no causal existente entre dos variables. Se caracterizan porque primero se midieron las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlacionales y la aplicación de técnicas estadísticas, se estimó la correlación. (48)



4.2 Método de investigación

El método de investigación fue deductivo, porque permitió pasar de afirmaciones de carácter general a hechos particulares.

Además, se hizo uso del método analítico, que consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos. Es necesario conocer la naturaleza del fenómeno y objeto que se estudia para comprender su esencia. Permite conocer más del objeto de estudio, con lo cual se puede: explicar, hacer analogías, comprender mejor su comportamiento y establecer nuevas teorías. (49)

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

La población estuvo conformada por 147 usuarios que se atendieron en el Programa de Control de la Tuberculosis en la Microred Pachacútec.

En el presente estudio la población conformada por 147 usuarios con Tuberculosis Sensible, que asisten al Programa de Control de Tuberculosis en los Establecimientos de Salud de la Microred Pachacútec (03 de febrero, Perú Korea Pachacútec, Bahía Blanca, Ciudad de Pachacútec y Santa Rosa de Pachacútec) en el año 2019.

Cuadro N° 02: Tabla de Subpoblaciones de Usuarios del Programa de Control de Tuberculosis de los Establecimientos de Salud de la Microred Pachacútec.

SUBPOBLACIONES	N°
03 de Febrero	20
Perú Korea Pachacútec	36
Bahía Blanca	21
Ciudad de Pachacútec	37
Santa Rosa de Pachacútec	33
TOTAL	147

4.3.2 Muestra: Se realizó el muestreo probabilístico estratificado.

El tamaño de muestra se calculará con un nivel de confianza del 95% y un error máximo aceptable de 5%.

La fórmula para el cálculo del tamaño de muestra es la siguiente:

$$n = \frac{z^2 pqN}{E^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Dónde:

N= 147 usuarios del PCT

Z= 1.96 constante según el nivel de confianza del 95%

p= proporción esperada 50%

q= proporción no esperada 50%

E: 5% error de precisión.

Aplicando la Formula indica:

$$n = \frac{(1.96)^2 (50)(50)(147)}{5^2 (147-1) + 1.96^2 (50)(50)} = 106.5 \quad n = 107$$

$$nf = \frac{n}{1 + n/N}$$

$$nf = \frac{107}{1 + \frac{107}{147}} = 61.7$$

El tamaño de la muestra a evaluar es de 62, los cuales distribuidos en proporciones según grupo o estrato:

$$\frac{n}{N} = \frac{62}{147} = 0.42$$

Cuadro N° 03: Proporción de la muestra según estratos

ESTRATOS O GRUPOS DE USUARIOS DE LOS PCT	N°	PROPORCION	TAMAÑO DE LA MUESTRA ESTRATIFICADA
03 de Febrero	20	$0.42 \times 20 = 8.4$	8
Perú Korea Pachacútec	36	$0.42 \times 36 = 15.12$	15
Bahía Blanca	21	$0.42 \times 21 = 8.82$	9
Ciudad de Pachacútec	37	$0.42 \times 37 = 15.54$	16
Santa Rosa de Pachacútec	33	$0.42 \times 33 = 13.86$	14
TOTAL	N=147	$0.42 \times 147 = 61.74$	n= 62

4.3.3 Criterios de Inclusión:

- Usuarios mayores de 18 años.
- Usuarios que aceptaron participar en el estudio por medio del consentimiento informado.
- Usuarios que recibieron tratamiento contra Tuberculosis Sensible.
- Usuarios que recibieron en la 2da fase del tratamiento, medicamentos de forma interdiaria (lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado).
- Usuarios que terminaron el tratamiento de tuberculosis sensible en el último semestre del año 2019.
- Usuarios que tengan acceso al uso de redes sociales (WhatsApp).

4.3.4 Criterios de Exclusión:

- Usuarios que recibieron tratamiento contra Tuberculosis MDR, XDR y/o otras resistencias.
- Usuarios que, durante la 2da fase del tratamiento, recibieron sus medicamentos de forma diaria.
- Usuarios que presentaron las siguientes comorbilidades: VIH, diabetes y problemas de salud mental.
- Usuarios que se perdieron en el seguimiento del tratamiento.

4.4 Lugar de estudio

Se desarrolló en los Programas de Control y Prevención de la Tuberculosis, en los Establecimientos de Salud de la Microred Pachacútec, Red de Salud Ventanilla, DIRESA - Callao, ubicados en el Gran Proyecto especial del pro distrito Pachacútec del Distrito de Ventanilla, en la Región Callao, son entidades donde se lleva a cabo la atención primaria en salud.

4.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

4.5.1 Técnicas

Para la variable, “Percepción del cuidado humanizado de enfermería”. Se utilizó como técnica la encuesta porque nos permitió garantizar la veracidad de los datos proporcionados. (50)

Para la variable, “Adherencia Terapéutica en usuarios del PCT”. Se utilizó como técnica el análisis documental porque nos permitió extraer información veraz.

4.5.2 Instrumentos

Para la evaluación de la variable “Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería”, se aplicó como instrumento, el cuestionario “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión” (Anexo 2), que fue un aporte de González Hernández Oscar Javier en el 2014, al instrumento PCHE creado por Rivera y Triana en el año 2003 y adaptado por Rivera, Triana y Espitia en 2010, y que, desde entonces, está siendo usado en diferentes investigaciones.

Para la medición de la validez del instrumento, se determinó un índice de aceptabilidad o acuerdo de 0,92 en cuanto la validez facial y un índice de validez de contenido (IVC) de 0,98. Esto significó que el instrumento en el conjunto de

sus ítems demostró una validez facial y de contenido frente a esta nueva versión. (15)

Para la confiabilidad obtuvieron un Alfa de Cronbach de 0,96, que indica que el instrumento es confiable para su aplicación. (15)

El cuestionario constó de tres aspectos: Presentación, Datos generales y contenido y se usó la escala Likert, teniendo una calificación de 1 a 4, por los 32 ítems. Los cuales fueron separados por cada una de las Dimensiones de la Variables Cuidado Humanizado, teniendo para la primera dimensión Cualidades del Cuidado Humano siete (07) ítems, para la dimensión Relación Terapéutica ocho (8) ítems y para la dimensión Disposición para el cuidado humano, diecisiete (17) ítems. (15)

Para la categorización de los resultados, las tesisistas realizamos la Escala de Estanones (Anexo 4), de donde se obtuvo la siguiente clasificación:

- Cuidado Humanizado Bueno 118.8 - 128
- Cuidado Humanizado Regular 95 – 117.8
- Cuidado Humanizado Malo 73 – 94.08

Se hizo uso de la herramienta Google Form, para la creación del cuestionario; dicha herramienta nos permite generar un link para el acceso al cuestionario, el cual fue enviado a los usuarios que cumplían los criterios de inclusión a través de la aplicación WhatsApp.

Para la evaluación de la variable “Adherencia Terapéutica en usuarios del PCT”, se realizó una ficha de registro (Ver Anexo 3), la cual fue diseñada por las tesisistas, tomando como referencia la Tabla de Monitoreo del Tratamiento de la Tuberculosis y la Tarjeta de Control de Tratamiento con Medicamentos de Primera Línea , ubicadas en la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral

de las Personas Afectadas por Tuberculosis del Ministerio de Salud, esta ficha fue realizada para un registro ágil de los datos recolectados, que contó con 30 ítems en donde se le dio el valor de 1 a cada ítem cumplido y 0 a cada ítem incumplido y tuvo como categorización según la Escala de Estanones (Anexo 5), la siguiente clasificación:(40)

- Adherencia Alta 27.15 – 30
- Adherencia Media 21.37 – 26.15
- Adherencia Baja 12 – 20.37

El registro de datos se realizó en el lugar de estudio, descargando de forma manual la información de las Historias Clínicas y Tarjetas de Tratamiento a la Ficha de Registro.

4.6 Análisis y procesamiento de datos

Se verificó la información mediante pruebas estadísticas, los datos fueron procesados utilizando programas de Software, Microsoft Excel 2019, IBM SPSS Statistics 21.0, donde se diseñaron tablas y cuadros para recoger la información. El plan de recolección de datos estuvo directamente relacionado con la percepción del cuidado humanizado de enfermería y la adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis.

La prueba Stanones, nos permitió establecer los puntajes de las pruebas en una escala estándar para el procesamiento de los datos obtenidos a través de los instrumentos aplicados en el presente estudio.

Se utilizó Spearman por ser variables cualitativas y medidas en escala ordinal, ya que los datos no son normales según la prueba de Kolmogorov-Smirnov, prueba no paramétrica que para una muestra determina la bondad de ajuste, permite medir el grado de concordancia existente entre la distribución de un conjunto de datos y una distribución teórica.

V RESULTADOS

5.1 Resultados descriptivos

TABLA 5.1.1

DATOS GENERALES DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA MICRORRED PACHACÚTEC CALLAO, 2020

ÍTEMS	n = 62	
	Nº	%
Edad		
18-29 años	39	62.9 %
30-59años	17	27.4 %
>60 años	6	9.7 %
Sexo		
Masculino	40	64.5%
Femenino	22	35.5%
Estado civil		
Soltero (a)	30	48.4 %
Casado (a)	6	9.7 %
Conviviente	22	35.5 %
Separado(a)	4	6.5 %
Grado de instrucción		
Primaria	5	8.1%
Secundaria	47	75.8%
Superior	10	16.1%
Ocupación		
Empleado	8	12.9%
Independiente	32	51.61%
Desempleado	22	35.48%
Lugar de procedencia		
Costa	42	67.7%
Sierra	14	22.6%
Selva	6	9.7%
Ingreso económico		
< S/500.00 soles	31	50 %
S/501.00 – s/930.00	22	35.5 %
>s/931.00	9	14.5 %
Autoría propia		

En la tabla 5.1.1 se puede apreciar que predomina las edades entre 18-29 años con un 62.9% (39), seguido el sexo masculino con un 64.5% (40), la mayoría de la población es soltera 48.4% (30), además destaca el nivel de grado de secundaria 75.8 % (47), el mayor porcentaje de los usuarios tiene como ocupación ser trabajador independiente 51.61% (32), la población en su mayoría provenía de la costa 67.7 % (42), del mismo modo el ingreso es menor de los s/500.00, 50% (31).

TABLA 5.1.2

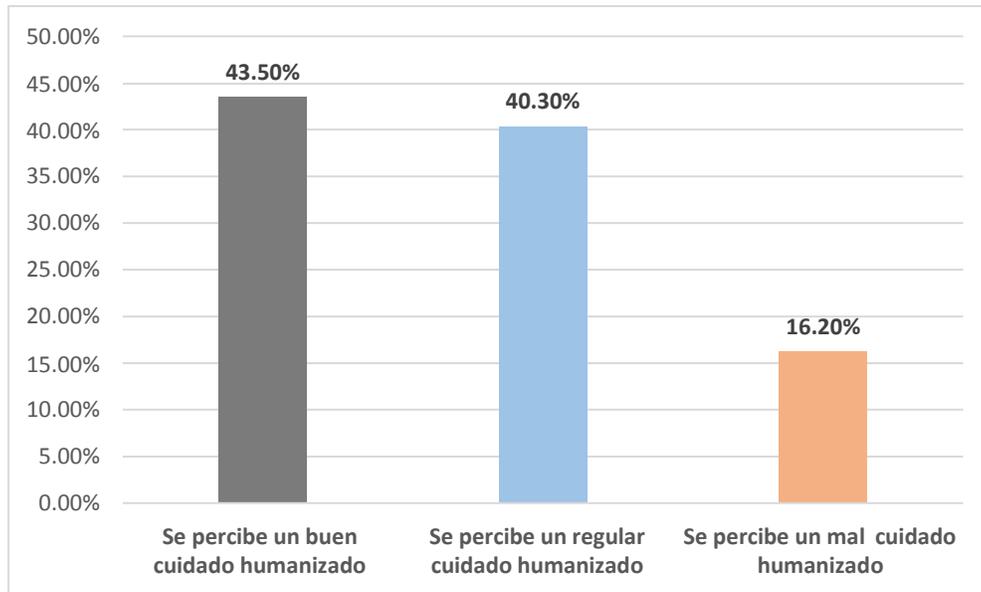
PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA MICRORED PACHACÚTEC CALLAO, 2020

PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA	N	%
Se percibe un buen cuidado humanizado de enfermería	27	43,5%
Se percibe un regular cuidado humanizado de enfermería	25	40,3%
Se percibe un mal cuidado humanizado de enfermería	10	16,2%
TOTAL	62	100%

Autoría propia

GRÁFICO 1

PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA MICRORED PACHACÚTEC, CALLAO, 2020



En el gráfico 1, se puede apreciar que 43.5% (27) usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec, percibido un buen cuidado humanizado por parte del personal de enfermería, 40.3% (25) regular y 16.2% (10) lo percibieron mal.

