UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Enfermería



Apoyo social y prácticas de autocuidado en pacientes con tuberculosis en un hospital de Juliaca, 2026

Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería

Autores:

Pilar Regina Jihuallanca Centeno

Shantall Yeraldinne Poma Hanco

Veronica Alanoca Chambi

Asesor:

Mg. Jhany Del Pilar Pezo Castro

Juliaca, octubre de 2026

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo Jhany Del Pilar Pezo Castro, docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **"APOYO SOCIAL Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN UN HOSPITAL DE JULIACA, 2026"** de los autores **Pilar Regina Jihuallanca Centeno, Shantall Yeraldinne Poma Hanco** y **Veronica Alanoca Chambi** tiene un índice de similitud de 11 % verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Juliaca, a los 21 días del mes de octubre del año 2026.



Mg. Jhany Del Pilar Pezo Castro

044

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Puno, Juliaca, Villa Chullunquiani, a diecinueve día(s) del mes de Octubre del año 2026 siendo las 14:00 horas, se reunieron los miembros del jurado en la Universidad Peruana Unión Campus Juliaca, bajo la dirección del (de la) presidente(a): Mg. Elba Villasante Román, el (la) secretario(a): Mg. Marleny Montes Salcedo y los demás miembros: Mg. Martha Rocio Vargas Yucra y el (la) asesor(a) Mg. Jhany Del Pilar Pero Castro con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulado: Apoyo social y prácticas de autocuidado en pacientes con tuberculosis en un hospital de Juliaca, 2026 de los (las) bachilleres:

a) Pilar Regina Jihuallanca Centeno

b) Shantall Yeraldinne Poma Hanco

c) Veronica Alanoca Chambi

conducente a la obtención del título profesional de:

Licenciadas en Enfermería
(Denominación del Título Profesional)

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (a la) / a (los) (las) candidato(a)/s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por al (a la) / a (los) (las) candidato(a)/s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Bachiller (a): Pilar Regina Jihuallanca Centeno

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	17	B+	Muy bueno	Sobresaliente

Bachiller (b): Shantall Yeraldinne Poma Hanco

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	17	B+	Muy bueno	Sobresaliente

Bachiller (c): Veronica Alanoca Chambi

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	17	B+	Muy bueno	Sobresaliente

(*) *Ver parte posterior*

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al (a la) / a (los) (las) candidato(a)/s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Presidente/a

Secretario/a

Asesor/a

Miembro

Miembro

Bachiller (a)

Bachiller (b)

Bachiller (c)

Escaneado con CamScanner

Índice

RESUMEN v

ABSTRACT: vi

INTRODUCCIÓN 7

Apoyo social 10

Prácticas de autocuidado 11

MÉTODO 12

Diseño del estudio 12

Muestra 13

Instrumentos 13

Apoyo social 13

Prácticas de Autocuidado 14

Análisis estadísticos 14

Consideraciones éticas 15

RESULTADOS 15

Análisis descriptivo-sociodemográficos 15

Análisis descriptivos, normalidad, correlación 17

DISCUSIÓN 19

LIMITACIONES 21

CONCLUSIONES 22

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 23

ANEXOS 29

Apoyo social y prácticas de autocuidado en pacientes con tuberculosis en un hospital de Juliaca, 2026

Pilar Regina Jihuallanca Centeno [1]; Shantall Yeraldinne Poma Hanco[2]; Veronica Alanoca Chambi[3]

RESUMEN

La tuberculosis constituye uno de los principales desafíos de salud pública global, además de ser la segunda causa de muerte por agentes infecciosos, especialmente en contextos de recursos limitados. Esta investigación tuvo como objetivo determinar la asociación entre el apoyo social y las prácticas de autocuidado en pacientes con tuberculosis atendidos en un hospital de Juliaca, 2026. El método fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, nivel correlacional y corte transversal, participaron 150 pacientes diagnosticados con tuberculosis seleccionados mediante un muestreo censal. Se empleó el Test de Apoyo Social Percibido y el cuestionario de prácticas de autocuidado, ambos con adecuados índices de confiabilidad ($\alpha = 0,96$ y $\alpha = 0,985$, respectivamente). Los resultados evidenciaron una asociación positiva, baja y significativa entre el apoyo social y las prácticas de autocuidado (Rho = 0,320; $p < 0,001$). A nivel dimensional, el apoyo emocional mostró la correlación más elevada (Rho = 0,339; $p < 0,001$), seguido del apoyo instrumental (Rho = 0,321; $p < 0,001$), la interacción social positiva (Rho = 0,277; $p = 0,001$) y el apoyo afectivo (Rho = 0,255; $p = 0,002$). Se concluye que, a mayor percepción de acompañamiento interpersonal, mayores son las conductas de cuidado y manejo de la enfermedad, aunque la asociación sea baja se infiere que las prácticas de autocuidado responden también a factores personales, familiares y clínicos propios del contexto antituberculoso.

Palabras clave: Apoyo social, prácticas de autocuidado, tuberculosis, pacientes, hospital.

Social support and self-care practices in tuberculosis patients in a hospital in Juliaca, 2026

ABSTRACT:

Tuberculosis is one of the major global public health challenges and the second leading cause of death from infectious agents, especially in resource-limited settings. This research aimed to determine the association between social support and self-care practices in tuberculosis patients treated at a hospital in Juliaca, Peru, in 2026. The study employed a quantitative, non-experimental, correlational, and cross-sectional design. Participants included 150 patients diagnosed with tuberculosis, representing the entire accessible population, and a census was conducted. The Perceived Social Support Test and the Self-Care Practices Questionnaire were used, both demonstrating adequate reliability indices ($\alpha = 0.96$ and $\alpha = 0.985$, respectively). The results showed a weak but significant positive association between social support and self-care practices (Rho = 0.320; $p < 0,001$). At the dimensional level, emotional support showed the highest correlation (Rho = 0.339; $p < 0,001$), followed by instrumental support (Rho = 0.321; $p < 0,001$); positive social interaction (Rho = 0.277; $p = 0.001$), and affective support (Rho = 0.255; $p = 0.002$). It is concluded that a greater perception of interpersonal support is associated with more self-care and disease management behaviors. Although the association is weak, it can be inferred that self-care practices also respond to personal, family, and clinical factors specific to the tuberculosis context.

Keywords: Social support, self-care practices, tuberculosis, patients, hospital.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) la tuberculosis es un importante problema de salud pública debido a su alta transmisibilidad, su origen bacteriano y su asociación con la pobreza, el limitado acceso a servicios sanitarios y baja adherencia terapéutica. Asimismo, Bhargava et al. (2) señalaron que los determinantes sociales repercuten de forma directa en la aparición y persistencia de la tuberculosis; por consiguiente, Najafizada y su grupo destacan que la pobreza actúa como un determinante de la tuberculosis, porque exacerba aspectos de riesgo como la desnutrición, las condiciones de vida de hacinamiento y el acceso limitado a la atención sanitaria.

