

Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Percepción del cuidado humanizado de enfermería y adherencia al tratamiento antituberculoso en Lima, Perú

Perception of Humanized Nursing Care and Adherence to Antituberculosis Treatment in Lima, Peru

Artículo Original DOI: 10.19136/hs.a25.sI.6416

Judith Jania Trujillo Pujay [1]
Palmira Canales Morales [2]
Carmen Rocío Ricra Echevarría [3]
Jhon Alex Zeladita Huaman [4]
Lourdes Tafur Pittman [5]
Álvaro Toledo San Martín [6]

Correspondencia: Palmira Canales Morales. Dirección postal: Escuela de Enfermería, Facultad de Salud. Universidad Santo Tomás. Av. Ejército Libertador 146, Santiago, Chile.
Correo electrónico: palmiraisabel12@gmail.com.

Licencia CC-By-NC-ND

[1] *Licenciada en Enfermería. Egresada de la Escuela Profesional de Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.*
[2] *Magíster en Educación. Facultad de Salud. Escuela de Enfermería. Universidad Santo Tomás. Santiago, Chile.*
[3] *Doctora en Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional Autónoma Altoandina de Tarma. Junin, Perú.*
[4] *Doctor en Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.*
[5] *Doctora en Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.*
[6] *Magíster en Estadística. Departamento de Matemáticas y Estadística Aplicada. Universidad Bernardo O'Higgins. Santiago. Región Metropolitana. Chile.*

Judith Jania Trujillo Pujay
Palmira Canales Morales
Carmen Rocío Ricra Echevarría
Jhon Alex Zeladita Huaman
Lourdes Tafur Pittman
Álvaro Toledo San Martín



Resumen

Objetivo: Analizar la asociación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y la adherencia al tratamiento antituberculoso en personas con tuberculosis atendidas en tres establecimientos de salud de Lima, Perú.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico en 70 personas con tuberculosis, atendidas entre febrero y marzo de 2026. La percepción del cuidado humanizado se evaluó mediante el instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE-III), adaptado al contexto del estudio. La adherencia se determinó a partir del registro de dosis recibidas y programadas. Se calcularon frecuencias y porcentajes, y se aplicaron las pruebas de chi-cuadrado de Pearson y exacta de Fisher, con significación de $p < 0,05$.

Resultados: El 85,7 % de los participantes fue adherente al tratamiento y el 70,0 % presentó una percepción global favorable del cuidado humanizado. Esta percepción fue más frecuente entre las personas adherentes que entre las no adherentes (75,0 % vs. 40,0 %), aunque no alcanzó significación estadística ($p = 0,056$). Las cualidades del hacer de enfermería se asociaron con la adherencia (86,7 % vs. 40,0 %; $p = 0,003$). No se encontraron asociaciones con apertura en la comunicación ($p = 0,477$) ni con disposición para la salud ($p = 0,121$).

Conclusiones: Aunque la percepción global del cuidado humanizado no se asoció significativamente con la adherencia, las cualidades del hacer de enfermería sí mostraron asociación. Estos hallazgos resaltan la importancia del trato digno, la confianza y el acompañamiento durante el tratamiento antituberculoso.

Palabras Claves: Tuberculosis; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; Humanización de la Atención.

Abstract

Objective: To analyze the association between the perception of humanized nursing care and adherence to antituberculosis treatment among people with tuberculosis attending three healthcare facilities in Lima, Peru.

Materials and methods: A cross-sectional analytical study was conducted among 70 people with tuberculosis between February and March 2026. The perception of humanized care was assessed using the Perception of Humanized Nursing Care Behaviors instrument, third version (PCHE-III), adapted to the study context. Adherence was determined based on records of doses received and scheduled. Frequencies and percentages were calculated, and Pearson's chi-square and Fisher's exact tests were applied, with statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: Overall, 85.7% of participants were adherent to treatment, and 70.0% reported a favorable overall perception of humanized care. A favorable perception was more frequent among adherent than non-adherent participants (75.0% vs. 40.0%), although the difference did not reach statistical significance ($p = 0.056$). The qualities of nursing practice were associated with adherence (86.7% vs. 40.0%; $p = 0.003$). No associations were found for openness to communication ($p = 0.477$) or willingness to provide care ($p = 0.121$).

Conclusions: Although the overall perception of humanized care was not significantly associated with treatment adherence, the qualities of nursing practice showed a significant association. These findings highlight the importance of dignified care, trust, and ongoing support throughout antituberculosis treatment.

Keywords: Tuberculosis; Treatment Adherence and Compliance; Humanization of Assistance.

• Fecha de recibido: 08 de septiembre de 2026 • Fecha de aceptado: 30 de septiembre de 2026
• Fecha de publicación: 20 de octubre de 2026

Licencia CC-By-NC-ND

Horizonte sanitario
Suplemento I. Humanización de los Cuidados: Avances desde la Investigación Científica. Vol. 25 (2026)
ISSN (en línea): 2007-7459
https://revistahorizonte.ujat.mx/

Introducción

La tuberculosis (TB) representa una de las principales causas de morbimortalidad por agentes infecciosos a nivel mundial. En 2024, aproximadamente 10.7 millones de personas desarrollaron TB y se produjeron alrededor de 1.23 millones de muertes por esta enfermedad. Aunque la incidencia mundial disminuyó en comparación con 2023, el control de la TB continúa siendo insuficientes ante las metas propuestas en la Estrategia Fin a la TB[1]. En el Perú, durante 2024 se registraron 33 049 casos de TB, de los cuales 30 384 correspondieron a casos incidentes, con una tasa de incidencia de 89.1 por 100 000 habitantes[2]. Asimismo, en Lima y Callao se concentra más del 50% de casos notificados, lo que evidencia la particular importancia epidemiológica de la enfermedad en estas zonas[2].