TABLA 5.1.3

DIMENSIONES DE LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA MICRORED PACHACÚTEC CALLAO, 2020

PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA						
NIVELES	Cualidades del Cuidado Humano		Relación Terapéutica		Disposición para el Cuidado Humano	
	N	%	N	%	N	%
Bueno	15	24.20%	21	33.90%	27	43.50%
Regular	27	43.50%	22	35.50%	26	42%
Malo	20	32.30%	19	30.60%	9	14.50%
TOTAL	62	100.00%	62	100.00%	62	100.00%

Autoría propia

En la tabla 5.1.3 se evidencia que, en cuanto a la percepción del cuidado humanizado de enfermería, se encontró que, para la dimensión cualidades del cuidado humano el 43.5% (27) presentan un nivel regular. De manera similar, para la dimensión relación terapéutica el 35.5% (22) presenta un nivel regular. Mientras tanto, para la dimensión disposición para el cuidado humano, el 43.5% (27) presenta un nivel bueno.

TABLA 5.1.4

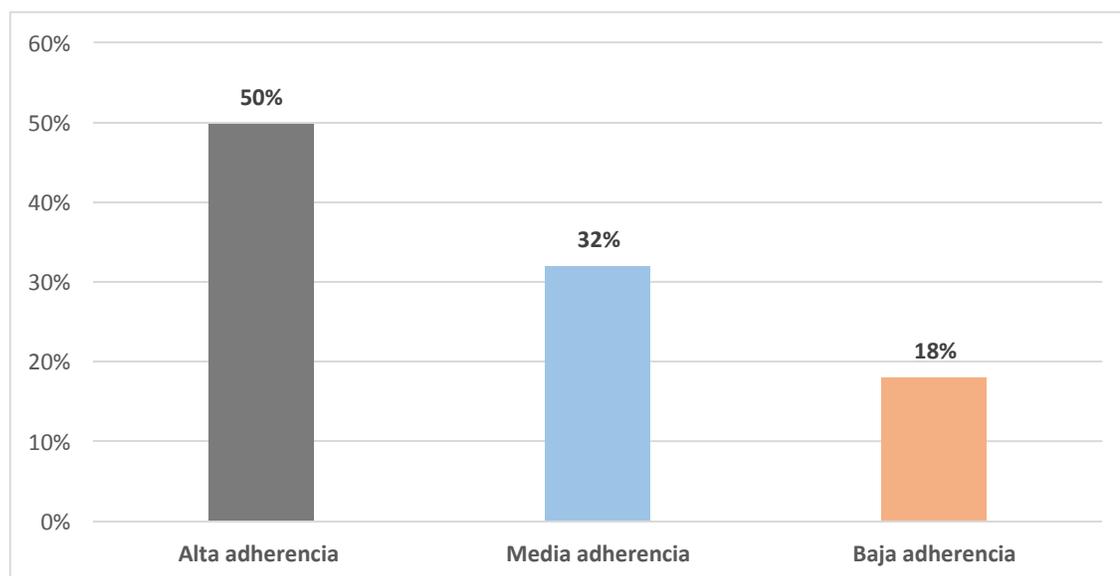
ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA MICRORED PACHACÚTEC CALLAO, 2020

ADHERENCIA TERAPÉUTICA	N	%
Alta adherencia terapéutica	31	50%
Media adherencia terapéutica	20	32%
Baja adherencia terapéutica	11	18%
TOTAL	62	100%

Autoría propia

GRÁFICO 2

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA MICRORED PACHACÚTEC CALLAO, 2020



En el gráfico 2, al evaluar la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec se pudo apreciar que 50% (31) presenta alta adherencia terapéutica, seguido de un 32% (20) de mediana adherencia y un 18% (11) baja adherencia.

5.2 Resultados inferenciales

TABLA 5.2.1

RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA MICRORED PACHACÚTEC CALLAO, 2020

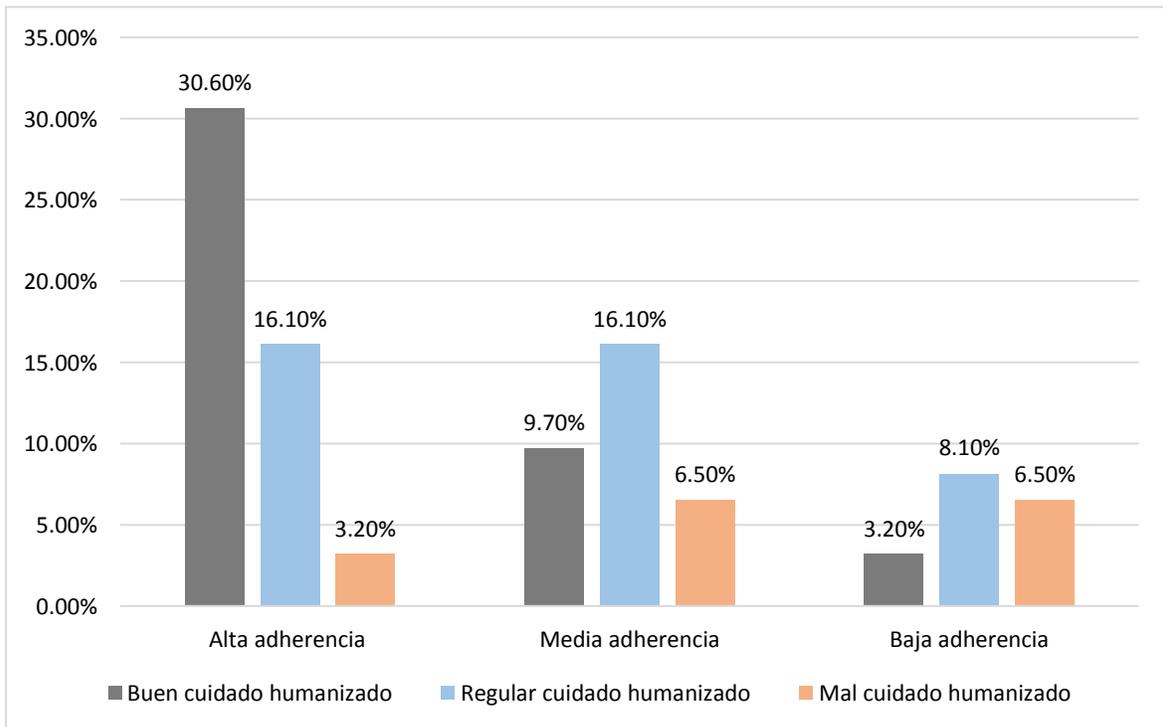
PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA	ADHERENCIA TERAPÉUTICA							
	Alta Adherencia Terapéutica		Media Adherencia Terapéutica		Baja adherencia terapéutica		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Se percibe un buen cuidado humanizado de enfermería	19	30,6%	6	9,7%	2	3,2%	27	43,5%
Se percibe un regular cuidado humanizado de enfermería	10	16,1%	10	16,1%	5	8,1%	25	40,3%
Se percibe un mal cuidado humanizado de enfermería	2	3,2%	4	6,5%	4	6,5%	10	16,2%
TOTAL	31	50%	20	32,3%	11	17,7%	62	100%

Correlación de Spearman, ρ (rho) = 0,402
 Autoría propia

p: 0,001

GRÁFICO 3

RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA MICRORED PACHACÚTEC CALLAO, 2020



En el gráfico 3, del 100% de los usuarios que acuden al programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec, se encontró que el 30,6% (19) tienen una alta adherencia terapéutica ya que percibieron un buen cuidado humanizado, además se encontró un 16,1% (10) tienen una alta y mediana adherencia terapéutica y perciben un regular cuidado humanizado y un 6,5% (10) tienen una mediana y baja adherencia terapéutica y perciben un mal cuidado humanizado.

TABLA 5.2.2

RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN CUALIDADES DEL CUIDADO HUMANO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA MICRORED PACHACÚTEC CALLAO, 2020

ADHERENCIA TERAPÉUTICA									
PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA	Alta Adherencia Terapéutica		Media Adherencia Terapéutica		Baja Adherencia Terapéutica		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Se percibe un buen cuidado humanizado de enfermería en su dimensión cualidades del cuidado humano	12	19.4%	1	1.6%	2	3.2%	15	24.2%	
Se percibe un regular cuidado humanizado de enfermería en su dimensión cualidades del cuidado humano	11	17.7%	13	21%	3	4.8%	27	43.5%	
Se percibe un mal cuidado humanizado de enfermería en su dimensión cualidades del cuidado humano	8	12.9%	6	9.7%	6	9.7%	20	32.3%	
TOTAL	31	50%	20	32.3%	11	17.7%	62	100%	

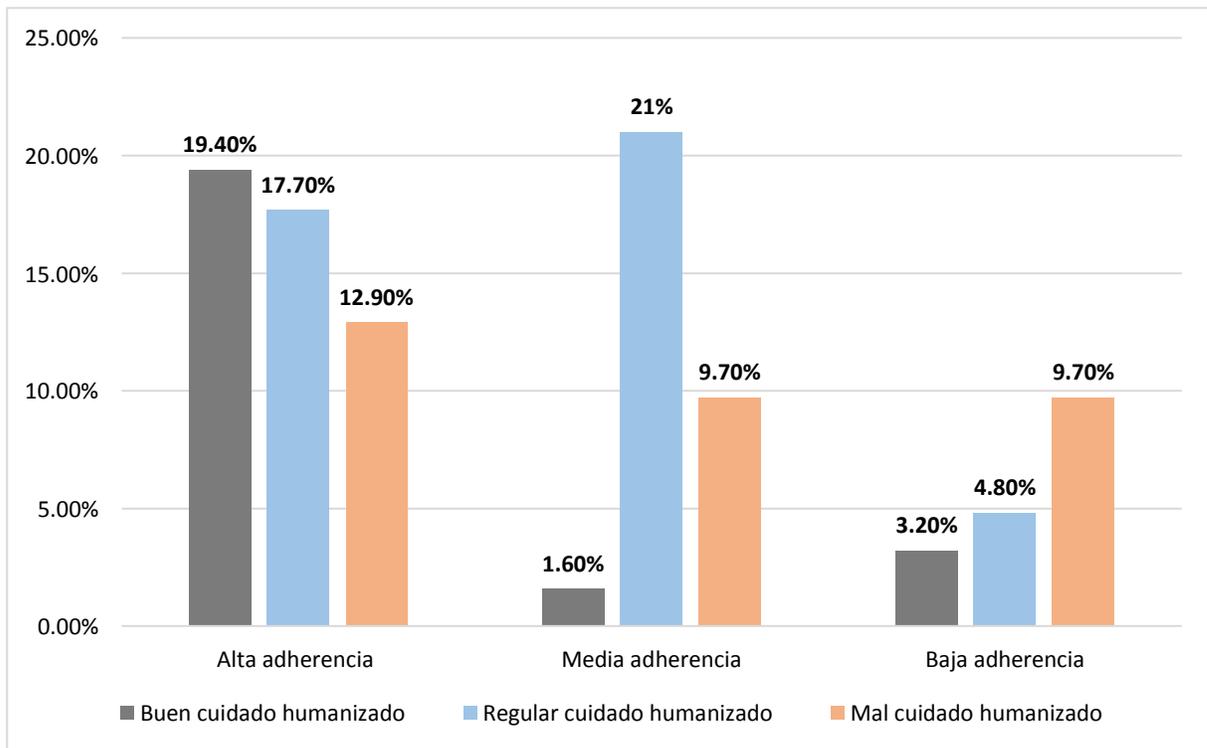
Correlación de Spearman, ρ (rho) = 0.279

p: 0,028

Autoría propia

GRÁFICO 4

RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN CUALIDADES DEL CUIDADO HUMANO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA MICRORED PACHACÚTEC CALLAO, 2020



En el gráfico 4, del 100% de los usuarios que acuden al programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec, se encontró que el 21% (13) tienen una mediana adherencia terapéutica ya que percibieron un regular cuidado humanizado en su dimensión cualidades del cuidado humano, seguido se encontró un 19,4% (12) tienen una alta adherencia terapéutica y perciben un buen cuidado humanizado en su dimensión cualidades del cuidado humano y un 9.7% (6) tienen una mediana y baja adherencia terapéutica ya que percibieron un mal cuidado humanizado en su dimensión cualidades del cuidado humano.