Asimismo, la OMS (3) señala que Perú y Brasil concentran la mayor carga de tuberculosis en América, destacando Perú con una tasa de 94 casos por 100 mil habitantes. En este contexto, investigaciones epidemiológicas han revelado que la tuberculosis continúa representando un desafío fundamental para la salud pública en países en desarrollo (4).

Las regiones de Lima y Puno presentaron mayores limitaciones en la prevención, el diagnóstico oportuno y el seguimiento familiar. Por otra parte, la Dirección Regional de Salud de Puno (5) reportó que en 2024 la región de Puno ocupó el cuarto lugar en letalidad, con aproximadamente 433 casos confirmados y 50 fallecimientos. Estudios recientes también revelan que el acceso limitado a la atención médica conlleva retrasos prolongados en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, lo que empeora la enfermedad e incrementa las tasas de transmisión (6).

Por ende, el apoyo social es relevante, porque contribuye a mejorar la adherencia terapéutica y fomenta prácticas de autocuidado. Diversos estudios señalan que el acompañamiento familiar y social favorece la continuidad terapéutica y reduce su abandono, aspecto esencial para su control (7). De igual forma, se ha demostrado que el apoyo social actúa como elemento protector que mejora la respuesta al tratamiento hasta en un 37% en pacientes con tuberculosis (8).

A nivel internacional, la evidencia señala que el apoyo social cumple un papel relevante en las conductas relacionadas con el cuidado y el tratamiento de los pacientes con tuberculosis, por ello, Gu et al. (9) analizaron si el apoyo social percibido y la depresión son mediadores en el

conocimiento sobre el autocuidado y la tuberculosis utilizando el método de estrés familiar como marco teórico. El estudio fue correlacional, transversal, se incluyó a 204 pacientes. Los hallazgos dieron un efecto positivo en el autocuidado, el conocimiento se vincula con el apoyo social (r=0,152), la autogestión (r=0,257), y negativamente con la depresión y el autocuidado (r=-0,313). Concluyeron que si el paciente cuenta con conocimiento sobre la tuberculosis influye en el autocuidado, mediado por el apoyo social y la depresión.

Adicionalmente, Heltty et al. (10) examinaron la asociación entre autoeficacia y apoyo social con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis. El estudio empleó un diseño transversal con 88 pacientes. Los hallazgos mostraron que el 63,6% presentó alta adherencia al tratamiento, con niveles elevados de autoeficacia y apoyo social (63,6% en ambos casos), ambas variables se asociaron positivamente con la adherencia (r=0,265; p=0,024; r=0,263; p=0,025). En conclusión, tanto la autoeficacia como el apoyo social son predictores significativos del cumplimiento del tratamiento en personas con tuberculosis.

Según, Moreno et al. (11) describieron los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la tuberculosis en población derechohabiente. El estudio fue observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo en una muestra de 380 derechohabientes. Los resultados evidenciaron que el 98,4% tenían conocimiento sobre la tuberculosis, no obstante, persistieron creencias erróneas en relación con su tratamiento. A pesar de ello, las prácticas preventivas resultaron significativamente adecuadas. Concluyeron que el nivel de conocimiento fue alto, las creencias erróneas pueden afectar la prevención.

De manera complementaria, Togatorop et al. (12) elaboraron directrices de autocuidado basadas en la capacidad de autocuidado de los pacientes con tuberculosis. Se empleó cuestionarios sobre el conocimiento de los pacientes acerca del autocuidado de la tuberculosis, grupos focales y entrevistas en profundidad en una población de 12 participantes. Los resultados evidenciaron que los pacientes con tuberculosis pueden ser apoyados en su tratamiento mediante intervenciones orientadas al autocuidado. Se concluyó que el autocuidado en pacientes con tuberculosis depende de varios factores, entre ellos la presencia de comorbilidades.

De manera similar, Moya-Salazar et al. (13) determinaron las actitudes del autocuidado sobre la tuberculosis en el personal de enfermería luego de un brote infeccioso hospitalario. La metodología fue de enfoque transversal en 94 pacientes enfermeros infectados. Los resultados detallaron diferencias significativas en los años de servicio entre técnicos y profesionales. Concluyeron que los participantes mostraron actitudes de aceptación hacia el cuidado en todas sus dimensiones.

Por parte de Chicaiza-Guaña et al. (14) identificaron factores de riesgo que impiden el desarrollo adecuado en el autocuidado de pacientes con tuberculosis pulmonar que reciben tratamiento. El estudio fue de tipo transversal y mixto en un total de 30 pacientes. Los resultados revelaron que el 77% de los pacientes llevaba entre 1 y 2 meses con la enfermedad, el 46% consumía alcohol frecuente, el 10% consumía drogas, el 27% fumaba y solo el 17% no consumía ninguna sustancia. Como conclusión, el estudio permitió identificar factores de riesgo que afectan el autocuidado en pacientes con tuberculosis pulmonar.

Por último, Muñoz-Castaño et al. (15) estudiaron los conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en trabajadores de la salud antes y después de una intervención educativa en Bogotá. A través de un estudio cuasiexperimental con grupo experimental con una muestra de 171 empleados de salud. Los resultados demostraron que existen conocimientos adecuados en las temáticas de: tratamiento y medidas de aislamiento, Concluyeron que las estrategias educativas orientadas al personal de salud son claves para la mejora.

En el contexto peruano, Soto et al. (16) evaluaron el tipo de autocuidado y su relación con características sociodemográficas en contactos de pacientes con tuberculosis. La metodología fue cuantitativa, descriptivo-comparativo en un total de 120 personas. Los resultados detallaron que no encontraron relaciones estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas (la edad, estado civil, sexo y el grado de instrucción) y el nivel de autocuidado ($p > 0,05$). Por tanto, concluyeron que no existe una relación significativa entre el tipo de autocuidado y las características sociodemográficas en los contactos de pacientes con tuberculosis.

También, Cajachagua et al. (17) determinaron la relación entre el apoyo social y el autocuidado de los pacientes de un hospital de Lima, en un total de 114 pacientes, mediante un enfoque cuantitativo, correlacional y transversal. Los resultados mostraron que el 83,3% de quienes percibieron un apoyo adecuado presentaban adecuado autocuidado mientras que el 76,9% con apoyo escaso, calificaron su autocuidado como inadecuado ($p < 0,000$). Se concluyó que la mayoría de los pacientes llevan un tratamiento de TB sensible, además hay una relación positiva entre un adecuado autocuidado y un adecuado apoyo social.

Del mismo modo, Dilas et al. (18) evaluaron el efecto mediador de la educación sobre el tratamiento entre el apoyo social, la calidad de la atención y la adherencia al tratamiento en 162 pacientes con tuberculosis. El estudio fue cuantitativo, no experimental y transversal. Los resultados indicaron que el apoyo social influye positiva y significativamente en la educación para la salud ($\beta = 0,255$, $t = 3,075$, $p < 0,01$). En conclusión, los hospitales deberían promover iniciativas enfocadas a mejorar la educación sanitaria, su tratamiento de la tuberculosis y mejorar su adherencia.

