

AUTOCUIDADO EN LOS CONTACTOS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE GRAN ALTURA

SELF-CARE IN THE CONTACTS OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS AT HIGH ALTITUDE

MELY RUIZ-AQUINO ¹ CRISTHIAN OSORES BACILIO ² CONSUELO CAMAYO CHACON ³
MILAGROS VALENCIA CHUQUILLANQUI ⁴ SANTIAGO ANGEL CORTEZ ORELLANA ⁵

RESUMEN

Introducción. La tuberculosis sigue representando un desafío prioritario para la salud pública, debido a su elevada capacidad de transmisión y a la importante carga de enfermedad y mortalidad. Su control efectivo exige la implementación de estrategias integrales que trasciendan el tratamiento exclusivamente farmacológico y que incorporen la promoción del autocuidado de la salud en los contactos de las personas afectadas por esta enfermedad.

Objetivo. Identificar el nivel de autocuidado en los contactos de los pacientes con tuberculosis pulmonar en una población a 3 200 metros sobre el nivel del mar.

Métodos. Estudio con enfoque cuantitativo, de tipo observacional y prospectivo, con diseño descriptivo simple. Se incluyeron 133 contactos de pacientes con diagnóstico de tuberculosis atendidos en el Hospital Regional Ramiro Prialé Prialé, en la ciudad de Huancayo, Perú, durante el año 2022, seleccionados mediante muestreo probabilístico. Se aplicó una escala de autocuidado previamente validada. Se realizó análisis estadístico descriptivo.

Resultados. Casi la mitad de los participantes (44,4%) presentó un nivel general de autocuidado no saludable; la alimentación fue la dimensión con mejores resultados (60,9% de prácticas saludables), mientras que los hábitos nocivos, el desarrollo personal e interacción social y los cuidados específicos mostraron altos niveles de prácticas no saludables (73,7%, 87,2% y 76,7%, respectivamente).

Conclusión. Una proporción considerable de los contactos de pacientes con tuberculosis presenta niveles no saludables de autocuidado, lo que evidencia la necesidad de fortalecer intervenciones integradas e integrales.

ABSTRACT

Introduction. Tuberculosis remains a major public health challenge due to its high transmissibility and significant burden of disease and mortality. Effective control requires the implementation of comprehensive strategies that go beyond drug treatment alone and incorporate the promotion of self-care among contacts of people affected by this disease.

Objective. To identify the level of self-care among contacts of patients with pulmonary tuberculosis in a population living at 3,200 meters above sea level.

Methods. A quantitative, observational, prospective study with a simple descriptive design. The study included 133 contacts of patients diagnosed with tuberculosis treated at the Ramiro Prialé Prialé Regional Hospital in the city of Huancayo, Peru, during 2022, selected through probability sampling. A previously validated self-care scale was administered, and descriptive statistical analysis was performed.

Results. Nearly half of the participants (44.4%) exhibited an overall unhealthy level of self-care; nutrition was the dimension with the best results (60.9% of healthy practices), while harmful habits, personal development and social interaction, and specific care showed high levels of unhealthy practices (73.7%, 87.2%, and 76.7%, respectively).

Conclusion. A considerable proportion of tuberculosis patient contacts exhibit unhealthy levels of self-care, highlighting the need to strengthen integrated and comprehensive interventions.

1. Magister en Salud Pública y Gestión Sanitaria/Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Huánuco, Huánuco, Perú
2. Estudiante de medicina/Facultad de Medicina. Universidad Peruana los Andes, Huancayo, Perú
3. Estudiante de medicina/Facultad de Medicina. Universidad Peruana los Andes, Huancayo, Perú
4. Estudiante de medicina/Facultad de Medicina. Universidad Peruana los Andes, Huancayo, Perú
5. Magister en Docencia e Investigación en Educación Superior/Facultad de Medicina. Universidad Peruana los Andes, Huancayo, Perú

Correspondencia a:

Nombre: Mely Ruiz-Aquino
Correo electrónico:
melyruizaquino@udh.edu.pe
Telf.: (+51) 976464367

Palabras clave: Autoabandono, Automanejo, *Mycobacterium tuberculosis*, Tuberculosis Extrapulmonar.

Keywords: Self-neglect, Self-management, *Mycobacterium tuberculosis*, Extrapulmonary Tuberculosis

Procedencia y arbitraje: no comisionado, sometido a arbitraje externo.

