



**REPÚBLICA DEL ECUADOR**

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:**

**MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

**TEMA:**

IMPACTO DEL NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
ANTITUBERCULOSO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS SUBCENTROS DE SALUD  
DE LA OFICINA 7 DISTRITO 09D8- GUAYAQUIL – 2023

**AUTOR:**

LIC. OLGA LUCÍA VITERI VITERI ESP.

**TUTOR:**

MSC. EDGAR ROLANDO MORALES CALUÑA

**MILAGRO, 2023**

## Derecho de autor

Sr. Dr.

**Fabrizio Guevara Viejó**

**Rector de la Universidad Estatal de Milagro**

Presente.

Yo, **Olga Lucía Viteri Viteri Esp.** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de Magíster en Salud Pública, como aporte a la Línea de Investigación Salud Publica, medicina preventiva y enfermedades que afectan a la población de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 8 de septiembre 2023



**Lic. Olga Lucía Viteri Viteri Esp.**

C.I.1202936330

## Aprobación del director del trabajo de titulación

Yo **MSc. Edgar Rolando Morales Caluña** en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por **Lic. Olga Lucía Viteri Viteri Esp.** cuyo tema es **IMPACTO DEL NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS SUBCENTROS DE SALUD DE LA OFICINA 7 DISTRITO 09D8- GUAYAQUIL –2023**, que aporta a la Línea de Investigación Salud Pública, medicina preventiva y enfermedades que afectan a la población, previo a la obtención del Grado de Magíster en Salud Pública. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo APRUEBO, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 8 de septiembre del 2023



Firmado electrónicamente por:  
EDGAR ROLANDO  
MORALES CALUNA

**MSc. Edgar Rolando Morales Caluña**

C.I.1803753704

## CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**, presentado por **ENF. VITERI VITERI OLGA LUCIA**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "IMPACTO DEL NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS SUBCENTROS DE SALUD DE LA OFICINA 7 DISTRITO 09D8-GUAYAQUIL 2023", las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	58.67
DEFENSA ORAL	39.33
<b>PROMEDIO</b>	<b>98.00</b>
<b>EQUIVALENTE</b>	<b>Excelente</b>

Firmado electrónicamente por:  
**VANESSA PAULINA  
VARGAS OLALLA**

Mgs. VARGAS OLALLA VANESSA PAULINA  
**PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL**



Firmado electrónicamente por:  
**MARIA VICTORIA  
PADILLA SAMANIEGO**

Mgs. PADILLA SAMANIEGO MARIA VICTORIA  
**VOCAL**



Firmado electrónicamente por:  
**SUSANA ISABEL  
REINOSO BRITO**

Lic. REINOSO BRITO SUSANA ISABEL  
**SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL**



## **Dedicatoria**

Esta tesis está dedicada a Dios, por su bendición y acompañamiento constante en cada desafío de mi vida.

A mi esposo William, por su apoyo incondicional, paciencia y amor.

A mis queridas hijas Nathaly y Nahomy, quienes son mi principal fuente de inspiración y motivación.

A cada familiar, amigo, maestro, y a todos los que de alguna manera han contribuido a mi crecimiento académico y personal.

## Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas e instituciones que contribuyeron de manera significativa a la realización de esta tesis de maestría, especialmente a:

A la Universidad Estatal de Milagro que me abrió sus puertas para poder obtener un nuevo título profesional.

Mi tutor de tesis MSc. Edgar Rolando Morales Caluña por el asesoramiento en el desarrollo y culminación de esta tesis.

A mi hermana Gladys por brindarme su apoyo incondicional en mis proyectos

A mi colega Lic. Jonathan Velazco por compartir sus conocimientos y experiencias en el campo de la investigación.

A mis Colegas que están a cargo del programa contra la Tuberculosis en las unidades operativas de la oficina 7 distrito D908 de Guayaquil por brindarme su colaboración a la hora de obtener la información.

A mi amiga la Lic. María Román Anzules por motivarme y apoyarme desde el inicio hasta el fin de esta investigación.

## RESUMEN

La tuberculosis es una infección causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, y está considerada como la enfermedad infecciosa que más muertes causa en todo el mundo.

Objetivo: Evaluar el impacto del nivel de empoderamiento en la adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes atendidos en los subcentros de salud de la oficina 7 distrito 09D8- Guayaquil. La metodología de este estudio responde a un enfoque cuantitativo de diseño transversal, la muestra estuvo conformado por 120 personas afectadas con tuberculosis. Para la recolección de datos se utilizó el instrumento EMPODERA -TB, un instrumento para medir la adherencia terapéutica y un cuestionario con datos sociodemográficos, todos los instrumentos fueron previamente validados en estudios anteriores. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial a través del programa estadístico SPSS versión 25.0. Los resultados evidenciaron con relación a las características sociodemográficas que el grupo más predominante fueron los jóvenes y jóvenes adultos de 18 a 30 años (45,8%), de sexo masculino (66.7%) tenían secundaria completa o más (30%) desempleados (59,2%) no viven en hacinamiento (91,7%), con ingreso económico hasta 150 USD (23.3 %). Sobre el nivel de empoderamiento 98.3%, nivel de adherencia terapéutica 80,83% de los casos; se evidenció además que el nivel educativo y la condición de hacinamiento influyen en el nivel de empoderamiento, así como también existe correlación positiva entre el nivel de hacinamiento y el nivel de adherencia Terapéutica.

**Palabras clave:** Tuberculosis, Empoderamiento, Adherencia al tratamiento

## **Abstract**

Tuberculosis is an infection caused by the bacterium *Mycobacterium tuberculosis* and is considered the infectious disease that causes the most deaths worldwide. Objective: To evaluate the impact of the level of empowerment on adherence to antituberculous treatment of patients treated in the health subcenters of office 7 district 09d8- Guayaquil. The methodology of this study responds to a quantitative approach of cross-sectional design, the sample was made up of 120 people affected with tuberculosis treated in the health subcenters belonging to office 7 of district 09D8. For data collection, the EMPODERA-TB instrument was used, an instrument to measure therapeutic adherence and a questionnaire with sociodemographic data, all instruments were previously validated in previous studies. For data analysis, descriptive and inferential statistics were used through the statistical program SPSS version 25.0. The results evidenced in relation to sociodemographic characteristics that the most predominant group were young people and young adults aged 18 to 30 years (45.8%), males (66.7%) had completed secondary school or more (30%) unemployed (59.2%) do not live in overcrowding (91.7%), with income up to USD 150 (23.3%). On the level of empowerment 98.3%, level of therapeutic adherence 80.83% of cases, it was also evidenced that the educational level and the condition of overcrowding influence the level of empowerment, as well as there is a positive correlation between the level of overcrowding and the level of therapeutic adherence.

**Keywords: Tuberculosis, Empowerment, Treatment adherence**



## Lista de figuras

<b>Figura 1</b> Edad-Características sociodemográficas .....	38
<b>Figura 2</b> Género-Características sociodemográficas .....	38
<b>Figura 3</b> Nivel educativo-Características sociodemográficas .....	39
<b>Figura 4</b> Cobertura de salud-Características sociodemográficas .....	39
<b>Figura 5</b> Condición laboral-Características sociodemográficas .....	40
<b>Figura 6</b> Provisión de agua-Características sociodemográficas .....	40
<b>Figura 7</b> Tipo de sanitario Características sociodemográficas .....	41
<b>Figura 8</b> Hacinamiento-Características sociodemográficas .....	41
<b>Figura 9</b> Nivel de ingreso en el hogar-Características sociodemográficas .....	42
<b>Figura 10</b> Nivel de empoderamiento al tratamiento antituberculoso .....	43
<b>Figura 11</b> Nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso .....	44

## Índice

Derecho de autor .....	I
Aprobación del director del trabajo de titulación .....	II
Vicerrectorado De Investigación Y Posgrado .....	III
<b>Dedicatoria</b> .....	IV
Agradecimientos .....	V
RESUMEN .....	VI
Abstract .....	VII
Lista de figuras.....	VIII
Índice.....	IX
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I .....	1
1. El problema de la investigación.....	1
1.1 Planteamiento del problema .....	1
1.2 Delimitación del problema.....	4
1.3 Formulación del problema.....	4
1.4 Preguntas de investigación .....	4
1.5 Determinación del tema .....	4
1.6 Objetivo General .....	5
1.7 Objetivos Específicos.....	5
1.8 Declaración de las variables .....	5
1.9 Justificación .....	7
Capítulo II.....	11

2	Marco Teórico Referencial .....	11
2.1	Antecedentes .....	11
2.1.1	Antecedentes históricos .....	11
2.1.2	Antecedentes Referenciales .....	14
2.2	Contenido Teórico Que Fundamenta La Investigación .....	19
CAPÍTULO III .....		30
3	Diseño Metodológico .....	30
3.1	Tipo y diseño de investigación .....	30
3.2	La Población y la muestra .....	30
3.2.1	Características de la población .....	30
3.2.2	Delimitación de la población .....	30
3.2.3	Tipo de muestra .....	31
3.2.4	Tamaño de la muestra .....	31
3.2.5	Proceso de selección de la muestra .....	32
3.3	Los métodos y las Técnicas .....	32
3.4	Procesamiento estadístico de la Información .....	34
CAPÍTULO IV .....		36
4	Análisis E Interpretación De Resultados .....	36
CAPÍTULO V .....		50
5	Conclusiones Y Recomendaciones .....	50
5.1	Conclusiones .....	50

5.2	Recomendaciones.....	51
6	Bibliografía.....	52
7	Anexos.....	56

## INTRODUCCIÓN

El bacilo tuberculoso (*Mycobacterium tuberculosis*) es el segundo patógeno más mortífero después del virus que causa la COVID-19. Afecta con mayor frecuencia a los pulmones y se transmite cuando las personas infectadas expulsan al aire estas bacterias, por ejemplo, al toser, estornudar o expectorar, la mayoría de las personas contagiadas son adultos, en el 2021 el 56.5 % de los contagios eran varones, entre los factores de riesgo más comunes están la desnutrición, la infección por el VIH, la diabetes, este trastorno se puede prevenir y curar, cerca del 85% de las personas que la contraen evolucionan satisfactoriamente con una pauta terapéutica de 4 a 6 meses; además, el tratamiento permite reducir la transmisión. (OMS, 2022).

Según informe de la OMS en el año 2021, se estimaron que 10.6 millones de personas enfermaron de tuberculosis, 6 millones de hombres, 3,4 millones de mujeres y 1,2 millones de niños, en las Américas, se notificaron 215.116 casos, las muertes estimadas para la región fueron 32.000, de las cuales el 11% (9.000) correspondieron a la coinfección por TB/VIH. La TB está presente en todos los países y grupos de edad, a pesar de que es una enfermedad que se puede curar y prevenir, acabar con la epidemia de tuberculosis para 2030 es una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionadas con la salud. (OMS, 2023).

En el Ecuador según los datos de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención-MSP, en el año 2021 a escala nacional existen más diagnósticos positivos en población de 25 a 34 años, siendo que, Guayaquil, Samborondón y Durán registran el 54% de incidencia, mostrando una mayor persistencia en hombres (79 %) que en mujeres (21 %) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022).

El empoderamiento del tratamiento antifímico por parte del paciente es muy relevante para lograr el éxito deseado, evitar la resistencia a los medicamentos, la propagación de la

infección, así como también la muerte de la persona contagiada por la enfermedad; la OMS (2010) define el empoderamiento como: el proceso de vencer una situación de impotencia y adquirir control sobre la propia vida, menciona también, que este proceso consta de cuatro pasos: autoconfianza; participación en las decisiones; dignidad y respeto; y pertenencia y contribución a una sociedad más plural (Psiquión, 2021).

Los determinantes sociales y los factores de riesgo para cumplir con el tratamiento de la tuberculosis pueden impactar negativamente en la construcción de la adherencia por lo que es indispensable el acompañamiento del equipo de salud de las unidades operativas y el apoyo familiar durante el tratamiento con antifímicos al inicio durante y hasta la finalización del tratamiento y así evitar abandono del mismo, la OMS informó que en el año 2021 existieron 4.573 personas que iniciaron tratamiento para TB farmacorresistente, 10% más que en el 2020. . El empoderamiento y la adherencia rigurosa al tratamiento antituberculoso es esencial para prevenir la resistencia a los medicamentos, evitar q la enfermedad se propague y las complicaciones que pueden tener como consecuencia de este padecimiento (OMS/OPS, 2021).

## CAPÍTULO I

### 1. El problema de la investigación

#### 1.1 Planteamiento del problema

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, la forma más común es la pulmonar; sin embargo, también puede afectar cualquier otro órgano o tejido. La TB su forma de contagio más predominante es a través de las gotículas suspensas en el aire proveniente de personas infectadas que tosen, estornudan o expectoran. En un año una persona con TB activa puede contagiar de 10 a 15 personas, especialmente a los adultos jóvenes y personas con factores de riesgo. Los síntomas más comunes son: tos, hipertermia, expectoración, hemoptisis, pérdida de peso y astenia; el tratamiento es prologado con fármacos antituberculosos que requieren cumplimiento exacto (MSP, 2018).

A pesar de los esfuerzos para el control de la enfermedad continúa siendo un grave problema de salud pública, se la considerada como la enfermedad infectocontagiosa más letal del mundo, la OMS (Organización Mundial de la Salud) reportó en el año 2021 que enfermaron de tuberculosis a nivel mundial 10,6 millones de los cuales 6 millones fueron de sexo masculino, 3,4 millones de mujeres y 1,2 millones de niños, la TB está presente en todos los países y grupos de edad, a pesar que es una enfermedad que se puede curar y prevenir (OMS, 2023).