Apoyo social

El término apoyo social fue mencionado en primera instancia en el año 1970, considerado como un predictor de los resultados de salud, destacándose por ser un aspecto fundamental en el bienestar y cuidados de los pacientes. Además, su modelo presenta una perspectiva de ayuda hacia los demás (19).

Según, Cajachagua et al. (17) el apoyo social es un elemento clave para la recuperación de las personas con tuberculosis, pues les ayuda a enfrentar las dificultades físicas, emocionales y sociales derivadas de la enfermedad, mediante el respaldo emocional, informativo y práctico de familiares, amigos y comunidad. Asimismo, (20) destaca que recibir el apoyo de personas cercanas favorece el bienestar y mejoría del paciente al manifestar cariño, reconocimiento, sentido de inclusión, formación de identidad y percepción de seguridad, asimismo ayuda a afrontar emociones como la inquietud y el temor.

Esta variable se estructura en cuatro dimensiones: Apoyo emocional, conceptualizado como las demostraciones de amor, cariño, estima y empatía por los familiares y la disponibilidad de recibir afecto (17), la segunda dimensión apoyo instrumental, comprende la ayuda práctica que estos reciben para facilitar su vida diaria y garantizar el acceso adecuado a los centros de salud. Incluye acciones como apoyo en actividades básicas, económica, material y orientación durante el tratamiento (10). Para la tercera dimensión, interacción social positiva, refleja la disponibilidad para socializar, disponibilidad para reunirse con amigos y familiares (17); y por último, la dimensión de apoyo afectivo, relacionado con las muestras de cariño, afecto, seguridad, y acompañamiento de la familia y enfermeras, fortaleciendo la autoestima, la adherencia al tratamiento y una actitud positiva frente a la enfermedad (21).

Prácticas de autocuidado

Según Villacorta y Condezo (22) el modelo del autocuidado de Dorothea Orem es la habilidad que poseen el individuo, la familia y la comunidad para autocuidar su salud y prevenir enfermedades, resaltando la importancia de las prácticas preventivas como un componente central del autocuidado y de la promoción a nivel individual y social.

Las prácticas de autocuidado se dividen en cinco dimensiones: 1) Autocuidado en la alimentación, implica las decisiones del individuo para mantener un balance entre los diferentes tipos de alimentos y su calidad, que favorezca el cuidado de su salud a largo plazo (23), asimismo, Abiz et al. (24) señalan que mantener una alimentación balanceada y prevenir enfermedades como la desnutrición y obesidad. 2) Para el autocuidado en el descanso y sueño, según Panseits (25), se refiere al proceso para el descanso y la restauración de los sistemas corporales y desde una perspectiva neurocientífica el sueño es la situación activa, cíclica y transitoria que excede la condición física y cognitiva normal. Además, para Bernal-López et al. (26) el autocuidado con respecto al descanso se refiere a la capacidad del individuo para establecer periodos de reposo adecuados dentro de su vida diaria, con el fin de conservar su energía, reducir el desgaste fisiológico y fomentar su bienestar general. 3) Para la dimensión de medidas higiénicas ventilatorias,

comprende el conjunto de prácticas y procedimientos destinados a mantener la limpieza en espacios públicos y privados para promover la salud y prevenir enfermedades infecciosas (27), en concordancia la higiene no solo protege a través del control de infecciones, sino que también mejora las condiciones sociales y ambientales, contribuyendo a la dignidad y seguridad de las personas (28). 4) Para la dimensión hábitos sociales, son actividades enfocadas en vigilar las acciones internas y externas que tendrán consecuencia en su vida, como el consumo de alcohol y tabaco (29). 5) Por último, la participación en el control médico refleja la participación del paciente para su recuperación, aceptando su enfermedad, dejándose guiar, y cumpliendo con el tratamiento y controles, siendo la mayoría de dichos problemas solucionados en su hogar (29).

Por lo tanto, esta investigación toma relevancia porque no se encontraron investigaciones empíricas que aborde las variables en un contexto local en particular en un hospital de Juliaca. De igual forma, esta investigación aportará evidencia a la literatura científica internacional, nacional y local. Finalmente, los resultados permitirán aportar evidencia para orientar estrategias que ayuden a fortalecer las conductas saludables.

Es por ello que el objetivo fue determinar la asociación entre el apoyo social y las prácticas de autocuidado en pacientes con tuberculosis de un hospital de Juliaca, 2026. Los objetivos específicos fueron determinar la asociación entre las dimensiones apoyo emocional, apoyo instrumental, interacción social positiva y el apoyo afectivo con las prácticas de autocuidado en pacientes con tuberculosis de un hospital de Juliaca, 2026.

MÉTODO

Diseño del estudio

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, porque se utilizaron procesos numéricos para el análisis de datos; asimismo fue de nivel correlacional y de corte transversal, porque el estudio recolecta información en un solo momento o un periodo de tiempo en específico y describe las características de las variables a investigar (30). También fue de diseño no experimental, puesto que no se realizó ninguna modificación o manipulación de tipo observacional,

limitándose a observar y registrar los hechos como son, sin intervenir ni modificar las condiciones, permitiendo describir los comportamientos y relaciones entre las variables en su contexto real (31).

Muestra

La población accesible estuvo conformada por 150 pacientes de 18 años a más, diagnosticados con tuberculosis y que recibían tratamiento en un hospital de Juliaca. Debido a que la población objetivo fue pequeña e identificable, se empleó un muestreo censal incluyéndose a la totalidad de los pacientes quienes cumplieron con los criterios establecidos, por lo que no fue necesario aplicar un procedimiento de muestreo (32). De igual forma, los participantes debieron brindar su consentimiento informado, además de cumplir con los siguientes criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años a más, diagnosticados con tuberculosis que se encuentren en tratamiento y hubieran otorgado su consentimiento informado para ser incluidos en el estudio. Se excluyó a todos aquellos pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión mencionados.

Instrumentos

Se empleó dos cuestionarios como instrumentos de recolección de data, permitiendo captar información directa de los encuestados de manera ordenada, uniforme y representativa simplificando el análisis estadístico (33).

Apoyo social

Para medir la variable de apoyo social, se utilizó el cuestionario denominado Test de Apoyo social percibido desarrollado por Sherbourne y Stewart en el año 1991. Este instrumento fue traducido al español por Revilla y Bailón (34), posteriormente fue utilizado en el contexto peruano en Lima por Cajachagua (17). El instrumento está compuesto por 20 ítems, el cual está estructurado en 2 dimensiones, apoyo social estructural (1 ítem de respuesta abierta) y apoyo social funcional (19 ítems de respuestas múltiples), y diseñada con 4 dimensiones: apoyo emocional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), apoyo instrumental (ítems 2, 5, 15 y 12), interacción social positiva (ítems 7, 11,

14 y 18) y apoyo afectivo (ítems 6, 10 y 20). Dicho instrumento presentó una baremación de 15 a 55 puntos reflejando un apoyo social escaso y para un nivel adecuado comprende de 55 a 95 puntos. Respecto a las propiedades psicométricas el mismo autor, reportó una adecuada confiabilidad (α = 0.96) y validez de contenido (V de Aiken = 1.00).