Recibido para publicación: 01-02-2025
Aceptado para publicación: 16-7-2025

Citar como:

Ruiz Aquino M, Osores Bacilio C, Camayo Chacon C, Valencia Chuquillanqui M, Cortez Orellana S. Autocuidado en los contactos de pacientes con Tuberculosis de Gran Altura. Rev. Cient. Cienc. Med. 2025; 28(2): 32 - 40

INTRODUCCION

La tuberculosis (TB) continúa siendo un problema prioritario de salud pública a nivel mundial, no solo por su alta transmisibilidad y morbilidad¹, sino también por su persistente impacto en los entornos familiares y comunitarios, especialmente en los contactos cercanos de los pacientes. Estos contactos constituyen un grupo vulnerable, cuya exposición prolongada incrementa el riesgo de infección y desarrollo de la enfermedad. En este contexto, el autocuidado adquiere un papel fundamental como estrategia preventiva, orientada a reducir la transmisión y promover conductas protectoras frente a síntomas como tos persistente, fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso y debilidad generalizada. A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS)² ha reportado en el 2023, la tuberculosis volvió a ser la principal causa de mortalidad por enfermedad infecciosa en el mundo. Cada año, más de 10 millones de personas enferman de tuberculosis, y desde 2021 el número de casos ha ido en aumento, particularmente en América Latina. El 2022 se identificaron 325.000 casos nuevos en la región, de los cuales el 74% fueron notificados. En el Perú, esta enfermedad también constituye una de las principales causas de morbilidad infecciosa, afectando de manera especial a comunidades ubicadas en zonas de gran altitud, donde factores como el acceso limitado a los servicios de salud, las condiciones socioeconómicas desfavorables y las barreras culturales dificultan su prevención y control.

El control efectivo de la TB requiere estrategias integrales e integradas que vayan más allá del tratamiento farmacológico e incluyan el autocuidado en los contactos de los pacientes con TB. La OMS en su estrategia denominada “Fin de la TB” propuso reducir en un 95% las muertes por tuberculosis y disminuir en un 90% los casos nuevos entre 2015 y 2035, asegurando que ningún paciente incurra en gastos catastróficos debido a la enfermedad³. Investigaciones previas han destacado que la detección temprana y la adherencia al tratamiento son claves para la reducción de la transmisión y la mortalidad. En Honduras, Grey Irula⁴ en 2023 evidenció que un diagnóstico oportuno disminuye la tasa de mortalidad y el número de contagios. Del mismo modo, en México, Gallegos-Sánchez et al.⁵ durante 2020 resaltaron la importancia de un abordaje temprano para reducir complicaciones.

En Perú, un estudio realizado en Lima por Jonis-Jiménez et al.⁶ en 2020, reportaron una

alta tasa de interrupción del tratamiento (18,3%) y una baja adherencia (42,5%), asociadas significativamente con síntomas depresivos, los cuales afectan la continuidad del tratamiento. Así mismo Elfiyunai y Rumambo⁷ concluyeron que el apoyo social es fundamental para fortalecer la adherencia y mejorar los resultados terapéuticos. Estos antecedentes demuestran la necesidad de promover el autocuidado no solo en los pacientes diagnosticados con TB, sino también en sus contactos cercanos, quienes están en riesgo de infección y pueden contribuir a la propagación de la enfermedad.

El presente estudio se justifica por la alta carga de TB en el Perú y los desafíos que enfrentan las comunidades que residen en zonas de gran altitud. A 3 200 metros sobre el nivel del mar (msnm), las condiciones ambientales pueden influir tanto en la progresión de la enfermedad como en la respuesta inmunológica de las personas afectadas. Asimismo, el estigma social y el aislamiento comprometen el bienestar emocional de los pacientes y de sus contactos, lo que limita su adherencia a las medidas preventivas y terapéuticas⁸.

En este contexto, resulta fundamental evaluar el nivel de autocuidado de los contactos de pacientes con tuberculosis, con el fin de diseñar estrategias de intervención integradas e integrales que fortalezcan la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mitigando la propagación de la enfermedad en la comunidad. Por tal motivo, el presente estudio tuvo por objetivo identificar el nivel de autocuidado de contactos de pacientes con TB en una población a 3 200 msnm.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo y área de estudio

El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, de tipo observacional y transversal, con un diseño descriptivo simple. No se realizó intervención ni comparación experimental entre grupos; únicamente se describieron las características del nivel de autocuidado en los contactos de pacientes con tuberculosis.