El tratamiento de la TB sensible, que puede extenderse durante seis meses, requiere un compromiso sostenido de la persona afectada. En este contexto, la adherencia es fundamental para lograr una respuesta terapéutica adecuada, mientras que la interrupción o el cumplimiento irregular pueden disminuir la efectividad del tratamiento, favorecer el fracaso terapéutico y las recaídas, y contribuir al desarrollo de resistencia a los medicamentos antituberculosos. Por ello, el acompañamiento y seguimiento continuo son esenciales durante el proceso terapéutico[3,4]. Sin embargo, reducir este fenómeno a una decisión individual del paciente supone una comprensión limitada del problema. La evidencia muestra que la adherencia se configura a partir de múltiples condiciones personales, sociales, económicas y culturales, junto con factores relacionados con el tratamiento, los servicios de salud y la interacción que las personas establecen con quienes las atienden[5].

Esta perspectiva coincide con el enfoque multidimensional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que reconoce la influencia de factores socioeconómicos, del sistema y equipo de salud, de la enfermedad, del tratamiento y de la propia persona. En consecuencia, comprender la adherencia requiere considerar al paciente en su contexto familiar, social y sanitario, así como las barreras económicas, el acceso a los servicios, la relación con el personal de salud y las experiencias individuales que pueden influir en la continuidad del tratamiento[6].

Dentro de estas dimensiones, la relación entre la persona con TB y los profesionales de salud adquiere especial relevancia. La evidencia muestra que la comunicación, la toma de decisiones compartida, la confianza, la empatía y la continuidad del cuidado se relacionan con la adherencia terapéutica. En particular, una comunicación clara, respetuosa y adaptada a las necesidades individuales favorece la adherencia y facilita la expresión de dificultades durante el tratamiento[7].

En TB, la continuidad del tratamiento también puede verse influida por la forma en que se organizan los servicios de salud. Aspectos como las dificultades para acceder a la atención, la disponibilidad de recursos, la capacitación del personal y el seguimiento oportuno pueden generar barreras que dificulten la continuidad del tratamiento. Por ello, garantizar una atención accesible, organizada y centrada en las necesidades de la persona resulta fundamental para favorecer la adherencia terapéutica[4,8]. De forma más reciente se encontró que dimensiones no médicas de la atención, particularmente la atención oportuna y la autonomía percibida, se relacionan con la adherencia[9]. Estos hallazgos sugieren

Licencia CC-By-NC-ND

que esta no depende únicamente del cumplimiento terapéutico, sino también de la experiencia de atención, especialmente de recibir cuidados oportunos y sentirse escuchado y partícipe de las decisiones sobre la propia salud.

Esta perspectiva resulta especialmente pertinente para enfermería, cuya participación en la atención de las personas con TB incluye educación, orientación, seguimiento y acompañamiento a lo largo del proceso terapéutico. Una revisión sistemática y metaanálisis encontró que las intervenciones de cuidado de enfermería mejoraron significativamente el cumplimiento de la medicación antituberculosa, además de mostrar efectos favorables sobre variables psicológicas, sociales y clínicas[10]. Asimismo, una revisión de alcance reciente identificó seis componentes principales de las intervenciones lideradas por enfermería en TB educación sanitaria, apoyo psicológico, ejercicios respiratorios, orientación sobre la medicación, apoyo nutricional e indicaciones al alta y reportó mejoras en conocimiento, adherencia y bienestar psicológico, entre otros resultados[11]. En conjunto, estos hallazgos respaldan la contribución de enfermería al éxito terapéutico y, al mismo tiempo, plantean la necesidad de comprender mejor aquellos componentes relacionales del cuidado que pueden influir en la experiencia de las personas durante el tratamiento.

Desde la disciplina de enfermería, esta dimensión relacional puede comprenderse a través del cuidado humanizado. Este supone reconocer a la persona más allá de su enfermedad y establecer una relación sustentada en la dignidad, el respeto, la sensibilidad, la comunicación y el compromiso con sus necesidades. En este sentido, el cuidado humanizado ha sido descrito como una interacción ética entre quien cuida y quien recibe el cuidado, en la cual se articulan el conocimiento científico y los valores[12]. Esta perspectiva permite comprender que, para una persona que debe acudir repetidamente al establecimiento de salud y mantener un tratamiento prolongado, la manera en que experimenta el encuentro con enfermería puede formar parte de su propia vivencia del proceso terapéutico.

Esta concepción, sustentada por la Ciencia del Cuidado Humano de Jean Watson, concibe al ser humano como una unidad integrada de mente, cuerpo y espíritu, inseparable de sí mismo, de los otros y de su entorno. Desde esta perspectiva, el cuidado se construye en una relación transpersonal en la que enfermera y persona participan de un encuentro que reconoce la subjetividad y el significado particular de la experiencia de salud y enfermedad[13]. La relación transpersonal implica una presencia genuina y una preocupación ante el significado que esta atribuye a sus experiencias; de este modo, el cuidado trasciende la dimensión exclusivamente física de la atención[13]. En su evolución hacia el concepto de Relación Transpersonal Caritas, esta propuesta enfatiza una relación de apoyo, confianza, compasión y reconocimiento de la dignidad humana, en la que la presencia intencional de la enfermera busca responder de manera reflexiva, empática y humanística a la singularidad de cada persona[13].