Según varias publicaciones científicas el panorama de la TB en América Latina y el Caribe (ALC) se presenta aún más grave debido a que existen determinantes sociales de la salud (DSS), tales como, desigualdad, inequidad, concentración de riqueza y extensión de la pobreza que dificultan o impiden a grandes núcleos de la población el acceso en calidad y cantidad a los servicios de salud. Dichos DSS son generados y resultado de la implantación de políticas socioeconómicas y ambientales, así como de procesos de globalización y migración,

entre otros, que conllevan por una parte débiles y poco eficaces sistemas de salud y por otras poblaciones con elevada vulnerabilidad a la TB por hacinamiento, malnutrición, diabetes mellitus y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). (Muñoz del Carpio-Toia A, 2018).

En América Latina la pandemia de COVID 19 ha revertido años de progreso en la prestación de servicios de TB, el informe de la OPS sobre la situación de la TB en la región de las Américas con énfasis en TB en niños señala que existe un total de 237.423 casos nuevos y recaídas (OPS, 2022).

En el Ecuador en el año 2018 se notificaron 6094 casos de Tuberculosis sensible con una tasa de incidencia de 34.53 por cada 100.000 habitantes; considerando los casos estimados por la OMS para el año 2017 aún existe una brecha entre lo estimado y notificado de 906 casos. (MSP, 2018).

Las Provincias con mayor incidencia son: en primer lugar, Guayas (urbano y rural) con 3.354 casos que corresponde el 55.03%, en segundo lugar, El Oro con 444 casos de TB que constituye el 7.28% y en tercer lugar Los Ríos con 367 casos que representa el 6.02% del total de casos de TB sensible. Lo que puede deberse a que en estas provincias existen poblaciones vulnerables, entre las que se encuentran las personas con bajos recursos económicos y algunos individuos con otras condiciones de salud como los infectados por VIH, personas con diabetes, entre otros casos. (MSP, 2018).

Bernal O, et al., analizan cómo influyen los determinantes sociales en la TB, entre ellos la pobreza, el hacinamiento, la falta de alimentos y la contaminación ambiental y cómo estos determinantes también inciden en las demoras para el diagnóstico. Otros estudios demuestran cómo la inequidad y el estigma son determinantes sociales de la TB. (Bernal O, 2020).



Tanto a nivel internacional, nacional y estatal se han creado estrategias para la erradicación de este padecimiento, sin que hasta la fecha se haya logrado tener éxito en la ruptura de la cadena de transmisión. (Estrada Mota I, 2019).

Los regímenes terapéuticos recomendados por la OMS han demostrado ser sumamente efectivos para prevenir y tratar la TB, pero la adherencia deficiente a la medicación antituberculosa es una barrera principal para su control mundial y aumenta los casos de morbilidad, mortalidad y farmacoresistencia en el orden individual y comunitario.

El Empoderamiento del tratamiento antifímico por parte del paciente es muy relevante para lograr el éxito deseado, evitar la resistencia a los medicamentos, la propagación de la infección, así como también la muerte de la persona contagiada por la enfermedad; la OMS (2010) define el empoderamiento como: el proceso de vencer una situación de impotencia y adquirir control sobre la propia vida, menciona también, que este proceso consta de cuatro pasos: autoconfianza; participación en las decisiones, dignidad, respeto, pertenencia y contribución a una sociedad más plural (Psiquión, 2021).

Angelmar y Berman especifican que las condiciones necesarias para que el paciente adquiera empoderamiento son: la comprensión del nuevo rol por parte de los pacientes (papel más activo, responsable y participativo), la mejora de sus conocimientos sobre su estado de salud y opciones de tratamiento, y el desarrollo de habilidades para llevar a cabo actividades de cuidados de forma competente y además requiere de un entorno propicio en el que los profesionales sean habilitadores a 2 niveles del proceso, en la motivación y en la alfabetización en salud. (Garcimartin P, 2019).

Los determinantes sociales y los factores de riesgo para cumplir con el tratamiento de la TB pueden impactar negativamente en la construcción de la adherencia por lo que es indispensable el acompañamiento del equipo de salud de las unidades operativas y el apoyo

familiar durante el tratamiento con antifímicos desde el inicio, hasta la finalización del tratamiento y así evitar abandono del mismo, es importante destacar que según datos de la OMS en el año 2021, 4.573 personas iniciaron tratamiento para TB farmacorresistente, 10% más que en el 2020 (OMS/OPS, 2021).

## **1.2 Delimitación del problema**

Línea de investigación: Salud pública/medicina preventiva y enfermedades que afectan a la población.

**Sub-Línea de investigación:** Atención Primaria de Salud (APS)

**Objeto de estudio:** Nivel de empoderamiento al tratamiento contra la tuberculosis pulmonar de los pacientes atendidos en los S.C.S. de la oficina 7 distrito 09D8-Guayaquil

**Unidad de observación:** pacientes con TB

**Tiempo:** junio-agosto de 2023.

**Espacio:** SCS de la oficina 7 distrito 09D8-Guayaquil.

## **1.3 Formulación del problema**

### **1.4 Preguntas de investigación**

En vista al papel que el paciente desempeña en el tratamiento de la tuberculosis resulta necesario conocer ¿Cuál es el Impacto del nivel de empoderamiento en la adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes atendidos en los subcentros de salud de la oficina 7 distrito 09D8- Guayaquil 2023?

### **1.5 Determinación del tema**

Impacto del nivel de empoderamiento en la adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes atendidos en los subcentros de salud de la oficina 7 distrito 09D8- Guayaquil – 2023.

## 1.6 Objetivo General

Evaluar el impacto del nivel de empoderamiento en la adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes atendidos en los subcentros de salud de la oficina 7 distrito 09D8- Guayaquil.

## 1.7 Objetivos Específicos

1. Identificar el nivel de empoderamiento y adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes atendidos en los subcentros de salud de la oficina 7 distrito 09D8- Guayaquil.

2. Verificar la asociación entre el nivel de empoderamiento y adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes atendidos en los subcentros de salud de la oficina 7 distrito 09d8- Guayaquil.

3. Correlacionar las principales variables sociodemográficas con los niveles de empoderamiento y adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes atendidos en los subcentros de salud de la oficina 7 distrito 09D8- Guayaquil.

## 1.8 Declaración de las variables

Características sociodemográficas

Nivel de empoderamiento.

Adherencia Terapéutica.

### **Operacionalización de variables**

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
<b>Características Sociodemográficas</b>	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están	Preguntas seleccionadas del <i>Test Medication</i>		Arrossi S, Herrero MB, Greco A, Ramos S. Factores

	<p>presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.</p>	<p><i>Adherence Questionnaire (MAQ) o 4-item Morisky Medication</i></p>		<p>predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis</p> <p>En municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. Salud Colectiva. 2012</p>
<p><b>Nivel De Empoderamiento</b></p>	<p>Según la OPS</p> <p>El <i>empoderamiento</i> se refiere a la capacidad de distinguir opciones, tomar decisiones y ponerlas en práctica. Se trata de un proceso, pero es también un resultado; es colectivo y al mismo tiempo individual.</p>	<p>25 preguntas del test Empodera TB</p>	<p>1 Totalmente en desacuerdo</p> <p>2 En desacuerdo</p> <p>3 Me es indiferente</p> <p>4 De acuerdo</p> <p>5 Totalmente desacuerdo</p>	<p>test de Empodera TB en los SCS de la oficina 7 distrito 09D8-Guayaquil.2023</p>

<p>Adherencia Terapéuticas</p>	<p>La OMS define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo</p>	<p>4 preguntas del Test Medication Adherence Questionnaire (MAQ) o 4-item Morisky Medication</p>	<p>Escala dicotómica  SI NO</p>	<p>Test Medication Adherence Questionnaire (MAQ) o 4-item Morisky Medication</p>
------------------------------------	---	--	---	--

### 1.9 Justificación

La TB continúa siendo un grave problema de salud pública acuciante en la región de las Américas, debido a su impacto familiar, comunitario, social, económico y sanitario, que afecta principalmente a personas y poblaciones vulneradas. En América Latina y el Caribe la TB causa un significativo número de muertes, discapacidad e incremento de la pobreza. La comprensión de su responsabilidad social por parte de las autoridades sanitarias es imperativa para cumplir con el derecho a servicios de salud de calidad, para lo cual es importante que las estrategias nacionales de control de la tuberculosis incluyan cambios en los determinantes sociales de la enfermedad, así como el respeto de la etnia, cultura, lengua e identidad de los pacientes. (Muñoz et al., 2018).

El empoderamiento es uno de los principales ejes para el desarrollo de estrategias de vigilancia y control en salud pública, la evolución de paciente pasivo a paciente empoderado es muy importante, empoderar a los pacientes tiene efectos positivos sobre ellos, ya que les ayuda a adquirir control sobre su propia vida, a tener más confianza en sí mismos, les hace partícipes de las decisiones que tienen que tomar en lo que a su salud se refiere. (PSIQUION, 2021).

Así como el empoderamiento en el cuidado de la salud en la actualidad tiene mucha importancia para la recuperación de los pacientes, la adherencia terapéutica es imprescindible, la OMS define la adherencia al tratamiento como: “El grado en el que la conducta de una persona, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” también define factores que influyen en la capacidad del paciente para cumplir con el tratamiento, entre los que se incluyen algunos relacionados con el paciente, el tratamiento, la enfermedad, los profesionales sistema sanitario y factores socioeconómicos; enfatiza además que la adherencia terapéutica precisa de un abordaje multidisciplinar y una acción coordinada entre los agentes de salud, el entorno del paciente y la participación activa por parte de éste, especialmente en pacientes crónicos y polimedicados. (Labarta Pueyo Ana, 2023).

La adherencia al tratamiento de la tuberculosis es importante tanto para preservar la salud del paciente como para prevenir la propagación de la enfermedad entre la población, se fundamenta en dos aspectos importantes la necesidad de tratamientos prolongados para matar a todos los bacilos en sus diferentes fases de crecimiento metabólico, y evitar la tuberculosis resistente.

El presente estudio se motivó a evaluar el impacto del nivel de empoderamiento en la adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes atendidos en los subcentros de

salud de la oficina 7 distrito 09D8- Guayaquil considerando que tanto el empoderamiento como la adherencia al tratamiento son aspectos fundamentales para promover un cambio de mentalidad entre la ciudadanía y los profesionales del sector es evidente que se debe incorporar el paciente como agente activo en el sistema sanitario y procurar que esté dispuesto a cooperar y corresponsabilizarse de su salud más aun en el tratamiento con antifímicos que además que se administran durante varios meses se necesita de la voluntad, aceptación y otros factores para poderlo cumplir a cabalidad y lograr el resultado esperado. Los países de la Región de las Américas se han unido de una manera sin precedentes para elaborar y poner en marcha esta inspiradora Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, La Región continúa desempeñando su papel de pionera y líder mundial en la salud pública, en este caso al haber expuesto claramente cómo abordará los retos planteados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030 aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2015.

Esta investigación se alinea al Objetivo 3 de los 17 Objetivos del Desarrollo sostenible el cual menciona Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades es esencial para el desarrollo sostenible la meta 3.3 de este objetivo plantea Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles frecuentes tanto en el mundo como en la Región de las Américas. (OPS, 2019).

### **Alcance y limitaciones**

**Alcance.** - La población de esta investigación son pacientes afectados por tuberculosis atendidos en los subcentros de salud de la oficina 7 distrito 09D8- Guayaquil, el estudio se realizará durante los meses junio y agosto del 2023.

**Limitaciones.** – La principal limitación fue que dos de las unidades de salud que pertenecen a la oficina 7 del distrito 09D8 de Guayaquil presta atención a pacientes que se encuentran privados de libertad y por falta de garantías de seguridad no se pudo acceder a aquellos pacientes, por tal motivo no se logró completar la muestra planteada inicialmente, pero si se pudo concretar 120 encuestas que podían reflejar un análisis estadístico adecuado.



## Capítulo II

### 2 Marco Teórico Referencial

#### 2.1 Antecedentes.

##### 2.1.1 Antecedentes históricos.

La TB es una enfermedad infecciosa causada por un tipo de bacteria y que suele afectar a los pulmones. Se propaga por el aire cuando una persona infectada tose, estornuda o escupe. Se estima que alrededor de una cuarta parte de la población mundial se ha infectado con el bacilo de la TB y entre el 5 y el 10% de las personas infectadas acabarán presentando síntomas y enfermando (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Según la Organización Mundial de la Salud, un total de 1,6 millones de personas murieron de TB en 2021 (entre ellas 187 000 personas con VIH), siendo en todo el mundo la decimotercera causa de muerte y la enfermedad infecciosa más mortífera por detrás de la COVID-19 (por delante del VIH y el Sida). También se estima que en 2021 enfermaron de tuberculosis 10,6 millones de personas en todo el mundo: 6 millones de hombres, 3,4 millones de mujeres y 1,2 millones de niños. Aunque la tuberculosis está presente en todos los países y grupos de edad, es una enfermedad que se puede curar y prevenir (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Por otro lado, también es importante destacar que la TB multirresistente sigue representando una crisis de salud pública y una amenaza para la seguridad sanitaria. Solo una de cada tres personas con tuberculosis farmacorresistente tuvo acceso al tratamiento en 2021. A pesar de esto, se estima que entre 2000 y 2021 se salvaron 74 millones de vidas gracias al diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis (Organización Mundial de la Salud, 2023).

En 2015, para la región de Las Américas, se estimaron 268.000 casos nuevos de TB y se notificaron 230.519, de estos 217.081 fueron casos nuevos y recaídas, y 13.438 previamente tratados. El 82% de los afectados (189.025) se realizaron la prueba para VIH y

conocen su estatus, siendo VIH-positivos 21.885 casos. La mortalidad estimada corresponde a 19.000 casos. En cuanto a TB MDR/ RR (Resistente a Rifampicina) se estimó 7.700 casos, y se diagnosticaron por laboratorio 4.611 (59.88%), iniciando tratamiento 3.477 (75.41%) (World Health Organization, 2016).