La población estuvo representada por 205 contactos domiciliarios de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis, según los registros del Hospital Regional Ramiro Priale, localizado en la provincia de Huancayo, en el Departamento de Junín, en Perú, que cumplían con los criterios de inclusión establecidos: contactos familiares de primer grado de parentesco expuestos a pacientes con

tuberculosis por más de 6 horas al día, por cada paciente con diagnóstico de tuberculosis solo se cogió un solo contacto, mayor de 18 y que aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio. Se excluyeron a los contactos de pacientes con tuberculosis extrapulmonar. Así mismo, la muestra fue calculada mediante, el muestreo aleatorio simple y estuvo conformado por 133 contactos.

Variable e instrumento de recolección de datos

Para evaluar la variable autocuidado se empleó una escala estructurada, autoelaborado por los investigadores, dicha escala tiene con cuatro dimensiones: autocuidado en la alimentación, autocuidado de los hábitos nocivos, autocuidado relacionado con el desarrollo personal e interacción social y el autocuidado relacionado con los cuidados específicos. Cada dimensión fue valorada en dos categorías: “saludable” y “no saludable”, según los comportamientos reportados por los participantes.

La escala del autocuidado fue aplicada mediante la encuesta presencial a los contactos de los pacientes domiciliarios. Para garantizar la validez de la escala, se realizó un proceso de validación de contenido mediante el juicio de expertos, quienes evaluaron la pertinencia, coherencia y claridad de los ítems en relación con las dimensiones del autocuidado. Adicionalmente, se determinó la confiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0,79 que indicó una adecuada consistencia interna.

Además, se aplicó un cuestionario de caracterización sociodemográfica para recoger información sobre edad, sexo, nivel educativo, entre otros aspectos relevantes.

El análisis de datos

Los datos recolectados fueron organizados y procesados utilizando Microsoft Excel para la tabulación inicial y limpieza de la información, asegurando su correcta estructuración antes del análisis estadístico. Posteriormente, se empleó el software SPSS versión 20, mediante el cual se efectuó únicamente un análisis descriptivo de las variables a través de frecuencias y porcentajes.

Aspectos éticos

Este estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Los Andes, a fin de garantizar el cumplimiento de los principios éticos en investigación y respetar asimismo los lineamientos de la Declaración de Helsinki y las normativas nacionales e internacionales sobre investigaciones en seres humanos. Además, fueron asegurados los principios bioéticos como la no maleficencia, minimizando cualquier posible riesgo para los

participantes y garantizando la confidencialidad de la información; también se tuvo en consideración la autonomía, asegurando el consentimiento informado de todos los participantes. Además, se tuvo en consideración las conductas responsables en investigación, evitando cualquier conflicto de interés y asegurando la integridad en el manejo y análisis de los datos obtenidos.

RESULTADOS

La población estudiada estuvo conformada principalmente por adultos de 30 a 59 años. La mayoría de los participantes procedieron de zonas urbanas. En cuanto a la religión, la mayor parte se identificó como católica. Respecto al estado civil, el grupo más numeroso estuvo conformado por personas casadas. La mayoría de los participantes percibieron ingresos superiores al sueldo básico. **Ver Tabla 1.**

Una proporción importante de contactos de pacientes con TB presentaba síntomas respiratorios y sistémicos compatibles con la enfermedad, siendo la tos persistente y la fiebre los más frecuentes. Aunque la hemoptisis fue poco común, se identificaron otros signos de alerta, como expectoración con moco, pérdida de peso y sudoración nocturna. **Ver Tabla 2.**

Autocuidado en la alimentación

En relación con el autocuidado en la alimentación, se observó que la mayoría de los participantes presentaron prácticas saludables reflejadas en el consumo regular de frutas, verduras y agua. No obstante, un porcentaje menor mantuvo hábitos no saludables, como la ingesta frecuente de comidas rápidas y bebidas azucaradas. **Ver Tabla 3.**

Autocuidado de los hábitos nocivos

Se observa un elevado consumo de alcohol y tabaco, mientras que el uso de drogas ilegales fue poco común. En cuanto a la hidratación, casi la mitad de los participantes ingería menor cantidad de agua recomendada al día. Respecto a la actividad física, una mayor proporción lo realizaba de manera ocasional, aunque pocos mantenían una práctica constante. **Ver Tabla 3.**

Autocuidado relacionado con el desarrollo personal e interacción social

La participación en actividades de educación y apoyo fue baja. Muchos de los participantes nunca recibieron charlas del cuidado de la salud por parte del personal del programa de control de la tuberculosis, además de no integraban a grupos de apoyo. Sin embargo, más de la mitad compartían tiempo con