TABLA 5.2.3

RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN RELACIÓN TERAPÉUTICA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA MICRORED PACHACÚTEC CALLAO, 2020

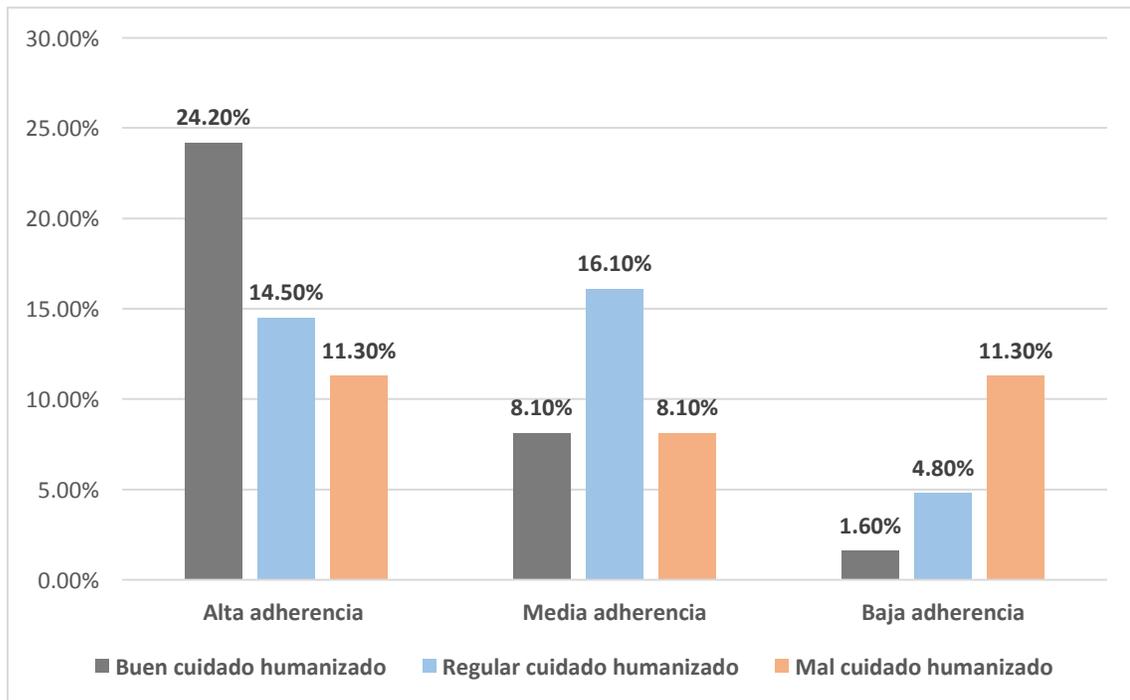
PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA	ADHERENCIA TERAPÉUTICA							
	Alta Adherencia Terapéutica		Media Adherencia Terapéutica		Baja Adherencia Terapéutica		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Se percibe un buen cuidado humanizado de enfermería en su dimensión relación terapéutica.	15	24.2%	5	8.1%	1	1.6%	21	33.9%
Se percibe un regular cuidado humanizado de enfermería en su dimensión relación terapéutica.	9	14.5%	10	16.1%	3	4.8%	22	35.5%
Se percibe un mal cuidado humanizado de enfermería en su dimensión relación terapéutica.	7	11.3%	5	8.1%	7	11.3%	19	30.6%
TOTAL	31	50%	20	32.3%	11	17.7%	62	100%

Correlación de Spearman, ρ (rho) = 0.341
 Autoría propia

p: 0,007

GRÁFICO 5

RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN RELACIÓN TERAPÉUTICA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA MICRORED PACHACÚTEC CALLAO, 2020



En el gráfico 5, del 100% de los usuarios que acuden al programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec, se encontró que el 24.2% (15) tienen una alta adherencia terapéutica ya que percibieron un buen cuidado humanizado en su dimensión relación terapéutica, seguido se encontró un 16.1% (10) tienen una mediana adherencia terapéutica ya que perciben un regular cuidado humanizado en su dimensión relación terapéutica y un 11.3% (7) tienen una alta y baja adherencia terapéutica ya que percibieron un mal cuidado humanizado en su dimensión relación terapéutica.

TABLA 5.2.4

RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN DISPOSICIÓN PARA EL CUIDADO HUMANO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA MICRORED PACHACÚTEC CALLAO, 2020

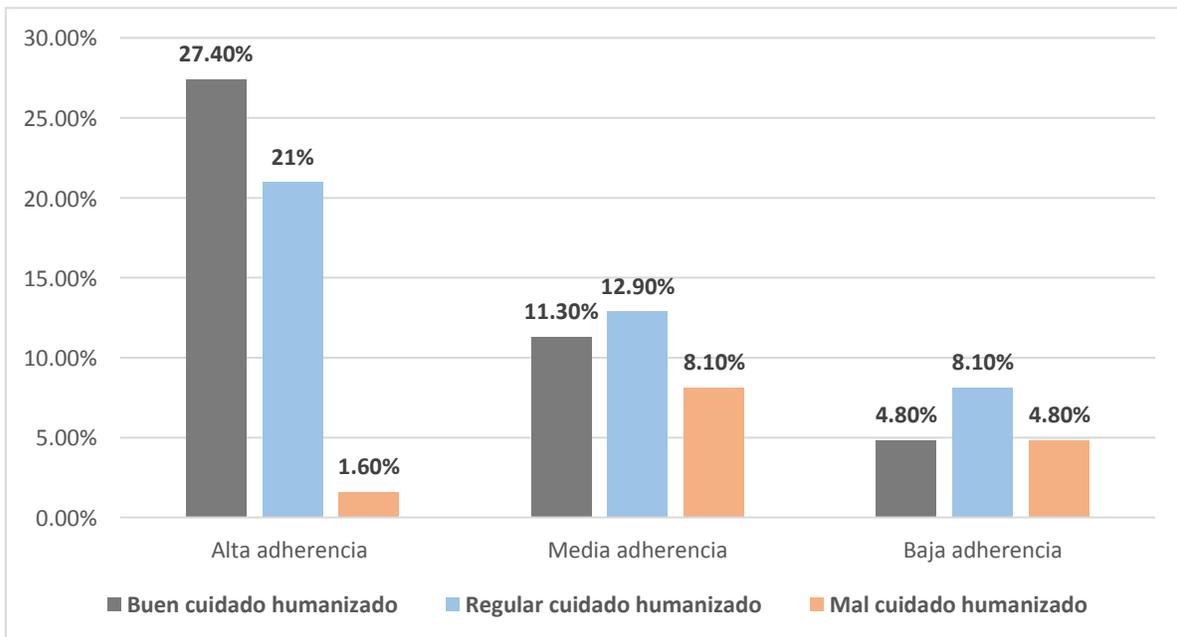
PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA	ADHERENCIA TERAPÉUTICA							
	Alta adherencia terapéutica		Media adherencia terapéutica		Baja adherencia terapéutica		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Se percibe un buen cuidado humanizado de enfermería en su dimensión disposición para el cuidado humano	17	27.4%	7	11.3%	3	4.8%	27	43.5%
Se percibe un regular cuidado humanizado de enfermería en su dimensión disposición para el cuidado humano	13	21%	8	12.9%	5	8.1%	26	42%
Se percibe un mal cuidado humanizado de enfermería en su dimensión disposición para el cuidado humano	1	1.6%	5	8.1%	3	4.8%	9	14.5%
TOTAL	31	50%	20	32.3%	11	17.7%	62	100%

Correlación de Spearman, ρ (rho) = 0.303
 Autoría propia

p: 0,017

GRÁFICO 6

RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN DISPOSICIÓN PARA EL CUIDADO HUMANO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA MICRORED PACHACÚTEC CALLAO, 2020



En el gráfico 6, del 100% de los usuarios que acuden al programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec, se encontró que el 27.4% (17) tienen una alta adherencia terapéutica ya que percibieron un buen cuidado humanizado, seguido se encontró un 21% (13) tienen una alta adherencia terapéutica y perciben un regular cuidado humanizado y un 12.9% (8) tienen una mediana adherencia terapéutica ya que percibieron un regular cuidado humanizado.

VI DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados

6.1.1 Prueba de Hipótesis General:

H₀: No existe relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec – Callao, 2020.

H₁: Existe relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec – Callao, 2020.

a) Prueba de la hipótesis

H₁: Existe relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec. – Callao, 2020.

b) Nivel de significación

Nivel de significancia de 0.05

c) Selección de la prueba de estadística

Correlación de Spearman, ρ (rho)

d) Regla de decisión

Rechazar H_0 si el valor de p es menor de 0.05

e) Cálculo de la prueba

			Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería	Adherencia Terapéutica
Rho de Spearman	Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería	Coeficiente de correlación	1,000	,402**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	62	62
	Adherencia Terapéutica	Coeficiente de correlación	,402**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	62	62

f) Toma de la decisión y conclusión

Respecto a la contrastación de Hipótesis se considera que existe una relación significativa, al obtenerse un coeficiente de correlación de Spearman = 0.402 indicando una relación directa moderada con tendencia alta y un $p = 0.001$ siendo significativa y rechazando la hipótesis nula.

6.1.2 Prueba de Hipótesis Específica 1:

H₀: No existe Relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión cualidades del cuidado humano y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec – Callao, 2020.

H₁: Existe Relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión cualidades del cuidado humano y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec – Callao, 2020.

a) Prueba de la hipótesis

H₁: Existe Relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión cualidades del

cuidado humano y adherencia terapéutica contra la tuberculosis en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec – Callao, 2020.

b) Nivel de significación

Nivel de significancia de 0.05

c) Selección de la prueba de estadística

Correlación de Spearman, ρ (rho)

d) regla de decisión

Rechazar H_0 si el valor de p es menor de 0.05

e) Cálculo de la prueba

			Cualidades Del Cuidado Humano	Adherencia Terapéutica
Rho de Spearman	Cualidades Del Cuidado Humano	Coeficiente de correlación	1,000	,279*
		Sig. (bilateral)	.	,028
		N	62	62
	Adherencia Terapéutica	Coeficiente de correlación	,279*	1,000
		Sig. (bilateral)	,028	.
		N	62	62

f) Toma de la decisión y conclusión

Respecto a la contrastación de Hipótesis se considera que existe una relación significativa, al obtenerse un coeficiente de correlación de Spearman = 0.279 indicando una relación directa moderada con tendencia alta y un $p = 0.028$ siendo significativa y rechazando la hipótesis nula.

6.1.3 Prueba de Hipótesis Específica 2:

H_0 : No existe relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión relación terapéutica y adherencia

terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec – Callao, 2020.