Prácticas de Autocuidado

Para medir la variable práctica de autocuidado, se empleó el instrumento desarrollado por Quispe (29), compuesto por 21 preguntas, estructurada en 5 dimensiones: alimentación (ítems 1 al 9), descanso y sueño (ítems 10 y 11), medidas higiénicas - ventilatorias (ítem 12 al 15), hábitos sociales (ítem 16 y 17) y participación en el control médico (ítem 18 al 21), con cuatro opciones de respuesta Nunca = 1 a Siempre = 4. Presenta una baremación de niveles de autocuidado adecuados (52 – 84 puntos) e inadecuados (21 – 51 puntos). Asimismo, el grupo de investigación realizó la validación del instrumento mediante el juicio de 5 expertos en el área y evaluaron su confiabilidad obteniendo un alfa de Cronbach = 0,985, lo que indica una consistencia aceptable.

Análisis estadísticos

Consistió en cuatro fases: En primer lugar, se aplicaron los cuestionarios de manera virtual y presencial, según la disponibilidad de los participantes. En la modalidad presencial, se explicó el objetivo, e indicaciones para llenar los cuestionarios; por otro lado, en la modalidad virtual se brindó la misma información a través de Google forms. Para garantizar la uniformidad entre ambas modalidades, se mantuvieron las mismas indicaciones, ítems, opciones de respuesta y criterios de aplicación. Como segunda fase, la información obtenida se organizó y codificó en el Microsoft Excel 2024. En la tercera fase, la información se procesó en el software estadístico de JASP versión 0.19.0 para su análisis. Finalmente, los resultados se mostraron en cuadros estadísticos.

Para el análisis descriptivo se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables sociodemográficas, así como medias y desviaciones estándar para las variables de estudio y sus dimensiones. Previamente al análisis inferencial, se evaluó la distribución de los datos a través de

la prueba de Kolmogórov-Smirnov debido a que el estudio incluyó a 150 pacientes. Los resultados demostraron que varias dimensiones y una de las variables presentaron una distribución no normal ($p < 0,05$). Por ende, se empleó el coeficiente Rho de Spearman para determinar la asociación entre el apoyo social y sus dimensiones con las prácticas de autocuidado, estableciéndose un nivel de significancia ($p < 0,05$).

Consideraciones éticas

Se gestionó ante el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de Salud el permiso de constancia que validó el cumplimiento de los reglamentos de la investigación, asimismo se gestionó la autorización del hospital en donde se realizó la investigación, permitiendo realizar las encuestas en la población escogida, los investigadores utilizaron la información recopilada únicamente para los fines de estudio y garantizaron su confidencialidad, finalmente, la participación de los pacientes en las encuestas fue voluntaria.

RESULTADOS

Análisis descriptivo-sociodemográficos

La Tabla 1 presenta las características sociodemográficas. El grupo etario predominante fue el de 50 a 59 años con 34,7%, seguido de 30 a 39 años con 20,7%, de 20 a 29 años con 16,7%, de 60 a más con 15,3% y de 40 a 49 años con 12,7%. El 55,3% fue masculino y el 44,7% femenino. El estado civil más frecuente fue soltero con 62,0%, seguido de casado con 18,7%, conviviente con 16,0%, separado con 2,0% y viudo con 1,3%. El 56,0% tenía educación superior, el 30,7% secundaria y el 13,3% primaria. En ocupación, el 46,7% trabajaba independientemente, el 37,3% era empleado, el 10,0% desempleado y el 6,0% ama de casa. El 77,3% declaró ser católico, el 12,0% otra religión, el 6,0% adventista, el 3,3% evangélico y el 1,3% testigo de Jehová. Sobre el número de amigos y familiares cercanos, el 44,7% refirió contar con 4 a 6 personas cercanas, el 23,3% con 7 a 9 personas, el 14,7% entre 1 a 3, el 10,0% más de 10 y el 7,3% ninguna.

Tabla 1

Características de la muestra (n = 150)

Variable	Categoría	f	%
Edad	20 a 29 años	25	16,7%
	30 a 39 años	31	20,7%
	40 a 49 años	19	12,7%
	50 a 59 años	52	34,7%
	60 años a más	23	15,3%
Sexo	Femenino	67	44,7%
	Masculino	83	55,3%
Estado civil	Casado	28	18,7%
	Conviviente	24	16,0%
	Separado	3	2,0%
	Soltero	93	62,0%
	Viudo	2	1,3%
Grado de instrucción	Primaria	20	13,3%
	Secundaria	46	30,7%
	Superior	84	56,0%
Ocupación	Desempleado	15	10,0%
	Empleado	56	37,3%
	Independiente	70	46,7%
	su casa	9	6,0%
Religión	Adventista	9	6,0%
	Católica	116	77,3%
	Evangélica	5	3,3%
	Otro	18	12,0%
	Testigo de Jehová	2	1,3%
Número de amigos y familiares cercanos	0 personas	11	7,3%
	1 a 3 personas	22	14,7%
	4 a 6 personas	67	44,7%
	7 a 9 personas	35	23,3%
	Más de 10 personas	15	10,0%

Análisis descriptivos, normalidad, correlación

La Tabla 2 muestra los estadísticos descriptivos de las variables. El apoyo emocional alcanzó un puntaje promedio de 25,88 (DE = 7,627), lo que representa la media de los participantes en esta dimensión. El apoyo instrumental obtuvo un promedio de 12,89 (DE = 3,994), mientras que la interacción social positiva alcanzó 12,84 (DE = 4,208). El apoyo afectivo registró un promedio de 9,73 (DE = 3,282). Respecto a las variables generales, el apoyo social presentó un promedio de 61,34 puntos (DE = 18,288), mientras que las prácticas de autocuidado alcanzaron 55,88 puntos (DE = 10,386).

Tabla 2

Análisis descriptivo de las variables

	N	Media	Desv. Desviación
Apoyo Emocional	150	25,88	7,627
Apoyo Instrumental	150	12,89	3,994
Interacción Social Positiva	150	12,84	4,208
Apoyo Afectivo	150	9,73	3,282
Apoyo Social	150	61,34	18,288
Prácticas de autocuidado	150	55,88	10,386

La Tabla 3 muestra los resultados de la prueba de normalidad. El apoyo emocional presentó distribución normal ($p < 0,096$), al superar el umbral de 0,05. No ocurrió lo mismo con el apoyo instrumental ($p < 0,000$); la interacción social positiva ($p < 0,007$); el apoyo afectivo ($p < 0,006$) y las prácticas de autocuidado ($p = 0,007$), cuyos valores indicaron distribución no normal. El apoyo social registró un valor límite de $p < 0,050$. Dado que varias dimensiones no cumplen el supuesto de normalidad, el análisis de relaciones se realizó mediante el coeficiente Rho de Spearman.