La relevancia de estas características para la adherencia al régimen anti-TB encuentra respaldo indirecto en estudios desarrollados en diferentes contextos. Una revisión sistemática realizada en la India mostró que la adherencia está influida por la manera en que los profesionales interactúan con las personas y responden a sus necesidades durante el tratamiento[5]. En Indonesia, la capacidad de

Licencia CC-By-NC-ND

respuesta del sistema sanitario, particularmente la atención oportuna y la autonomía, se asociaron con una mayor adherencia al tratamiento[9]. En el contexto peruano se identificó que la educación sanitaria proporcionada por enfermería desempeña un papel mediador en las relaciones entre apoyo social, calidad del cuidado y adherencia al tratamiento antituberculoso[14]. Esta evidencia resulta consistente con hallazgos más amplios que relacionan la comunicación, la confianza, la empatía, la toma de decisiones compartida y la continuidad del cuidado con la adherencia terapéutica[7]. En conjunto, estos antecedentes sugieren que la comunicación, el acompañamiento, la educación y la calidad de la relación asistencial pueden contribuir a sostener el tratamiento, aunque abordan componentes específicos del cuidado y no necesariamente el cuidado humanizado como un constructo integral.

A pesar de estos avances, permanece menos explorada la relación entre cómo la persona con TB percibe el cuidado humanizado proporcionado por enfermería y el cumplimiento al tratamiento antituberculoso. Esta distinción es relevante, pues conocer la eficacia de una intervención de enfermería no equivale a comprender cómo la persona vive y valora el cuidado que recibe. Analizar ambas variables de manera conjunta puede aportar evidencia sobre una dimensión potencialmente modificable de la atención y contribuir a orientar estrategias de enfermería que, además de responder a las necesidades clínicas del tratamiento, fortalezcan la comunicación, la confianza, la autonomía y la dignidad de la persona en su singularidad. El objetivo de este estudio fue analizar la asociación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y la adherencia al tratamiento anti-TB en personas afectadas por TB atendidas en tres establecimientos de salud de Lima, Perú.

Materiales y Métodos

Estudio transversal y analítico. La recolección de datos se realizó del 28 de febrero al 3 de marzo de 2026. Este manuscrito deriva de una tesis de pregrado presentada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú, en 2026.

El estudio se desarrolló en tres establecimientos de salud pertenecientes a la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Centro: Centro de Salud Zárate, Centro de Salud La Libertad y Centro de Salud Caja de Agua. La población estuvo conformada por personas afectadas por TB en tratamiento antituberculoso en estos establecimientos.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. El tamaño mínimo de muestra se estimó para una prueba de chi-cuadrado de independencia, considerando un nivel de significación de 5 % ($\alpha = 0.05$), una potencia estadística de 80 % ($1 - \beta = 0.80$), un grado de libertad y un tamaño del efecto esperado de Cohen de $w = 0.35$. El cálculo determinó un mínimo de 65 participantes. Durante el periodo de recolección se procuró incorporar al mayor número posible de personas que cumplían los criterios de elegibilidad. El reclutamiento se realizó de manera consecutiva, incluyendo a las personas elegibles conforme acudían a los establecimientos de salud durante las visitas previamente coordinadas con los responsables de la Estrategia de PCT y se realizó hasta finalizar el periodo establecido para la recolección de datos, obteniéndose una muestra final de 70 participantes.

Licencia CC-By-NC-ND

Se incluyeron personas mayores de edad (18 años a más) que habían iniciado tratamiento para TB sensible en alguno de los tres establecimientos de salud participantes hasta diciembre de 2025. Se excluyeron a quienes recibían tratamiento domiciliario mediante promotores de salud, aquellas con diagnóstico de algún trastorno de salud mental registrado en su historia clínica y quienes habían abandonado el tratamiento o se encontraban pérdidas durante el seguimiento, debido a que no era posible disponer de información actualizada y completa sobre las dosis programadas y recibidas que permitiera determinar su adherencia al tratamiento de acuerdo con el criterio establecido para el estudio. De este modo, la población analizada estuvo conformada por personas que mantenían seguimiento activo en los establecimientos de salud participantes y en los cuales fue posible realizar la evaluación.

Las variables principales fueron la percepción del cuidado humanizado y la adherencia al tratamiento antituberculoso. Además, se recopilaron antecedentes sociodemográficos (edad, el sexo, el estado civil, la ocupación y el grado de instrucción). Para el análisis, la edad se agrupó en tres categorías: 18–29, 30–59 y ≥60 años, mientras que el sexo se clasificó en femenino y masculino.

Se realizó la recolección de datos de manera presencial. Una vez obtenidas las autorizaciones institucionales, se coordinó con los responsables de la estrategia de cada establecimiento la organización del trabajo de campo y el acceso a los participantes. Antes de aplicar el cuestionario, se explicó individualmente el propósito del estudio y la voluntariedad de la participación. Las personas que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado y posteriormente respondieron el cuestionario, cuya aplicación tuvo una duración aproximada de 10 a 15 minutos. A cada participante se le asignó un código único, utilizado para vincular las respuestas del cuestionario con la información obtenida de los registros del tratamiento sin incorporar datos de identificación personal.

