

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela profesional de Enfermería



Una Institución Adventista

TESIS

Eficacia del programa “Respirando Vida” para mejorar conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis pulmonar en Familiares de Pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud del Hospital III ESSALUD, Juliaca - 2017.

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería.

Autores

Juana Mayrovi Flores Saltos

Maribel Quispe Sucari

Asesora

Mg. Delia Luz León Castro

Juliaca, 2017

Área Temática: Ciencias de la Salud

Ficha bibliográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la UPeU

Flores Saltos Juana Mayrovi

Quispe Sucari Maribel

Eficacia del programa “Respirando Vida” para mejorar conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis pulmonar en Familiares de Pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud del Hospital III ESSALUD, Juliaca - 2017.

142 páginas: anexos, figuras, tablas.

Tesis (Licenciatura) -- Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud de Enfermería, 2017.

Incluye referencias y resumen.

Campo del conocimiento: Salud Preventivo

1. Conocimientos. 2. Actitudes 3. Tuberculosis Pulmonar.

DECLARACION JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

Yo Mg. Delia León Castro, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: EFICACIA DEL PROGRAMA “RESPIRANDO VIDA” PARA MEJORAR CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN FAMILIARES DE PACIENTES QUE ASISTEN A LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL MÓDULO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL HOSPITAL III ESSALUD, JULIACA - 2017. Constituye la memoria que presentan las bachilleres Juana Mayrovi Flores Saltos y Maribel Quispe Sucari para aspirar al título Profesional de Licenciada en Enfermería que ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Juliaca a los veintinueve días del mes de diciembre del año dos mil diecisiete.



Mg. Delia Luz León Castro

Eficacia del programa “Respirando Vida” para mejorar conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis pulmonar en Familiares de Pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud del Hospital III ESSALUD, Juliaca - 2017.

TESIS

Presentada para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

JURADO CALIFICADOR



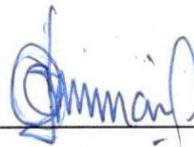
Psic. Helen Sara Flores Mamani
Presidenta



Lic. Martha Rocío Vargas Yucra
Secretaria



Mg. Francis Gamarra Bernal
Vocal



Mg. German Mamani Cachicatari
Vocal



Mg. Delia Luz León Castro
Asesora

Juliaca, 27 de diciembre 2017

Dedicatoria

A mis Padres Ángel Manuel y Jiny Maribel, quienes han instado y por todo el apoyo necesario tanto económico y moral para llegar a ser una Profesional.

A mis hermanos Maycol y Misael, Familiares y amigos en general por el apoyo que siempre me brindaron día a día en el transcurso de mi carrera universitaria.

J. Mayrovi Flores Saltos.

A mis queridos padres por darme la oportunidad de estudiar esta carrera, mis hermanos por haberme apoyado en aquellos momentos de necesidad y a mis tías por el tiempo compartido por las fuerzas que me han dado en los momentos de debilidad.

Maribel Quispe Sucari

Agradecimientos

A Dios por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera y darnos la fuerza para perseverar en lo que nos parecía imposible concluir.

A la Universidad Peruana Unión, por habernos brindado una educación con valores éticos cristianos, y por formarnos profesionalmente con excelencia académica en la carrera de Enfermería. Una vez Unionista, por siempre unionista.

A la Escuela Profesional de Enfermería, especialmente a nuestras queridas docentes por ser nuestro apoyo, por ser nuestras consejeras, amigas y por ser una guía a lo largo de nuestra vida universitaria.

A nuestra estimada asesora Mg. Delia Luz León Castro, por el apoyo constante y orientación en la investigación, así también por su tiempo y dedicación durante el desarrollo de nuestro trabajo de investigación.

De la misma forma agradecemos al Ingeniero Efraín Velásquez, quien fue de gran ayuda durante el proceso de investigación en su labor como estadista.

Agradecemos al Hospital III ESSALUD Juliaca, así mismo a la Lic. Suannel Ivonne Paquita Aza, por haber contribuido con el presente trabajo de investigación, por el apoyo incondicional en el proceso de recolección de datos y en la intervención con el programa educativo.

Índice

| | |
|--|------|
| Dedicatoria | iv |
| Agradecimientos..... | vi |
| Índice..... | vii |
| Indice de tablas | x |
| Índice de anexos | xi |
| Símbolos Usados | xii |
| Resumen..... | xiii |
| Abstrac | xiv |
| Capítulo I..... | 15 |
| El Problema..... | 15 |
| 1. Planteamiento del problema. | 15 |
| 2. Formulación del problema..... | 18 |
| 3. Objetivos de la investigación..... | 18 |
| 3.1. Objetivo general | 18 |
| 3.2. Objetivos específicos..... | 19 |
| 4. Justificación de la investigación | 19 |
| 5. Presuposición Filosófica. | 20 |
| Capitulo II | 22 |
| Marco Teórico | 22 |
| 1. Antecedentes..... | 22 |
| 2. Marco Teórico..... | 30 |
| 2.1. Conocimiento | 30 |
| 2.2. Actitudes..... | 32 |
| 2.3. Tuberculosis | 35 |
| 2.4. Modelo Teórico de Enfermería | 54 |
| 3. Definición de Términos | 55 |