Tabla 3

Análisis de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Apoyo Emocional	,067	150	,096
Apoyo Instrumental	,108	150	,000
Interacción Social Positiva	,088	150	,007
Apoyo Afectivo	,088	150	,006
Apoyo Social	,073	150	,050
Prácticas de autocuidado	,088	150	,007

Nota. a. Corrección de significación de Lilliefors

La Tabla 4 evidencia una asociación positiva, baja y estadísticamente significativa entre el apoyo social y las prácticas de autocuidado (Rho = 0,320; p < 0,001). Los participantes con mayores niveles de apoyo social tendieron a reportar mejores prácticas de autocuidado.

Tabla 4

Análisis de correlación de apoyo social con prácticas de autocuidado

	Prácticas de autocuidado	
	Rho	*p*
Apoyo Social	,320**	,000

Nota. **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

La Tabla 5 muestra que todas las dimensiones del apoyo social presentaron asociaciones positivas y estadísticamente significativas con las prácticas de autocuidado. El apoyo emocional registró la mayor magnitud (Rho = 0,339; p < 0,001), seguido del apoyo instrumental (Rho = 0,321; p < 0,001); los participantes con mayor acompañamiento emocional y ayuda práctica tendieron a reportar mejores prácticas de autocuidado. La interacción social positiva (Rho = 0,277; p < 0,001) y el apoyo afectivo (Rho = 0,255; p < 0,002) también mostraron asociaciones positivas, aunque de menor intensidad. En conjunto, los resultados indican que las distintas formas de apoyo social se

asocian con el autocuidado, si bien con magnitudes bajas en todos los casos, lo que sugiere que otros factores contribuyen igualmente a explicar las prácticas de autocuidado en esta población.

Tabla 5

Asociación de las dimensiones de apoyo social con la variable prácticas de autocuidado

	Prácticas de autocuidado	
	Rho	*p*
Apoyo Emocional	,339**	,000
Apoyo Instrumental	,321**	,000
Interacción Social Positiva	,277**	,001
Apoyo Afectivo	,255**	,002

Nota. **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

DISCUSIÓN

Con respecto al objetivo general, se evidenció una asociación positiva, baja y significativa entre el apoyo social y las prácticas de autocuidado en pacientes con tuberculosis de un hospital de Juliaca (Rho = 0,320; p < 0,001). El hallazgo coincide con Lee y Lee (35), quienes, en 119 pacientes surcoreanos que sufren de tuberculosis encontraron una asociación positiva alta (r = 0,68; p < 0,001). Además, Gu (9) en 204 pacientes chinos tuberculosos reportaron una correlación positiva moderada entre el apoyo social percibido y el automanejo de la enfermedad (r = 0,400; p < 0,01), esto podría deberse al conocimiento de la enfermedad, control emocional y adherencia terapéutica. Además, Cajachagua et al. (17) reportó una asociación significativa entre apoyo social y autocuidado en pacientes con tuberculosis pulmonar, de los cuales el 76,9% que recibían un apoyo escaso reflejaron un autocuidado deficiente. Además, Obregon (36) reportó una relación positiva alta entre apoyo social y calidad de vida en 65 pacientes con tuberculosis pulmonar (Rho = 0,752; p < 0,001). En síntesis, los hallazgos reflejan la importancia del apoyo social y su vinculación con resultados favorables durante el tratamiento.

Respecto al primer objetivo específico, el apoyo emocional y las prácticas de autocuidado mostraron una asociación positiva, baja y significativa (Rho = 0,339; p < 0,001). La disponibilidad de personas que escuchen, orienten y permitan expresar preocupaciones se asoció con mayor frecuencia de prácticas de autocuidado en los pacientes con tuberculosis. En concordancia, Lee y Lee (35) reportaron que el apoyo social se vincula con el autocuidado en pacientes con tuberculosis de Corea del Sur (r = 0,68), abarcando la orientación, interés y acompañamiento del personal sanitario y familiar. Asimismo, Dana et al. (37) en 125 pacientes con tuberculosis de Indonesia reportaron que el apoyo familiar apoyado por la contención emocional, mejora la adherencia al tratamiento y la motivación del paciente. En esta misma línea, Obregon (36) afirma que el apoyo emocional e informacional se relacionan con la calidad de vida en pacientes peruanos que padecen de tuberculosis pulmonar (Rho = 0,620). Por otro lado, Matta (38) en pacientes con tuberculosis de Chimbote, reportó una relación positiva entre apoyo social percibido y afrontamiento enfocado en el problema (Rho = 0,505), y una asociación significativa del apoyo emocional con el afrontamiento al estrés (χ^2 = 44,520; gl = 4; p < 0,001; Lambda = 0,417; p < 0,001).

Respecto al segundo objetivo específico, el apoyo instrumental y las prácticas de autocuidado reflejan una asociación positiva, baja y significativa (Rho = 0,321; p < 0,001). La disponibilidad de ayuda práctica y acompañamiento para ir a los servicios de salud y asistencia ante necesidades materiales se asoció con mejores prácticas de autocuidado, aunque la magnitud baja indica que otros factores también intervienen en este vínculo. Además, Lee y Lee (35) obtuvieron una asociación positiva entre apoyo social y autocuidado en pacientes con tuberculosis (r = 0,68; p < 0,001), abarcando dimensiones como el apoyo familiar y del personal de salud, fuentes que pueden facilitar el cumplimiento de la medicación y la asistencia a controles. Asimismo, Obregon (36) en Lima reportó una relación positiva entre apoyo instrumental y calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar (Rho = 0,610; p < 0,001). En concordancia, Matta (38) en Chimbote encontró una asociación significativa entre apoyo instrumental y afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis (χ^2 = 47,792; gl = 4; p < 0,001; Lambda = 0,429; p < 0,001), coincidiendo en que la ayuda se relaciona con respuestas más favorables ante la enfermedad.

Respecto al tercer objetivo específico, la interacción social positiva y las prácticas de autocuidado evidenciaron una asociación positiva, baja y significativa (Rho = 0,277; p = 0,001). Contar con personas para compartir, interactuar y realizar actividades agradables se vinculó con mejores prácticas de autocuidado. Asimismo, Gu et al. (9) reportaron una relación positiva entre el apoyo social percibido y el automanejo de la tuberculosis en pacientes chinos (r = 0,400; p < 0,01), integrando las dimensiones cognitivas, emocionales y conductuales. De manera similar, Obregon (36) evidenció una relación positiva elevada entre interacción social positiva y calidad de vida en pacientes limeños con tuberculosis pulmonar (Rho = 0,680; p < 0,001) la magnitud puede deberse a que la interacción social forma parte de la dimensión social de la calidad de vida, mientras que su asociación con el autocuidado es indirecta. De igual manera, Matta (38) reportó una asociación significativa entre interacción social positiva y afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de Chimbote (χ^2 = 43,882; gl = 4; p < 0,001; Lambda = 0,402), coincidiendo en que se deben mantener las interacciones agradables debido a que se asocia con respuestas más adaptativas durante la enfermedad.