La percepción del cuidado humanizado se evaluó mediante el instrumento PCHE 3.ª versión, diseñado inicialmente por Luz Nelly Rivera Álvarez y Álvaro Triana en 2023, el cual requiere de autorización de los autores para su uso. El instrumento está compuesto por 32 ítems distribuidos en tres dimensiones. Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert de cuatro opciones, desde nunca (1) hasta siempre (4), con un puntaje global entre 32 y 128 puntos. La percepción global se clasificó como desfavorable (32–63 puntos), medianamente favorable (64–95 puntos) y favorable (96–128 puntos). Para la dimensión cualidades del hacer de enfermería, los puntos de corte fueron 7–13, 14–20 y 21–28 puntos, respectivamente; para apertura en la comunicación enfermera(o)-paciente, 8–15, 16–23 y 24–32 puntos; y para disposición para la salud, 17–33, 34–50 y 51–68 puntos. Para su aplicación en personas afectadas por tuberculosis, se modificó únicamente la redacción de los ítems para contextualizarlos a esta población, sin modificar su contenido, estructura, número de ítems ni sistema de puntuación. Posteriormente, el instrumento fue sometido a evaluación por tres expertos. La validez metodológicamente se estimó mediante el coeficiente de validez de contenido (CVC)[15], obteniéndose valores de 0.8688 para los aspectos sintácticos y semánticos y de 0.8813 para la relevancia. En la muestra analizada, la consistencia interna de la escala global fue $\alpha = 0.880$. Por dimensiones, los coeficientes alfa de Cronbach fueron $\alpha = 0.715$ para cualidades del hacer de enfermería, $\alpha = 0.746$ para apertura en la comunicación enfermera(o)-paciente y $\alpha = 0.827$ para disposición para la salud.

Licencia CC-By-NC-ND
Horizonte sanitario
Suplemento I. Humanización de los Cuidados: Avances desde la Investigación Científica. Vol. 25 (2026)
ISSN (en línea): 2007-7459
https://revistahorizonte.ujat.mx/

La información sobre la adherencia al tratamiento se obtuvo mediante una ficha de análisis documental elaborada para registrar los antecedentes consignados en la Tarjeta de Control de Tratamiento con Medicamentos de Primera Línea. Se recopilaron datos relativos a la fecha de inicio del tratamiento, tipo de tuberculosis (pulmonar o extrapulmonar), localización de la tuberculosis extrapulmonar, ampliación del tratamiento y cumplimiento de las dosis programadas durante sus distintas fases, diferenciando las dosis recibidas de aquellas no recibidas. La revisión documental se efectuó de manera paralela a la aplicación del cuestionario de cuidado humanizado. Para asegurar la correspondencia entre ambas fuentes de información y resguardar la identificación de los participantes, se asignó un código común a cada cuestionario y a su respectiva ficha de análisis documental.

La adherencia se determinó a partir del registro de las dosis programadas y recibidas hasta la fecha de evaluación, teniendo en cuenta la fase del tratamiento en la que se encontraban al momento de la recolección de datos. Para los participantes que se encontraban en la primera fase, se contabilizaron las dosis programadas y recibidas correspondientes a dicha fase, por otra parte, en quienes se encontraban en segunda fase se consideraron las dosis programadas y recibidas desde el inicio hasta la fecha de evaluación. La clasificación se estableció con base en el criterio de irregularidad al tratamiento definido por la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis del Ministerio de Salud del Perú[4], que considera irregularidad la no ingesta de tres dosis programadas, continuas o alternadas, durante la primera fase, o de cinco dosis continuas o alternadas durante todo el tratamiento para los esquemas de tuberculosis sensible. En concordancia con este criterio, se clasificó como adherente al participante que no alcanzó estos umbrales de irregularidad hasta la fecha de evaluación y como no adherente a quien presentó tres o más dosis no ingeridas durante la primera fase o cinco o más dosis no ingeridas acumuladas durante el tratamiento.

Previo a la recolección de datos, se obtuvo la aprobación del comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la autorización de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Centro, la cual se obtuvo el 24 de febrero de 2026. Posteriormente, se coordinó con las jefaturas de los tres establecimientos de salud y con los responsables de los servicios para organizar el trabajo de campo. La recolección de datos se realizó del 28 de febrero al 3 de marzo de 2026. Cada establecimiento fue visitado durante dos días consecutivos, siguiendo el mismo procedimiento en los tres centros. Durante la aplicación del cuestionario se procuraron condiciones de privacidad, se entregaron las instrucciones necesarias para responderlo y se aclararon las dudas que surgieron durante el proceso.

Cuando una persona elegible no acudía a su cita programada durante el periodo de recolección, el personal de la Estrategia de PCT realizaba el contacto telefónico habitual para promover su asistencia al establecimiento, sin participación de la investigadora en estas llamadas. Tanto la aplicación del cuestionario como la revisión de los registros se realizaron de manera uniforme en los tres establecimientos. No se identificaron datos faltantes en las variables incluidas en el análisis, por lo que no fue necesario realizar procedimientos de imputación.

Licencia CC-By-NC-ND

Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. La consistencia interna del PCHE y de sus dimensiones se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach (α). Para la escala global, se examinó además el supuesto de aditividad mediante la prueba de no aditividad de Tukey. La asociación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y la adherencia al tratamiento antituberculoso se analizó mediante análisis bivariados utilizando la prueba de chi-cuadrado de Pearson. Dado que en cada una de las tablas de contingencia una celda (25.0 %) presentó una frecuencia esperada inferior a cinco, se aplicó adicionalmente la prueba exacta de Fisher bilateral, cuyos resultados se consideraron para la inferencia estadística. Como medida de asociación se estimaron odds ratios (OR) crudos con sus respectivos intervalos de confianza del 95 % (IC95 %), considerando la adherencia al tratamiento como desenlace y la percepción favorable del cuidado como categoría de exposición. Se estableció un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. Los análisis se realizaron con IBM SPSS Statistics, versión 30.0.0.0.