| | |
|---|----|
| Capitulo III | 57 |
| Materiales y métodos | 57 |
| 1. Diseño y tipo de estudio..... | 57 |
| 2. Descripción del lugar de ejecución | 57 |
| 3. Población y Muestra | 57 |
| 3.1. Población..... | 57 |
| 3.2. Muestra | 58 |
| 4. Hipótesis de la Investigación..... | 59 |
| 4.1. Hipótesis general..... | 59 |
| 5. Identificación de variables..... | 59 |
| 5.1. Operacionalización de variables..... | 60 |
| 6. Técnicas de recolección de datos..... | 61 |
| 7. Proceso de recolección de datos | 61 |
| 8. Procesamiento y análisis de datos..... | 62 |
| 9. Consideraciones éticas..... | 62 |
| Capitulo IV..... | 63 |
| Resultados y Discusión | 63 |
| 1. Resultados..... | 63 |
| 1.1. En relación a la Hipótesis general | 63 |
| 1.2. En relación al primer objetivo específico. | 65 |
| 1.3. En relación al segundo objetivo específico. | 66 |
| 2. Discusión | 67 |
| Capítulo V..... | 72 |
| Conclusiones y recomendaciones..... | 72 |
| 1. Conclusiones | 72 |
| 2. Recomendaciones | 73 |
| Referencias bibliográficas | 74 |
| Anexos | 80 |

| | |
|---|-----|
| A. Instrumento de recolección de datos | 81 |
| Datos de la prueba de confiabilidad. | 86 |
| Confiabilidad del instrumento | 86 |
| Confiabilidad del instrumento – escala de licker..... | 86 |
| Bibliografía | 137 |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1 <i>Diagnósticos bacteriológicos de la tuberculosis a través de Baciloscopia directa</i> | 48 |
| Tabla 2 Esquema de tratamiento para niños y adultos | 51 |
| Tabla 3 Eficacia del programa “Respirando Vida” para mejorar conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis pulmonar en Familiares de pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud del Hospital III ESSALUD, Juliaca – 2017 | 63 |
| Tabla 4 Prueba de hipótesis de muestras emparejadas de conocimientos y actitudes antes y después de la aplicación del programa educativo sobre tuberculosis pulmonar en familiares de pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis del módulo de atención Integral de salud de Hospital III ESSALUD, Juliaca 2017 | 64 |
| QTabla 5 Nivel de conocimientos sobre la Tuberculosis pulmonar en familiares de Pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis del módulo de atención integral de salud de Hospital III ESSALUD Juliaca antes y después de la aplicación del programa “Respirando vida” | 65 |
| Tabla 6 Actitud hacia la Tuberculosis pulmonar en familiares de Pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis del módulo de atención integral de salud de Hospital III ESSALUD Juliaca antes y después de la aplicación del programa educativo “Respirando vida” | 66 |

Índice de anexos

Anexo 1: Ficha técnica

Anexo 2: Cuestionario de conocimientos y actitudes

Anexo 3: Consentimiento informado

Anexo 4: Resultados de cuestionario

Anexo 5: Cronograma y presupuesto

Anexo 6: Programa Educativo “Respirando vida”

Anexo 7: Fotos

Símbolos Usados

TBC: Tuberculosis

TBC MDR: Tuberculosis Multidrogoresistente

TBC XDR: Tuberculosis Extremadamente resistente

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de Salud

Resumen

El objetivo de este trabajo de investigación es determinar la eficacia del programa “Respirando Vida” para mejorar conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis pulmonar. La metodología de este trabajo de investigación es un estudio de tipo analítico de enfoque cuantitativo, el diseño de la investigación es pre experimental, de corte transversal aplicando un Pre test y Pos test, el instrumento utilizado fue un cuestionario de conocimientos sobre la tuberculosis que consta de 16 preguntas y 22 rubros para medir actitudes frente a la tuberculosis antes y después de la aplicación del programa educativo “Respirando vida “ el cual estuvo conformado por 2 módulos, un total de por 8 sesiones educativas e informativas desarrolladas en un periodo de 3 meses, el total de la población está constituida por 25 familiares quienes recibieron visitas domiciliarias, Luego de la recolección de datos se procesó mediante el programa estadístico SPS versión 23, previa elaboración de tablas de codificación en Excel. Los resultados encontrados en relación a los conocimientos se observa que previa la aplicación del programa educativo con un 84 % de los familiares desconocía sobre la tuberculosis pulmonar y mostraba una actitud de rechazo predominante de 60%. Después de la aplicación del programa educativo los familiares alcanzaron un 96%de conocimiento sobre la tuberculosis y mostrando actitud de aceptación alcanzando un 96%. Concluyendo así que el programa educativo “Respirando Vida es eficaz para mejorar conocimientos y actitudes frente a la Tuberculosis en Familiares.

Palabras clave: Conocimientos, Actitudes, Tuberculosis Pulmonar.

Abstract

The objective of this research is to determine the effectiveness of the "Breathing Life" program to improve knowledge and attitudes about pulmonary tuberculosis. The methodology of this research work is an analytical type study with a quantitative approach, the design of the research is pre-experimental, of a cross-section applying a prior examination and Pos test, the instrument used was a problem of knowledge about tuberculosis that It consists of 16 questions and 22 items to measure attitudes to tuberculosis before and after the application of the educational program "Breathing life" which was made up of 2 modules, a total of 8 educational and informative sessions developed in a period of 3 months , the total population is constituted by 25 relatives who received home visits, then the data collection was processed through the statistical program SPS version 23, previous elaboration of coding tables in Excel. The results found in relation to the knowledge were observed with 84% of the relatives unknown about pulmonary tuberculosis and showed a predominant rejection attitude of 60%. After the application of the educational program, families reached 96% of knowledge about tuberculosis and showing the attitude of acceptance reaching 96%. Concluding that the educational program "Breathing Life is effective to improve knowledge and attitudes towards Tuberculosis in Family.