Respecto al cuarto objetivo específico, el apoyo afectivo y las prácticas de autocuidado mostraron una asociación positiva, baja y estadísticamente significativa (Rho = 0,255; p = 0,002). Este resultado indica que mayores niveles de apoyo afectivo tendieron a asociarse con mayores prácticas de autocuidado. En esta misma línea, Lee y Lee (35) reportaron una correlación positiva alta entre apoyo social y autocuidado en pacientes con tuberculosis de Corea del Sur (r = 0,68; p < 0,001). Además, Obregon (36) reportó una relación positiva elevada entre apoyo afectivo y calidad de vida en pacientes limeños con tuberculosis pulmonar (Rho = 0,809; p < 0,001). Por último, Matta (38) halló una asociación significativa entre apoyo afectivo y afrontamiento al estrés en pacientes (χ^2 = 42,436).

LIMITACIONES

La investigación presenta algunas limitaciones las cuales deben considerarse al momento de interpretar los hallazgos. En primer lugar, al ser de diseño transversal, los resultados permiten

establecer solo asociaciones entre las variables sin reportar cambios de temporalidad o brindar causalidad. Asimismo, el estudio se desarrolló únicamente en pacientes atendidos en un hospital de Juliaca, lo que limita la generalización de los resultados en otras poblaciones. Otra limitación fue la aplicación del muestreo censal, impidiendo la representatividad de pacientes atendidos en otros establecimeintos. Por último, al emplearse instrumentos de autorreporte, pueden sesgar la información. Para futuros estudios podrían incorporar diseños longitudinales, participantes de diferentes establecimientos de salud y analizar influencia considerando otros factores asociados al autocuidado.

CONCLUSIONES

El apoyo social mostró una asociación positiva y significativa con las prácticas de autocuidado en pacientes con tuberculosis de un hospital juliaqueño. Esto sugiere que a mayores niveles de apoyo social mejorará las prácticas de autocuidado.

Respecto a los objetivos específicos, las cuatro dimensiones de apoyo social presentaron asociaciones positivas y significativas con las prácticas de autocuidado, resaltando la dimensión de apoyo emocional, seguido del apoyo instrumental, la interacción social positiva y el apoyo afectivo. Estos resultados respaldan que a mayor comprensión, orientación y ayuda práctica se tendrá un mejor autocuidado con las expresiones de cariño o actividades sociales compartidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. OMS [Internet]. 2025 [cited 2026 Jan 5]. Tuberculosis. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis?utm_source

2. Bhargava A, Bhargava M, Juneja A. Social determinants of tuberculosis: context, framework, and the way forward to ending TB in India. Expert Rev Respir Med. 2021;15(7):867–83. doi:10.1080/17476348.2021.1832469

3. Organización Mundial de la Salud. OMS [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 5]. Informe Mundial Sobre la Tuberculosis. Available from: https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024?utm_source

4. Damaranti CP, Hidayat B. Tantangan dan Strategi Manajemen Pasien Tuberculosis di Negara Berkembang Selama Masa Pandemi COVID-19 : Literature Review. Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI). 2023;6(3):393–403. doi:10.56338/mppki.v6i3.2995

5. Dirección Regional de Salud de Puno. Detectan casi un centenar de casos de tuberculosis en Puno: en el 2024 más de 50 personas fallecieron [Internet]. 2025 [cited 2026 Aug 24]. Available from: https://larepublica.pe/sociedad/2025/03/24/detectan-casi-100-casos-de-tuberculosis-en-puno-en-el-2024-mas-de-50-personas-fallecieron-2328264

6. Dhami B, Paneru D, Parajuli S, Aarati KC, Nath D. Patient and health system delays in the diagnosis and treatment of tuberculosis in Gandaki, Nepal. PLOS Global Public Health. 2025;5(6):e0004676. doi:10.1371/journal.pgph.0004676

7. Tintin S, Makhfudli M. Level of attitude, medication adherence, and quality of life among patients with tuberculosis. International Journal Of Nursing and Health Service. 2019;2(4). doi:https://doi.org/10.35654/ijnhs.v2i4.141

8. 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. 2020;10(10):e036985. doi:10.1136/bmjopen-2020-036985

9. Gu C, Liu B, Wang H, Ma Y, Guo L. The chain-mediating roles of social support and depression in the relationship between tuberculosis knowledge and self-management: a cross-sectional study based on the ABC-X model. Front Public Health. 2025;13. doi:10.3389/fpubh.2025.1640626

10. Heltty H, Masriwati S, Yati M, Saltar LO, Dina H. Self-efficacy, social support, and their relationship to treatment adherence in pulmonary tuberculosis: A cross-sectional study. The Journal of Palembang Nursing Studies. 2025 May 15;4(2):81–8. doi:10.55048/jpns167

11. Moreno Peña BN, Carazo Vargas M del R, Cruz Sacramento AC. Conocimientos, Actitudes, y Prácticas relacionados a Tuberculosis en Población de 20 a 59 Años en la Unidad de Medicina Familiar No. 64 IMSS, Tuxtepec, Oaxaca. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2025;10099–113. doi:10.37811/cl_rcm.v9i4.19564

12. Togatorop LB, Setiawan, Siregar CT. The development of self-care guidelines based: Self-care agency in tuberculosis patients at public health center, North Sumatra. Indian Journal of Tuberculosis. 2025;208–12. doi:10.1016/j.ijtb.2024.01.006

13. Moya-Salazar J, Siesquen JJ, Ubidia-Incio R, Rojas-Zumaran V, Moya-Salazar B, Contreras-Pulache H. Actitudes del autocuidado de pacientes con tuberculosis en enfermeros peruanos luego de un brote hospitalario. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2023 Apr 3 [cited 2026 Apr 14]. Available from: https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2372

14. Chicaiza-Guaña NO, Guerrón-Enríquez SX, Narváez-Jaramillo ME. Autocuidado en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Tipo C “San Rafael.” Revista Informatica Cientifica [Internet]. 2023 Dec 8 [cited 2026 Apr 7]. Available from: https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/4381

15. Muñoz-Castaño YL, Muñoz-Sánchez AI, Puerto Guerrero AH, Murcia-Aranguenen MI. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en trabajadores de la salud en una institución de salud de Bogotá, Colombia. Duazary. 2023;176–87. doi:10.21676/2389783X.5033

16. Soto Esteban HU, Diaz Marín AM, Ruiz-Aquino M. Tipo de autocuidado y características sociodemográficas de los contactos de pacientes con tuberculosis en la sierra central peruana. Revista Científica de Salud UNITEPC. 2025;33–44. doi:10.36716/unitepc.v12i2.284