Resultados

Participaron 70 personas con diagnóstico de tuberculosis (TB). La mayoría tenía entre 30 y 59 años (62.9%), era de sexo masculino (57.1%) y soltera (68.6%). En cuanto a la ocupación, predominaron las personas desempleadas (35.7%) y las amas de casa (32.9%), mientras que el 65.7% tenía educación secundaria. Respecto al tratamiento, 60 participantes (85.7%) fueron clasificados como adherentes y 10 (14.3%) como no adherentes (Tabla 1).

La prueba de no aditividad de Tukey no mostró evidencia estadísticamente significativa de no aditividad en la escala global del PCHE ($F [1, 2138] = 2,437$; $p = 0,119$), lo que respalda el supuesto de aditividad de los ítems.

Tabla 1. Características sociodemográficas y adherencia al tratamiento de los participantes (n = 70)

Característica	n	%
Edad		
18–29 años	21	30.0
30–59 años	44	62.9
≥60 años	5	7.1
Sexo		
Masculino	40	57.1
Femenino	30	42.9
Estado civil		
Soltero	48	68.6
Casado	6	8.6
Conviviente	16	22.9

Continuará..

Licencia CC-By-NC-ND
Horizonte sanitario
Suplemento I. Humanización de los Cuidados: Avances desde la Investigación Científica. Vol. 25 (2026)
ISSN (en línea): 2007-7459
https://revistahorizonte.ujat.mx/

Ocupación		
Empleado	4	5.7
Desempleado	25	35.7
Independiente	18	25.7
Ama de casa	23	32.9
Grado de instrucción		
Inicial	1	1.4
Primaria	8	11.4
Secundaria	46	65.7
Superior	15	21.4
Adherencia al tratamiento		
Adherente	60	85.7
No adherente	10	14.3

Nota. Los datos se presentan como frecuencia absoluta (n) y porcentaje (%).
Fuente: Elaboración propia.

En general, predominó una percepción favorable del cuidado humanizado de enfermería. Esta valoración también fue la más frecuente en las tres dimensiones evaluadas, especialmente en las cualidades del hacer de enfermería. La percepción desfavorable se presentó únicamente en la dimensión apertura en la comunicación enfermera(o)-paciente (Tabla 2).

Tabla 2. Percepción del cuidado humanizado de enfermería global y por dimensiones en personas con diagnóstico de tuberculosis (n = 70)

Percepción del cuidado humanizado	n	%
PCHE global		
Favorable	49	70.0
Medianamente favorable	21	30.0
Desfavorable	0	0.0
Cualidades del hacer de enfermería		
Favorable	56	80.0
Medianamente favorable	14	20.0
Desfavorable	0	0.0
Apertura en la comunicación enfermera(o)-paciente		
Favorable	45	64.3
Medianamente favorable	24	34.3
Desfavorable	1	1.4
Disposición para la salud		
Favorable	51	72.9
Medianamente favorable	19	27.1
Desfavorable	0	0.0

Nota. Los datos se presentan como frecuencia absoluta (n) y porcentaje (%). PCHE: Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería.
Fuente: Elaboración propia.

Licencia CC-By-NC-ND

La percepción global favorable fue más frecuente entre los participantes adherentes. Los participantes con percepción favorable presentaron mayores odds de adherencia que aquellos con percepción medianamente favorable (OR = 4.50; IC 95 %: 1.12–18.13); sin embargo, aunque la prueba de chi-cuadrado de Pearson mostró una asociación estadísticamente significativa (p = 0.025), esta no se confirmó mediante la prueba exacta de Fisher bilateral (p = 0.056), considerada para la inferencia estadística. En la dimensión cualidades del hacer de enfermería, la percepción favorable se asoció con mayores odds de adherencia (OR = 9.75; IC 95 %: 2.25–42.32; p de Fisher = 0.003). No se observaron asociaciones estadísticamente significativas para apertura en la comunicación enfermera(o)-paciente (OR = 2.00; IC 95 %: 0.52–7.72; p de Fisher = 0.477) ni para disposición para la salud (OR = 3.29; IC 95 %: 0.83–13.01; p de Fisher = 0.121) (Tabla 3).

Tabla 3. Asociación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y la adherencia al tratamiento en personas con diagnóstico de tuberculosis (n = 70)

Percepción del cuidado humanizado	No adherente (n = 10), n (%)	Adherente (n = 60), n (%)	OR (IC 95%)	χ^2	p	p Fisher*
PCHE global				5.000	0.025	0.056
Medianamente favorable	6 (60.0)	15 (25.0)	1.00 (Ref.)			
Favorable	4 (40.0)	45 (75.0)	4.50 (1.12 – 18.13)			
Cualidades del hacer de enfermería				11.667	0.001	0.003
Medianamente favorable	6 (60.0)	8 (13.3)	1.00 (Ref.)			
Favorable	4 (40.0)	52 (86.7)	9.75 (2.25 – 42.32)			
Apertura en la comunicación enfermera(o)-paciente				1.037	0.309	0.477
No favorable†	5 (50.0)	20 (33.3)	1.00 (Ref.)			
Favorable	5 (50.0)	40 (66.7)	2.00 (0.52 – 7.72)			
Disposición para la salud				3.082	0.079	0.121
Medianamente favorable	5 (50.0)	14 (23.3)	1.00 (Ref.)			
Favorable	5 (50.0)	46 (76.7)	3.29 (0.83 – 13.01)			

Nota. Los porcentajes se calcularon dentro de cada categoría de adherencia. PCHE: Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería; χ^2: chi-cuadrado de Pearson; p: significación asintótica bilateral; p Fisher: significación exacta bilateral. *Todas las tablas presentaron una celda (25.0 %) con frecuencia esperada < 5; por ello, la prueba exacta de Fisher se consideró para la inferencia estadística. †La categoría no favorable agrupó las categorías desfavorable y medianamente favorables debido a la baja frecuencia de participantes con percepción desfavorable (n = 1).
Fuente: Elaboración propia.