Keywords: Knowledge, Attitudes, Pulmonary Tuberculosis.

Capítulo I

El Problema

1. Planteamiento del problema.

Dentro de nuestras primeras causas de mortalidad a nivel del mundo, también una de las más antiguas se encuentra la tuberculosis, afectando principalmente a los adultos en los años más productivos de su vida, lo que nos da a conocer es que no todos los grupos de edad estén libres de contraer la enfermedad. El 95% de incidencias y muertes se encuentran en los países en desarrollo, se estima que una tercio de la población a nivel del mundo presentan tuberculosis latente, este término es aplicado a todas las personas que han sido contagiados por el bacilo de Koch, pero que aún no han manifestado la Tuberculosis y tampoco pueden transmitirla, pero solo una pequeña porción de los contagiados por Tuberculosis, al no llevar un buen estilo de vida. En 2015 la cifra mundial estimada de nuevas incidencias de la Tuberculosis fue aproximadamente de 10,4 millones (Organización Panamericana de Salud, 2016).

La Tuberculosis Pulmonar (TBP) es actualmente una preocupación para la salud pública, no solo en el país sino que a nivel de mundo, es una de la segunda causa mundial de mortalidad, después del SIDA. Según la Organización Mundial de la Salud existe una disminución estimada de personas que contraen la enfermedad, registrándose así 8,6 millones para el 2012 y más de un tercio de 77.900 incidencias de TB se encuentran en los países andinos de América del Sur, ocurrieron en Perú 30.000, es decir un 39% ocupando el segundo lugar en las Américas, seguido por Colombia 16 000 con un 21%. La mayor incidencia estimada de TB por 100 mil habitantes correspondió en el 2011 a Bolivia con 129 casos y Perú 101 casos, donde había disminuido sustancialmente en los 20 últimos años. La incidencia también descendió en Ecuador y Colombia y fue constante en un nivel inferior en Venezuela (OMS, 2012).

Cuando una persona con un sistema inmunitario deficiente tiene mayor probabilidad de contraer la enfermedad dentro del grupo de personas se encuentran aquellos infectados por VIH quienes tienen aproximadamente entre 26 y 31 veces, altas probabilidades de que adquiera una tuberculosis activa, según datos de la Organización Mundial de la salud, además refiere que la carga mundial de tuberculosis incrementó más. Es entonces que los países tienen que avanzar rápidamente para así prevenir, detectar y tratar la Tuberculosis a tiempo (OMS, 2016).

Se estiman 280.000 nuevos casos de enfermos cada año, considerando que 27 mil son menores de edad y 22.000 enfermos de VIH, de los cuales 23 mil mueren por la TB. Los servicios de salud aproximadamente dejan de diagnosticar cada año cerca de 65 mil casos de enfermos por TB. La tuberculosis afecta a la población con pocos recursos económicos, que mayormente conviven con malnutrición y en hacinamientos.

La Organización Mundial de la salud calcula que unos nueve millones de personas contraen tuberculosis cada año y un tercio de ellas no recibe tratamiento, se estima que en América Latina los casos sin tratar son aproximadamente 60,000, por más que el diagnóstico y el tratamiento sean gratuitos. La doctora Mirtha del Granado, asesora regional de Tuberculosis de la Organización Panamericana de la Salud refiere sobre el padecimiento y la situación a nivel regional (Garcia, 2014, p. 1).

La tuberculosis siendo una enfermedad infecciosa es transmitida por vía aérea y a través de las gotitas de flugge (saliva y secreciones que expulsamos al aire cuando respiramos, tosemos o estornudamos) y pueden permanecer hasta 30 minutos suspendidas en el aire. En estas gotitas se transporta el bacilo de Koch, así como otros gérmenes infecciosos. Una vez en los pulmones, el bacilo va creciendo en los alveolos pulmonares, produciéndose que los macrófagos puede que no lleguen a controlar y eliminar la infección. Por lo que también corre mucho riesgo la familia en especial los niños de contraer la enfermedad (Murillo-Godínez, 2009, p. 290). Las familias, deben brindar apoyo a los que con tren esta enfermedad, en especial a los que tienen carácter irritable, a los que eleven la voz

o permanecen en silencio, el soporte psicológico y afectivo son claves en la recuperación del paciente, para que también sea más llevadero el proceso de tratamiento y curación, igualmente recomienda que todo afectado por esta enfermedad pueda compartir la información con otras personas, especialmente con aquellos que fueron afectados por la y dieron positivo en sus exámenes de esputo. También pueden hacerlo con promotores de salud, enfermeras, psicólogos o médicos (Ministerio de Salud, 2010).

La persona con esta enfermedad no debe sentir vergüenza, deben tener en cuenta que la TB si se puede curar y que el diagnóstico y tratamiento en más de siete mil establecimientos del MINSA son gratuitos. De esa manera evitar el riesgo de a sus familiares o personas queridas.