17. Cajachagua Castro M, Chávez Sosa J, Chilón Huamán A, Camposano Ninahuanca A. Apoyo social y autocuidado en pacientes con Tuberculosis Pulmonar Hospital Lima Este, 2020, Perú. Revista Cuidarte. 2022. doi:10.15649/cuidarte.2083

18. 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;Volume 17:175–86. doi:10.2147/PPA.S391930

19. Cotten SR. Social Support. In: The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society. Wiley; 2014. p. 2188–93. doi:10.1002/9781118410868.wbehibs568

20. Holt-Lunstad J. Social connection as a critical factor for mental and physical health: evidence, trends, challenges, and future implications. World Psychiatry. 2024;23(3):312–32. doi:10.1002/wps.21224

21. Zee KS, Bolger N, Higgins ET. Regulatory effectiveness of social support. J Pers Soc Psychol. 2020;119(6):1316–58. doi:10.1037/pspi0000235

22. Villacorta Cordova A, Condezo Meza ME. Evolución conceptual del autocuidado en enfermería (2020–2025) y propuesta integrativa para su implementación. Alpha International Journal. 2025;3(2):201–25. doi:10.63380/aij.v3n2.2025.184

23. Organización Mundial de la Salud. OMS [Internet]. 2022 [cited 2026 Jan 5]. Directriz de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar , revisión de 2022. Available from: http://iris.who.int/items/e23b7ac7-7685-46d3-8bcc-bab65d798033

24. Abiz M, Robabi H, Salar A, Saeedinezhad F. The Effect of Self-Care Education on the Quality of Life in Patients with Pulmonary Tuberculosis. Medical - Surgical Nursing Journal. 2020;9(2). doi:10.5812/msnj.108877

25. Panseits Rojas BK. Calidad del sueño y la neurociencia. Revista Académica CUNZAC. 2023 May 15;6(2):88–95. doi:10.46780/cunzac.v6i1.102

26. Bernal-López M, Fernández-Ozcorta EJ, Duran-Andrada J, Khattabi-Elyahmidi S, Fernández-Macías MÁ, Carrasco-Rodríguez Y, et al. Nivel de actividad física saludable y características del sueño en adultos. Revista de Psicología Aplicada al Deporte y el Ejercicio Físico. 2024;8(2). doi:10.5093/rpadef2023a11

27. Sánchez Díaz EC, Salas Medina DL, Montero Castillo AB, Orozco Ramírez ZL, Fernández Blanco A. Capacidad de Autocuidado en Estudiantes de la Licenciatura en Enfermeria. CISA. 2024 Nov 25;6(1). doi:10.58299/cisa.v6i1.64

28. Organización Mundial de la Salud. OMS [Internet]. 2021 [cited 2026 Jan 5]. Dia Mundial de la Higiene de Manos. Available from: https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day/2021?utm_source

29. Quispe Leyva RT. Knowledge about tuberculosis and self-care practices in patients attending the tb program survey at the Santiago Apostol Health Center, Lima 2022 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Universidad Privada Norbert Wiener; 2023 [cited 2026 Jan 8]. Available from: https://hdl.handle.net/20.500.13053/9409

30. Vizcaíno Zúñiga PI, Cedeño Cedeño RJ, Maldonado Palacios IA. Metodología de la investigación científica: guía práctica. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2023;7(4):9723–62. doi:10.37811/cl_rcm.v7i4.7658

31. Haro Sarango AF, Chisag Pallmay ER, Ruiz Sarzosa JP, Caicedo Pozo JE. Tipos y clasificación de las investigaciones. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. 2024;5(2). doi:10.56712/latam.v5i2.1927

32. Hochberg CH, Eakin MN. Keys to Successful Survey Research in Health Professions Education. ATS Sch. 2024;5(1):206–17. doi:10.34197/ats-scholar.2023-0112RE

33. Koo M, Yang SW. Questionnaire Use and Development in Health Research. Encyclopedia. 2025;5(2):65. doi:10.3390/encyclopedia5020065

34. Revilla Ahumada L de la, Bailón Muñoz E. El cuestionario Medical Outcomes Study (MOS), un instrumento para evaluar el apoyo social. Comunidad [Internet]. 2014 [cited 2026 May 3];16(1). Available from: https://comunidad.semfyc.es/article/el-cuestionario-medical-outcomes-study-mos-un-instrumento-para-evaluar-el-apoyo-social

35. Lee GU, Lee HK. Effects of Depression, Social Support of Tuberculosis Patients on Self-care. Journal of Korean Academy of Community Health Nursing. 2022;33(4):456. doi:10.12799/jkachn.2022.33.4.456

36. Obregon Zorrilla RR. Apoyo social y calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en un centro de atención primaria San Martin de Porres, 2022 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Universidad Privada San Juan Bautista; 2022 [cited 2026 Jun 22]. Available from: https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/items/92edb38b-9a59-41d1-b9cc-e0581c5925a7

37. Dana NR, Chiau ML, Rahman AD. Family support, motivation, and patient adherence to tuberculosis treatment: insights from Indonesia. Afr J Infect Dis [Internet]. 2025 [cited 2026 Jun 22];2:43–9. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12102674/

38. Matta Torres KG. Apoyo social percibido y afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva - Chimbote [Tesis de maestría] [Internet].

Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2025 [cited 2026 Jun 22]. Available from: https://hdl.handle.net/20.500.12866/17890