Tabla 1
Características demográficas del contacto de pacientes con tuberculosis

Características demográficas	n=133*	
	Frecuencias	%
Grupo etario		
Joven (18 a 29 años)	38	286
Adultos (30 a 59)	66	496
Adulto mayor (> 60 años)	29	218
Sexo		
Masculino	70	526
Femenino	63	474
Procedencia		
Rural	35	263
Urbano	91	684
Urbano marginal	7	53
Características sociales		
Escolaridad		
Sin estudios	1	8
Primaria	12	90
Secundaria	49	368
Superior técnico	30	226
Superior universitario	41	308
Religión		
Católico	71	534
Evangélico	37	278
Otros	25	188
Estado civil		
Soltero	53	398
Casado	46	346
Divorciado	13	98
Viudo	2	15
Conviviente	19	143
Ocupación		
Estudiante	24	180
Ama de casa	22	165
Comerciante	38	286
Otros	49	369
Situación económica		
Inferior al sueldo básico	53	398
Superior al sueldo básico	80	602
Características familiares		
Vive solo		
Sí	50	376
No	83	624
Tipo de familia		
Familia nuclear	71	534
Familia monoparental	41	308
Familia extensa	19	143
Otros	2	15
N.º de hijos		
0	20	15
1	34	256
2	49	368
3	23	173
Otro	7	53

Fuente: Elaboración propia

Nota: * n = Muestra

familiares y amigos con frecuencia. **Ver Tabla 3.**

Autocuidado relacionado con los cuidados específicos

Una gran proporción recibía visitas domiciliarias del personal de salud solo ocasionalmente y cumplía con el tratamiento de tuberculosis de forma parcial. Solo una fracción siguió el tratamiento de manera constante. Predominó el informe de sus síntomas al personal de salud solo algunas veces y una proporción considerable acudía esporádicamente al neumólogo. **Ver Tabla 3.**

Autocuidado en el entorno y medidas preventivas

En cuanto a la ventilación del hogar, predominaron aquellos con dos o tres ventanas. Respecto a la prevención, sobresalió cubrirse al toser con frecuencia, pero pocos realizaban siempre el lavado de manos. La supervisión del tratamiento por enfermería fue ocasional. **Ver Tabla 3.**

El análisis general muestra, por tanto, deficiencias significativas en la mayoría de las dimensiones de autocuidado. Destaca en todo caso un mejor desempeño en dimensión, mientras que los hábitos nocivos y el desarrollo personal e interacción social presentan las mayores limitaciones, con baja participación en actividades de educación y apoyo. Así mismo, el cuidado específico resultó insuficiente, lo que refleja escaso acceso y adherencia a medidas preventivas y de tratamiento. En conjunto, el autocuidado global fue no saludable en una proporción importante de participantes. **Ver Tabla 3.**

DISCUSIÓN

En este estudio, se evaluaron el nivel de autocuidado y sus dimensiones en contactos de pacientes con tuberculosis en una población a 3 200 msnm, identificando áreas críticas que requieren intervención. El principal aporte de esta investigación consiste en evidenciar, en un contexto de altura geográfica, que el autocuidado de los contactos no depende únicamente de decisiones individuales, sino de determinantes estructurales, sociales y culturales, lo que permite orientar con mayor precisión las intervenciones de salud pública hacia los grupos con mayor vulnerabilidad. Los hallazgos obtenidos respaldan la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, la cual aborda el déficit de autocuidado y se compone de tres enfoques interrelacionados: la teoría del

Tabla 2
Sintomatología del contacto de pacientes con tuberculosis

Sintomatología	n=133*			
	Sí		No	
	Frecuencias	%	Frecuencias	%
Tos (más 15 días)	60	45,1	73	54,9
Expectoración con sangre	9	6,8	124	93,2
Expectoración con moco y esputo	31	23,3	102	76,7
Fiebre (más de 37,5 °C)	58	43,6	75	56,4
Escalofríos	40	30,1	93	69,9
Pérdida de peso	36	27,1	97	72,9
Sudoración nocturna	30	22,6	103	77,4

Fuente: Elaboración propia
Nota: *n = Muestra

Tabla 3
Valoración del autocuidado según dimensiones, en los contactos de pacientes con tuberculosis

Autocuidado según dimensiones	n=133*	
	Frecuencias	%
Autocuidado en la alimentación		
Consumo de frutas y verduras		
Nunca	4	3
1 a 2 veces por semana	52	39,1
3 a 4 veces por semana	53	39,8
5 a 6 veces por semana	24	18
Consumo de menestras		
Nunca	6	4,5
1 a 2 veces por semana	70	52,6
3 a 4 veces por semana	48	36,1
5 a 6 veces por semana	9	6,8
Consumo de carne		
Nunca	10	7,5
1 a 2 veces por semana	52	39,1
3 a 4 veces por semana	50	37,6
5 a 6 veces por semana	21	15,8
Consumo de lácteos y sus derivados		
Nunca	6	4,5
1 a 2 veces por semana	57	42,9
3 a 4 veces por semana	56	42,1
5 a 6 veces por semana	14	10,5
Consumo de frituras		
Nunca	5	3,8
1 a 2 veces por semana	62	46,6
3 a 4 veces por semana	58	43,6
5 a 6 veces por semana	8	6