La clave para sobrellevar los temores frente al contagio de la tuberculosis es estar bien informado sobre cómo se contagia y cómo no se contagia la enfermedad, ya que en la mayoría de veces no son correctas la idea sobre el cómo se contagia, por lo que se lleva al maltrato y la marginación del paciente. El apoyo y la buena información ayudan a tomar un buena medidas de prevención sin discriminar al paciente, es útil considerar que la habitación deberá estar ventilada, bien iluminada, y mantener condiciones de higiene permanentes.

Durante el proceso de aprendizaje de los distintos centros de Salud y hospitales de la provincia de San Roman en donde realizamos las practicas pre-profesionales en el area comunitaria y MAIS (Modulos de atencion integral de Salud), donde se pudo observar el islamiento hacia los pacientes con tuberculosis, en su gran mayoria marginados por sus propios familiares y no contaban con el suficiente apoyo, por el miedo a adquirir la enfermedad, esto debido a que desconocian sobre la tuberculosis, por lo que mostraban actitudes indiferentes frente al familiar enfermo de TB, muchos de los familiares mostraban poco interes en conocer sobre la efermedad e incluso existia uno a dos miembros de la familia con dicha enfermedad, ya que en las visitas domiciliarias que se realizaba muchos se negaban a realizarse el descarte de la TBC a traves de las muestras de esputo, estos tenian otras prioridades como el trabajo por el mismo comercio que se maneja en la ciudad de Juliaca, estando ellos mismo predispuestos a contraer la

enfermedad, la gran mayoría de pacientes se encuentran en zonas públicas sin protección, sin una buena alimentación, sin un buen estilo de vida.

Por lo tanto, siendo la tuberculosis una de las primeras causas, que afecta a la gran mayoría de población no importando la edad, y mucho más aquellos familiares que estén en contacto con aquellos pacientes diagnosticados con TB y que no llevan un buen ritmo de vida hemos visto importante que los centros de salud y hospitales realicen actividades preventivas promocionales de tal forma lograr disminuir la tasa de incidencia de esta problemática, promoviendo entre los familiares una conducta responsable, también contribuir a una cultura que favorezca una familia sana, libre de tuberculosis sin riesgos, de igual forma brindar una herramienta educativa preventiva frente a futuros nuevos casos de TB, para mejorar los conocimientos y actitudes de los familiares frente a la tuberculosis pulmonar y mejorar estrategias metodológicas de educación a nivel de salud.

2. Formulación del problema.

¿Cuál es la eficacia del Programa “Respirando Vida” para mejorar conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis pulmonar en Familiares de pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de Tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud del Hospital III ESSALUD, Juliaca - 2017?.

3. Objetivos de la investigación.

3.1. Objetivo general

Determinar la eficacia del programa “Respirando Vida” para mejorar conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis pulmonar en Familiares de pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud del Hospital III ESSALUD, Juliaca - 2017.

3.2. Objetivos específicos

Evaluar el nivel de conocimientos sobre la Tuberculosis que poseen los familiares de pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud antes y después del programa de intervención, del Hospital III ESSALUD, Juliaca - 2017.

Evaluar las actitudes hacia la Tuberculosis que poseen los familiares de pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud antes y después del programa de intervención, del Hospital III ESSALUD, Juliaca - 2017.

4. Justificación de la investigación

La investigación tiene como principal propósito aportar información válida y significativa sobre la eficacia del programa “Respirando Vida” en mejora de conocimientos y actitudes hacia la tuberculosis en familiares de pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (Collazos, 2013).

Este estudio se justifica varios puntos de vista que el mismo presenta y son:

Teórico; ya que permitirá ampliar conocimientos y aportara información profunda, actualizada y sistematizada sobre la tuberculosis pulmonar, en cuanto a síntomas, prevención, causas, etc. Esta información estará disponible para la comunidad científica así también va a fortalecer la práctica de la profesión de Enfermería en el eje de promoción y prevención y los familiares percibirán cambios en sus conocimientos y actitudes hacia la Enfermedad.

Práctico; esta investigación ayudara a mejorar las actitudes que tienen los familiares de pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de tuberculosis.

Social; esta investigación favorecerá directamente a la población en general, y este programa de “respirando vida” puede ser efectuada en las diferentes micro redes. Esto permitirá que el departamento de Puno tenga una disminución en la morbi – mortalidad de tuberculosis pulmonar.

Metodológico; se elaboró un módulo educativo dirigido a los familiares de pacientes que asisten a la estrategia de prevención y control de la tuberculosis para mejorar conocimientos y actitudes hacia esta enfermedad.

Finalmente este estudio se justifica a aportes realizados en el área de salud comunitaria de enfermería perteneciente a la línea de investigación de intervención de enfermería en enfermedades prevenibles: Tuberculosis.

5. Presuposición Filosófica.

En la santa Biblia se encuentra la importancia de la familia así también los principios divinos que rigen las relaciones familiares. Dios instituyó en la creación el matrimonio y la familia, como la principal institución destinada al desarrollo y edificación de los seres humanos (Gen. 2:18-25). Cuando Cristo redimió la raza humana de la maldición del pecado, redimió también las relaciones conyugales y familiares. El Señor insta a todos los miembros de familia a relacionarse entre ellos tal como corresponde a toda la multitud que ha aceptado el evangelio (Efe. 5:21; 6:4).