En este orden de ideas, en esta misma región para el año 2020, la TB sigue siendo un problema de salud pública; en efecto, se estima que ese año hubo 291 000 casos de todas las formas de la enfermedad. La COVID-19 ha revertido los avances alcanzados en la Estrategia Fin de la TB: en el 2020 hubo 3000 muertes por TB más que en el 2019 y la incidencia aumentó levemente. No obstante, se evidenciaron avances en la introducción y expansión de las pruebas moleculares rápidas (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Se diagnosticaron 4007 casos de TB resistente a la rifampicina o multirresistente (TB-RR/MDR), de los cuales 89% iniciaron tratamiento. La proporción de casos de TB-RR estudiados para determinar su resistencia a las fluoroquinolonas disminuyó a 29%, en comparación con 53% del año anterior. Asimismo, se diagnosticaron y notificaron 210 casos de TB extensamente resistente (TB-XDR) en 14 países. Se estima que hubo 29 000 casos nuevos de TB en personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (10%), así como 27 000 muertes por TB, de las cuales 29% corresponden a personas con VIH. Siete países concentran 80% de los casos de TB/VIH: Brasil, México, Colombia, Haití, Perú, la República Dominicana y la República Bolivariana de Venezuela (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

La OMS estimó que en el 2020 hubo 291 000 casos nuevos y recaídas de TB en la Región de las Américas, lo que representa 3% de la carga mundial de TB (9,8 millones de casos) y una incidencia de 28,5 casos por 100 000 habitantes. Se estimó, además, que 89% de los casos de TB se encontraban en 13 países. Un poco más de la mitad se concentran en Brasil, Perú y México. Por otro lado, 16 países concentran las tasas de TB estimadas más

bajas; la mayoría están en el Caribe y entre ellos destacan Costa Rica, Bahamas y Curaçao (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

**Casos de tuberculosis sensible (casos nuevos y antes tratados) distribuidos por Provincias, año 2018.**

Provincias	Casos nuevos y Recaídas	
	Frecuencia	%
Guayas urbano	2881	48,34 %
El Oro	435	7.30%
Guayas rural	398	6.68%
Los Ríos	352	5.91%
Pichincha urbano	273	4.58 %
Manabí	240	4.03 %
Esmeraldas	197	3.31 %
Santo Domingo	152	2,55 %
Loja	115	1.93 %
Santa Elena	109	1.83 %
AZUAY	106	1.78 %
COTOPAXI	91	1.53
SUCUMBIOS	83	1.39
CHIMBORAZO	81	1.36
CAÑAR	75	1.26
TUNGURAHUA	73	1.22
ORELLANA	53	0.89
Imbabura	51	0.86%

Morona Santiago	38	0.64%
napo	36	0.60%
Pichincha rural	32	0.54%
Zamora	30	0.50%
Bolívar	28	0.47%
Pastaza	16	0.27%
Galápagos	9	0.15%
Carchi	6	0.10%
Total	5.960	100%

**Fuente:** Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control.

### 2.1.2 Antecedentes Referenciales

En vista de que el instrumento EMPODERA-TB fue recientemente publicado, no se encontraron estudios que evalúen el nivel de empoderamiento de los pacientes con tuberculosis, por tanto, resulta difícil establecer una línea histórica de investigaciones similares, sin embargo, a continuación, se detallan resultados de estudios con aproximaciones metodológicas a las variables estudiadas.

En Argentina en el año 2012 se realizó un estudio sobre los factores predictivos a la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis, el objetivo de este estudio fue identificar las características sociodemográficas de los pacientes y las características del tratamiento que influyen en la no adherencia al tratamiento antituberculoso, fue un estudio de corte transversal, encuestaron 38 pacientes no adherentes al tratamiento y 85 pacientes adherentes al tratamiento diagnosticados durante el año 2007 residentes y atendidos en hospitales de municipios seleccionados. El análisis de los factores se llevó a cabo mediante regresión logística, los resultados permiten delinear un perfil de pacientes en riesgo de no adherencia

caracterizado por estar en condiciones de pobreza y con dificultades de acceso a la atención de su salud. (Silvina, 2012).

En una revisión de literatura publicada en 2017 desarrollo una investigación sobre el empoderamiento del paciente en el control de la TB, describir sus implicaciones e identificar posibles tendencias y conclusiones. Las conclusiones del estudio informaron que las concepciones de empoderamiento de los pacientes a través de intervenciones y estudios deberían involucrar principalmente a los propios pacientes con TB y que el activismo de los pacientes (su papel, la forma que adopta y los efectos resultantes) no está suficientemente documentado (Macq et al., 2007).

En un estudio realizado un grupo de investigadores de la universidad de Navarra (Paloma et al., 2019) sobre el nivel de empoderamiento de las personas con insuficiencia cardíaca crónica hospitalizadas, El nivel de empoderamiento de los pacientes de este estudio fue medio-alto. Las estrategias para abordar la atención de esta población deberían centrarse en trabajar su actitud respecto a la enfermedad y percepción de control de la situación e individualizarse conforme a la edad. (B. Paloma, 2019)

En China, un estudio evaluó la adherencia al tratamiento para la tuberculosis resistente a múltiples fármacos (MDR-TB), de los principales resultados obtenidos, las dos razones principales de la mala adherencia eran los efectos secundarios negativos del tratamiento y los horarios de trabajo ocupados. Las entrevistas en profundidad con las partes interesadas clave encontraron que la mejora de los síntomas auto percibidos, los efectos secundarios negativos del tratamiento y las dificultades financieras fueron las principales razones de la mala adherencia. Los pacientes con TB-MDR de áreas urbanas, solteros, mujeres, en condición de migrante y cuyos tratamientos fueron supervisados por trabajadores de salud de las clínicas de atención primaria de salud, tuvieron una peor adherencia al tratamiento ( $P < 0.05$ ) (Xing et al., 2021).

En otro estudio realizado en Corea sobre la aceptación y adherencia al tratamiento de la tuberculosis latente por parte de los trabajadores de la salud, encontrando que los trabajadores que rechazaron o interrumpieron el tratamiento antituberculoso lo percibieron como 'no es un gran problema', mientras que los trabajadores que completaron el tratamiento antituberculoso tenían una percepción de alto riesgo del pronóstico de TB, como 'temor por el pronóstico adverso'. Los determinantes de la falta de adherencia al tratamiento antituberculoso recomendado incluyeron un horario de trabajo ocupado, los efectos secundarios de los agentes antituberculosos y la inconveniencia de tomar agentes antituberculosos regularmente (Yang et al., 2023).

En una revisión sistemática cualitativa sobre la adherencia del paciente al tratamiento de la tuberculosis en el subcontinente indio, los autores destacaron en las conclusiones que el personal de salud de los programas de TB requiere una comprensión de las diversas influencias que compiten entre sí en las personas que se someten a tratamiento. Los programas deben tener enfoques más flexibles y centrados en las personas para la prestación de servicios a fin de lograr la adherencia y, por lo tanto, mejorar los resultados del tratamiento (Shringarpure et al., 2023).

En este orden de ideas, la literatura disponible demuestra diversas estrategias para alcanzar la adherencia al tratamiento antituberculoso, presentando al uso de la tecnología como un aliado eficaz, sobre todo, durante y después de la era de COVID-19. En un estudio realizado en USA investigaron la adherencia al tratamiento de la tuberculosis en la era de la COVID-19 teniendo como resultados que, entre 52 personas con enfermedad de TB, 24 (46%) recibieron tratamiento durante la pandemia de COVID-19. La utilización de vDOT (Terapia directamente observada por video) aumentó significativamente después de COVID (18/24 [75 %]) en comparación con antes de COVID (12/28 [43 %],  $p = 0,02$ ). En general, la mediana de la adherencia verificada fue similar antes y después de la COVID (65 % frente a 68 %,

respectivamente,  $p = 0,96$ ). La adherencia fue significativamente mayor en general cuando se utilizó vDOT (mediana 86% [IQR 70-98%]) en comparación con DOT (mediana 59% [IQR 55%-64%],  $p < 0,01$ ); esta adherencia mejorada con vDOT fue evidente tanto en el período anterior a la COVID (mediana del 98 % frente al 58 %,  $p < 0,01$ ) como posterior a la COVID (mediana del 80 % frente al 62 %,  $p = 0,01$ ) (Lippincott et al., 2022).

En apoyo al párrafo anterior, Zaidi & Wells, hacen hincapié en la recomendación de la OMS de intensificar el uso de tecnologías de salud digital para contener la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), señalando que tiene potencial como estrategia para promover la adherencia y la retención del tratamiento de la tuberculosis durante los ensayos clínicos y en la atención de rutina (Zaidi & Wells, 2021).

En este contexto tecnológico, otro estudio realizado en Tailandia tuvo como objetivo evaluar la correlación y la concordancia entre la auto entrevista asistida por computadora (CASI) y el recuento de pastillas no anunciado en el hogar (HUPC) para evaluar la adherencia a la medicación antituberculosa, teniendo como resultados que la CASI fue comparable a los resultados de HUPC. Como aumentó la probabilidad de un tratamiento exitoso, un umbral de  $> 85$  % puede ser más apropiado que  $> 90$  % para definir a los pacientes adherentes a la medicación (Hongprasit & Sonthisombat, 2023).

Con relación al contexto regional, en un estudio realizado en Perú sobre la relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis tuvo como resultados que el 44,74 % de los pacientes manifestó un apoyo familiar medianamente favorable, frente a un 36,84 % en los cuales el apoyo familiar fue desfavorable. Así, el 47,4 % de los pacientes cumplió medianamente con el tratamiento, mientras que el 29 % mostró una baja adherencia a este. El estudio concluye que el apoyo familiar que reciben los pacientes afectados por tuberculosis, está relacionado significativamente con su grado de adherencia al tratamiento (Castro Galarza et al., 2020).

Otro estudio realizado en Bolivia con el objetivo de evaluar la adherencia al tratamiento del Programa Nacional de Control de Tuberculosis en pacientes mayores de 18 años que asisten a un Centro de Salud Temporal identificó que un 53% de los pacientes cumplen con la medicación de la tuberculosis y un 46% no cumple con la medicación. En cuanto a la automedicación, se observó que un 61% de los pacientes no se auto medicaron y un 38 % si lo realizaron. De acuerdo con el vínculo eficaz de relación médico-paciente se obtuvo un 61% de óptima relación y un 38% de mala relación entre el médico y el paciente (Garnica Camacho et al., 2014).

Ya en el contexto local, existen pocos estudios en el Ecuador sobre este fenómeno. Un estudio realizado en Guayaquil sobre el abandono del tratamiento antituberculoso demostró que entre los años 2019 y 2022 de 108 pacientes en tratamiento, 14 (13%) pacientes abandonaron la medicación. Los adultos mayores 50 años fueron el grupo con mayor número de pacientes, 31%. El 69% de los pacientes que abandonaron el tratamiento fueron del sexo masculino. El año en el cual más pacientes dejaron el tratamiento fue el 2021 (43%), y el momento más frecuente de abandono fue la fase I con el 57%. El 100% de los casos presentaron síntomas gastrointestinales, el 25% de los pacientes informó consumir alcohol y el 19% drogas (Roca & Gaona, 2023).

En otro estudio realizado en las cárceles ecuatorianas sobre las tasas de tratamiento antituberculoso no exitoso los autores observaron una asociación significativa entre la TB y grupo etario ( $p=0,0032$ ), tratamiento no exitoso ( $p=0,0093$ ) y coinfección TB/VIH ( $p<0,001$ ) concluyendo que la privación de libertad también podría empeorar las desigualdades sociales y conducir a un aumento paradójico de la incidencia de tuberculosis (Gallegos Cobo et al., 2021). Finalmente, en otro estudio realizado en la provincia de Manabí se identificó que la media aritmética de la pérdida del seguimiento del tratamiento antituberculoso fue de 14,82%, siendo



más frecuente en los casos nuevos de TB, con predominio en el sexo masculino y en el grupo etario 25 – 44 años (Ugalde et al., 2022).

## **2.2 Contenido Teórico Que Fundamenta La Investigación**

### **Historia Natural De La Tuberculosis**

La tuberculosis desde el contexto histórico es necesario señalar que varios estudios nos dicen que la enfermedad existía desde el periodo predinástico egipcio (3500-2650 a. C.), lo que la convierte en una de las enfermedades más antiguas de la humanidad, se han identificado hallazgos de tuberculosis en el periodo Neolítico, evidenciado por la presencia de tuberculosis en momias encontradas cerca de la ciudad de Heidelberg, Alemania, que presentaban deformidades de la columna vertebral, un tipo de tuberculosis denominada Mal de Pott ; Posteriormente Hipócrates el padre de la medicina (460 a 377 a. C.) quien realizaría las primeras investigaciones de la pthisis describiéndola como una enfermedad crónica caracterizada por tos frecuente y persistente, expectoraciones productivas, sudoración y fiebre constante (Puerto Guerrero, 2022) .

En la Edad Media fue una de las peores epidemias que afecto a la población europea se la consideró como la plaga o peste blanca; en el Renacimiento significó expresión de belleza, horror y dolor, influenciando las expresiones artísticas en la pintura, poesía, literatura y canto, principalmente (Puerto Guerrero, 2022).

En las últimas décadas, ha habido un esfuerzo global concertado para erradicar la tuberculosis. Estos esfuerzos habían dado algunos dividendos positivos, especialmente desde 2000, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) estimó que la tasa de incidencia mundial de tuberculosis había disminuido un 1,5% cada año. Además, la mortalidad derivada de la tuberculosis ha disminuido significativa y constantemente. La Organización

Mundial de la Salud (OMS, 2016) informa una caída del 22% en la mortalidad mundial por tuberculosis entre 2000 y 2015. (Adigun R, 2023).