Autocuidado de los hábitos nocivos		
Consumo de bebidas alcohólicas		
Nunca	23	17,3
A veces	72	54,1
Frecuentemente	32	24,1
Siempre	6	4,5
Consumo de tabaco		
Nunca	23	17,3
A veces	51	38,3
Frecuentemente	54	40,6
Siempre	5	3,8
Consumo de drogas ilegales		
Nunca	120	90,2
A veces	10	7,5
Frecuentemente	3	2,3
Siempre		
Consumo de agua		
500 ml	3	2,3
1 litro	51	38,3
1 500 ml	62	46,6
2 a 3 Litros	17	12,8
Práctica de ejercicios con frecuencia		
Nunca	3	2,3
A veces	51	38,3
Frecuentemente	62	46,6
Siempre	17	12,8
Autocuidado relacionado con el desarrollo personal interacción social		
Recibe charlas del programa de control de la tuberculosis		
Nunca	55	41,4
A veces	66	49,6
Frecuentemente	12	9
Siempre	0	0
Comparte tiempo con familia y amigos		
Nunca	34	25,6
A veces	3	2,3
Frecuentemente	71	53,4
Siempre	25	18,8
Pertenencia a grupos de personas con tuberculosis		
Nunca	68	51,1
A veces	46	34,6
Frecuentemente	18	13,5
Siempre	1	0,8
Autocuidado relacionado con los cuidados específicos		
Visita domiciliaria del personal de salud		
Nunca	51	38,3
A veces	56	42,1
Frecuentemente	26	19,5
Siempre	0	0
Tratamiento y control de tuberculosis		
Nunca	4	3
A veces	72	54,1
Frecuentemente	41	30,9
Siempre	16	12

Comparte habitación con algún familiar		
Nunca	43	32,3
A veces	55	41,4
Frecuentemente	31	23,3
Siempre	4	3
Reconoce utilidad del tratamiento		
Nunca	6	4,5
A veces	37	27,8
Frecuentemente	57	42,9
Siempre	33	24,8
Informa al personal de salud sus síntomas		
Nunca	13	9,8
A veces	73	54,9
Frecuentemente	40	30,0
Siempre	7	5,3
Consultas al neumólogo		
Nunca	39	29,3
A veces	66	49,6
Frecuentemente	21	15,8
Siempre	7	5,3
Información de tuberculosis recibida del personal de salud		
Nunca	6	4,5
A veces	52	39,1
Frecuentemente	57	42,9
Siempre	18	13,5
Ventanas con ventilación en casa		
Ninguna	5	3,8
Una ventana	20	15,0
De 2 a 3 ventanas	74	55,6
Mayor a 4 ventanas	34	25,6
Se cubre al toser		
Nunca	1	0,8
A veces	28	21,1
Frecuentemente	68	51,1
Siempre	36	27,0
Supervisión de tratamiento por el personal de enfermería		
Nunca	5	3,8
A veces	63	47,4
Frecuentemente	51	38,3
Siempre	14	10,5
Frecuencia del lavado de manos		
Nunca	1	0,8
A veces	11	8,3
Frecuentemente	76	57,1
Siempre	45	33,8

Fuente: Elaboración propia

Nota: * n = Muestra

autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de cuidado. Estas teorías enfatizan la modificación de conductas para mitigar los riesgos relacionados con la salud y la enfermedad⁹. Los hallazgos muestran que, aunque el autocuidado en la alimentación

fue saludable en una proporción importante de participantes, las demás dimensiones presentaron deficiencias significativas. El alto porcentaje de conductas no saludables en hábitos nocivos (73,7%) tiene implicaciones prácticas directas, ya que evidencia la necesidad de fortalecer programas de consejería individual y comunitaria dirigidos a la reducción del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias como parte de las estrategias de control de la tuberculosis.