La familia es central en el proceso del discipulado (Juan 8:31; 13: 35) porque es uno de los principales lugares para mejorar la capacidad de amar y de intimar con Dios y otros seres humanos, y porque es allí donde se transmiten los valores cristianos de una generación a otra.

White (2014), tenía firmes convicciones en base a la importancia de todas las familias y el ministerio a favor de ellas. “No hay campo de acción más importante que el señalado a los fundadores y protectores del hogar” (p.11).

El cuerpo y la salud forman parte importante de la restauración de la imagen de Dios en el hombre: “Dios quiere que alcancemos el ideal de perfección hecho posible para nosotros por el don de Cristo. Nos invita a adoptar principios que

restaurarán en nosotros la imagen divina. En su Palabra escrita y el libro de la naturaleza, ha revelado principios de la vida. Es tarea nuestra conocer estos principios y, por medio de la obediencia, cooperar con Dios en restaurar la salud del cuerpo tanto como la del alma (White, 2008, p. 77-78).

Algunos nunca están realmente ebrios, pero siempre están bajo la influencia de la sidra o del vino fermentado. Ellos están febriles, tienen una mente desequilibrada aunque no experimenten en verdad delirios, pero está en una condición igualmente mala; porque todas las facultades nobles de la mente son pervertidas. Una tendencia a enfermedades de varias clases, como hidropesía, problemas de hígado, nervios inestables, y una congestión de la cabeza, resultan del uso habitual de la sidra fermentada. Por medio de su empleo, muchos se acarrearán enfermedad permanente. Algunos mueren de tuberculosis o sucumben a la apoplejía solamente por esta causa (White, 2012, p. 417-418).

Capítulo II

Marco Teórico

1. Antecedentes.

A nivel internacional

Según Barros (2015) realizaron un estudio titulado; “Conocimiento, actitudes y prácticas en tuberculosis en pacientes de 20 a 45 años en Hospital de el Empalme periodo 1 de enero a 31 de diciembre del 2014.” El objetivo de este estudio fue medir el nivel de conocimiento de todos los pacientes hacia la enfermedad mediante una secuencia de preguntas sencillas y concisas para obtener cuál es su percepción de los síntomas de esta enfermedad, incluyendo su nivel de instrucción académica. Siendo un estudio descriptivo analítico, lineal, de diseño correlacional donde se aplicó la encuesta a un total de 152 positivos, que empiezan el tratamiento con baciloscopias de los siguientes 6 meses negativas, tan solo 2 pacientes presentaron baciloscopia positiva (+) después de 1 mes de tratamiento, pero con el posterior seguimiento al segundo mes se negativizó esta muestra y obteniendo la curación total al final del tratamiento (p. 60).

Carvajal y Varela (2014) realizaron un estudio titulado; “Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la tuberculosis en trabajadores del sector salud en municipios prioritarios de la Costa Pacífica colombiana.” El objetivo fue caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la tuberculosis en trabajadores de la salud que participan en los programas de control en municipios prioritarios de la Costa Pacífica colombiana, siendo un estudio descriptivo de corte transversal. Se aplicó en 38 trabajadores de salud, que corresponden una mayor parte de la población del personal con funciones en los programas de TB de 10 municipios prioritarios en Nariño, Colombia. El instrumento utilizado fue un cuestionario estructurado, previamente validado mediante entrevistas cognitivas a personas con características similares a la población estudio, realizadas previamente a la

recolección de información. Siendo los resultados que los trabajadores reportan tener conocimientos sobre TB y su manejo de acuerdo a las normas de control establecidas. No obstante, se identificaron algunas prácticas de riesgo relacionadas con el cumplimiento de las medidas del plan de control de infecciones y actitudes que reflejan estigma frente a la enfermedad. Concluyéndose que el estudio aporta información referente a los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud, la mayoría de los trabajadores de la salud poseen los conocimientos esperados sobre TB, la forma de transmisión (89,5%) y causas de la misma (97,4%), el tiempo en que una persona bajo tratamiento sigue transmitiendo la enfermedad (94,7%), los grupos de personas en los que se debe realizar búsqueda activa de TB (73,7%), la gravedad de la enfermedad (94,8%), la necesidad de realizar la prueba de VIH en la población infectada con TB (89,5%), cuándo solicitar un cultivo diagnóstico en TB (97%), qué se considera como fracaso en el tratamiento (78,9%), cómo hacer el diagnóstico de TB en niños menores de 5 años (82%) y cuándo solicitar prueba de sensibilidad en TB (p. 339-340).

Alvarez y Alvarez (2000), en un estudio titulado “Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México”. El objetivo fue conocer las percepciones y las prácticas que los enfermos tienen sobre la enfermedad y la adherencia al tratamiento. Siendo un estudio cualitativo de 11 entrevistas grupales a 62 pacientes con TB diagnosticados durante 1997 y 1998 en las regiones Centro, Los Altos y Fronteriza de Chiapas, México. Los resultados fueron referidas por los pacientes, por trastes, el trabajo excesivo, la alimentación, el frío y otras sin relación con la transmisión de persona a persona. La incapacidad por el trabajo se reflejó en crisis económica del paciente y su familia. El estigma social impactó emocionalmente en la vida personal, familiar, laboral y de comunidad. Concluyéndose que el desconocimiento sobre la tuberculosis propició la elección de diferentes alternativas para su atención. Los servicios de salud y la inadecuada relación médico-paciente influyeron en el retardo en el diagnóstico y falta de adherencia al tratamiento. Se sugiere un programa de difusión sobre aspectos básicos de la enfermedad y su tratamiento (p. 52-73).