La OMS en su Informe global sobre la Tuberculosis 2022. proporciona una evaluación exhaustiva de la carga mundial de tuberculosis, basada en datos reportados de 202 países y territorios, incluido más del 99% de la población mundial y de casos de tuberculosis. Según el Informe, la pandemia de COVID-19 sigue afectando negativamente el diagnóstico y la atención de la tuberculosis y, por lo tanto, la carga de la enfermedad, y ha provocado una desaceleración, interrupción o reversión del progreso realizado hasta 2019 en la lucha contra la tuberculosis.

### **Etiología**

La TB es una enfermedad infectocontagiosa provocada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch se transmite cuando una persona infectada tose, canta, grita o estornuda, debido a que libera partículas infecciosas que pueden ser inhaladas por un paciente susceptible que se infecta y pudiera desarrollar la enfermedad. Entre los grupos de riesgo a esta enfermedad se encuentran los niños, los ancianos, las personas hacinadas, los reclusos, los pacientes inmunodeprimidos, en la actualidad se considera una enfermedad re-emergente, a pesar de ser una enfermedad prevenible y curable, a nivel mundial es considerada como un problema de salud pública y una amenaza a la seguridad sanitaria. Constituye una de las principales causas de muerte provocadas por un agente infeccioso. (López Pichs, 2022).

### **Patogénesis De La Tuberculosis**

La TB es una afección de tipo infectocontagiosa de evolución aguda, subaguda o crónica, siendo esta última la forma más frecuente debido a su prolongado periodo de latencia entre la infección inicial y las manifestaciones clínicas, y que se caracteriza por la formación de granulomas que pueden afectar a distintos órganos (25% de los pacientes pueden presentar

TB extrapulmonar), siendo la neumopatía (TB pulmonar) la que predomina en 80 al 85% de los casos, por lo que la manifestación más frecuente es la presencia de tos acompañada de expectoración mucopurulenta de más de 15 días de duración. (Roberto, 2020).

La colonización por el bacilo tuberculoso puede efectuarse hacia cualquier órgano, está ligada a las características de la vascularización y a las diferentes formas de diseminación, como es la generada por el mismo drenaje del bacilo tuberculoso a través del fluido alveolar. La estructura anatómica del árbol bronquial permite la entrada de dicho bacilo en la cavidad faríngea y puede penetrar en la mucosa a través de pequeñas heridas y afectar a los ganglios cervicales. Otro sitio de propagación puede ser la cavidad intestinal y provocar una tuberculosis intestinal, en el caso de que la acidificación gástrica no sea suficiente como para destruir el bacilo. (Echemendía Castillo, 2023).

Las personas con más probabilidad de sufrir una tuberculosis activa son aquellas que han estado en contacto con un caso de tuberculosis de manera continuada, o sea más de seis horas al día, por un período que depende del retraso diagnóstico (entre los 60 y los 90 días en países con un buen sistema sanitario). Esto quiere decir que para desarrollar una tuberculosis no basta simplemente una infección única, se requiere de un proceso de reinfección continuo. (Echemendía Castillo, 2023).

### **Diagnóstico**

Hasta finales del siglo XIX la única alternativa para el diagnóstico de tuberculosis (TB) eran las aproximaciones clínicas. Posteriormente, Koch sentó las bases del diagnóstico microbiológico de TB: microscopía y cultivo de *Mycobacterium tuberculosis*, técnicas que siguen siendo hoy la base del diagnóstico rutinario de TB en muchos países. El cultivo del *Mycobacterium tuberculosis* es el estándar de oro de diagnóstico y seguimiento al tratamiento

de TB, bien sea cultivo sólido (Lowenstein-Jensen, Ogawa o 7H11) o cultivo líquido (MGIT960, Proskauer-Beck, 7H9, entre otros). (Nieto Ramirez, 2021).

El advenimiento de metodologías moleculares llevó al desarrollo del GeneXpert MTB/RIF (amplificación de *rpoB* para identificar *Mtb* y resistencia a rifampicina, directo del esputo). Otros métodos moleculares incluyen: LAMP-TB: amplificación isotérmica de IS6110 y *gyrB*, LPA: detección de resistencia a medicamentos de primera y segunda línea con sondas de ADN en tiras de nitrocelulosa. El reto impuesto por el diagnóstico de pacientes coinfectados TB/VIH llevó al desarrollo de LAM-TB. Este último detecta Lipoarabinomano en la orina de individuos severamente comprometidos con VIH-SIDA. (Nieto Ramirez, 2021).

Actualmente, la búsqueda de biomarcadores en suero y orina representa una alternativa prometedora. Se vienen buscando metabolitos, microARNs y proteínas derivadas tanto de *Mtb* como del huésped humano. La aplicación de ciencias “ómicas” en las últimas décadas ha sido determinante para la búsqueda de nuevos biomarcadores de diagnóstico y pronóstico (Nieto Ramirez, 2021).

La OMS recomienda el uso de pruebas rápidas de diagnóstico molecular como prueba diagnóstica inicial en todas las personas con signos y síntomas de tuberculosis. Las pruebas rápidas recomendadas por la OMS incluyen Xpert MTB/RIF, Xpert Ultra y Truenat. Estas pruebas tienen una alta precisión diagnóstica y conducirán a mejoras importantes en la detección precoz de la tuberculosis y de la tuberculosis farmacorresistente. (OMS, 2023).

Para determinar si una persona está infectada, puede utilizarse la prueba de la tuberculina o la prueba de liberación del interferón y el diagnóstico de la tuberculosis multirresistente y de otras formas resistentes de la enfermedad, así como el de la tuberculosis asociada al VIH, puede ser complejo y caro. La tuberculosis es especialmente difícil de diagnosticar en niños. (OMS, 2023).

Un diagnóstico positivo contempla los siguientes aspectos: cuadro clínico, pruebas inmunológicas, microbiología, estudios radiográficos, resultados histopatológicos. (Armas Pérez, 2023).

### **Manifestaciones Clínicas**

Los síntomas más comunes de la TB son: tos crónica (a veces con sangre) dolor torácico, astenia, cansancio, pérdida de peso, fiebre, sudoración nocturna, los síntomas que presenta una persona depende de la parte del cuerpo en la que la tuberculosis está activa. Si bien la enfermedad suele afectar a los pulmones, pero otros órganos pueden estar comprometidos.(OMS, 2023).

Las personas con infección por tuberculosis latente no se sienten enfermas ni son contagiosas, solo un pequeño porcentaje de estas enfermará y tendrá síntomas, estos pueden ser leves durante muchos meses, por lo que es fácil transmitir la TB a otras personas sin saberlo; el riesgo es mayor en bebés y niños. Determinadas afecciones pueden aumentar el riesgo de que una persona contraiga la TB: diabetes, sistema inmunitario debilitado, por ejemplo, VIH o Sida, malnutrición, consumo de tabaco (OMS, 2023).

### **Factores De Riesgo**

Al analizar la epidemiología de la TB es necesario considerar una serie de factores que pueden favorecer que se incremente de forma acelerada la incidencia de la enfermedad. La situación actual de la TB a nivel global es un fiel reflejo de las enormes diferencias económicas y sociales que existen entre los distintos países del mundo (Echemendía Castillo, 2023).

Existen una estrecha relación entre la situación socioeconómica y la incidencia de la TB, porque la desnutrición, el consumo indebido de drogas como el tabaco y el alcohol, la dureza del trabajo y el poco tiempo dedicado al descanso, disminuyen la resistencia del individuo a la infección. La mala calidad de vida, el hacinamiento, el internamiento en centros penitenciarios,

la mala ventilación y las características del lugar de trabajo, también aumentan los riesgos de padecer la enfermedad (Echemendía Castillo, 2023).

## **Tratamiento**

Cuando tratamos a un paciente con enfermedad tuberculosa buscamos un doble beneficio: un beneficio individual (clínico), centrado en la curación del paciente afecto de TB, y un beneficio colectivo (salud pública), de la comunidad en la cual reside el paciente (Pascual-Pareja et al., 2018).

Los objetivos fundamentales en el tratamiento de la TB son : 1) disminuir rápidamente el número de bacilos de la TB para reducir la morbilidad y evitar la muerte del paciente, y para disminuir la capacidad de contagio a otras personas; 2) prevenir el desarrollo o empeoramiento de TB resistente, y 3) evitar las recaídas después de completar el tratamiento (Pascual-Pareja et al., 2018).

El tratamiento de la TB tiene 2 fases: una fase intensiva inicial y una segunda fase de continuación. La fase intensiva inicial busca los objetivos 1 y 2. Para conseguir estos objetivos es muy importante la asociación de múltiples fármacos, sobre todo con capacidad bactericida que reduzcan rápidamente la multiplicación de los bacilos. . Los bacilos tuberculosos están sufriendo continuamente mutaciones espontáneas que pueden crear resistencias a un determinado fármaco antituberculoso. Si existe un clon resistente a un fármaco específico tendrá una ventaja relativa respecto a las cepas susceptibles si lo enfrentamos a este único fármaco, de ahí la importancia de asociar varias drogas (Nahid et al., 2016; Pascual-Pareja et al., 2018).

Cuando la carga bacilar es más elevada hay más riesgo de que aparezcan resistencias, por lo que en la fase intensiva de tratamiento se deben asociar más fármacos. Para conseguir el objetivo 3 se debe prolongar el tratamiento en el tiempo y utilizar fármacos con efecto

esterilizante, capaces de eliminar los bacilos persistentes que parecen restringir su actividad metabólica y que son los causantes de las recaídas que suceden tras el tratamiento antituberculoso. El fármaco que tiene un papel más importante a este nivel y el que ha demostrado mayor eficacia a la hora de prevenir recaídas es la rifampicina. La pirazinamida tiene también una acción esterilizante importante, aunque se considera que esta actividad se limita a microambientes especiales de acidez relativamente incrementada (Nahid et al., 2016; Pascual-Pareja et al., 2018).

El tratamiento antituberculoso debe de ser iniciado sin demora en pacientes con alta probabilidad de tener TB, sobre todo en aquellos con enfermedad grave que comprometa su vida, incluso antes de tener los resultados de baciloscopia, estudios moleculares o cultivos (Pascual-Pareja et al., 2018).

Los estudios de resistencia, tanto los métodos convencionales fenotípicos (antibiograma) como los genotípicos, son claves a la hora de diseñar un tratamiento eficaz. Actualmente se recomienda el uso de test rápidos moleculares como es el caso del test molecular Xpert<sup>®</sup> MTB/RIF ha significado un avance importante en el diagnóstico de la tuberculosis. La prueba recurre a una plataforma automatizada con múltiples funciones, la cual purifica, concentra e identifica las secuencias de ácidos nucleicos de *M. tuberculosis* mediante una reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (PCR-RT) y simultáneamente determina la sensibilidad a la rifampicina en aproximadamente dos horas con una muestra directa. Se deben utilizar test rápidos moleculares para el estudio de resistencia al menos en los pacientes que tienen más riesgo de padecer una TB resistente: tratamiento previo de TB, sobre todo si ha habido mala adherencia; contacto con pacientes con TB resistente, y procedencia de países con alta incidencia de TB multirresistente; también es de suma importancia la historia de los fármacos que ha tomado el paciente previamente; cuando un

fármaco se ha tomado incorrectamente durante un mes, debemos sospechar la posibilidad de que se hayan producido resistencias a dicho fármaco (Pascual-Pareja et al., 2018).

### **Empoderamiento**

En el año 2012 la oficina regional europea de la OMS hace público el programa Health 2020 en el que se establecen las orientaciones estratégicas y las áreas prioritarias de acción política para Europa en materia de salud y bienestar hasta el año 2020. Uno de los objetivos específicos definidos en este programa, es el empoderamiento tanto de los ciudadanos como de los pacientes (Cerezo et al., 2016).

En el mismo informe se considera que el empoderamiento y la atención centrada en el paciente son elementos clave para mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción de los usuarios, mejorar la comunicación entre profesionales y pacientes, y obtener un mayor cumplimiento de los planes terapéuticos, además de optimizar el uso de los recursos y los costes de la atención en salud (Cerezo et al., 2016).

El concepto de empoderamiento se utiliza en una amplia gama de contextos. En el ámbito de salud se adoptó la expresión empoderamiento en primer lugar como un eje que guiaba las actuaciones en la promoción de la salud, y en los últimos años como una estrategia para la gestión de las enfermedades crónicas. sin embargo, aunque existe un amplio consenso sobre su importancia y carácter multidimensional, no existe una definición unánimemente aceptada de empoderamiento, qué dimensiones lo conforman ni a su operacionalización (Cerezo et al., 2016).

La OMS (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2013), define al empoderamiento como un “proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, para ello, los individuos y las



comunidades necesitan desarrollar habilidades, tener acceso a la información y a los recursos, y la oportunidad de participar e influir en los factores que afectan su salud y bienestar”.

### **Adherencia Terapéutica**

En los países desarrollados, las tasas de adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas se sitúan alrededor del 50%. Esta cifra es considerablemente menor en los países en vías de desarrollo, según un reciente de la OMS, que califica la falta de adherencia como un «problema mundial de gran magnitud». Es necesario entender la importancia del problema y poner en marcha estrategias adecuadas para solucionarlo, analizar las consecuencias clínicas y económicas que produce el incumplimiento y los motivos por los que se origina este problema (Dilla T. Et al., 2009).