La marcada deficiencia en la interacción social y el desarrollo personal (87,2%) está influenciada por el estigma asociado a la tuberculosis, que limita la participación en actividades comunitarias y reduce las oportunidades de apoyo social. Los hallazgos concuerdan con los estudios de Cajachagua et al.⁸, quienes identificaron que el 76,9% percibió su autocuidado como inadecuado, evidenciando así el papel crucial del entorno social en la prevención y el seguimiento del tratamiento. También Macas et al.¹⁰ observaron que aquellos que consumían alcohol o drogas presentaban una probabilidad significativamente mayor de interrumpir su tratamiento y que estos hábitos intensificaban las complicaciones tanto sociales como psicológicas.

En cuanto a los cuidados específicos de la enfermedad, las prácticas inadecuadas reportadas por el 76,7% de los participantes podrían deberse a barreras estructurales, como la limitada accesibilidad geográfica a los servicios de salud, la irregularidad en el seguimiento clínico y la escasa adherencia a las indicaciones médicas. Factores como la falta de tiempo por actividades laborales, el desconocimiento de la importancia del control periódico y la percepción de ausencia de síntomas también podrían influir. Macas et al.¹⁰ mostró que más del 60% de sus pacientes lidiaban con problemas de acceso y cumplimiento del tratamiento. Además, estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Appiah et al.¹¹, quienes identificaron que los factores geográficos, económicos, del sistema de salud y del conocimiento del paciente influyen significativamente en la adherencia al tratamiento de la tuberculosis.

En conjunto, el hecho de que solo el 54,9% de los participantes presentaran un autocuidado global saludable sugiere que las limitaciones no responden únicamente a decisiones individuales, sino a un entramado de condiciones estructurales, culturales y sociales que restringen la adopción de conductas protectoras

frente a la tuberculosis. Esta evidencia aporta información útil para la planificación de políticas públicas locales, permitiendo priorizar intervenciones integradas que combinen educación en salud, reducción del estigma y mejora del acceso a los servicios de salud. Estos resultados son consistentes con estudios que evidencian niveles subóptimos de autocuidado y su relación con factores contextuales. Por ejemplo, Yang et al.¹² demostraron que el bajo nivel de alfabetización en salud y conocimiento sobre la enfermedad se asocia con prácticas deficientes de autocuidado en pacientes con tuberculosis. No obstante, algunos estudios sugieren que la relación entre factores sociales y autocuidado no es uniforme. Por ejemplo, Ileye et al.¹³ reportaron que variables como la adherencia a las indicaciones médicas, las condiciones de vivienda y factores individuales tuvieron un mayor peso en la adherencia al tratamiento que otros determinantes sociales, evidenciando la complejidad del comportamiento de autocuidado en pacientes con tuberculosis.

Asimismo, Wen et al.¹⁴ demostraron que el apoyo social mejora la adherencia al tratamiento, lo cual es clave para mejorar el autocuidado; un aspecto que en nuestro estudio también se evidenció en aquellos participantes con mayor acompañamiento familiar.

Por otro lado, Rodríguez-Mora y Sánchez-Piña¹⁵ enfatizaron que el dominio del conocimiento es esencial para la ejecución y mejora de actividades de salud, lo que se alinea con nuestros hallazgos, en donde la falta de información sobre tuberculosis se relaciona con prácticas deficientes de autocuidado. En la misma línea, Tintín¹⁶ destacó que el conocimiento sobre la tuberculosis y el apoyo social son determinantes en la adherencia al tratamiento, lo que refuerza la importancia de desarrollar estrategias educativas continuas, adaptadas al contexto sociocultural, como implicación práctica directa de este estudio. En relación con los hábitos de autocuidado específicos, diversos estudios han evidenciado brechas en la adopción de medidas preventivas básicas en pacientes con tuberculosis. Por ejemplo, Sinha et al.¹⁷, reportaron que la implementación de prácticas de autocuidado, como las medidas higiénicas y de prevención de la transmisión, es limitada y está influenciada por factores educativos y del sistema de salud. En concordancia, en nuestro estudio el lavado de manos frecuente alcanzó el 57,1% y solo el 33,8% lo realizaba siempre. Estos resultados reflejan la necesidad de fortalecer la educación en medidas preventivas mediante intervenciones estructuradas tanto en el

domicilio como en los establecimientos de salud.

Otro hallazgo relevante es el impacto del apoyo familiar al respecto, Cedeño-Ugalde et al.¹⁸ señalaron que el respaldo familiar es clave para la adherencia al tratamiento, lo cual se refleja también en nuestros resultados, donde los pacientes con mayor interacción familiar mostraron mejores prácticas de autocuidado.