A nivel nacional:

En la Región de Salud Tacna se realizó un estudio titulado: “Impacto de un programa educativo, en los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de la población, con respecto a la incidencia de tuberculosis, en zonas de alto riesgo epidemiológico”. Que como objetivo fue determinar el impacto de un programa Educativo en los CAP de la población, un estudio cuasi- experimental con un grupo control, aplicando una encuesta de pre y post intervención, la población estuvo constituida por dos distritos de alto riesgo epidemiológico, asignando aleatoriamente a la población para ser intervenida con el programa educativo como grupo experimental y sin programa educativo como grupo control. El grupo experimental mostró valores significativamente más altos que el grupo control en las tres variables con un cambio porcentual promedio de +8.5. Se realizó una comparación y diferencia de medias de entrada y salida de las tres variables dependientes, confirmando que existe una diferencia significativa en los promedios con un $p < 0.01$. Concluyéndose que estos resultados nos demuestran que un programa educativo con planes y estrategias de comunicación, información y educación coherentes si logran aumentar el nivel de conocimientos, modifican hacia una actitud positiva y mejora las prácticas de la población hacia el logro de estilos de vida saludables. Respecto a la Incidencia podemos concluir que la intervención indica un efecto (Castillo, Zárate, & Güisa, 2014).

Según Dávila y Morí (2015): realizaron un estudio titulado “Conocimiento y actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento del paciente con tuberculosis atendidos en el hospital regional de Loreto, Iquitos – 2015”. El presente trabajo tiene como principal objetivo determinar el conocimiento y las actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de TBC del Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos - 2015. El método empleado fue cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo, correlacional y de corte transversal; el tamaño de la muestra constituyeron 80 familiares. Dando como resultados que se obtuvieron una validez 93,3% y 98,9% respectivamente a través del método Delphi; una confiabilidad de 90,9% y 95,9% respectivamente, según el coeficiente Alfa de Cronbach. El 60% de familiares presentaron conocimiento inadecuado sobre el

diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis pulmonar; 68.8 % de familiares presentaron actitud de rechazo, 16,2% actitud de aceptación y 15,0 % actitud de indiferencia. Concluyéndose que existe relación significativa entre el conocimiento y las actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento del paciente con Tuberculosis Pulmonar ($p= 0.000$) (p. 38-62).

Según Collazos (2013), en un estudio titulado "Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la ESN-PCT - C.S San Luis – 2012." Que tuvo como principal objetivo determinar la relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de las medidas preventivas en familiares de pacientes de la ESN-PCT. Donde el estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal. La población estuvo conformada por 32 familiares de pacientes. La técnica fue la entrevista y el instrumento tipo cuestionario y escala tipo lickert, el cual fue obtenido previo consentimiento informado. Donde los resultados fueron del 100% (32); 56 % (18) no conoce, y 44% (14) conoce. Con respecto a las actitudes de los familiares hacia la aplicación de las medidas preventivas de la tuberculosis en los familiares de pacientes de la ESN-PCT, 56% (18) presenta una actitud de aceptación y 44% (14) rechazo. Concluyéndose que el mayor porcentaje de familiares no conoce sobre el uso de quimioprofilaxis, vacunación BCG y tienen una actitud de aceptación , seguido de un porcentaje significativo que conoce y rechaza la aplicación de las medidas preventivas (p. 34-47).

Según Carreño y Maria (2014), en un estudio titulado "Nivel de conocimientos sobre la tuberculosis multidrogo-resistente en población general del centro de salud Mirones Bajo." El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimientos sobre la Tuberculosis multidrogo-resistente en la población usuaria del Centro de Salud Mirones Bajo del Cercado de Lima. El tipo estudio fue no experimental, descriptivo de corte transversal, Se obtuvo una muestra de 112 pobladores usuarios del Centro de Salud, donde los resultados fueron que el 70 % de ellos obtuvo un nivel de conocimientos sobre TB MDR de medio a bajo, algo parecido ocurre con los participantes entre los 30 a 39 años, donde el 75% obtuvo ese mismo nivel de conocimientos acerca del tema concluyéndose que la población

joven, la que según diversos estudios es la más afectada por esta enfermedad, tiene un nivel de conocimientos entre medio y bajo en todas las áreas evaluadas, como signos y síntomas, factores de riesgo, prevención y tratamiento (p. 34-52).

Uria y Fernando (2016) refiere en un estudio titulado "Nivel de conocimientos en pacientes afectados de tuberculosis en el centro de salud María Teresa de Calcuta. Enero - Junio 2015." El presente trabajo tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento en pacientes afectados con TBC del Centro de Salud María Teresa de Calcuta en enero a junio del 2015. El tipo de estudio fue cuantitativo, descriptivo, transversal. Se recolecto datos en una población de 76 pacientes con TBC en tratamiento del Centro de Salud. Donde los resultados fueron que el 66% de los encuestados son del género masculino. El nivel de conocimiento de TBC es medio alto, el grado de instrucción si influye en el nivel de conocimientos sobre la tuberculosis, concluyéndose que el nivel de conocimiento de tuberculosis es medio alto en pacientes diagnosticados con tuberculosis, Las personas que se encuentra en una edad media presentan un buen nivel de conocimientos, que las personas del sexo femenino presentan un buen nivel de conocimientos sobre la tuberculosis, que el grado de instrucción si influye en el nivel de conocimientos sobre la tuberculosis (p. 36-60).