En el año 2003 la OMS definió el término adherencia como «el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario» (World Health Organización, 2003). Esta definición se basa en la propuesta por Haynes et al., del año 1976 para el término cumplimiento, aunque la principal diferencia es que la adherencia requiere el consentimiento del paciente con las recomendaciones recibidas, y expresa una colaboración activa entre el profesional sanitario y el paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Por el contrario, el término cumplimiento implica una conducta de sumisión y obediencia a una orden, propia de una relación paternalista entre los profesionales de la salud y el paciente. Esta falta de participación del paciente en la definición podría justificar el desuso del término cumplimiento en favor del de adherencia, pero en la práctica ambos términos continúan utilizándose de manera indistinta (Haynes, 1976).

Recientemente, la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR) ha definido cumplimiento terapéutico o adherencia terapéutica como el grado en que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescritos. Sin embargo, los resultados clínicos de un tratamiento se ven afectados no sólo por cómo tomen los pacientes su medicación, sino por cuánto tiempo lo hagan. Por esa razón en los últimos años se ha comenzado a utilizar el término persistencia para definir el tiempo durante el cual el paciente continúa con el tratamiento, es decir, la cantidad de tiempo que transcurre desde el inicio hasta la interrupción (Cramer et al., 2008; Dilla et al., 2009).

Existe una relación clara y directa entre la falta de cumplimiento y la obtención de resultados deficientes en salud. El impacto clínico de la falta de adherencia depende de la interrelación entre 3 factores: el tipo de incumplimiento, la enfermedad tratada y las propiedades farmacodinámicas y farmacocinéticas del medicamento. En cuanto al tipo de incumplimiento terapéutico se pueden presentar dos situaciones: que no se llegue a iniciar el tratamiento, con lo que las consecuencias clínicas que se podrán observar serían similares a las que aparecerían al seguir la enfermedad su curso natural, o que se interrumpa una vez iniciado, en cuyo caso las consecuencias dependerán fundamentalmente de la afección y del fármaco, cuyas propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas determinarán el grado de cobertura y de mantenimiento del efecto terapéutico (Dilla et al., 2009).

### **Marco legal.**

#### **Constitución del Ecuador.**

En la Constitución de la República del Ecuador prescrita por la Asamblea Nacional (2009), Art. **32.**- Establece que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la

alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. (Asamblea Nacional, 2009).

**Art. 358** describe que el sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional. (Asamblea Nacional, 2009).

### **La Ley orgánica de Salud**

**En el Art 6 literal 3** enfatiza la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública de diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares (jurídica, 2022).

**En el artículo 9 literal f** señala Garantizar a la población el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad a bajo costo, con énfasis en medicamentos genéricos en las presentaciones adecuadas, según la edad y la dotación oportuna, sin costo para el tratamiento del VIH-SIDA y enfermedades como hepatitis, dengue, tuberculosis, malaria y otras transmisibles que pongan en riesgo la salud colectiva (Asamblea Nacional, 2009).

Asimismo, Ministerio de Salud Pública, (2018) incita al uso de las normas técnicas para detección de enfermedades transmisibles, para su prevención, atención integral y rehabilitación, donde abarca la tuberculosis y para esto se insertó una Guía de Práctica Clínica designada “Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis”, esta debería actualizarse cada tres años.

## CAPÍTULO III

### 3 Diseño Metodológico

#### 3.1 Tipo y diseño de investigación

La metodología de este estudio responde a un enfoque cuantitativo, de diseño transversal,

##### **Enfoque cuantitativo**

Los datos son considerados, a menudo, como tangibles, rigurosos y fidedignos. Dichos adjetivos sugieren que estos datos poseen una precisión considerable, han sido recogidos mediante procedimientos sistemáticos y pueden ser fácilmente contrastados por otro investigador (Trejo Sánchez, 2021).

**Diseño transversal.** - la investigación se lleva a cabo en un determinado momento tomándose los datos una sola vez y los resultados que obtengamos serán válidos para explicar el estado de situación en ese momento específico.(Perez, 2020).

#### 3.2 La Población y la muestra

##### 3.2.1 Características de la población

La población de estudio se constituyó por pacientes que reciben tratamiento contra la tuberculosis atendidos en los subcentros de salud de la oficina 7 del distrito 09D8 de la ciudad de Guayaquil.

##### 3.2.2 Delimitación de la población

**Tiempo:** Junio- agosto del 2023

**Espacio:** Subcentros de salud de la oficina 7 distrito 09D8- Guayaquil.

**Persona:** los pacientes que reciben tratamiento antituberculoso en los subcentros de salud correspondientes a la oficina 7 distrito 09D8 -Guayaquil que voluntariamente aceptaron

participar en la investigación, en el caso de los menores de edad y adolescentes será la persona responsable de su tratamiento quien participen la investigación.

### **3.2.3 Tipo de muestra**

El tipo de muestreo fue probabilístico, aleatorio simple, garantiza que todos los individuos que componen la población blanca tienen la misma oportunidad de ser incluidos en la muestra (Otzen T, 2017).

### **3.2.4 Tamaño de la muestra**

Para el cálculo de la muestra se decidió utilizar la fórmula para variables cualitativas suponiendo una población infinita. De esta forma tenemos:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2} \cdot P \cdot (1-P)}{e^2}$$

Donde:

$Z_{\alpha/2}$  = Nivel de confianza = 1,96

P = Proporción o prevalencia = 0,5

$e^2$  = Error muestral = 0,05

Una vez realizado los cálculos, obtenemos una muestra final de 196 pacientes, considerando un nivel de confianza del 95%.

### **3.2.5 Proceso de selección de la muestra**

La selección de la muestra tuvo un procedimiento no probabilístico seleccionando los pacientes que voluntariamente aceptaron participar en la investigación, en el caso de los menores de edad y adolescentes se entrevistó a la persona responsable de su tratamiento.

#### **Criterios de inclusión**

Estar de acuerdo con participar en el estudio, haber firmado la hoja de consentimiento informado, estar recibiendo tratamiento contra TB en alguno de los centros de salud de la oficina 7 distrito 09D08 Guayaquil.

#### **Criterios de Exclusión.**

Aquellos que no estén de acuerdo en participar en el estudio, o que no cumplieron con los criterios de inclusión.

### **3.3 Los métodos y las Técnicas**

#### **Método teórico**

Para analizar los resultados se utilizó el método empírico inductivo-deductivo

#### **Técnica e instrumento**

Se utilizaron 3 instrumentos validados científicamente por

**Caracterización Sociodemográficas.-** Se evaluó las características sociodemográficas a través del test propuesto por Arrossi et.al 2012 sobre Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires Argentina en el año 2012 que pondera variables específicas como : sexo, edad, nivel educativo, cobertura de salud, situación de empleo , provisión de agua, tipo de baño, hacinamiento, nivel de ingreso en el hogar, (anexo 2) (Arrossi, 2012).

**Nivel de Empoderamiento.** – Se evaluó el empoderamiento a través del instrumento EMPODERA TB. Este cuestionario de empoderamiento en pacientes con TBP está basado en el instrumento Patient empowerment in long-term conditions questionnaire. Se incluyeron 25 ítems en el cuestionario de empoderamiento, correspondientes a las dimensiones teóricas que se consideraron relevantes para la población de pacientes con TB fueron: 1) habilidades para la toma de decisiones en su tratamiento, 2) adquisición y comprensión de conocimientos y 3) habilidades para compartir información y capacitar a otros, con respuestas de cinco opciones en escala tipo Likert, Se evaluaron sus propiedades psicométricas en una aplicación de pacientes con falla cardíaca y se concluyó que tenía una consistencia y validez adecuadas, Durante el análisis del CFA se utilizaron los valores de R<sup>2</sup> y rho para analizar la varianza explicada y la fiabilidad conjunta. así como índices de bondad de ajuste: la raíz cuadrada media residual estandarizada (SRMR, por su sigla en inglés) y el coeficiente de determinación (CD). La validación se realizó mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio, y la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach, con base en los datos de una muestra de 49 pacientes de origen mexicano con diagnóstico de tuberculosis pulmonar (anexo 3) (González-Fajardo KD, 2022).

### **Adherencia Terapéutica**

Se evaluó la adherencia a través del test de Adherencia Medication Adherence Questionnaire (MAQ). La escala es fácil de usar y comprender, y puede incorporarse fácilmente en la atención de rutina de los pacientes, este test se lo ha utilizado para evaluar la adherencia a los medicamentos en diferentes condiciones crónicas. (anexo 4) (Neus Pagès-Puigdemont, 2018).

### 3.4 Procesamiento estadístico de la Información

Los datos recolectados fueron tabulados en el programa Microsoft Excel y procesados en el Paquete Estadístico para el programa de Ciencias Sociales (SPSS versión 25.0). Estos datos se presentaron a través de tablas y gráficos además de un análisis de correlación.

Para las variables numéricas se calcularon medidas de tendencia central (media y mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar y rango). Para las variables categóricas se calcularon frecuencias absolutas y relativas.

Antes de realizar estadística inferencial fue testada la normalidad de los datos a través del test Kolmogorov-Smirnov. Se elige este estudio dado que el tamaño de la muestra es mayor a 50 (120). El resultado de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, para todas las variables arroja un  $P=0.000$ , lo que nos indica que los datos de las variables no siguen una distribución normal.

**Tabla 1**

<b>Pruebas de normalidad - Kolmogorov-Smirnova</b>			
	Estadístico	gl	Sig.
TotalEmp	.145	120	.000
TotalAdh	.465	120	.000
Nivel Educativo	.180	120	.000
Cobertura de salud	.517	120	.000
Condición Laboral	.366	120	.000
Provisión de agua	.498	120	.000
Tipo de Sanitario o Servicio higiénico	.483	120	.000
Hacinamiento	.535	120	.000
Nivel de ingreso en el Hogar	.151	120	.000

**Fuente:** Datos recabados de los cuestionarios aplicados a los casos de estudio

Dado que los datos no siguen una distribución normal se elige el Análisis de Spearman para establecer las correlaciones entre las diferentes variables. Como complemento se utiliza el Análisis de Regresión Lineal para determinar si la combinación de las variables



sociodemográficas influye en los niveles de Empoderamiento y Adherencia. Para todos los análisis inferenciales, el nivel de significancia se fijó en el 5%.

### **Consideraciones Éticas**

Este proyecto investigativo contó con la autorización del Director del distrito 09D08 Guayaquil para facilitar la ejecución de la misma, los participantes fueron entrevistados previo a la recolección con la finalidad de informar sobre el propósito del estudio, enfatizando que la participación era voluntaria e información confidencial respaldada con la firma de un acuerdo de confidencialidad en el que se detalla que los datos obtenidos serán empleados exclusivamente para propósitos investigativos, al ser un estudio con enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo, correlacional, de campo, de diseño trasversal no representa riesgos físicos ni psicológicos para los participantes, los beneficios de la investigación beneficios de esta investigación tratar de identificar problemas a través de las interrogantes planteadas y descubrir problemas de salud no resueltos que permitan fortalecer estrategias sanitarias y acciones de prevención de la infección por TB.(Anexo 5).

## CAPÍTULO IV

### 4 Análisis E Interpretación De Resultados

**Tabla 2**

*Características sociodemográficas de los casos estudiados que reciben tratamiento antituberculoso en los SCS correspondientes a la oficina 7 distrito 09D8 Guayaquil 2023.*

VARIABLE	ESCALA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
<b>Edad</b>	18-30	55	45.8
	31-40	33	27.5
	41-50	15	12.5
	51-60	9	7.5
	>61	8	6.7
<b>Género</b>	Femenino	40	33.3
	Masculino	80	66.7
<b>Nivel educativo</b>	Ninguno	13	10.8
	Primaria Incompleta	14	11.7
	Primaria Completa	35	29.2
	Secundaria Incompleta	22	18.3
	Secundaria completa o más	36	30.0
<b>Cobertura de salud</b>	MSP	104	86.7
	IESS	9	7.5
	Seguro Privado	7	5.8

<b>Condición laboral</b>	Trabajador con protección social	17	14.2
	Trabajador Sin protección Social	32	26.7
	Desempleado	71	59.2
<b>Provisión de agua</b>	Dentro de la vivienda	98	81.7
	Fuera de la vivienda	22	18.3
<b>Tipo de sanitario</b>	Retrete con descarga de agua	94	78.3
	Retrete sin descarga de agua	26	21.7
<b>Hacinamiento</b>	Si	10	8.3
	No	110	91.7
<b>Nivel de ingreso en el hogar</b>	Hasta 150	28	23.3
	Entre 151-250	21	17.5
	Entre 251-350	25	20.8
	Entre 351-450	21	17.5
	Mas de 450	25	20.8

**Fuente:** Datos recabados de los cuestionarios aplicados a los casos de estudio.

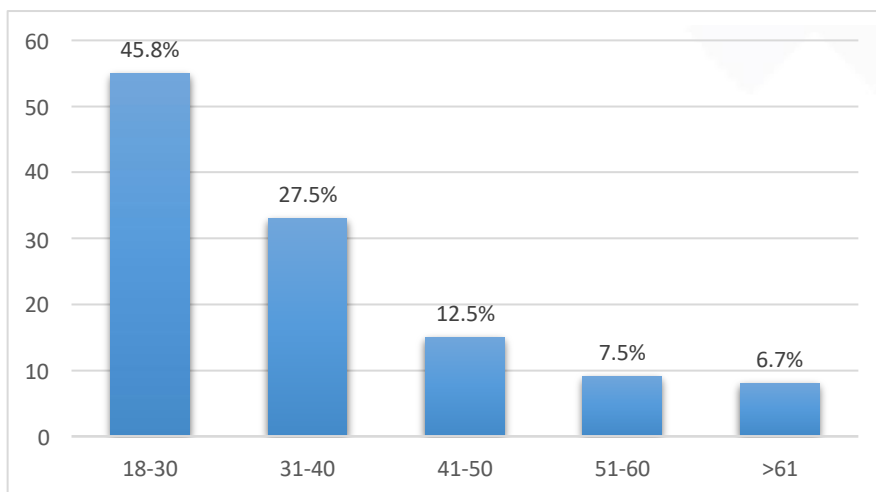
**Autor:** Lic. Olga Viteri V.