H₁: Existe relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión relación terapéutica y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec – Callao, 2020.

a) Prueba de la hipótesis

H₁: Existe relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión relación terapéutica y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec – Callao, 2020.

b) Nivel de significación

Nivel de significancia de 0.05

c) Selección de la prueba de estadística

Correlación de Spearman, ρ (rho)

d) Regla de decisión

Rechazar H_0 si el valor de p es menor de 0.05

e) Cálculo de la prueba

			Relación Terapéutica	Adherencia Terapéutica
Rho de Spearman	Relación terapéutica	Coeficiente de correlación	1,000	,341**
		Sig. (bilateral)	.	,007
		N	124	62
	Adherencia Terapéutica	Coeficiente de correlación	,341**	1,000
		Sig. (bilateral)	,007	.
		N	62	62

f) Toma de la decisión y conclusión

Respecto a la contrastación de Hipótesis se considera que existe una relación significativa, al obtenerse un coeficiente de correlación de Spearman = 0.341 indicando una relación directa moderada con tendencia alta y un $p = 0.007$ siendo significativa y rechazando la hipótesis nula.

6.1.4 Prueba de Hipótesis Específica 3:

H₀: No existe relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión disposición para el cuidado humano y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec – Callao, 2020

H₁: Existe relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión disposición para el cuidado humano y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec – Callao, 2020

a) Prueba de la hipótesis

H₁: Existe relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión disposición para el cuidado humano y adherencia terapéutica contra la tuberculosis en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec – Callao, 2020.

b) Nivel de significación

Nivel de significancia de 0.05

c) Selección de la prueba de estadística

Correlación de Spearman, ρ (rho)

d) Regla de decisión

Rechazar H0 si el valor de p es menor de 0.05

e) Cálculo de la prueba

			Disposición para el cuidado humano	Adherencia Terapéutica
Rho de Spearman	Disposición Para Cuidado Humano	El Coeficiente de correlación	1,000	,303*
		Sig. (bilateral)	.	,017
		N	62	62
	Adherencia Terapéutica	Coeficiente de correlación	,303*	1,000
		Sig. (bilateral)	,017	.
		N	62	62

f) Toma de la decisión y conclusión

Respecto a la contrastación de Hipótesis se considera que existe una relación significativa, al obtenerse un coeficiente de correlación de Spearman = 0.303 indicando una relación directa moderada con tendencia alta y un $p = 0.017$ siendo significativa y rechazando la hipótesis nula.

6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares

En cuanto a datos generales de los usuarios del programa de control de la tuberculosis de la Microred Pachacútec, con respecto a las edades se encontró que la mayoría 62,9% oscila entre 18 - 29 años, en cuanto al sexo se evidenció que un 64,5% fue de sexo masculino, teniendo al estado civil soltero en un mayor porcentaje 48,4% y a la población usuaria en 67,7% como proveniente de la costa contando con un nivel de educación secundaria en un 75,8%. Ante estos resultados, tenemos que en el estudio de Portillo Román (2017) se encuentran similitudes en sus resultados, en donde el 63,64% era de sexo masculino, un 51,52 % de estado civil soltero, sin embargo, el estudio realizado

difiere en relación del estudio de Portillo Román (2017) en cuanto a la procedencia del usuario, en su mayoría, el 69,70% de la población era proveniente de una zona rural y contaban con educación primaria incompleta en un 39,96%.

Según el Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010-2019, se evidencia que la tuberculosis afecta en su mayoría a personas del sexo masculino 57,3% siendo por lo general de estado civil soltero 56,5%. Así también el grupo etario más afectado oscila entre las edades de 15- 24 años y 25 a 45 años, con un 38,7% y 42,4% respectivamente, por lo que llega a representar una realidad similar a la del estudio. (51)

Asimismo, se observó que existe un incremento en la incidencia de tuberculosis, en personas provenientes de la costa con un 67,7%, donde el 75,8% cuenta con nivel de instrucción secundaria, el 51,61% trabaja independientemente y el 50% de los usuarios percibe un ingreso económico que oscila, en un monto menor de 500 soles, por lo que no cuentan con el sueldo mínimo que se requiere para solventar gastos básicos, teniendo en cuenta la competitividad laboral en un mundo globalizado. (52)

En cuanto a la percepción de cuidado humanizado de enfermería se encontró que el 43,5% de los usuarios refieren haber tenido un buen cuidado humanizado, mientras que un segundo grupo con un 40,3%, refiere haber tenido un regular cuidado humanizado. Por consiguiente, el 16,2% percibe el cuidado humanizado, como malo. Datos que coinciden con Huaccho Travezaño (2019) quien pone en evidencia que la mayor cantidad de usuarios 66,4% siempre perciben el cuidado humanizado de enfermería y el 14,7% y 10,6% perciben el cuidado humanizado casi siempre y a veces, respectivamente, teniendo en cuenta que un 8% nunca percibe el cuidado humanizado de enfermería. Los resultados del presente estudio difieren, con el estudio presentado por Ramos

Soto (2019) en donde el 53,33% de los pacientes indican que nunca se brinda un cuidado humanizado, seguido de un 33,33% que indican que algunas veces brindan cuidado humanizado, observándose que en su mayoría los usuarios perciben desinterés en los cuidados recibidos por parte del profesional de enfermería.

En efecto, es oportuno precisar que al estudiar la percepción del cuidado humanizado este se ve determinado por factores personales, sociales, históricos y culturales, sumado a ello el contexto donde se brinda el cuidado que es en el ámbito comunitario que difiere del ámbito hospitalario, ya que en el PCT, el cuidado es brindando por consulta externa o de forma ambulatoria, donde los usuarios no son hospitalizados, sin embargo se realizan las visitas domiciliarias y el acompañamiento y seguimiento es continuo a través de la gestión del cuidado de enfermería bajo un enfoque de una atención integral, cambiando paradigmas de la atención biomédica, fragmentada, a la idea de concebir al ser humano como un todo, singular, dotado de cuerpo, mente, espíritu y relaciones sociales que influyen en el estado de salud de la persona.(26;27)

En el presente estudio, el cuidado humanizado se sustenta en la teoría de Jean Watson, tomándose en cuenta los factores de cuidados o procesos de caritas, principios universales que dan lenguaje a la ciencia, para la elaboración de las dimensiones del cuidado humano que apuntan a un sentido más integrador del quehacer centrado en el usuario, como también a la respuesta de la enfermera frente a las intervenciones en la relación terapéutica, que obtiene evidencia y es capaz de entender las experiencias vividas, generando mayor conocimiento, a fin de alcanzar la excelencia del cuidado al servicio de los usuarios.(8;28) Por lo tanto, para fines del estudio se elaboraron las siguientes dimensiones; cualidades del cuidado humano, relación terapéutica y disposición para el cuidado humano, el estudio presentado por González Hernández (2014)

consideró similares dimensiones como son; cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera paciente y disposición para la atención.

De acuerdo a la dimensión cualidades del cuidado humano se evidencia que un 43,5% presenta un nivel regular de cuidado, dentro de esta dimensión se consideró como indicadores a los valores humanista altruistas y la relación ayuda- confianza. Esta dimensión nos hace notar características de la enfermera, como cuidadora merece contar con un perfil que podría mantenerse estandarizado, considerando ciertos criterios con el aporte de la evidencia científica al momento de entregar cuidados.(31-17) Por otro lado, para Ramos Soto (2019), en el área de cirugía en cuanto a la dimensión del quehacer de enfermería el 53,3 % refiere que algunas veces la enfermera cumple con la atención prestada, seguido del 20% casi siempre, el 18,33 % siempre y el 8,33% refiere que nunca y para Huaccho Travezaño (2019), en el área de emergencia, el 77,4% usuarios siempre perciben el cuidado humanizado en la dimensión cualidades del hacer de enfermería, el 10,5% casi siempre perciben la cualidad de hacer de enfermería, seguidamente el 9,9% a veces perciben la cualidad de hacer de enfermería y por último se registraron 2,2% usuarios nunca perciben la cualidad de hacer de enfermería durante la atención.

Acerca de la dimensión relación terapéutica, el 35,5% presenta un nivel regular, esta dimensión se define como un acuerdo intersubjetivo en la que a través del dialogo que se establece entre la enfermera y el usuario se va construyendo y reconstruyendo el proceso salud – enfermedad – cuidado. Dentro de esta dimensión tenemos la promoción de la enseñanza – aprendizaje transpersonal y el uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones, esta relación o vínculo que se genera debe ser sostenible ya que está demostrado que la adecuada interacción entre la enfermera y el usuario garantiza la adopción de medidas y estrategias de prevención respecto a su salud, con una relación horizontal donde el usuario tome decisiones pertinentes,

por tanto la enferma posee las competencias y los conocimientos que pondrá en práctica durante la interacción para el logro de una relación efectiva.(34)

En tanto para Ramos Soto (2019) en la apertura de la comunicación del profesional de enfermería, el 50% algunas veces da ese paso importante de la comunicación, seguido del 31,67% que manifiesta que nunca ha habido comunicación, asimismo, Huaccho Travezaño (2019), concluyó que el 60,8% de usuarios siempre perciben el cuidado humanizado en la dimensión apertura de la comunicación enfermera – paciente, el 22,8% casi siempre, seguidamente del 11,2% que a veces perciben la apertura de la comunicación Enfermera – Paciente y por último se registraron 4,8% usuarios nunca percibieron esta comunicación enfermera – paciente durante la atención.

Con relación a la dimensión disposición para el cuidado humano, el 43,5% presenta un nivel bueno, dentro de esta dimensión esta la asistencia en la gratificación de las necesidades humanas, y la expresión de sentimientos, que está asociado a la dedicación que posee la enfermera al momento del cuidado, experimentando y comprendiendo las necesidades que se presentan en el proceso salud – enfermedad – cuidado, no solo en el ámbito individual sino también a nivel familiar y comunitario. (8) Lo que difiere de los hallazgos de Ramos Soto (2019) en cuanto a la disposición para la atención que brinda la enfermera, en donde se evidencia que el 53,33 % indica que la enfermera nunca está pendiente de lo que siente el paciente, de su dolor, de su estado de ánimo y de sus necesidades de cuidado, seguido de un 33,33% que refiere que algunas veces recibió atención, con un 10% casi siempre; y un pequeño grupo de 3,33 % que manifestó que siempre ha habido una buena disposición de parte de la enfermera. Sin embargo, Huaccho Travezaño (2019) en comparación con nuestro estudio, refiere que existe un mayor porcentaje de usuarios que siempre perciben el cuidado humanizado en la dimensión disposición para la atención de la enfermera 66,9%, casi siempre perciben la disposición para la atención un 14%, seguidamente del 12,1% que a veces perciben la disposición para la

atención de la enfermera y por último un 7% usuarios nunca perciben la disposición para la atención de la enfermera.

Dentro de este marco, al evaluar adherencia terapéutica en los usuarios del programa de control de la tuberculosis de la Microred Pachacútec, se tiene que un 50% presentó alta adherencia terapéutica, aunque un grupo de 32% presentó mediana adherencia y un 18% baja adherencia. Los resultados difieren con Quispe Pérez, Grecia (2017) en donde al usar el test de Morisky-Green-Levine se identificó que el 58% presenta baja adherencia, seguido de 42% con alta adherencia. Es preciso indicar que la literatura muestra un concepto sustancial respecto a la adherencia terapéutica, en donde se indica que ésta, no sólo se limita a la administración del tratamiento farmacológico sino también al cumplimiento de las diferentes indicaciones y al comportamiento del usuario frente al acompañamiento del profesional de enfermería durante el proceso salud – enfermedad – cuidado. Por otro lado, en el estudio de Bacilio González (2019) obtuvieron como resultados que, el 62% desconoce las reacciones adversas de los medicamentos, el 75% manifestaron efectos adversos al tratamiento, el 87% se sintieron deprimidos por padecer la patología, el 25% no cuenta con apoyo familiar, el 87% considera que la localización del establecimiento es lejos a su vivienda y el 25% que el personal de salud no es abierto a sus inquietudes por su enfermedad. En consecuencia, es evidente que influyen diversos factores en la adherencia terapéutica de las personas afectadas por la tuberculosis.