Campos y Salinas (2013), realizaron una investigación titulada "Efectividad del programa educativo: "Fortaleciendo mi conocimiento, prevengo la tuberculosis" en el nivel de conocimiento del cuidador familiar. Centro de salud El Progreso. Chimbote 2013" que tuvo como objetivo general determinar la efectividad del programa educativo: "Fortaleciendo mi conocimiento, prevengo la tuberculosis" en el nivel de conocimiento del cuidador familiar del centro de salud El Progreso. Chimbote 2013. La población estuvo constituida por 35 cuidadores familiares de los pacientes con tuberculosis. Del Centro De Salud "El Progreso". A quienes aplicaron un cuestionario sobre conocimiento de la tuberculosis y el programa educativo fortaleciendo mi conocimiento, prevengo la tuberculosis. Obteniendo las siguientes conclusiones: Antes de la aplicación del programa educativo, se observa una mayor proporción de un nivel de conocimiento medio el (51,4%), y bajo (34.3%) y el 14,3% de los cuidadores mostraron nivel de conocimiento alto, después de la aplicación del programa educativo, Se observa una totalidad del nivel de

conocimiento alto (100,0%). Existe una efectividad cualitativa ($p=0,000$) y cuantitativa ($p=0,000$) altamente significativa del programa educativo “fortaleciendo mi conocimiento, prevengo la tuberculosis”, en el cuidador familiar del paciente con tuberculosis, del mismo modo se acepta la hipótesis planteada en la presente investigación.

Así mismo en la Ciudad de Lima-Callao se realizó un estudio titulado “Efectividad del programa educativo "Respirando sano" en el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar en los estudiantes del 3° al 5° de secundaria; de la institución educativa Corazones Marianos del Norte, Puente Piedra - Lima 2014. Esta investigación tuvo como objetivo determinar la efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar en los estudiantes; del 3° al 5° de secundaria; de la institución educativa "Corazones Marianos del Norte" - Puente Piedra, 2014. Para ello se seleccionó una muestra representativa de 43 estudiantes de ambos sexos en el año escolar 2014 de la I.E. Corazones Marianos del Norte - Puente Piedra, seleccionados aleatoriamente con quienes se desarrolló el programa educativo en 4 sesiones y se procedió a medir el nivel de conocimiento antes y después de su ejecución, empleando para ello como instrumento el cuestionario. Los resultados denotan que, después de la intervención educativa el 100% de la población en estudio obtuvo un conocimiento alto sobre tuberculosis pulmonar, en cuanto a generalidades, prevención y tratamiento. Se concluyó entonces que el programa educativo fue efectivo, porque hubo un incremento significativo en el nivel de conocimientos en los estudiantes, con lo cual se corroboró la hipótesis planteada (Crespo, Huayapa, & Marca, 2014).

Obeso y Orrego (2010), en un estudio realizado en la ciudad de Trujillo titulado “Satisfacción Familiar y Calidad de Vida del Paciente del Programa de Control de Tuberculosis del Ministerio de Salud-Distrito el Porvenir" que tuvo como objetivo determinar la relación entre la satisfacción familiar y las dimensiones de calidad de vida del paciente con tuberculosis, el cual se aplicó a 100 personas utilizando un instrumento satisfacción familiar de Olson y Wilson y el cuestionario de salud SF-36 de Ayuso Mateos dando como resultados obtenidos fueron que un 58% de los participantes se encuentra no satisfecho con su familia y el 42% está satisfecho y con respecto a la calidad de vida las dimensiones que presentaron mejor estado

fueron a nivel de la función física, dolor corporal, salud mental, rol emocional, función social y vitalidad, y peor estado de calidad de vida en las dimensiones de salud general 52% y rol físico 64%, concluyendo que la satisfacción familiar guarda relación estadística significativa con las dimensiones de calidad de vida ($p < 0,05$), excepto en la dimensión social con un ($p > 0,05$).

A nivel local:

Según Culqui y Zabaleta (2009): Un estudio titulado Tuberculosis en poblaciones indígenas del Perú: Los Aimaras del Perú, 2000-2005. El presente trabajo tiene como objetivo Describir la situación de la tuberculosis en distritos aimaras del Perú, en términos de incidencia y mortalidad, y la relación con la altura y otros indicadores sociales. El estudio se realizó con 42 distritos aimaras, fue un análisis de regresión lineal, que fue complementado con investigación cualitativa. En cuanto a los resultados se identificó una incidencia promedio de tuberculosis pulmonar frotis positivo (TBP FP) de 33.35 por 100 000 habitantes, con un máximo de 399.39 por 100 000 habitantes, se encontró que las variables estudiadas se identificaron los condicionantes culturales como externo, referido a la migración estacional por trabajo a zonas productivas, y como cultural interactuante, referido a la relación entre la cultura que migra y la que acoge, modificando sus estilos de vida como alimentación y en consecuencia la salud. Concluyéndose que la altura no es el único factor que explica el modelo y que los otros factores sociales estudiados, así como el factor cultural, intervienen para explicar la incidencia de tuberculosis en aimaras (p. 2-6).