Licencia CC-By-NC-ND

Discusión

El presente estudio analizó la asociación entre la percepción del cuidado humanizado que brinda la enfermera y la adherencia al régimen antituberculoso en personas atendidas en establecimientos de salud de Lima, Perú.

El principal hallazgo fue que una percepción favorable de las cualidades del hacer de enfermería se asoció con una mayor adherencia al tratamiento. Esta dimensión refleja aspectos del cuidado vinculados con el trato, la confianza y la forma en que la persona percibe el actuar de enfermería durante su atención. Sin embargo, este resultado debe interpretarse con cautela, considerando el reducido número de participantes no adherentes y la imprecisión de la estimación.

Desde el marco del cuidado humanizado y la atención centrada en la persona, el hacer de enfermería durante la atención de las personas con tuberculosis comprende no solo las acciones vinculadas al tratamiento, sino también aspectos relacionales que forman parte de la experiencia de cuidado[16,17]. En este sentido, la competencia profesional, el trato respetuoso, la empatía y la atención a las necesidades de la persona adquieren especial relevancia durante un tratamiento prolongado. Estas características pueden favorecer una relación de confianza entre la persona con tuberculosis y el equipo de salud, aspecto que también ha sido señalado como relevante para la continuidad del tratamiento[14].

Este hallazgo es consistente con evidencia previa que destaca la importancia de la calidad y de los componentes relacionales del cuidado en la adherencia al tratamiento antituberculoso. En establecimientos de salud de Perú, se ha observado una relación positiva entre la calidad del cuidado de enfermería y la educación en salud, así como entre esta última y la adherencia al tratamiento[14]. Asimismo, estudios realizados en atención primaria han destacado el buen trato, el respeto y la calidad de las interacciones como elementos relevantes de una atención humanizada[18]. En personas con tuberculosis, la confianza en los profesionales de salud y la percepción de una atención respetuosa también han sido descritas como aspectos que pueden favorecer la experiencia de atención y la continuidad del tratamiento[19].

Corresponde analizar la amplitud observada en el intervalo de confianza de la medida de asociación para esta dimensión. Aunque la prueba inferencial mostró una asociación estadísticamente significativa, la imprecisión en la magnitud puntual de la asociación puede estar relacionada con el reducido número absoluto de casos no adherentes identificados en la muestra. Este reducido número de participantes no adherentes condicionó la presencia de celdas con bajas frecuencias esperadas. Por ello, si bien los resultados muestran una asociación entre las cualidades del hacer y la adherencia, la magnitud exacta del parámetro debe interpretarse con cautela metodológica, recomendándose investigaciones multicéntricas futuras que incluyan un mayor número de pacientes no adherentes para precisar la fuerza de la asociación.

En relación con el indicador global de la Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería, el análisis inferencial acordado formalmente para la muestra impidió rechazar la hipótesis nula, por lo que este resultado debe sostenerse estrictamente como no concluyente. Aunque la tendencia empírica

Licencia CC-By-NC-ND

muestra una mayor proporción de percepción favorable entre los pacientes adherentes, la ausencia de significación estadística bajo la prueba exacta seleccionada no permite afirmar la existencia de una asociación global generalizable.

Esta constatación pone de relieve la naturaleza multidimensional y heterogénea del cuidado humanizado. En un constructo complejo, las distintas dimensiones pueden presentar asociaciones de diferente magnitud con la adherencia, por lo que el resultado global no necesariamente refleja el comportamiento particular de cada una de ellas. Algunos estudios destacan que determinados componentes del cuidado pueden contribuir a favorecer la adherencia cuando responden a las necesidades operativas y psicosociales del usuario[20,21]. Sin embargo, en una medición global transversal, variables extrínsecas no controladas, tales como la estigmatización social, las dificultades económicas, la carga de comprimidos y las deficiencias de infraestructura, podrían influir en la asociación observada entre la percepción global del cuidado y la adherencia al tratamiento[17].

En la dimensión "Apertura en la comunicación enfermera(o)-paciente", la evaluación inferencial determinó la ausencia de una asociación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento, situando el intervalo de confianza en la zona de neutralidad.

Este hallazgo debe interpretarse con cautela, ya que la ausencia de significación estadística no implica que la comunicación carezca de relevancia en el proceso de atención. La comunicación puede adquirir especial importancia cuando se vincula con la entrega de información clara, el fortalecimiento de la autonomía y la resolución de dudas prácticas relacionadas con el tratamiento.

La consejería comunicativa puede contribuir a la adherencia cuando se articula con la identificación y el abordaje de barreras socioeconómicas y con otros componentes del cuidado[22]. En este sentido, un diálogo abierto puede ser relevante, pero su contribución debe comprenderse en conjunto con otros factores asistenciales, personales y contextuales que intervienen en la continuidad del tratamiento.