Es preciso resaltar la relación de las variables del presente estudio donde el 30,6% tiene una alta adherencia terapéutica ya que percibieron un buen cuidado humanizado. Además, se encontró que el 16,1% tiene una alta y mediana adherencia terapéutica y en ambos casos perciben un regular cuidado humanizado. En cuanto a los que perciben una mediana y baja adherencia terapéutica, el 6,5% percibieron un mal cuidado humanizado. Lo que indica que existe relación entre las variables de estudio. Para tal efecto en el estudio de

Cusi Tomairo y Seras Palomino (2018), en donde existe un contraste entre atención de calidad y adherencia al tratamiento de usuarios con tuberculosis pulmonar, se tiene que el 75,8% refiere como regular la calidad de atención y la adherencia al tratamiento en un nivel medio, una relación entre ambas variables. Es oportuno resaltar, que al evaluar percepción de la calidad se considera la dimensión (ambiente) a diferencia de cuidado humanizado que se orienta a la función que desempeña la enfermera en las dimensiones del cuidado humanizado.

El cuidado que brinda la enfermera es trascendental cuando se trata del PCT, pues es la responsable de formar un vínculo con el usuario para poder gestionar los cuidados que recibe del equipo multidisciplinario, al mismo tiempo es educadora por excelencia, de ahí que fortalece las capacidades y los conocimientos del individuo, así como los recursos que existen a nivel familiar y comunitario, todo ello a fin de lograr la efectividad del cuidado de las personas afectadas por tuberculosis. Aportando con mayor evidencia, en el estudio de Jesús Jamanca (2018), donde los resultados se presentan de forma similar, ya que el 53,33% percibe como regular el cuidado de enfermería y el 66,67% presenta una adherencia media al tratamiento, por ello conviene subrayar que existe una relación significativa entre la percepción del cuidado humanizado y la adherencia terapéutica.

Para fines de la discusión debido a la limitada evidencia que relacionen las variables en estudio, como son la percepción del cuidado humanizado y la adherencia terapéutica en usuarios del Programa de Control de la Tuberculosis, se hizo uso de variables que están relacionadas entre calidad del atención y adherencia, tomando de esta variable independiente 3 dimensiones que son interpersonal, técnica y entorno, considerando que las dos primeras dimensiones, tienen coincidencias en conceptualización con dos de las dimensiones usadas en el presente estudio como son; cualidades del cuidado humano y relación terapéutica.

Por lo tanto, en cuanto a la relación entre adherencia terapéutica y cuidado humanizado en su dimensión cualidades del cuidado humano se evidenció que el 21% tienen una mediana adherencia terapéutica ya que percibieron un regular cuidado humanizado, seguido se encontró un 19,4% tienen una alta adherencia terapéutica y perciben un buen cuidado humanizado y por último un 9,7% tienen una mediana y baja adherencia terapéutica ya que percibieron un mal cuidado humanizado.

Los resultados contrastan con Cusi Tomairo y Seras Palomino (2018), en donde el 66,7% de pacientes con tuberculosis califican como regular la dimensión interpersonal y a nivel medio la adherencia al tratamiento. Sin embargo, según Flores Celedonio (2019) la percepción sobre la calidad de cuidado que brinda el personal de enfermería en la dimensión interpersonal indica que el 5,1% tienen una percepción favorable, un 59% tienen una percepción medianamente favorable y un 35,9% tiene una percepción desfavorable. En el estudio de Puelles García (2016), en la dimensión interpersonal, el 82% presentan una percepción medianamente favorable y el 18% una percepción desfavorable.

Para la relación entre adherencia terapéutica y cuidado humanizado en su dimensión relación terapéutica, se encontró que el 24,2% tienen una alta adherencia terapéutica ya que percibieron un buen cuidado humanizado, seguido de ello se identificó que un 16,1% tienen una mediana adherencia terapéutica ya que perciben un regular cuidado humanizado y un 11,3% tienen una alta y baja adherencia terapéutica ya que percibieron un mal cuidado.

Al respecto de ello Cusi Tomairo y Seras Palomino (2018), en su estudio evidencian que el 60,6% de pacientes con tuberculosis califican como regular la calidad de atención en su dimensión técnica y a su vez un nivel de adherencia medio; seguido del 15,2% que opinan como alto la calidad de atención en su dimensión técnica y un nivel de adherencia medio.

Mientras que en el estudio de Flores Celedonio (2019) determina que la percepción sobre la calidad de cuidado que brinda el personal de enfermería en la dimensión técnica es favorable en un 30,8%, mientras que un 23,1% tienen una percepción medianamente favorable y un 46,2% tiene una percepción desfavorable, difiriendo esto del estudio de Puelles García (2016) en donde se aprecia que en la dimensión técnica, el 54% tiene una percepción medianamente favorable, un 27% una percepción favorable, y el 19% una percepción desfavorable. Por otro lado, Guerrero Ramírez, Meneses La Riva y De La Cruz Ruiz (2015). Sustenta que las habilidades técnicas de enfermería: el cuidado humano es regular 91%, y el nivel bajo 9%. Autocuidado de la profesional en cuidado humano es regular 57%, mientras 24% es bajo. Relación enfermera- paciente el 65% en cuidado humano regular, y el 20% alto.

Para la tercera relación entre adherencia terapéutica y la dimensión disposición para el cuidado humano se encontró que el 27,4% tienen una alta adherencia terapéutica ya que percibieron un buen cuidado humanizado, seguido se encontró que un 21% tienen una alta adherencia terapéutica y perciben un regular cuidado humanizado y un 12,9% tienen una mediana adherencia terapéutica ya que percibieron un regular cuidado humanizado.

De acuerdo a esto en los hallazgos de Guerrero Ramírez, Meneses La Riva y De La Cruz Ruiz (2015), según la dimensión satisfacción de necesidades, el cuidado humano es regular en un 59%, mientras que el 30% es alto. Sobre los aspectos éticos del cuidado el 65% de cuidado humano es regular y el 13% es bajo. Aspectos espirituales en un 87% en cuidado humano de regular, un 4% bajo. Los resultados difieren de Ramos Soto Gladys Josselyn Ada (2019) referente a la dimensión disposición para la atención sostiene que nunca en un 53.33%, seguido de algunas veces un 33.33%. Es oportuno mencionar, que Campiño Valderrama Sandra (2016) sostiene que los usuarios manifestaron que siempre se percibe un cuidado humanizado, si embargo, en lo relacionado

con instrucciones sobre el autocuidado, identificación de necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual se obtuvieron puntajes bajos.

6.3 Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes

Para el desarrollo de esta investigación, se realizaron las coordinaciones correspondientes con las enfermeras responsables de los PCT de los Establecimientos de salud en la Microred Pachacútec, en cuanto a las unidades de análisis se les informo en qué consistía la investigación, despejando dudas al respecto y luego se les solicito su consentimiento informado previo a la toma de datos, considerando aspectos de la autonomía, dichos datos fueron tratados en forma confidencial exclusivamente para los fines de la investigación, no hubo manipulación de datos.

CONCLUSIONES

- a) Existe relación significativa directa moderada con tendencia alta (ρ (rho) = 0,402 y $p = 0.001$) entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec – Callao, 2020.
- b) Existe relación significativa directa moderada con tendencia alta (ρ (rho) = 0.279 y $p = 0.028$) entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión cualidades del cuidado humano y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec – Callao, 2020.
- c) Existe relación significativa directa moderada con tendencia alta (ρ (rho) = 0,341 y $p = 0.007$) entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión relación terapéutica y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec – Callao, 2020.
- d) Existe relación significativa directa moderada con tendencia alta (ρ (rho) = 0,303 y $p = 0,017$) entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión disposición para el cuidado humano y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec – Callao, 2020.

RECOMENDACIONES

- a) Fortalecer el cuidado humanizado de enfermería para optimizar la adherencia terapéutica de las personas afectadas por tuberculosis a través de la obtención del conocimiento científico, la toma de decisiones y la acción.
- b) Definir las cualidades del cuidado humano que brinda el profesional de enfermería a las personas afectadas por tuberculosis, considerando los principios que favorezcan el vínculo entre la enfermera y el usuario.
- c) Desarrollar nuevos conocimientos relacionados con la práctica de cuidado que contribuyan a la sistematización de procesos y al logro de una relación terapéutica efectiva mediante el acompañamiento continuo a las personas afectadas por tuberculosis.
- d) Organizar la disposición para el cuidado humano a través de la gestión del cuidado, reconociendo las necesidades de las personas afectadas por tuberculosis en su integralidad, en el ámbito individual, familiar y comunitario durante el proceso salud – enfermedad – cuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva. Octubre del 2016 [consultado el 10 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/08/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva. 17 de octubre del 2019 [consultado el 10 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
3. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis en las Américas 2018. Washington, D.C.: OPS, 2018. Pag.24 [consultado el 10 de octubre de 2019]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49510/OPSCDE18036_spa?sequence=2&isAllowed=y
4. Ministerio de Salud (MINSA) Plan de Intervención de Prevención y Control de Tuberculosis en Lima Metropolitana y Regiones priorizadas de Callao, Ica, La Libertad y Loreto, 2018-2020 pág.64. [consultado el 10 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404120000.PDF>
5. Ministerio de Salud. Situación de Tuberculosis en el Perú y la respuesta del Estado (Plan de Intervención, Plan de Acción). [consultado el 10 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180605122521.pdf>
6. Ministerio de Salud (MINSA). Situación de la TB en el Perú, retos y desafíos para su control, 2018. [consultado el 10 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.slideshare.net/ISDEN/presentacin-tb-en-lima-metropolitana-12-septiembre-2019>
7. Ministerio de Salud (MINSA). Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis.

- [consultado el 10 de octubre de 2019] Disponible en:
<https://appsalud.minsa.gob.pe/sigtbdata/WFLogin.aspx>
8. Eugenia Urra M., Alejandra Jana A. y Marcela García V. (2011) Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Chile, 2011. [Tesis] Chile: Universidad de La Serena. [Internet] [Consultado el 04 de enero 2020]. Disponible en:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
 9. Rodríguez-Jiménez S., Cárdenas-Jiménez M., Pacheco-Arce A. L., Ramírez-Pérez M. (2014) Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. México, 2014. [Tesis] México: Universidad Nacional Autónoma de México. [Internet] [Consultado el 20 de junio 2020]. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000400005
 10. Anastacio Quiñonez K. (2019) Adherencia al tratamiento farmacológico de la tuberculosis en pacientes adultos. 2019. [Tesis] Ecuador: Universidad Estatal del Sur de Manabí [Internet] [Consultado el 16 de febrero 2020]. Disponible en:
<http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/1854/1/UNESUM-ECUADOR-ENFERMERIA-2019-64.pdf>
 11. Bacilio González S., Romero Rodríguez Yardel R. (2019) Adherencia al Tratamiento de la Tuberculosis en los pacientes atendidos en el Centro de Salud de Santa Elena. 2019. [Tesis] Ecuador: Universidad Estatal Península de Santa Elena [Internet] [Consultado el 16 de febrero 2020]. Disponible en:
<https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/5241/1/UPSE-TEN-2020-0002.pdf>
 12. Monsalve Martínez C., Herrera Ríos L., Rocío Suarez U. (2018) Prueba Piloto de la Percepción de la Calidad en el cuidado de Enfermería por parte de los pacientes en el Servicio de Hospitalización. 2018. [Tesis] Colombia: Universidad de Santander Udes [Internet] [Consultado el 16 de abril 2020]. Disponible en:
<https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/710/1/Prueba%20piloto%20de%20la%20percepci%C3%B3n%20de%20la%20calidad%20en%20el%20cuidado>

%20de%20enfermer%C3%ADa%20por%20parte%20de%20los%20pacientes
%20en%20el%20servicio%20de%20hospitalizaci%C3%B3n.pdf