Yuen et al.¹⁹ demostraron que el acompañamiento domiciliario y el soporte social mejoran significativamente la gestión de contactos y la adherencia al tratamiento en tuberculosis. De manera similar, Lee et al.²⁰ evidenciaron que el apoyo social y familiar se asocia positivamente con el autocuidado y el cumplimiento terapéutico en pacientes con tuberculosis. En nuestro estudio, la baja interacción social estuvo presente en un alto porcentaje de los participantes, lo que podría representar un factor de riesgo para el abandono del tratamiento, resaltando la necesidad de integrar a la familia en las intervenciones de salud.

Asimismo, diversos estudios han destacado la importancia de garantizar la continuidad del tratamiento de la tuberculosis para evitar complicaciones y resistencia bacteriana. Por ejemplo, Davtyan et al.²¹ reportaron que el apoyo social estructurado y el seguimiento continuo mejoran la adherencia y los resultados del tratamiento. En concordancia, Sinha et al.,¹⁷ señalan que las intervenciones integradas y el fortalecimiento del sistema de salud son fundamentales para asegurar la continuidad terapéutica. En nuestro estudio, la supervisión del tratamiento por parte del personal de salud solo se realizaba frecuentemente en el 38,3% de los casos y siempre en el 10,5%, lo que evidencia la necesidad de reforzar el seguimiento clínico mediante modelos de atención más cercanos al hogar y el fortalecimiento del rol de enfermería comunitaria.

Como limitaciones del estudio, se reconoce el tipo de estudio tipo descriptivo simple, no tuvo como finalidad establecer relaciones causales ni probar hipótesis, lo que limita el alcance inferencial de los resultados. Asimismo, la información fue recolectada mediante autorreporte, lo cual puede introducir sesgos de respuesta, como la deseabilidad social o errores de memoria, que podrían haber generado una sobreestimación de prácticas saludables o subestimación de conductas no saludables.

La muestra, centrada en una población específica situada a 3 200 msnm, condiciona la generalización de los resultados, ya que factores propios de la altitud y del contexto sociocultural

podrían no estar presentes en otras regiones. Además, la ausencia de variables contextuales, como el acceso a los servicios de salud, el apoyo social o factores psicosociales, impide una comprensión integral de los determinantes del autocuidado.

CONCLUSIÓN

Se identificó que el 44,4% de los contactos presenta un nivel de autocuidado “no saludable”. Aunque el autocuidado en la alimentación mostró mejores indicadores, las dimensiones relacionadas con los hábitos nocivos, el desarrollo personal, la interacción social y los cuidados específicos presentaron altos porcentajes de conductas no saludables.

RECOMENDACIONES

Fortalecer las intervenciones articuladas dirigidas a los contactos de pacientes con tuberculosis desde el primer nivel de atención, priorizando la promoción del autocuidado en el

entorno domiciliario y familiar. Los establecimientos de salud deben intensificar el seguimiento de los contactos mediante visitas domiciliarias, educación continua y monitoreo del cumplimiento de medidas preventivas, considerando las condiciones propias de la sierra central, como la dispersión geográfica y las limitaciones de acceso a los servicios. Asimismo, es necesario incorporar estrategias comunitarias que reduzcan el estigma y favorezcan la participación social de los contactos.

En el contexto académico, se sugiere realizar estudios con diseños longitudinales en poblaciones similares que permitan evaluar la evolución del autocuidado en el tiempo, así como incluir variables contextuales (acceso a servicios, apoyo familiar y condiciones socioeconómicas) y medidas objetivas que reduzcan el sesgo de autorreporte, con el fin de obtener evidencia más robusta y aplicable a contextos locales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suárez Rodríguez R, Zapata Silva I. Relación entre autoestima y capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital Huaycán, Lima, 2015. *Rev Cient Cienc Salud* [Internet]. 2016 [citado 7 feb 2023];8(2):44-49. Disponible en: <https://doi.org/10.17162/rccs.v8i2.472>
2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2024 [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [citado 12 ago 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>
3. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis [Internet]. Washington (DC): OPS; 2022 [citado 15 feb 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis>
4. Grey Irula RM. Caracterización clínico-epidemiológica y laboratorial de pacientes con tuberculosis del Hospital Dr. Mario Catarino Rivas. *Rev Esc Univ Cienc Salud* [Internet]. 2022 [citado 7 feb 2023];9(2):20-28. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/rceucs.v9i2.17260>
5. Gallegos Sánchez G, Rosales-Velázquez CE, Ruvalcaba-Oceguera GE, Aragón-Castro MA, Gutiérrez-Rosales R, Ordoñez-Jurado AU. Incidencia y características clínicas de pacientes con tuberculosis genitourinaria durante el periodo 2003-2019 en un centro hospitalario de tercer nivel. *Rev Mex Urol* [Internet]. 2020 [citado 7 dic 2023];80(2):1-16. Disponible en: <https://doi.org/10.48193/rmu.v80i2.583>
6. Jonis-Jiménez M, Guzmán-Reinoso RS, Llanos-Tejada FK. Síntomas depresivos, riesgo de abandono y mala adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis sensible en un centro de salud de Lima, 2016-2020. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2022 [citado 11 abr 2024];84(4):297-303. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/4135>
7. Elfiyunai NN, Rumambo PM. The role of nurses in providing social support in tuberculosis treatment: literature review. Preprints [Internet]. 2022 [citado 11 mar 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.20944/preprints202104.0126.v1>
8. Cajachagua Castro M, Chávez Sosa J, Chilón Huamán A, Camposano Ninahuanca A. Apoyo social y autocuidado en pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital Lima Este, 2020, Perú. *Rev Cuidarte* [Internet]. 2022 [citado 7 feb 2024];13(2):e2083. Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2083>
9. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Med Espirit* [Internet]. 2017 [citado 7 feb 2024];19(3):89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009