**Análisis e interpretación:** Con relación a las características sociodemográficas el grupo más predominante fueron los jóvenes y jóvenes adultos de 18 a 30 años (45,8%), la mayoría fueron del sexo masculino (66,7%), con secundaria completa o más (30%),

desempleados (59,2%), sin hacinamiento (91,7%), un 23% de los casos tienen un ingreso menor a 150 USD.

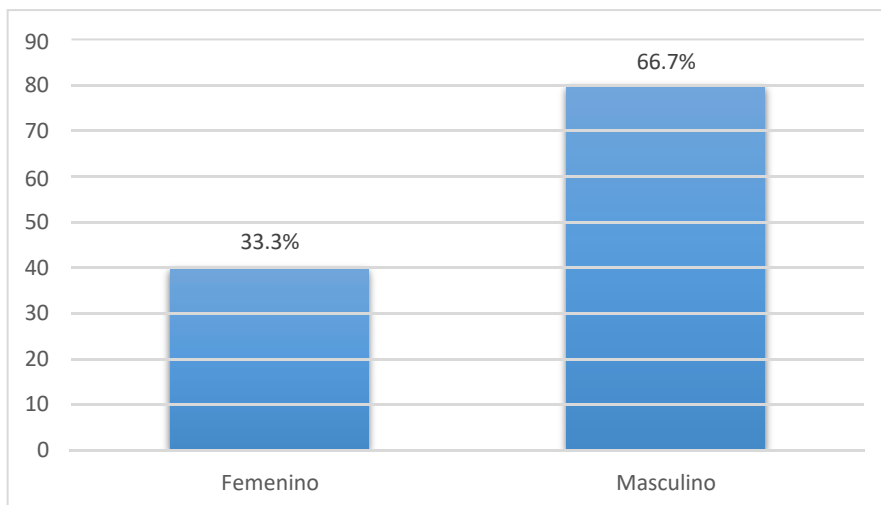
**Figura 1**

*Edad- Características sociodemográficas*



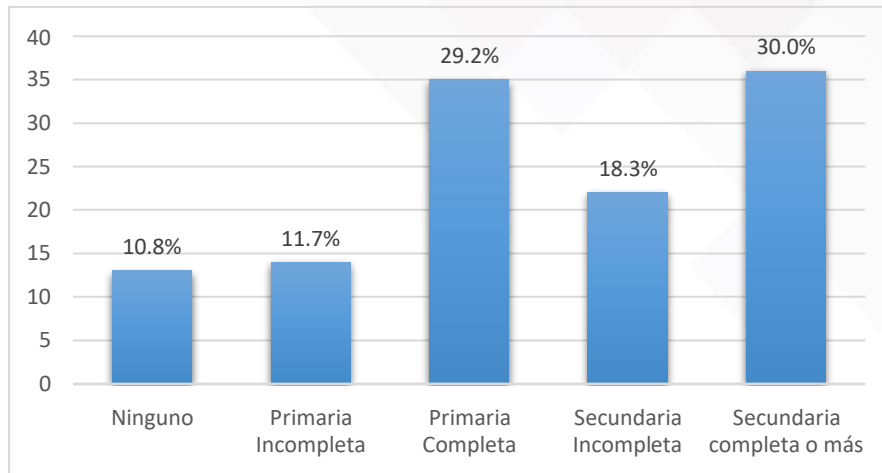
**Figura 2**

*Género- Características sociodemográficas*



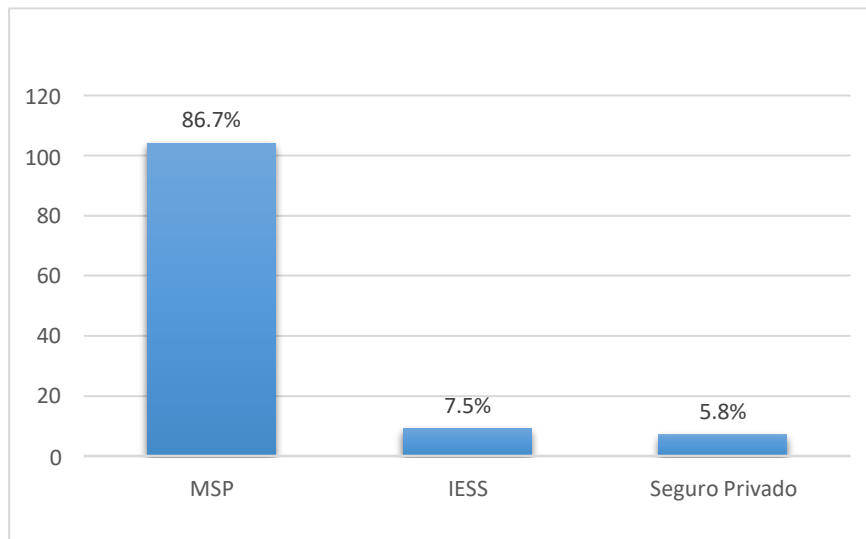
**Figura 3**

*Nivel educativo-Características sociodemográficas*



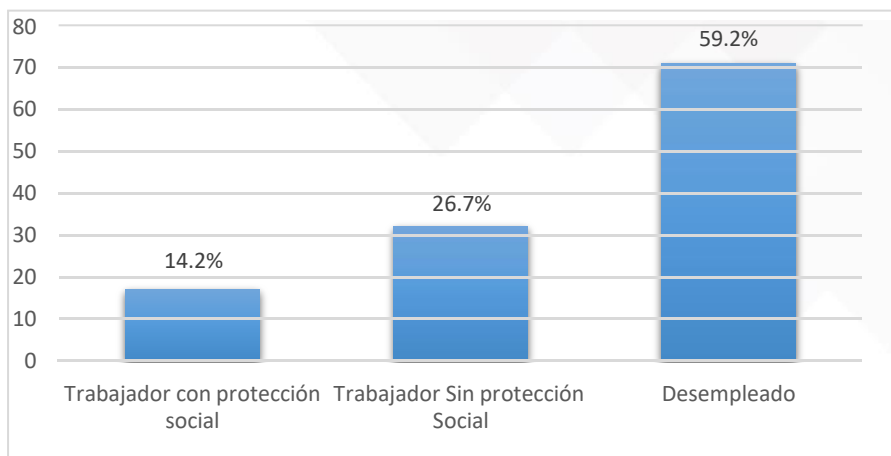
**Figura 4**

*Cobertura de salud-Características sociodemográficas*



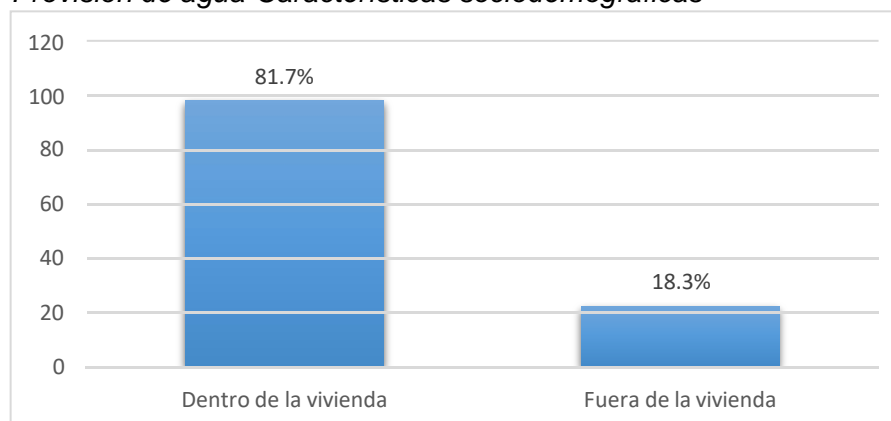
**Figura 5**

*Condición laboral- Características sociodemográficas*



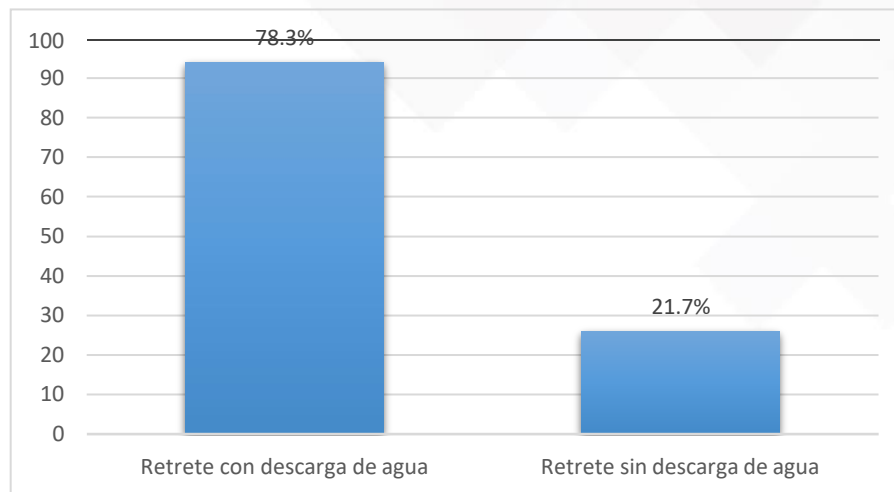
**Figura 6**

*Provisión de agua- Características sociodemográficas*



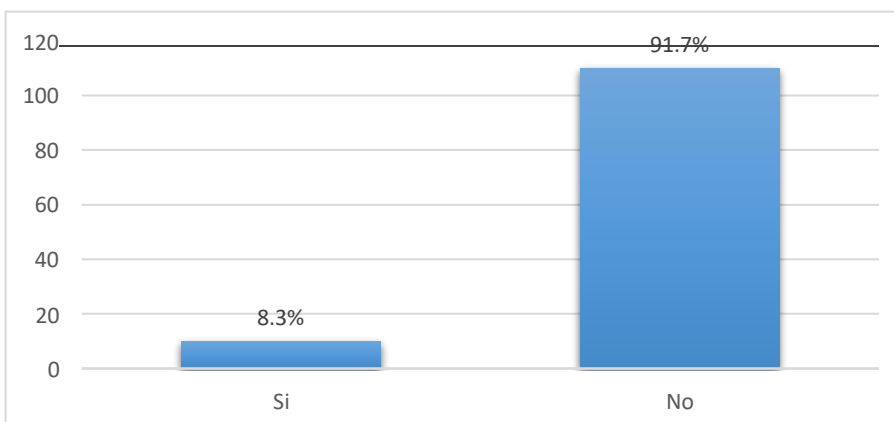
**Figura 7**

*Tipo de sanitario Características sociodemográficas*



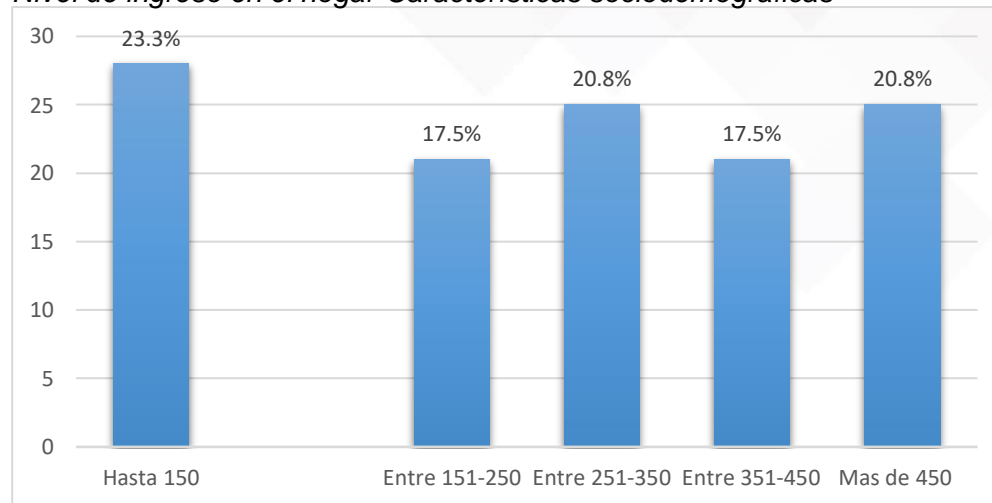
**Figura 8**

*Hacinamiento- Características sociodemográficas*



**Figura 9**

*Nivel de ingreso en el hogar- Características sociodemográficas*



**Tabla 3**

*Nivel de empoderamiento al tratamiento antituberculoso de los casos de estudio*

Nivel de empoderamiento	Total	Porcentaje
Alto	118	98,33%
Moderado	2	1,67%
Bajo	0	0%
Total	120	100%

**Fuente:** Datos recabados de los cuestionarios aplicados

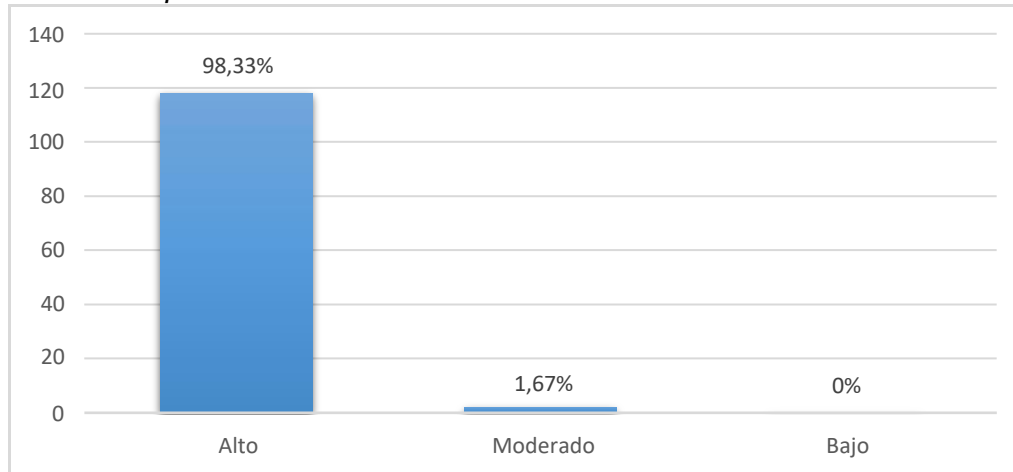
**Autor:** Lic. Olga Viteri V.