Los hallazgos tienen implicancias para la práctica de enfermería en los programas de atención a personas con tuberculosis. La asociación observada entre las cualidades del hacer de enfermería y la adherencia sugiere la conveniencia de fortalecer prácticas que integren el trato digno, la amabilidad y la relación de confianza como componentes del cuidado durante el tratamiento antituberculoso.

En cuanto a las limitaciones, el diseño transversal empleado permitió identificar asociaciones; sin embargo, no permitió establecer relaciones de causalidad entre las variables ni examinar posibles cambios durante las distintas fases del tratamiento. Además, el tamaño muestral fue reducido (n = 70), especialmente debido al bajo número de participantes no adherentes (n = 10), lo que limitó la precisión de las estimaciones y de las comparaciones entre grupos. La exclusión de personas que habían abandonado el tratamiento o se encontraban pérdidas durante el seguimiento pudo introducir sesgo de selección, dado que estos participantes podrían presentar características relacionadas con la no adherencia, lo que limita la representatividad de la muestra y la generalización de los resultados.

Licencia CC-By-NC-ND

Algunas frecuencias esperadas fueron inferiores a cinco, por lo que se recurrió a la prueba exacta de Fisher para la inferencia estadística; esta situación debe considerarse especialmente al interpretar la asociación entre las variables. Además, el análisis se limitó a un enfoque bivariado y los OR estimados fueron crudos, por lo que no fue posible ajustar las asociaciones por potenciales factores de confusión. En consecuencia, no puede descartarse la influencia de otros factores sobre las asociaciones observadas.

La inclusión de participantes procedentes de tres establecimientos de salud de Lima limita la generalización de los hallazgos a otros contextos sanitarios y territoriales del Perú. Finalmente, el estudio no incorporó de manera exhaustiva otros determinantes potencialmente relacionados con la adherencia, como las condiciones socioeconómicas, el apoyo social, el estigma asociado a la tuberculosis, las características del tratamiento o las barreras de acceso a los servicios; por ello, los resultados deben interpretarse con cautela. Estudios posteriores con muestras más amplias, diseños longitudinales y una evaluación multidimensional de estos factores permitirían examinar con mayor precisión las relaciones observadas.

Desde el plano disciplinar, la asociación observada entre las cualidades del hacer de enfermería y la adherencia puede interpretarse en consonancia con postulados de la Teoría del Cuidado Humano relacionados con el trato digno y el establecimiento de relaciones de ayuda y confianza. Los resultados no constituyen una validación de la teoría, pero aportan evidencia empírica para continuar examinando cómo los componentes relacionales y humanísticos del cuidado enfermero se asocian con la adherencia al tratamiento antituberculoso.

Conclusiones

La percepción favorable del cuidado humanizado predominó entre las personas en tratamiento antituberculoso, especialmente en las cualidades del hacer de enfermería. Esta dimensión se relacionó con la adherencia al tratamiento, lo que resalta el valor de un cuidado basado en el respeto, el trato digno y la confianza durante un proceso terapéutico prolongado y complejo. Aunque la percepción global del cuidado humanizado de enfermería no mostró una asociación concluyente con la adherencia, los hallazgos sugieren que las cualidades del hacer de enfermería constituyen una dimensión relevante en la experiencia de cuidado de las personas durante el tratamiento antituberculoso. Fortalecer estas prácticas desde una atención centrada en la persona puede contribuir a sostener un cuidado más humano durante el tratamiento antituberculoso.

Conflicto de interés

Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), mediante el Acta N° 0453-2025, con fecha 12 de enero de 2026. Asimismo, contó con

Licencia CC-By-NC-ND

la autorización de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro (DIRIS Lima Centro), mediante la Constancia N.° 23, Acta N.° 04-2026-COM.INV-DIRIS-LC, de fecha 24 de febrero de 2026, para su ejecución en los establecimientos participantes.

Uso de inteligencia artificial

Los autores manifiestan que se utilizó una herramienta de inteligencia artificial generativa únicamente como apoyo en la revisión gramatical del manuscrito. La redacción, el diseño de tablas y figuras, el análisis e interpretación de resultados, discusión, conclusiones y bibliografía fueron creados por los autores.

Contribución de los autores

Conceptualización: J.J.T.P.; J.A.Z.H.; Curación de datos: J.J.T.P.; P.C.M.; Análisis formal: P.C.M.; J.A.Z.H.; A.T.S.M.; Adquisición de fondos: J.J.T.P.; C.R.R.E.; Investigación: J.J.T.P.; L.T.P.; J.A.Z.H.; Metodología: C.R.R.E.; J.A.Z.H.; Administración del proyecto: P.C.M.; L.T.P.; Recursos: C.R.R.E.; Software: L.T.P.; A.T.S.M.; Supervisión: C.R.R.E.; A.T.S.M.; Validación: A.T.S.M.; J.A.Z.H.; Visualización: A.T.S.M.; Redacción del borrador original: P.C.M.; J.A.Z.H.; Redacción, revisión y edición: J.J.T.P.; L.T.P.

Financiamiento

El trabajo no recibió financiamiento externo.

Referencias

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2025. Geneva: World Health Organization; 2025. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240116924

2. Ministerio de Salud. Acceder al tablero de datos estadísticos sobre tuberculosis (TB) en el Perú [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2026 [citado 27 ago 2026]. Disponible en: https://www.gob.pe/26600-acceder-al-tablero-de-datos-estadisticos-sobre-tuberculosis-tb-en-el-peru.