10. Macas Guzmán JM, Ordóñez Camacho CA, Chu Lee AJ. Hábitos tóxicos y su relación con el abandono del tratamiento de la tuberculosis. Polo Conoc [Internet]. 2024 [citado 9 ago 2024];9(12). Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/8637/pdf>
11. Appiah MA, Peparah P, Abalo EM, Amu H, Nyarko SH, Agyemang-Duah W, et al. Barriers to tuberculosis treatment adherence in high-burden settings: a qualitative study. BMC Public Health [Internet]. 2023 [citado 21 mar 2026];23:16259. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16259-6>
12. Yang S, Jung E, Yoo Y. Health literacy, knowledge and self-care behaviors in patients with pulmonary tuberculosis living in community. J Korean Acad Fundam Nurs [Internet]. 2020 [citado 21 mar 2026];27(1):1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.7739/jkafn.2020.27.1.1>
13. Ileye UM, Lawal AM, Musa BM, et al. Determinants of tuberculosis treatment adherence among adult patients in a resource-limited setting. Int J Gen Med [Internet]. 2025 [citado 21 mar 2026]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12587642/>
14. Wen S, Yin J, Sun Q. Impacts of social support on the treatment outcomes of drug-resistant tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open [Internet]. 2020 [citado 11 ene 2024];10(1):e036985. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-036985>
15. Rodríguez-Mora F, Sánchez-Piña S. Conocimientos, prácticas y actitudes de enfermería para la atención de personas con tuberculosis. Enferm Univ [Internet]. 2020 [citado 7 feb 2024];17(1):76-86. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358771757008>
16. Sukartini T, Navisa K. Knowledge, family and social support, self-efficacy and self-care behaviour in pulmonary tuberculosis patients. J Keperawatan Soedirman [Internet]. 2019 [citado 7 feb 2024];14(2):1-12. Disponible en: <http://jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/view/1011>
17. Sinha P, Bhargava M, Carwile M, Dauphinais M, Tisile P, Cintron C, et al. A roadmap for integrating nutritional assessment, counselling, and support into the care of people with tuberculosis. Lancet Glob Health [Internet]. 2025 [citado 21 mar 2026]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(25\)00021-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(25)00021-X/fulltext)
18. Cedeño-Ugalde MA, Figueroa-Cañarte FM, Zambrano-Barre JR, Romero-Castro CV, Arias-Nazareno CV, Santos-Andrade EA. Apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis. Dominio Cienc [Internet]. 2018 [citado 8 feb 2024];5(1):54-68. Disponible en: <https://doi.org/10.23857/dc.v5i1.850>
19. Lee GU, Lee HK. Effects of depression, social support of tuberculosis patients on self-care. J Korean Acad Community Health Nurs [Internet]. 2022 dic [citado 21 mar 2026];33(4):456-464. Disponible en: <https://rcphn.org/upload/pdf/jkachn-33-4-456.pdf>
20. Yuen CM, Millones AK, Contreras CC, Lecca L, Becerra MC, Keshavjee S. Tuberculosis household accompaniment to improve the contact management cascade: a prospective cohort study. PLoS One [Internet]. 2019 [citado 21 mar 2026];14(5):e0217104. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217104>
21. Davtyan K, Aghabekyan S, Davtyan H, Margaryan T, Zachariah R, et al. Social support programme for tuberculosis patients in Armenia: perceptions of patients and doctors. Public Health Panorama [Internet]. 2015 [citado 21 mar 2026];1(1):252-259. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/325464>