13. Campiño – Valderrama, Sandra Milena, Duque, Paula Andrea, Cardozo, Víctor Hugo. (2016) Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado brindado por estudiantes de enfermería. 2016. [Tesis] Colombia: Universidad Católica de Manizales [Internet] [Consultado el 14 de febrero 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-71072019000300215
14. Portillo Román G. (2017) Adherencia al tratamiento de Tuberculosis en pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo. 2017. [Tesis] Paraguay: Universidad Nacional de Caaguazú [Internet] [Consultado el 16 de febrero 2020]. Disponible en: <https://repositorio.fcmunca.edu.py/xmlui/bitstream/handle/123456789/43/GABRIELA%20PORTILLO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. González Hernández O. (2014) Validez y Confiabilidad del Instrumento: Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE Clinicountry 3ª Versión. 2014. [Tesis] Colombia: Universidad Nacional de Colombia [Internet] [Consultado el 10 de marzo 2020]. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/46149/1/1110447614.2014.pdf>
16. Mija Burga S. (2019) Cuidado Humanizado del Profesional de Enfermería desde la perspectiva del paciente del Centro de Hemodiálisis Nefro Care Lambayeque, 2019. [Tesis] Perú: Universidad César Vallejo [Internet] [Consultado el 15 de marzo 2020]. Disponible en: <https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Search/Results?lookfor=Cuidado+Humanizado+del+Profesional+de+Enfermer%C3%ADa+desde+la+perspectiva+del+paciente+del+Centro+de+Hemodi%C3%A1lisis+Nefro+Care+Lambayeque%2C+2019.+&type=AllFields>
17. Ramos Soto Gladys J. (2019) Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de Enfermería en el Servicio de Cirugía Hospital Ilo MINSA II-1 2019. [Tesis] Perú: Universidad José Carlos Mariátegui [Internet] [Consultado el 15 de marzo 2020]. Disponible en:

<https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Search/Results?lookfor=Percepci%C3%B3n+del+paciente+sobre+el+cuidado+humanizado+que+brinda+el+profesional+de+Enfermer%C3%ADa+en+el+Servicio+de+Cirug%C3%ADa+Hospital+Ilo+M+INSA+II-1+2019&type=AllFields>

18. Flores Celedonio J. (2019). Percepción sobre calidad de cuidados de enfermería y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis del Hospital San Juan Bautista, Huaral 2019. [Tesis] Perú: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión [Internet] [Consultado el 14 de mayo 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/3587/tesis%20terminada%20final%20.pdf?sequence=1>
19. Cusi Tomairo, J. (2018) Calidad de atención y nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar. Hospital Regional de Ayacucho. 2018. [Tesis] Perú: Universidad César Vallejo [Internet] [Consultado el 14 de octubre 2019]. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/29228/seras_pe.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Jesús Jamanca A. (2018) Cuidados de enfermería y adherencia al tratamiento de pacientes de 20-55 años con tuberculosis pulmonar. Centro de Salud Carlos Protzel 2018. [Tesis] Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega [Internet] [Consultado el 10 de julio del 2020]. Disponible en: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3674/CARATULA_JESUS%20JAMANCA%2c%20MAYRA%20JESSENIA.pdf?sequence=3&isAllowed=y
21. Quispe Pérez Grecia I. (2017) Adherencia terapéutica y factores condicionantes en su cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Microred La Palma, Ica diciembre 2017. [Tesis] Perú: Universidad Privada San Juan Bautista [Internet] [Consultado el 16 de diciembre 2019]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1850/T-TPLE-Grecia%20Isabel%20Quispe%20Perez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

22. Puelles García, Y. (2016). Percepción del paciente con tuberculosis sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería de la Estrategia Sanitaria Nacional de prevención y control de tuberculosis de los Centros de Salud de la Micro Red I Lima Ciudad – 2016. [Tesis] Perú: Universidad San Martín de Porres [Internet] [Consultado el 10 de junio 2020]. Disponible en: http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/2337/puelles_y.pdf?sequence=3&isAllowed=y
23. Quispe Pauyac A. (2016) Percepción sobre calidad de atención de la enfermera y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis, 2016. [Tesis] Perú: Universidad Autónoma de Ica [Internet] [Consultado el 10 de octubre 2019]. Disponible en: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/91/1/QUISE%20PAUYAC%20ANNE%20LILIANA%20-%20ATENCION%20TRATAMIENTO%20PACIENTES%20TUBERCULOSIS.pdf>
24. Huaccho Travezaño, C. (2015) Percepción de usuarios respecto al cuidado Humanizado del Enfermero(a) –Emergencia clínica Padre Luis Tezza – diciembre 2017- Enero 2018. [Tesis] Perú: Universidad San Martín de Porres [Internet] [Consultado el 10 de abril 2020]. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/5059/Huaccho_%20Cindy.pdf;jsessionid=E73285C5DFC72B840A581C143C8D15E4?sequence=1
25. Guerrero Ramírez R., Meneses La Riva M., De La Cruz Ruiz M. (2015) Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015 [Tesis] Perú: Universidad César Vallejo [Internet] [Consultado el 11 de febrero 2020]. Disponible en: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>
26. Universidad de Murcia. La Percepción. España: Docencia; 2020 [Consultado el 04 de marzo 2020]. Disponible en: <https://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>

27. Barbosa de Pinho L., Azevedo dos Santos S. (2006) Significados y percepciones sobre el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. Brasil, 2006. [Tesis] Brasil: Universidad Universidad Federal de Santa Catarina. [Internet] [Consultado el 04 de marzo 2020]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200004
28. Rubio Acuña M., Arias Burgos M. (2013) Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. Chile, 2013. [Tesis] Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. [Internet] [Consultado el 04 de enero 2020]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000300005
29. Tejada de Rivero D. (2013) El Cuidado Integral de la Salud. Perú [Consultado el 29 de junio 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2013/08/El-cuidado-integral-de-la-salu-Dr.-David-Tejada-de-Rivero.pdf>
30. Polo Campos F., Regina C., Gollner Zeitoune R., Rebaza Iparraguirre H., Pretell Aguilar R., Inês Sousa A. (2017) Cuidado humanizado como Política Pública. El caso peruano. Perú, 2017. [Tesis] Perú: Universidad Nacional de Trujillo. [Internet] [Consultado el 08 de marzo 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n2/1414-8145-ean-21-02-e20170029.pdf>
31. Andamayo Quito María Del Pilar, Orosco Morales Gloria Sonia, Torres Mejía Yuliana (2017). Cuidado humanizado de la enfermera según la teoría de Watson, en pacientes del servicio de emergencia del Hospital Arzobispo Loayza 2017. [Tesis] Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia [Internet] [Consultado el 08 de marzo 2020]. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3532/Cuidado_Andamayo_Quito_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
32. Grupo de Investigación y Desarrollo del Conocimiento Enfermero (GIDCE). Filosofía y Teoría del Cuidado Transpersonal Jean Watson. Argentina: Nursite; Enero 2019. [Consultado el 08 de marzo 2020]. Disponible en: <http://www.nursite.com.ar/teoricos/watson/watson.htm>

33. Jean Watson. Watson Caring Science Institute. [Internet] [Consultado el 08 de marzo 2020]. Disponible en: <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/>
34. Vidal Blan, R., Adamuz Tomás, J., Feliu Baute, P. (2009) Relación terapéutica: El pilar de la profesión enfermera. [Tesis] España: Hospital Universitario de Bellvitge. [Internet] [Consultado el 04 de marzo 2020]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300021
35. Lago Danesi N. (2015) Adherencia al tratamiento. Tendencias en Medicina Mayo 2015; Año XXIII N° 46: 99-109 [consultado el 10 de abril de 2020] Disponible en: http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes46/art_13.pdf
36. Organización Mundial de la Salud. 2004. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. [consulta el 20 de agosto 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
37. Reyes Flores E, Trejo-Alvarez R, Arguijo-Abrego S, Jiménez-Gómez A, Castillo-Castro A, Hernández Silva A, Mazzoni Chávez L. (2016) Adherencia Terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias Rev Med Hondur, Vol. 84, Nos. 3 y 4, 2016 [consultado el 10 de agosto 2019]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>
38. Ortega Cerna J., Sánchez Herrera D., Rodríguez Miranda O., Ortega Legaspi J. (2018) Adherencia un problema de atención médica. Acta Médica Grupo Ángeles. Volumen 16, No. 3, julio-septiembre 2018 [consultado el 20 de agosto 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2018/am183h.pdf>
39. M. C. Bermejo, I. Clavera, F. J. Michel de la Rosa, B. Marín. Epidemiología de la tuberculosis. [consultado el 10 de octubre de 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000400002

40. Ministerio de Salud (2013). Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. RM No. 715-2013/MINSA, NTS No. 104-MINSA/DGSP-V.01 Lima, Perú: El Ministerio.
41. Apoyo Vital Médico Avanzado. Capítulo 1: Evaluación Del Paciente Crítico. México. [consultado el 10 de abril de 2020] Disponible en: <https://clea.edu.mx/biblioteca/AMLS.pdf>
42. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. vol. 8, núm. 5, 2010, pp. 98-100. Cuba. [consultado el 10 de abril de 2020] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180020098019.pdf>
43. Ministerio de Salud (MINSA). Manuales de Capacitación para el manejo de Tuberculosis. 1era Edición. [consultado el 10 de junio de 2019]. Disponible en: <ftp2.minsa.gob.pe> › normaspublicaciones › Modulo2
44. Instituto Nacional del Cáncer (NCI). Diccionario de Cáncer. Estados Unidos: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; 2020. [consultado el 10 de abril de 2020] Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/prueba-de-laboratorio>
45. Clínica Universidad de Navarra. Diccionario Médico. España: Universidad de Navarra; 2020. [consultado el 01 de abril de 2020] Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/peso-corporal>
46. Ministerio de la Salud (2010). Impacto socioeconómico de la tuberculosis en el Perú 2010. [consultado el 01 de junio de 2020] Disponible <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4084.pdf>
47. Rojas Edgar. Metodología de la Investigación. Venezuela: Economía Social. G-01. Unefa- Guacara; 2011 mayo 08 [consultado el 01 de abril de 2020] Disponible en: <http://metodologiaeconomia2011.blogspot.com/2011/05/investigacion-cuantitativa.html>
48. Marroquin Peña Roberto. Metodología de la Investigación. Programa de Titulación. Perú. Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle. Página 1-26. El Proyecto [consultado el 01 de abril de 2020] Disponible en:

Educativo. http://www.une.edu.pe/Sesion04-Metodologia_de_la_investigacion.pdf

49. Labajo González Elena (2016). El Método Científico (I). Generalidades. Universidad Complutense Madrid. España. [consultado el 28 de enero del 2020] Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/107-2017-02-08-El%20M%C3%A9todo%20Cient%C3%ADfico%20I.pdf>
50. Elia B. Pineda, Eva Luz de Alvarado (2008). Metodología de la Investigación. (3ra Edición). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
51. Ministerio de Salud. 2010.]. Plan estratégico Multisectorial de la respuesta Nacional a la Tuberculosis 2010 – 2019. [consultado el 28 de junio del 2020] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1751.pdf>
52. Ministerio de Salud. 2015. Análisis de la situación epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú, 2015 [consultado el 28 de junio del 2020]. Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/693981DC3C9D9765052580D6005AC863/\\$FILE/1_asistbc.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/693981DC3C9D9765052580D6005AC863/$FILE/1_asistbc.pdf)

ANEXOS

ANEXO 1 Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	HIPÓTESIS	TIPO DE INVESTIGACIÓN	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS	ANALISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación que existe entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Establecer la relación que existe entre la</p>	<p>Variable 1</p> <p>Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería</p> <p>Variable 2</p> <p>Adherencia Terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec.</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <p>Existe relación entre la percepción del cuidado</p>	<p>El trabajo de investigación es un Enfoque cuantitativo, porque nos permitió examinar los datos de manera científica, en forma numérica, generalmente con ayuda de herramientas del campo de la estadística, además requiere que entre los elementos del problema de investigación exista una relación cuya naturaleza sea representable por algún modelo numérico .</p>	<p>El estudio tiene un diseño no experimental, de corte transversal, descriptivo, correlacional.</p> <p>Cuyo diseño es:</p> <pre> graph TD M[M] --> X1[X1] M --> Y1[Y1] X1 <--> r Y1 </pre> <ul style="list-style-type: none"> • M = Muestra • X₁ = Cuidado humanizado de enfermería • Y₁ = Adherencia terapéutica • r = Grado de relación entre 	<p>POBLACIÓN</p> <p>La población estuvo conformada por 147 usuarios que se atendieron en el Programa de Control de la Tuberculosis en la Microred Pachacútec</p> <p>MUESTRA</p> <p>Se realizó el muestreo probabilístico estratificado.</p> <p>El tamaño de muestra se calculará con un nivel de confianza del 95% y un error máximo aceptable de 5%.</p> <p>La fórmula para el cálculo del tamaño de muestra es la siguiente:</p> $n = \frac{z^2 pqN}{E^2 (N - 1) + z^2 pq}$ <p>Para la variable 1, se aplicó como instrumento un cuestionario que fue empleado por</p>	<p>TÉCNICA</p> <p>Para la primera variable, se utilizó como técnica la encuesta porque a través de ella podremos garantizar la veracidad de los datos proporcionados.</p> <p>Para la segunda variable, se utilizó como técnica el análisis documental porque a través de él se puede extraer información veraz.</p> <p>INSTRUMENTOS</p>	<p>Se verificó la información mediante pruebas estadísticas, los datos fueron procesados utilizando programas: IBM SPSS Statistics 21.0 y Microsoft Excel 2019 versión 16.39 donde se diseñaron tablas y cuadros para recoger la información. El plan de recolección de datos estuvo directamente</p>