**Análisis e interpretación.** –En la tabla 3 se muestran los resultados obtenidos el nivel de empoderamiento al tratamiento contra la tuberculosis corresponde a un nivel alto (98.33%) lo cual es muy satisfactorio y positivo tanto para el paciente y sus familiares como para el equipo de salud que les brinda atención.



**Figura 10**

*Nivel de empoderamiento al tratamiento antituberculoso*



**Tabla 4**

*Nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso de los casos de estudio*

NIVEL DE ADHERENCIA	TOTAL	PORCENTAJE
Buena adherencia	97	80,83%
Mala adherencia	23	19,17%
Total	120	100%

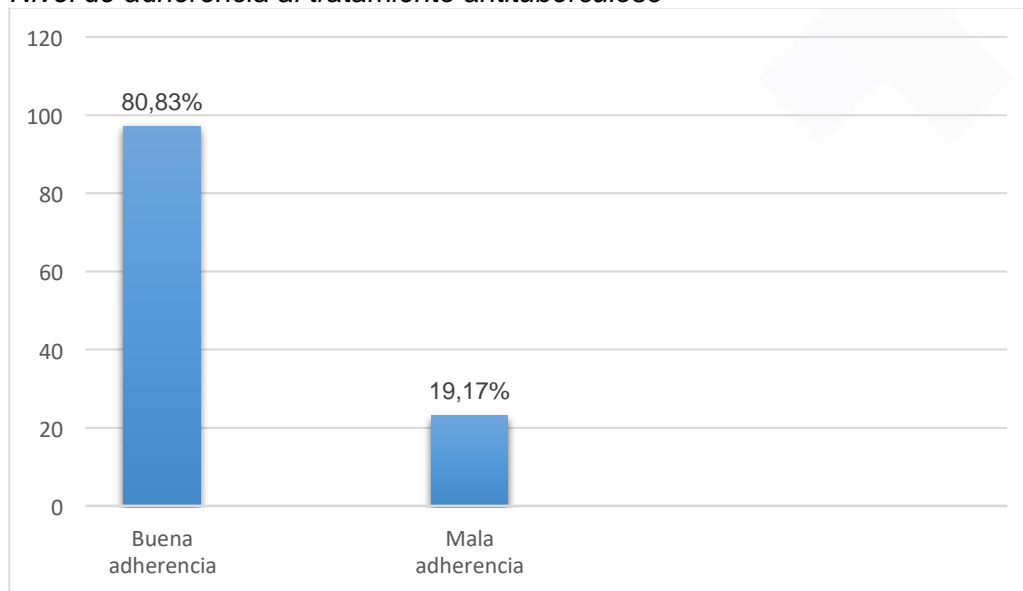
**Fuente:** Datos recabados de los cuestionarios aplicados

**Autor:** Lic. Olga Viteri V.

**Análisis e interpretación.** – En la tabla 4 se muestra los resultados obtenidos el nivel de adherencia al tratamiento que corresponde a un 80.83% considerada es buena lo cual resulta muy favorable para el tratamiento de la TB.

**Figura 11**

*Nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso*



**Tabla 5***Asociación entre el nivel de empoderamiento y el nivel de adherencia terapéutica*

		TotalEmp	TotalAdh
<b>TotalEmp</b>	Coeficiente de		
	correlación	1.000	.246**
	Sig. (bilateral)	.	.007
	N	120	120
<b>TotalAdh</b>	Coeficiente de		
	correlación	.246**	1.000
	Sig. (bilateral)	.007	.
	N	120	120

**Fuente:** Datos recabados de los cuestionarios aplicados**Autor:** Lic. Olga Viteri V.

**Análisis e interpretación** En la tabla 5 se muestra que de acuerdo con el coeficiente de correlación de Spearman, el nivel de Empoderamiento tiene influencia en el nivel de Adherencia, esto es debido a que el valor de significancia (0,007) es menor a 0.05

**Tabla 6***Correlaciones entre las variables sociodemográficas y el nivel de empoderamiento*

		TotalEmp	TotalAdh
<b>Nivel Educativo</b>	Coeficiente de correlación	.285**	-.016
	Sig. (unilateral)	.001	.432
	N	120	120
<b>Cobertura de salud</b>	Coeficiente de correlación	.024	.064
	Sig. (unilateral)	.398	.244
	N	120	120
<b>Condición Laboral</b>	Coeficiente de correlación	.101	-.073
	Sig. (unilateral)	.135	.215
	N	120	120
<b>Provisión de agua</b>	Coeficiente de correlación	-.123	.002
	Sig. (unilateral)	.090	.492
	N	120	120
<b>Tipo de Sanitario o Servicio higiénico</b>	Coeficiente de correlación	-.179*	-.063
	Sig. (unilateral)	.025	.248
	N	120	120
<b>Hacinamiento</b>	Coeficiente de correlación	.200*	.173*
	Sig. (unilateral)	.014	.030
	N	120	120

<b>Nivel de ingreso en el Hogar</b>	Coeficiente de correlación	.033	.043
	Sig. (unilateral)	.361	.322
	N	120	120

**Fuente:** Datos recabados de los cuestionarios aplicados

**Autor:** Lic. Olga Viteri V.

**Análisis e interpretación.** – En la tabla 6 se muestra la correlación entre las variables sociodemográficas y el nivel de empoderamiento, de los principales resultados se encontró que el nivel educativo y la condición de hacinamiento influyen en el nivel de empoderamiento pues presentan un valor p menor a 0.5 ( $p=0,015$  y  $0,002$ ), por lo tanto se rechaza la hipótesis nula por consiguiente se encuentra una correlación positiva entre estas dos variables, por otro lado también el nivel de hacinamiento influyen en el nivel de adherencia terapéutica al encontrar valores p menor a 0.05 ( $p=0,005$ ) por tanto se rechaza la hipótesis nula , por consiguiente se muestra una correlación positiva.

## RESULTADOS

**Las Características sociodemográficas de la población de estudio** cuyas variables investigadas se muestran en la tabla 1 los resultados que se obtuvieron demostraron que la media de edad de los pacientes que participaron en el estudio fue 36.7, el grupo más predominante fueron los jóvenes y jóvenes adultos de 18 a 30 años (45,8%), la mayoría de los casos correspondieron al sexo masculino (66,7%), con secundaria completa o más (30%), la mayor parte de los caso encuestados NO viven en hacinamiento (91,7%) el mayor porcentaje de ellos cuenta con provisión de agua dentro del hogar (81.7%), de igual forma un mayor porcentaje dispone de un sanitario o retrete con descarga de agua (91.7%), el 23 % respondieron que su ingreso económico es menor a 150 USD, se encuentran desempleados el 59.2% .

Estos resultados guardan relación un estudio de Muñoz et al., titulado Tuberculosis en América Latina y el Caribe: reflexiones desde la bioética el cual sostiene que la TB continúa siendo un grave problema de salud pública acuciante en la región de las Américas, debido a su impacto familiar, comunitario, social, económico y sanitario, que afecta principalmente a personas y poblaciones vulneradas... (Muñoz et al., 2018)

**Con relación a la Variable Empoderamiento** (Tabla 2) los resultados reflejan un alto nivel de empoderamiento (98.3%) y un porcentaje inferior presentaron un nivel medio (1.67%), no hubo casos con nivel bajo de empoderamiento (0%). La mayoría de los participantes expresaron estar totalmente de acuerdo en tomar sus medicamentos de manera correcta, así como también lo importante que es para ellos conocer sobre su padecimiento para poder hacerse cargo de su enfermedad , y participar activamente en las decisiones que afectan al cuidado de su salud lo cual coincide con lo señalado por la OMS en 2003, sobre la necesidad de que los profesionales de la salud promoviesen un cuidado innovador con un enfoque educativo que empoderase a los pacientes a que adquieran un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. Un enfoque basado en el empoderamiento puede promover el hecho de que los pacientes se conviertan en agentes activos a la hora de tomar decisiones sobre su propia salud, desarrollando las capacidades y la motivación necesarias para manejar su proceso y lograr integrarlo en su vida.

**En relación con el nivel de adherencia** (Tabla 3) En este estudio se pudo comprobar que la mayoría de los casos presenta un buen nivel de adherencia terapéutica (97%) en menor proporción existen pacientes con mala adherencia terapéutica (23%). En el ámbito nacional, son diversos los estudios realizados por distintos investigadores y con diferentes objetivos, como el estudio realizado por Bacilio S, Et al., titulado adherencia al tratamiento de la tuberculosis en los pacientes atendidos en el centro de salud Santa Elena el cual tuvo como objetivo evaluar la adherencia al tratamiento de tuberculosis en los pacientes que asisten al

centro de salud de Santa Elena, en ese estudio se concluyó que por diversas razones existe un porcentaje de abandono del 30% dando como resultado la pérdida de la eficacia del régimen terapéutico, y complicaciones como la tuberculosis drogo resistente y multidrogoresistente. Por lo que es necesario implementar estrategias que permitan motivar y concienciar a los afectados sobre la importancia de adherirse al tratamiento de la tuberculosis.

**Correlaciones entre las variables sociodemográficas** y el nivel de empoderamiento de los casos estudiados, en la tabla 6 se muestra la correlación entre las variables sociodemográficas y el nivel de empoderamiento, de los principales resultados se encontró que el nivel educativo y la condición de hacinamiento influyen en el nivel de empoderamiento, así como también existe correlación positiva entre el nivel de hacinamiento y el nivel de adherencia Terapéutica. En Argentina (Arrossi S, Et al., 2012) realizaron una investigación sobre Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina, el objetivo del estudio fue identificar las características sociodemográficas de los pacientes y las características del tratamiento que influyen en la no-adherencia al tratamiento antituberculoso, Los resultados indican que los pacientes con viviendas sin agua, tuvieron 3 veces más probabilidad de no adherencia; así mismo, los pacientes que realizaban los controles en un hospital tuvieron 3 veces más riesgo de no adherir que los que los realizaban en centros de atención primaria, estos resultados permiten delinear un perfil de paciente en riesgo de no-adherencia, caracterizado por estar en condiciones de pobreza, y con dificultades de acceso a la atención de su salud. (Arrossi S. Et al., 2012).

## CAPÍTULO V

### 5 Conclusiones Y Recomendaciones

#### 5.1 Conclusiones

Con relación al objetivo general esta investigación que plantea evaluar el impacto del nivel de empoderamiento en la adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes atendidos en los subcentros de salud de la oficina 7 distrito 09D8- Guayaquil se concluye que los pacientes que participaron en la investigación presentaron un alto nivel de empoderamiento en el tratamiento antituberculoso que impacta favorablemente en el nivel de adherencia al tratamiento que cumplen los pacientes que participaron en la investigación.

Respondiendo el primer objetivo específico que plantea Identificar el nivel de empoderamiento y adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes atendidos en los subcentros de salud de la oficina 7 distrito 09D8- Guayaquil se concluye que la mayoría de los casos investigados tiene un alto nivel de empoderamiento y una buena adherencia al tratamiento contra la TB a pesar de los factores de riesgo como la falta de empleo, problemas económicos, dificultad para el traslado a la unidad de salud para recibir su dosis diaria de fármacos que algunos de ellos deben de afrontar cumplen con las indicaciones médicas y la toma de los fármacos que el MSP provee de forma gratuita.

Respondiendo al segundo objetivo específico que se planteó Verificar la asociación entre el nivel de empoderamiento y adherencia al tratamiento antituberculoso de los casos de estudio, se realizó el análisis de regresión lineal, considerando que el nivel de adherencia al tratamiento contra la TB depende significativamente del nivel de empoderamiento del tratamiento como pudo evidenciarse en los resultados obtenidos.

Respondiendo el tercer objetivo específico planteado que propone correlacionar las principales variables sociodemográficas con los niveles de empoderamiento y adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes del estudio, se concluye que el nivel educativo y



la condición de hacinamiento influyen en el nivel de empoderamiento, así como también existe correlación positiva entre el nivel de hacinamiento y el nivel de adherencia al tratamiento contra la TB.

## **5.2 Recomendaciones**

1.- A los profesionales de la salud que elaboran los programas y aquellos que están a cargo de la atención de los pacientes afectado por TB que continúen motivados en desarrollar acciones que fortalezca el empoderamiento y la adherencia del tratamiento contra la TB, ofrecer un servicio de atención accesible y empático para que los pacientes compartan las dificultades que presentan para llevar a cabo su tratamiento, es importante además realizar encuestas periódicas de satisfacción en la atención que ellos reciben por parte del personal de salud que los asiste, además de establecer los derecho y obligaciones de los pacientes relacionados al cumplimiento de su tratamiento contra la TB.

2.- A las autoridades responsables de los programas de salud que continúen brindando capacitación continua al personal de salud, a los pacientes, a sus familiares y comunidad sobre conocimientos básicos acerca de la prevención de la TB a través de campañas permanentes para disminuir las cifras de contagio en nuestras comunidades, actuando con eficacia y eficiencia.