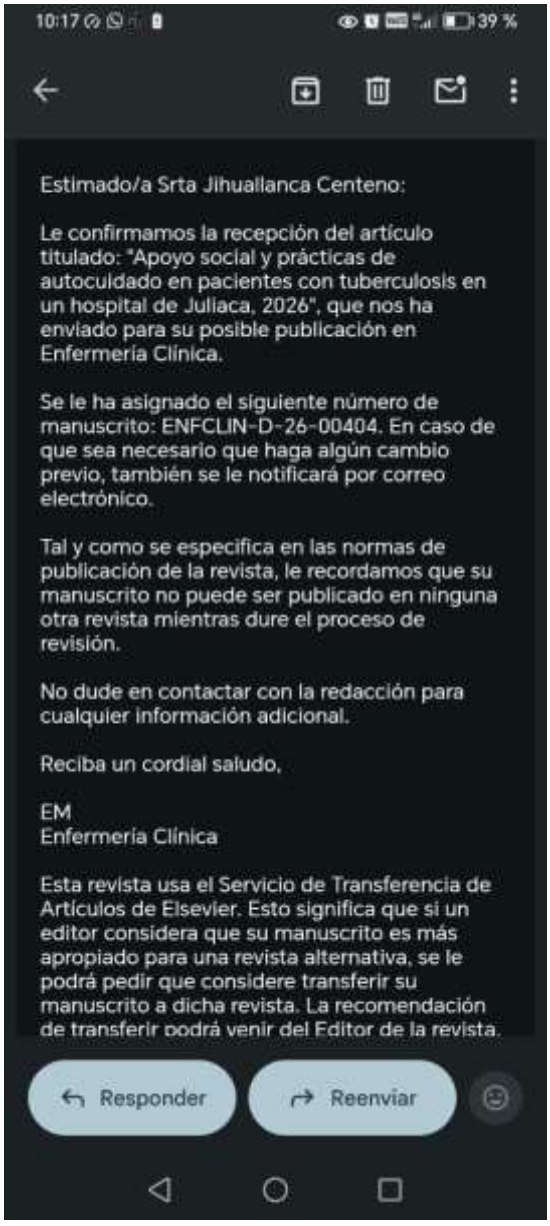
ANEXOS

Anexo A: Sumisión a la Revista

Revista: Enfermería Clínica

Link de la revista: https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35

ISSN: 1130-8621



Anexo B: Resolución de Inscripción

"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

RESOLUCIÓN Nº 0702-2026/UPeU-FCS-CF

Ñaña, Lima, 26 de mayo de 2026

VISTO:

El expediente de los(las)/el(la) bachiller(es), de la Carrera Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Peruana Unión,

CONSIDERANDO:

Que la Universidad Peruana Unión tiene autonomía académica, administrativa y normativa, dentro del ámbito establecido por la Ley Universitaria Nº 30220 y el Estatuto de la Universidad;

Que la Facultad de Ciencias De la Salud de la Universidad Peruana Unión, mediante sus reglamentos académicos y administrativos, ha establecido las formas y procedimientos para la aprobación e inscripción del perfil del proyecto de tesis en formato artículo y la designación o nombramiento del asesor para la obtención del título profesional;

Que los(las)/el(la) bachiller(es), ha(n) solicitado la inscripción de su perfil de proyecto de tesis, y la designación de Asesor, encargado de orientar y asesorar la ejecución del perfil de proyecto de tesis en formato artículo;

Estando a lo acordado en la sesión del Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, celebrada el 26 de mayo de 2026, y en aplicación del Estatuto y el Reglamento General de Investigación de la Universidad;

SE RESUELVE:

Aprobar el perfil de proyecto de tesis en formato artículo y disponer su inscripción en el registro correspondiente, designar ASESOR para que oriente y asesore la ejecución del perfil de proyecto de tesis en formato artículo el cual fue dictaminado, otorgándoles un plazo máximo de doce (12) meses para la ejecución, como sigue:

Tesistas	Código	Título	Asesor	Dictaminadores
Pilar Regina Jihuallanca Centeno Shantall Yeraldinne Poma Hanco Verónica Alanoca Chambi	202014981 202015017 201421056	Apoyo social y prácticas de autocuidado en pacientes con tuberculosis en el Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca, 2026	Mg. Jhany Del Pilar Pezo Castro	Mg. Montes Salcedo Marleny Mg. Vargas Yucra Martha Rocio

Regístrese, comuníquese y archívese.

Dra. Lili Albertina Fernández Molocho
DECANA

Mg. María Esther Valencia Orrillo
SECRETARIA ACADÉMICA

Villa Unión – Ñaña, altura Km. 19 de la Carretera Central, Lurigancho-CHOSICA, Lima 15, Perú
Teléfono (01) 618-6300 Fax: 6186339 Casilla 3564
Web: www.upeu.edu.pe Email: universidadperuanaunion@upeu.edu.pe

Anexo C: Instrumento de recolección de datos

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

Estimado Señor /señora, muchas gracias por su valiosa información. El objetivo de esta escala es recoger información sobre la capacidad de autocuidado Instrucciones: Por favor lea cada una de las preguntas, responda lo más claro posible y coloque una (X) dentro del recuadro con la respuesta que considere más apropiada.

1. **Edad:** _____

2. **Sexo:** masculino () femenino ()

3. **Procedencia:** costa () sierra () selva ()

4. **Estado civil:** casado () soltero ( ) conviviente ( ) separado ( ) viudo( )

5. **Grado de instrucción:** analfabeto () primaria ( ) secundaria ( ) superior( )

6. **Ocupación:** empleado ( ) independiente ( ) desempleado ( ) su casa ( )

7. **Religión:** católica ( ) evangélica ( ) testigo de Jehová ( ) adventista ( )otro ( )

8. Cuántos familiares viven con Ud. en casa ( )

Marca con una “x” en el casillero que crea conveniente considerando los siguientes valores:

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	2	3	4	5

Ítems	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se encuentre a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre).					
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama					
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar					
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite					

6. Alguien que le muestre amor y afecto					
7. Alguien con quien pasar un buen rato					
8. Alguien que le informe y le ayude a entender la situación					
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones					
10. Alguien que le abrace					
11. Alguien con quien pueda relajarse					
12. Alguien que le prepare comida si no puede hacerlo					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee					
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar los problemas					
15. Alguien que le ayude con las tareas domésticas					
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas íntimos					
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales					
18. Alguien con quien divertirse					
19. Alguien que comprenda sus problemas					
20. Alguien a quien amar y sentirse querido					
TOTAL:					

Nota 1. *Instrumento validado por Revilla y Bailón (2014)*

CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	2	3	4

Marca con una “x” en el casillero que crea conveniente considerando los siguientes valores:

N°	Ítems	1	2	3	4
Dimensión alimentación					
1	¿Sus comidas diarias incluyen desayuno almuerzo y cena?				
2	¿Todas sus comidas principales (desayuno, almuerzo, cena) las consume en casa?				
3	¿Bebe más de 8 vasos de agua al día?				
4	¿Consume carne de pollo?				
5	¿Consume carne de res?				
6	¿Consume frutas?				
7	¿Consume verduras?				
8	¿Consume lácteos (yogurt, queso)?				
9	¿Consume menestras (frijol, lentejas, pallares)?				
Dimensión descanso y sueño					
10	¿Duerme al menos 8 horas durante la noche?				
11	¿Realiza usted actividad física?				
Dimensión medidas higiénicas					
12	¿Realiza Ud. el lavado de manos?				
13	Realiza Ud. ¿Su higiene personal (baño)?				
14	¿Mantiene ventilado e iluminado la habitación donde duerme?				
15	¿Elimina el papel toalla que utiliza para toser o estornudar en una bolsa y después lo quema?				

Dimensión hábitos sociales					
16	¿Consume Ud. licor?				
17	¿Consume Ud. cigarrillos?				
Dimensión control y participación de la familia					
18	¿Asiste Ud. a recibir su tratamiento prescrito para la tuberculosis pulmonar (pastillas)?				
19	¿Asiste Ud. a sus controles médicos?				
20	¿Asiste Ud. a sus controles de peso y baciloscopia?				
21	¿Cuenta Ud. con apoyo de su familia para su tratamiento?				

Nota 2. Adaptado por Quispe (2023)