3. World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 4: treatment and care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Sep 4]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240107243

Licencia CC-By-NC-ND

4. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control de la Tuberculosis. NTS N° 221-MINSA/DGIESP-2024 [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2024 [cited 2026 Sep 4]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342511/Norma_t%C3%A9cnica_de_salud_para_el_control_de_la_tuberculosis20190716-19467-rmxgh7.pdf?v=1563314399

5. Shringarpure K, Gurumurthy M, Sagili KD, Taylor M, Garner P, Tonsing J, et al. Patient adherence to tuberculosis treatment in the Indian subcontinent: systematic review and meta-synthesis of qualitative research. BMJ Open. 2023;13(5): e063926. Doi: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063926

6. World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 4: treatment – tuberculosis care and support [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2026 Sep 4]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240047716

7. Tian YJA, Herger E, Milford A, Milford S. Relational attributes associated with treatment adherence: a scoping review. Patient Prefer Adherence. 2026;20:1-16. Doi: https://doi.org/10.2147/PPA.S604683.

8. Geadas C, Millones AK, Acosta D, Campos H, Del Aguila-Rojas E, Farroñay S, et al. Barriers and facilitators to tuberculosis diagnosis in Lima, Peru: a mixed methods study. BMC Infect Dis. 2024; 24:798. Doi: https://doi.org/10.1186/s12879-024-09707-0

9. Ariyanti F, Nurmansyah MI, Wardani RK, Zilhadia, Kilic B. The impact of health system responsiveness on tuberculosis treatment adherence in public primary healthcare facilities in Indonesia. Clin Epidemiol Glob Health. 2025; 34:102107. Doi: https://doi.org/10.1016/j.cegh.2025.102107

10. Yan Y, Bai X. Effectiveness of nursing care intervention for patients with pulmonary tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. Nurs Open. 2025;12(6):e70242. Doi: https://doi.org/10.1002/nop2.70242

11. Yulanda NA, Arifin H, Ligita T, Makmuriana L, Syahri A, Susanti S, et al. Nurse-led interventions in enhancing outcomes for patients with tuberculosis: a scoping review. J Res Nurs. 2026. Doi: https://doi.org/10.1177/17449871261421174

12. Rivera-Álvarez LN, Triana Á. Proceso de construcción y validación del instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE-III). Index Enferm. 2023;32(1):e14246. Doi: https://doi.org/10.58807/indexenferm20235659

13. Delgado-Galeano M, Ibáñez-Alfonso LE, Villamizar-Carvajal B, Durán de Villalobos MM. Transpersonal Caritas Relationship: a new concept from the unitary caring science framework of Jean Watson. Invest Educ Enferm. 2023;41(3): e02. Doi: https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n3e02

Licencia CC-By-NC-ND

14. Dilas D, Flores R, Morales-García WC, Calizaya-Milla YE, Morales-García M, Sairitupa-Sanchez L, et al. Social support, quality of care, and patient adherence to tuberculosis treatment in Peru: the mediating role of nurse health education. Patient Prefer Adherence. 2023; 17:175-86. Doi: https://doi.org/10.2147/PPA.S391930.

15. Hernández-Nieto RA. Contribuciones al análisis estadístico: sensibilidad (estabilidad y consistencia) de varios coeficientes de variación relativa y el coeficiente de variación proporcional (CVP): el coeficiente de validez de contenido (CVC) y el coeficiente Kappa, en la determinación de la validez de contenido según la técnica de juicio de expertos. 1a ed. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes; 2002.

16. Acosta DF, Conceição PM, Abreu DPG, Ramis IB, Vasconcelos SG, Soares FG. Care practices provided by nurses of the Family Health Strategy to users with tuberculosis. Cogitare Enferm. 2023;28:e92311. Doi: https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.92311

17. Arango D, Cintron C, Beckhorn CB, Wong M, Senador L, Altamirano E, et al. Care for adolescents with drug-susceptible pulmonary tuberculosis in Lima, Peru: a qualitative assessment. BMJ Open. 2025;15(3):e090707. Doi: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-090707

18. Pacheco MDA, Palmeira IP, Ferreira MA, Soares AS, Andrade EGR, Pereira AA, et al. Humanization of care in Primary Health Care: social representations of people with pulmonary tuberculosis. Rev Esc Enferm USP. 2026;60:e20250008. Doi: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0008en

19. Anthoney J, De Wildt G, Meza G, Skelton J, Newell I. Patients' perspectives on factors facilitating adherence to tuberculosis treatment in Iquitos, Peru: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):345. Doi: https://doi.org/10.1186/s12913-021-06329-z

20. Sukatemin, Srianingsih, Susanto WHA. Nursing Intervention-Based Psychosocial Support and Its Impact on Treatment Adherence Among Pulmonary TB Patients in Nabire, Central Papua: A Quasi-Experimental Study. Int J Drug Deliv Technol. 2026;16(51s):1411-1422. Doi: https://doi.org/10.25258/ijddt.16.51s.103

21. Wahyuni T, Jiu CK, Ariyanti S. Effect of Henderson's Need Theory–Based Nursing Care on Medication Adherence among Patients with Tuberculosis: A Quasi-Experimental Study. J Appl Nurs Health. 2026;8(1):448-463. Doi: https://doi.org/10.55018/janh.v8i1.525

22. Kale ED, Nursalam N, Makhfudli M, Polsook R, Juanamasta IG. Culturally Responsive Counseling and Tuberculosis Treatment Adherence: Development and Validation of an Integrated Model. Nurs Rep. 2026;16(2):e167. Doi: https://doi.org/10.3390/nursrep16020167

Licencia CC-By-NC-ND