3. Según los últimos informes del MSP existe un aumento de casos en el Ecuador especialmente en la zona urbana de la provincia del Guayas debido a la escasez de recursos económicos, desnutrición, falta de accesos a las unidades de salud, sistema inmune debilitado u otros factores, en relación a esa realidad es urgente rediseñar y ejecutar programas de salud y programas sociales para contrarrestar aquellos factores que favorecen la propagación de la TB.

## 6 Bibliografía

Adigun R, S. R. (2023). *Tuberculosis*. StatPearls Publishing.

Armas Pérez, L. G. (04 de Septiembre de 2023). . Elementos del diagnóstico clínico y el tratamiento de la tuberculosis. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251996000100004&lng=es&tIng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000100004&lng=es&tIng=es)

Arrossi S. Et al. (Noviembre de 2012). Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Area metropolitana de Buenos Aires Argentina. *Salud colectiva*. Obtenido de [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/scol/v8s1/v8s1a12.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v8s1/v8s1a12.pdf)

Arrossi, S. H. (2012). Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Salud Colectiva*. Obtenido de [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/scol/v8s1/v8s1a12.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v8s1/v8s1a12.pdf)

Asamblea Nacional. (2009). *Ministerio de Salud Pública , Ecuador Saludable*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/base-legal/#:~:text=Art.,que%20sustentan%20el%20buen%20vivir>.

B. Paloma, e. a. (2019). Nivel de empoderamiento de las personas con insuficiencia cardíaca crónica hospitalizadas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Obtenido de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272021000300351&script=sci\\_arttext&tIng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272021000300351&script=sci_arttext&tIng=pt)

- Bernal O, L. R. (Dic de 2020). Determinantes sociales y meta de tuberculosis en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7748296/>
- Dilla T. Et al. (Junio de 2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *El Seiver*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>
- Echemendía Castillo, J. G. (2023). Una mirada actualizada sobre la tuberculosis. *Mediciego*.
- Estrada Mota I, R. L. (2019). Tuberculosis pulmonar, un riesgo latente para los trabajadores de la salud como problema de Salud Pública. *JONNPR*.
- Gámez, F. D. (2022). Formación del profesorado universitario en Competencia Digital: análisis con métodos de investigación correlacionales y comparativos. *Revista científica de educación y comunicación*, (24), 24.
- Garcimartin P, e. a. (2019). Adaptación transcultural al español del cuestionario Patient empowerment in long-term conditions. *Aten Primaria*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6836925/>
- González-Fajardo KD, O.-L. M.-C. (2022). Adaptación y validación del instrumento EMPODERA-TB para evaluar el empoderamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar. *Rev Panam Salud Publica*. Obtenido de <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56479/v46e1682022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- jurídica, F. e. (29 de Abril de 2022). *Ley Orgánica de Salud*. Obtenido de Fielweb evolución jurídica: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://biblioteca.defensoria.gob.ec/bitstream/am/37000/3426/1/Ley%20Org%20de%20Salud.pdf>

- Labarta Pueyo Ana, G. I. (Enero de 2023). Factores condicionantes y estrategias para mejorar la adherencia terapéutica. Revisión sistemática. *Revista Sanitaria de Investigación Dialnet*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8806683>
- López Pichs, D. G. (2022). López Pichs, D., Govin Sanjudo, A., & Araujo Inastrilla, C. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud*.
- MSP. (2018). *Boletín anual Tuberculosis 2018*.
- MSP. (2018). *Boletín Anual Tuberculosis 2018*.
- Muñoz del Carpio-Toia A, S.-P. H.-D.-S. (2018). Tuberculosis en América Latina y el Caribe: reflexiones desde la bioética.
- Muñoz et al. (2018). Tuberculosis en América Latina y el Caribe: reflexiones desde la bioética. *Pers.bioet*. Recuperado el septiembre de 2023, de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v22n2/0123-3122-pebi-22-02-00331.pdf>
- Neus Pagès-Puigdemont, M. I.-M. (2018). Metodos para medir la adherencia terapeutica. *Ars Pharm*. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>
- Nieto Ramirez, L. M. (2021). *Estudios de la Tuberculosis desde la Sucursal del Cielo*. Cali: Universidad Icesi.
- OMS. (21 de Abril de 2023). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- OMS. (21 de Abril de 2023). *Tuberculosis*. Obtenido de sitio Web mundial: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- OMS/OPS. (2021). Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis>
- OPS. (27 de junio de 2019). *OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE*. Obtenido de ODS 3- meta 3: <https://www.paho.org/es/ods-3-meta-3-3>

- OPS. (2022). *Situación de la TB en la región de las Américas con énfasis en TB en niños*.
- Otzen T, M. V. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf
- Perez, L. P. (2020). *Metodología de la Investigación Científica*. Maipue.
- Psiquión. (2 de agosto de 2021). *¿Qué es el empoderamiento y cuál es su origen?* Obtenido de PSQUIÓN: <https://www.psiquion.com/blog/empoderamiento>
- PSQUION. (02 de Agosto de 2021). *Empoderamiento y su papel en la promoción de la salud*. Obtenido de <https://www.psiquion.com/blog/empoderamiento#:~:text=Tal%20y%20como%20se%20ha,su%20salud%20se%20refiere%2C%20etc>.
- Puerto Guerrero, A. H. (2022). *Fundamentos para el Control Integral de la Tuberculosis*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- R, M. C. (27 de junio de 2023). Tuberculosis resistente a fármacos. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*, inicial.
- Roberto, B. E. (2020). Tuberculosis. ¿ Es la pandemia ignorada. *Revista Mexicana de Patología Clínica y medicina de laboratorio*.
- S., B. (2019). ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA ELENA. 2019. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/5241/1/UPSE-TEN-2020-0002.pdf
- Silvina, a. (2012). Factores predictivos a la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en el municipio del area metropolitana de Buenos Aires .

Trejo Sánchez, K. (2021). *Fundamentos de metodología para la investigación Científica*.

México: Parmenia.

## 7 Anexos

### Anexo 1.-Autorización Por Parte Del Director De La Oficina 7 Del Distrito 09d8 Guayaquil.

	<b>GILLESIMO LABBO</b> PRESIDENTE	<b>Ministerio de Salud Pública</b> CZ8S - Dirección Distrital 09D08 - Pascuales 2 - Salud Despacho
<b>Memorando Nro. MSP-CZ8S-DD09D08-DIR-2023-5716-M</b>		
<b>Guayaquil, 10 de agosto de 2023</b>		
<b>PARA:</b>	<b>Sea. Andrea Mariela Quevedo Cantos</b> <b>Responsable de Ventanilla Única de la Dirección Distrital 09D08</b>	
<b>ASUNTO:</b>	<b>Respuesta: Oficio suscrito por la Lic. Olga Viteri Viteri-asunto: Permiso para realizar Proyecto y Desarrollo de Tesis de Maestría</b>	
De mis consideraciones:		
Saludos cordiales en atención al Memorando MSP-CZ8S-DD09D08-GDVUUAU-2023-0913-M el cual cito textualmente : Por medio del presente se remite oficio de fecha 26 de julio del 2023, suscrito por la Lic. Olga Viteri Viteri, mediante el cual con asunto: Permiso para realizar Proyecto y Desarrollo de Tesis de Maestría. Sin otro particular se remite oficio para su revisión y fines pertinentes.		
Por lo antes expuesto informo que se <b>AUTORIZA</b> que la suscrita Lic. Olga Viteri Viteri pueda desarrollar su proyecto y desarrollo de tesis para maestría en los Centros de Salud de la Oficina técnica 7		
Con sentimientos de distinguida consideración.		
Atentamente,		
<b>Documento firmado electrónicamente</b> Mgs. Santo Eduardo Cedeño Cedeño <b>DIRECTOR DEL DISTRITO 09D08 - PASCUALES 2 - SALUD</b>		
Referencias: - MSP-CZ8S-DD09D08-DIR-2023-5594-M		
Anexos: - 20230726134723862.pdf - 3_1_obtención_de_datos_de_salud_para_investigaciones_vf07917730038849424459587465001891437487.pdf		
»		
 Dirección: Estación Popular Bloque 3 Mz 811 Soler 8 Código postal: 090700 / Guayaquil - Ecuador <a href="http://www.salud.gob.ec">www.salud.gob.ec</a>		 República del Ecuador

## Anexo 2.-Cuestionario De Características Sociodemográficas

<b>1- SEXO</b>	<b>F</b> _____	<b>M</b> _____
<b>2 EDAD</b>	18 - 30 años	_____
	31 – 40	_____
	41 – 50	_____
	51- 60	_____
	61 años y más	_____
<b>3 Nivel educativo</b>	Ninguno	_____
	Primaria Incompleta	_____
	Primaria Completa	_____
	Secundaria Incompleta	_____
	Secundaria completa o más	_____
<b>4 Cobertura de salud</b>	MSP	_____
	ISSFA	_____
	ISSPOL	_____
	IESS	_____
	SEGURO PRIVADO	_____
<b>5 Condición laboral</b>	Trabajador con protección social	_____
	Trabajador sin protección social	_____

	Desempleado _____	
6 Provisión de Agua	Dentro de la Vivienda _____	
	Fuera de la vivienda _____	
7 Tipo de Sanitario o	Retrete con descarga de agua _____	
servicio higiénico	Retrete sin descarga de agua _____	

SI

NO

8 Hacinamiento

9 Nivel de ingreso en el	Hasta 150 USD	_____
hogar	ENTRE 151 -250 USD	_____
	ENTRE 251 -350 USD	_____
	ENTRE 351 – 450 USD	_____
	MAS DE 450 USD	_____



### Anexo 3.-Cuestionario De Empoderamiento Para Pacientes Con Tuberculosis

**Tema de investigación.** –“Impacto del nivel de empoderamiento en la adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes atendidos en los subcentros de salud de la oficina 7 distrito 09D8- Guayaquil – 2023”

---

El propósito de este cuestionario es evaluar el impacto del nivel de empoderamiento en la adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes atendidos en los subcentros de salud de la oficina 7 distrito 09d8- Guayaquil.

---

**Instrucciones:** El encuestador leerá para usted los siguientes enunciados y a continuación, le pedirá que indique la respuesta que mejor considere Usted en relación con el tratamiento de su enfermedad.

Pregunta	Totalmente en	En desacuerdo	Me es	De acuerdo	Totalmente de
	1	2	3	4	5
1. A menudo, pido a mi médico información adicional sobre cuestiones de salud.					
2. Soy consciente de que la decisión de tomar mis medicamentos correctamente o no, solo está en mí.					
3. Me siento afectado al ver otras personas que padecen esta enfermedad.					
4. Soy consciente de que curarme o no depende en mucho de que tome el medicamento como me lo ha recomendado mi médico.					
5. Es fácil para mi entender la información sobre salud.					
6. He ayudado a personas con esta enfermedad a encontrar diferentes formas de afrontar la situación.					
7. Busco más información sobre salud cuando la necesito.					
8. Es fácil para mí preguntar todas mis dudas a mi médico para aceptar mi tratamiento.					

9. He compartido mi experiencia de cómo hacerme cargo de mi enfermedad con otras personas con tuberculosis.					
10. Sé dónde tengo que ir para averiguar más sobre mi enfermedad.					
11. Tengo información para manejar las dificultades relacionadas con mi enfermedad.					
12. He compartido con otras personas cómo hago para mantenerme bien.					
13. Cuestionaría a mi médico sobre mi tratamiento si pensara que no es lo mejor para mí.					
14. Saber más acerca de mi enfermedad me ayuda a hacerme cargo de ella.					
15. Me siento capaz de hablar con mi médico sobre lo que siento que me impide tomar mi tratamiento.					
16. Entiendo lo que significan los resultados de las pruebas que me hacen.					
17. Me siento seguro de hablar con mi médico si siento que mi tratamiento no está funcionando.					
18. Necesito saber que me está ocurriendo y por qué.					
19. He compartido mis conocimientos sobre mi enfermedad con personas que también la padecen o que están en riesgo de contraerla.					
20. Participo en las decisiones que afectan al cuidado de mi salud.					
21. Entiendo mi enfermedad.					
22. Me siento capaz de hablar con mi médico y pedirle explicaciones sobre sus decisiones respecto a mi tratamiento.					
23. Hay personas que padecen esta enfermedad que me piden consejo sobre cómo manejarla.					
24. Tengo todos los conocimientos que necesito para hacerme cargo de mi enfermedad.					
25. Tengo suficientes conocimientos sobre mi enfermedad.					
TOTAL					

#### Anexo 4.-Cuestionario De Adherencia Terapéutica

1 ¿Se olvida alguna vez de tomar sus medicamentos?	SI	NO
2 ¿Toma sus medicamentos a las horas indicadas por su médico	SI	NO
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos	SI	NO
4. Si alguna vez le sientan mal los medicamentos, ¿deja de tomarlos	SI	NO

## Anexo 5.- Formulario De Consentimiento Informado



Universidad Estatal de Milagro  
Unidad de Postgrado y  
Educación Continua/Maestría  
en Salud Pública

### ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Por medio de la presente doy mi consentimiento voluntariamente y de manera libre, sin ningún tipo de obligación, decido participar en el estudio de proyecto titulado: 'Impacto del nivel de empoderamiento en la adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes atendidos en los subcentros de salud de la oficina 7 distrito 09D8- Guayaquil – 2023'

La cual está a cargo de la Lic. Olga Lucía Viteri Viteri Esp., alumna de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Estatal de Milagro.  
Dicha información es de carácter estrictamente confidencial con el único objetivo de aportar para el desarrollo de la investigación.

f. \_\_\_\_\_

Participante en la Investigación.

# UNEMI

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

*¡Evolución académica!*

@UNEMIEcuador