<p>percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión cualidades de cuidado humano y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec?</p>	<p>percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión cualidades del cuidado humano y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec.</p>		<p>humanizado de enfermería en su dimensión relación cualidades del cuidado humano y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec.</p>		<p>ambas variables</p>	<p>Dónde: N= 147 usuarios del PCT Z= 1.96 constante según el nivel de confianza del 95% p= proporción esperada 50% q= proporción no esperada 50% E: 5% error de precisión. Aplicando la Fórmula indica: $n = \frac{(1.96)^2(50)(50)(147)}{5^2(147-1)+1.96^2(50)(50)}$ $=106.5$ $n= 107$ $nf = \frac{n}{1 + n/N}$ $nf = \frac{107}{1+\frac{107}{147}} = 61.7$ El tamaño de la muestra a evaluar es de 62, los cuales distribuidos en proporciones según grupo o estrato: $\frac{n}{N} = \frac{62}{147} = 0.42$</p>	<p>González Hernández Oscar Javier, el cual cuenta con el uso de la escala Likert, teniendo una calificación de 1 a 4, por los 32 ítems: - Cuidado Humanizado Bueno 118.8 – 128 - Cuidado Humanizado Regular 95 – 117.8 - Cuidado Humanizado Malo 73 – 94.08 Para la variable 2, se realizó una ficha de registro, la cual fue diseñada por las tesisistas, tomando como referencia la Tabla de Monitoreo del tratamiento de la Tuberculosis sensible y la Tarjeta de control de tratamiento con medicamentos de primera línea, ambas ubicadas en la Norma técnica de salud</p>	<p>relacionado con la percepción del cuidado humanizado de enfermería y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis.</p>												
<p>¿Cuál es la relación que existe entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión relación terapéutica y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec?</p>	<p>Establecer la relación que existe entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión relación terapéutica y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec.</p>		<p>Existe relación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión relación terapéutica y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec.</p>																	
<p>¿Cuál es la relación que existe entre la percepción del</p>	<p>Establecer la relación que existe entre la percepción del</p>		<p>Existe relación entre la percepción</p>			<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1312 1198 1480 1304">Estratos o grupos de usuarios de los PCT</th> <th data-bbox="1480 1198 1585 1304">N°</th> <th data-bbox="1585 1198 1711 1304">proporción de personas afectadas</th> <th data-bbox="1711 1198 1795 1304">Tamaño de la muestra estratificada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1312 1304 1480 1352">03 de Febrero</td> <td data-bbox="1480 1304 1585 1352">8</td> <td data-bbox="1585 1304 1711 1352">0.42 x 20 = 8.4</td> <td data-bbox="1711 1304 1795 1352">8</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1312 1352 1480 1416">Perú Korea Pachacútec</td> <td data-bbox="1480 1352 1585 1416">15</td> <td data-bbox="1585 1352 1711 1416">0.42 x 36 = 15.12</td> <td data-bbox="1711 1352 1795 1416">15</td> </tr> </tbody> </table>	Estratos o grupos de usuarios de los PCT	N°	proporción de personas afectadas	Tamaño de la muestra estratificada	03 de Febrero	8	0.42 x 20 = 8.4	8	Perú Korea Pachacútec	15	0.42 x 36 = 15.12	15	<p>para la atención de las personas afectadas por la tuberculosis en el Ministerio de Salud, esta fue realizada por el registro agil de los</p>	
Estratos o grupos de usuarios de los PCT	N°	proporción de personas afectadas	Tamaño de la muestra estratificada																	
03 de Febrero	8	0.42 x 20 = 8.4	8																	
Perú Korea Pachacútec	15	0.42 x 36 = 15.12	15																	

cuidado humanizado de enfermería en su dimensión disposición para el cuidado humano y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec?	cuidado humanizado de enfermería en su dimensión disposición para el cuidado humano y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec.		del cuidado humanizado de enfermería en su dimensión disposición para el cuidado humano y adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la Microred Pachacútec.			Bahía Blanca	9	0,42 x 21 el cual	30
						Ciudad de Pachacútec	16	0,42 x 37 el cual	16
						Santa Rosa de Pachacútec	14	0,42 x 33 el cual	4
						TOTAL	n = 62	0,42 x 147, teniendo	62
								categorización según la Escala de Estaninos:	
		<ul style="list-style-type: none"> - Adherencia Alta 27.15 – 30 - Adherencia Media 21.37 - 26.15 - Adherencia Baja 12 – 20.37 							

ANEXO 2

CUESTIONARIO

“PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA MICRORRED PACHACÚTEC – CALLAO 2020”

I. PRESENTACIÓN

Estimados (as) señores (as), le entregamos el siguiente cuestionario que tiene como objetivo establecer la relación que existe entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y la adherencia terapéutica en usuarios del Programa de Control de la Tuberculosis en la Microrred Pachacútec, esta investigación permitirá aplicar medidas correctivas y oportunas en bien de la salud de los usuarios.

Instrucciones:

A continuación, usted encontrará preguntas que podrá responder en forma voluntaria y sincera, dado que este instrumento es de carácter anónimo. Así mismo la Universidad Nacional del Callao y las investigadoras le agradecemos por su participación en el desarrollo del cuestionario.

Usted deberá marcar con un aspa (X) una de las alternativas que le ofrece cada pregunta. ¡Gracias!

II. DATOS GENERALES

1. Edad

De 18 a 29 años ()

De 30 a 59 años ()

Mayor de 60 años()

2. Sexo

Femenino ()

Masculino ()

3. Estado civil

Soltero(a) ()

Casado(a) ()

Conviviente ()

Separado(a) ()

Divorciado(a) ()

4. Ocupación

Empleado ()

Independiente ()

Desempleado ()

5. Grado de instrucción

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

6.Lugar de Procedencia

Costa ()

Sierra ()

Selva ()

7. Ingreso económico mensual

Menor de 500 soles ()

De 501 a 930 soles ()

Más de 931 soles ()

III. CONTENIDO: Con respecto a la percepción del cuidado humanizado de enfermería.

Instrucciones: Se ha establecido un listado de preguntas que debe responder marcando con un aspa “X” según crea conveniente.

ÍTEMS	SIEMPRE 4	CASI SIEMPRE 3	ALGUNAS VECES 2	NUNCA 1
1. La enfermera le hace sentir como una persona				
2. La enfermera lo(la) trata con amabilidad				
3. La enfermera le muestra interés por brindarle comodidad durante su atención				
4. La enfermera lo(la) miro(a) a los ojos, cuando le habla				
5. La enfermera le dedica tiempo				
6. Se siente bien atendido(a) cuando dialoga con usted				
7. Se siente tranquilo(a), cuando la enfermera está con usted				
8. La enfermera le genera confianza cuando le brinda los cuidados				
9. La enfermera le facilita el diálogo				
10. La enfermera le explica previamente los procedimientos				
11. La enfermera le responde con seguridad y claridad a sus preguntas				
12. La enfermera le indica su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos				
13. La enfermera le dedica el tiempo requerido para su atención				
14. La enfermera le da indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud				
15. La enfermera le explica los cuidados usando un tono de voz pausado				
16. La enfermera lo(la) llama por su nombre				

17. La enfermera le demuestra respeto por sus creencias y valores				
18. La enfermera atiende oportunamente sus necesidades				
19. La enfermera le proporciona información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud				
20. La enfermera le manifiesta que está pendiente de usted				
21. La enfermera le permite expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento				
22. La enfermera le responde oportunamente cuando tiene alguna duda				
23. La enfermera identifica sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual				
24. La enfermera lo (la) escucha atentamente				
25. La enfermera le pregunta y se preocupa por su estado de ánimo				
26. La enfermera le brinda un cuidado cálido y delicado				
27. La enfermera le ayuda a manejar el malestar que puede presentar				
28. La enfermera le demuestra que es responsable con su atención				
29. La enfermera respeta sus decisiones				
30. La enfermera le indica que cuando requiere algo, usted le puede llamar				
31. La enfermera respeta su intimidad				
32. La enfermera le administra a tiempo el tratamiento indicado				

Muchas gracias por su colaboración.

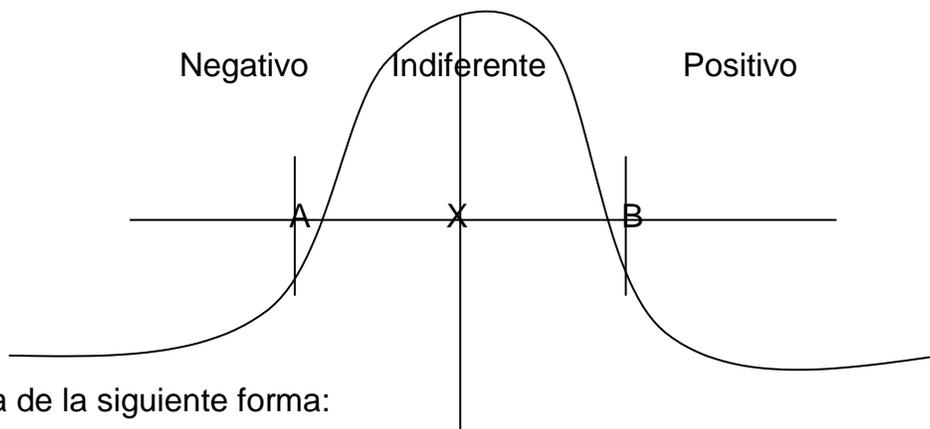
ANEXO 3

FICHA DE REGISTRO

N°	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		MONITOREO DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO - INICIO DEL TRATAMIENTO															EVALUACIÓN DE CONTACTOS										
	CUMPLIMIENTO		EVALUACIONES POR PROFESIONALES									EXAMENES COMPLEMENTARIOS																
			Medicina			Enfermería			Servicio Social			Nutrición			Psicología			Rayos x		Laboratorio								
	Asistencia diaria	No presenta 3 faltas en la 1era fase	No presenta 5 faltas durante todo el tratamiento	Inicio de Tratamiento	Cambio de fase	Alta	Inicio de Tratamiento	Cambio de fase	Alta	Inicio de Tratamiento	Cambio de fase	Alta	Inicio de Tratamiento	Cambio de fase	Alta	Inicio de Tratamiento	Cambio de fase	Alta	Inicio de Tratamiento	Cambio de fase	Alta	Peso Mensual	BK Mensual	Cultivo mensual	Inicio	Cambio de Fase	Alta	
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												

ANEXO 4

ESCALA DE ESTANONES “Cuidado Humanizado de Enfermería”



Se halla de la siguiente forma:

Malo	Valor mínimo -----a
Regular	a +1 -----b
Bueno	b+1 -----valor máximo

Donde:

$$a = \bar{x} - (0.75 * DS)$$

$$b = \bar{x} + (0.75 * DS)$$

$$a = 94.085$$

$$b = 117.81$$

$$\bar{x} = \text{Media (105.95)}$$

$$DS = \text{Desviación estándar (15.82)}$$

$$V_{\min} = 73$$

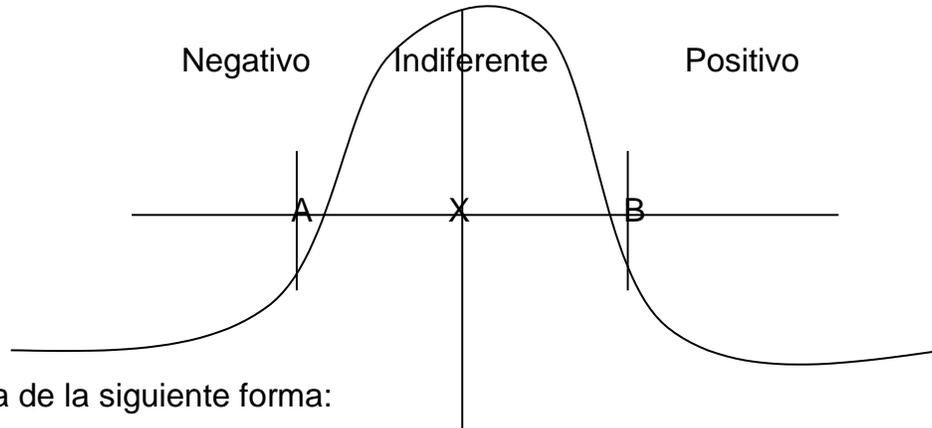
$$V_{\max} = 128$$

Reemplazando:

CATEGORIA	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR
MALO	73	94.08
REGULAR	95	117.8
BUENO	118.8	128

ANEXO 5

ESCALA DE ESTANONES “Adherencia Terapéutica”



Se halla de la siguiente forma:

Baja	Valor mínimo -----a
Media	a +1 -----b
Alta	b+1 -----valor máximo

Donde:

$$a = \bar{x} - (0.75 * DS)$$

$$b = \bar{x} + (0.75 * DS)$$

$$a = 20.37$$

$$b = 26.15$$

$$\bar{x} = \text{Media (23.26)}$$

$$DS = \text{Desviación estándar (3.85)}$$

$$V_{\min} = 12$$

$$V_{\max} = 30$$

Reemplazando:

CATEGORIA	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR
BAJA	12	20.37
MEDIA	21.37	26.15
ALTA	27.15	30

ANEXO 7

BASE DE DATOS

MUESTRA	DATOS GENERALES						
	E	EC	O	GI	LP	IEM	CS
U1	1	1	1	2	1	2	3
U2	1	1	3	2	1	2	3
U3	1	1	3	2	1	2	3
U4	2	3	3	1	2	1	3
U5	3	3	3	2	2	1	3
U6	1	3	3	2	2	1	3
U7	1	1	3	3	1	3	3
U8	1	1	2	2	1	2	3
U9	1	1	1	2	1	2	3
U10	1	1	3	2	1	2	3
U11	1	1	3	2	1	2	3
U12	2	3	3	1	2	1	3
U13	3	3	3	2	2	1	3
U14	1	3	3	2	2	1	3
U15	3	3	3	2	2	1	3
U16	3	3	3	2	2	1	3
U17	1	1	1	3	1	3	4
U18	1	1	2	3	1	1	4
U19	1	1	2	2	1	1	4
U20	2	3	3	2	3	2	4
U21	2	3	3	2	1	2	4
U22	2	2	2	3	1	1	4
U23	1	1	2	3	1	1	4
U24	1	1	2	2	1	1	4
U25	1	1	2	3	2	2	5
U26	1	1	2	2	1	2	5
U27	1	1	1	2	1	1	5
U28	1	1	2	2	3	1	5
U29	1	1	2	2	1	1	5
U30	2	1	2	2	2	1	5

U31	1	1	3	2	1	1	5
U32	1	1	3	2	1	1	5
U33	1	3	3	2	1	2	5
U34	1	4	2	2	1	1	1
U35	1	3	3	2	1	1	1
U36	2	1	3	2	1	2	1
U37	2	1	3	3	1	1	1
U38	1	1	2	3	1	2	1
U39	1	1	3	2	1	3	1
U40	1	1	3	2	1	2	1
U41	1	3	2	2	2	2	1
U42	1	1	3	2	1	2	1
U43	2	3	2	2	1	3	1
U44	1	1	3	1	1	1	1
U45	1	1	3	2	1	1	1
U46	1	4	2	2	1	1	1
U47	1	3	3	2	1	1	1
U48	2	3	2	2	1	3	1
U49	2	2	2	2	2	2	2
U50	1	1	3	2	1	1	2
U51	2	3	1	3	1	3	2
U52	2	2	2	2	1	2	2
U53	1	3	1	2	3	2	2
U54	1	2	2	2	1	3	2
U55	2	4	3	2	2	1	2
U56	3	3	3	1	3	1	2
U57	1	3	1	2	3	2	2
U58	1	2	2	2	1	3	2
U59	2	4	3	2	2	1	2
U60	3	3	3	1	3	1	2
U61	2	3	1	3	1	3	2
U62	2	2	2	2	1	2	2

MUESTRA	CUALIDADES DEL CUIDADO HUMANO							RELACION TERAPÉUTICA							
	VALORES HUMANISTA - ALTRUISTAS				RELACIÓN DE AYUDA-CONFIANZA			PROMOCIÓN DE LA ENSEÑANZA - APRENDIZAJE TRANSPERSONAL				USO SISTÉMICO DEL MÉTODO CIENTÍFICO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS PARA LA TOMA DE DECISIONES			
	I1	I2	I6	I7	I8	I15	I17	I4	I5	I9	I11	I19	I10	I12	I14
U1	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3
U2	4	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	2	4	3	3
U3	3	4	3	4	3	2	3	2	3	3	3	3	2	4	4
U4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3
U5	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4	4
U6	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4	2	3
U7	4	4	4	4	3	4	3	4	2	3	3	2	3	3	4
U8	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
U9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3
U10	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	3	3	3	4
U11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3
U12	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3
U13	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4
U14	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4
U15	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4
U16	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4
U17	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4
U18	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	4	3	4
U19	4	4	3	2	2	4	4	2	3	3	4	3	3	3	2
U20	4	4	4	2	2	3	3	4	3	3	3	4	2	2	3
U21	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4
U22	4	4	4	3	4	3	3	4	3	4	4	2	4	4	4
U23	3	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2	2
U24	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
U25	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4
U26	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
U27	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3
U28	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
U29	4	3	4	3	3	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4
U30	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
U31	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
U32	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
U33	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4
U34	4	3	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4
U35	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

U36	2	4	3	3	3	4	3	2	3	4	3	2	4	2	3
U37	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3
U38	4	3	4	4	4	3	2	3	3	4	2	2	4	2	3
U39	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	1	4
U40	2	4	4	4	2	3	3	3	4	3	2	2	3	4	4
U41	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4
U42	4	4	4	4	4	3	1	4	4	3	3	1	4	3	3
U43	4	3	3	4	2	4	1	3	2	4	4	1	3	3	4
U44	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4
U45	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	2	4
U46	4	3	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4
U47	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
U48	4	3	3	4	2	4	1	3	2	4	4	1	3	3	4
U49	3	2	3	2	2	2	4	2	1	1	3	3	3	2	3
U50	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3
U51	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3
U52	4	3	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4
U53	4	4	3	4	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4
U54	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
U55	2	2	2	4	3	2	3	4	3	3	2	4	4	3	4
U56	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3
U57	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4
U58	4	4	3	3	3	4	4	4	2	3	4	2	4	3	4
U59	4	3	4	3	3	3	3	3	3	2	3	3	4	4	3
U60	3	2	3	2	2	2	4	2	1	1	3	3	3	2	3
U61	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
U62	4	3	3	4	2	4	4	3	2	4	4	1	3	3	3

MUESTRA	DISPOSICIÓN PARA EL CUIDADO HUMANO																	TOTAL
	ASISTENCIA EN LA GRATIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES HUMANAS												EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS					
	I3	I13	I18	I20	I22	I23	I25	I26	I27	I28	I30	I31	I32	I16	I21	I24	I29	
U1	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	120
U2	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	2	4	4	4	3	3	4	104
U3	3	4	4	2	3	3	2	2	3	3	2	3	4	4	3	3	3	97
U4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	123
U5	4	3	4	3	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	120
U6	4	4	4	2	3	2	2	3	2	4	2	4	4	4	3	3	2	106
U7	3	2	3	2	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	2	4	107
U8	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	124
U9	3	3	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	108
U10	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	120
U11	4	4	2	3	4	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	119
U12	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	123
U13	4	3	4	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	120
U14	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	121
U15	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	122
U16	4	4	4	3	4	3	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	121
U17	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	122
U18	3	3	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	4	4	3	3	3	92
U19	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	107
U20	4	3	3	3	4	3	4	3	4	3	3	3	3	4	4	4	3	104
U21	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	123
U22	4	4	2	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	4	2	3	3	101
U23	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	4	3	3	3	80
U24	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	3	3	4	4	3	4	4	121
U25	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	125
U26	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	127
U27	4	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	4	2	102
U28	4	4	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	125
U29	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	2	3	4	4	4	3	4	109
U30	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	128
U31	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	125
U32	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	128
U33	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	124
U34	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	118
U35	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	97

U36	3	2	2	4	2	3	4	3	3	3	3	2	3	4	2	3	3	94
U37	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	2	3	95
U38	4	3	2	2	4	3	3	4	4	4	4	2	3	4	2	2	3	100
U39	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	122
U40	4	3	2	4	3	3	4	2	3	4	3	3	3	4	2	2	4	100
U41	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	123
U42	4	3	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	78
U43	3	3	1	1	2	1	2	3	2	3	2	2	2	1	1	1	3	78
U44	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	4	4	122
U45	4	4	4	4	4	3	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	119
U46	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	118
U47	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	97
U48	3	3	1	1	1	1	2	3	3	2	3	2	2	1	1	1	3	78
U49	2	1	3	2	2	2	1	1	2	3	2	3	4	4	2	1	2	73
U50	3	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	4	3	3	3	80
U51	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	123
U52	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	118
U53	4	3	3	4	3	4	4	3	4	3	2	4	4	4	3	4	4	112
U54	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	96
U55	4	3	3	3	4	4	2	3	4	3	3	3	4	4	3	3	3	101
U56	4	3	4	2	3	4	3	3	4	3	2	4	4	4	4	2	3	112
U57	3	3	4	3	4	4	2	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	119
U58	3	2	3	2	3	4	2	4	4	4	3	4	4	4	3	2	4	106
U59	3	3	3	3	4	3	3	3	2	3	3	4	4	4	4	3	4	104
U60	2	1	3	2	2	2	1	1	2	3	2	3	4	4	2	1	2	73
U61	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	97
U62	3	3	1	1	1	1	2	3	2	2	2	1	2	4	1	1	3	80

ANEXO 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) usuario (a)

Se le solicita autorización para que pueda participar en forma voluntaria y anónima en el presente estudio que tiene como objetivo, establecer la relación que existe entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y la adherencia terapéutica en usuarios del programa de control de la tuberculosis en la microred Pachacútec.

Se aplicará un cuestionario sobre la percepción del cuidado humanizado (32 ítems), el cual usted debe de completar de forma anónima, son preguntas de tipo cerrado y de opción múltiple.

Ya que su participación es voluntaria, puede interrumpir el llenado del cuestionario cuando desee, sin presentar ningún riesgo e incomodidad. Se deja también en claro que usted no recibirá ningún tipo de beneficio económico, y que su ayuda contribuirá a conocer y determinar las medidas correctivas y oportunas en bien de la salud de los usuarios del programa de control de la tuberculosis.

Se garantiza la plena confidencialidad de los datos obtenidos y que sólo serán usados por los investigadores para cumplir los objetivos de la presente investigación.

Si usted ha entendido, no le quedan dudas y está de acuerdo con lo antes informado, sírvase firmar para dar fe de su consentimiento de participación.

Manifiesto que he sido informada sobre los objetivos de la investigación y de la aplicación de un cuestionario con 32 preguntas, por lo tanto, doy mi consentimiento para participar voluntariamente en el estudio.

Firma del usuario

Firma del investigador

Fecha: _____