Por otro lado en un estudio realizado en la ciudad de Puno titulado “Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar en pacientes del programa de control de tuberculosis, red puno – 2015” de tipo descriptivo con diseño transversal tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar en pacientes del programa de control de tuberculosis. Este estudio se aplicó a 34 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, para la recolección de datos utilizaron la técnica de la encuesta y el instrumento fue el cuestionario, teniendo como resultados en relación al conocimiento sobre aspectos generales: definición, causa, signos y síntomas, que un 56% de los pacientes con TBP tenían un conocimiento bueno, 28% conocimiento regular y el 17% conocimiento deficiente; En relación al conocimiento sobre tratamiento farmacológico, reacciones adversas a medicamentos anti tuberculosis y complicaciones en caso de abandono, 50% de los pacientes tienen un conocimiento bueno, 33% conocimiento regular y el 17% conocimiento deficiente; y respecto al conocimiento sobre cuidados en el hogar y medidas preventivas de la enfermedad, 33% un conocimiento bueno, 50%

conocimiento regular y el 17% conocimiento deficiente. Concluyéndose que los pacientes del programa de control de tuberculosis en aspectos generales, tratamiento farmacológico, reacciones adversas, complicaciones, cuidados en el hogar y medidas preventivas obtuvieron un nivel de conocimiento de bueno a regular (Bravo, 2015, p. 9).

2. Marco Teórico

2.1. Conocimiento

El conocimiento científico difiere de varias maneras y las desigualdades giran en torno al control y sistematización de su obtención. Por lo que se utilizan esquemas conceptuales y de estructuras teóricas, verificándose de forma coherente externa y de prueba empírica algunos de sus aspectos teóricos o hipótesis, así mismo nos muestra que los conocimientos cotidianos o empíricos se limitan de hechos y a su descripción. “Los conocimientos científicos presuponen no sólo la constancia de hechos, sin su explicación e interpretación dentro del conjunto en general” de los conceptos de una determinada ciencia (Mouriño, Espinosa, & Moreno, 1991, p. 22).

Estos mismos autores mencionan que el conocimiento ordinario generalmente es vago e inexacto, la ciencia lo convierte de manera precisa lo que en sentido común se conoce como nebulosa; la ciencia es más que sentido común organizado, la ciencia procura la precisión; nunca está libre por completo de vaguedad, pero siempre intenta alcanzar la exactitud, no está libre de error, pero posee técnicas para identificarlo y sacar provecho de él. El conocimiento para ser científico debe aprobar el examen de la experiencia. Con el fin de explicar un fenómeno, hace conjeturas o suposiciones fundadas en el saber adquirido. “Estas llegan a ser todo lo audaz o compleja pero en gran mayoría de casos deben ser puestas a prueba”. Lo adecuado es realizarlo mediante la observación y experimentación (Organizacion del Bachillerato Internacional, 2013, p.16).

El conocimiento compartido cambia y evoluciona con el tiempo, debido a la aplicación continua de los métodos de indagación: todos aquellos procesos que se cubren en el marco de conocimiento. Aplicar la metodología perteneciente a un área del conocimiento tiene el efecto de cambiar lo que sabemos. “Estos cambios

pueden ser lentos y graduales, pero también pueden ser repentinos y dramáticos cambios en el conocimiento o paradigmáticos”. Cuando un área del conocimiento responde a nuevos resultados (Organización del Bachillerato Internacional, 2013, p. 16-21).

“En el 2010, Cheesman de rueda dio a conocer que el conocimiento es el acumulo de toda información adquirido de manera científica o empírica. Partiremos de que Conocer es aprender o captar con la inteligencia los entes y así convertirlos en objetos de un acto de conocimiento, donde los conocimientos racionales ya sean ciertos o probables son obtenidos de manera metódica y verificables para realidad donde se organizan, son transmitidos y es llamada Ciencia” (p. 2).

“En el año 2010, Martinez señaló que la humanidad entró al llamado Sociedad del Conocimiento, éste se ha transformado en el principal recurso estratégico, ya que quien sabe qué y cómo, vale más que quien tiene qué, mediante la productividad de bienes y servicios se hace un uso cada vez más intensivo de conocimientos, empleándose mentes en acción a diferencia de procesos y de toda sociedad industrial en que el protagonismo se lo llevaban la mano de obra y el capital. Los conocimientos no sólo se han desplazado a los recursos naturales y energéticos, a la mano de obra o al capital, como recurso más importante en sistema productivo actual, asimismo en lo trascendental se reducen considerablemente los modos de entradas, más aún, los conocimientos siempre provocaron ventajas competitivas que producen cambios, a veces muy profundos y duraderos en la sociedad” (p. 5)

En otras bibliografías como la de Martinez y Rios (2006) que dieron a conocer sobre uno de los grandes temas de la filosofía de casi todos los tiempos, dilucidar en qué consiste el acto de conocer, ¿cuál viene a ser la esencia del conocimiento?, ¿cuál es la relación cognoscitiva que coexiste entre el hombre y las cosas que lo rodean? Estas han sido una de las grandes preocupaciones de la humanidad desde tiempos inmemorables hasta estos días, pero existen muchas definiciones sobre conocimiento. Se observa que es una operación del día a día, no existe acuerdo ninguno a lo que realmente sucede cuando se conoce algo (Martinez & Rios, 2006).

La Real Académica de la Lengua Española lo da a entender como un proceso de averiguar sobre cada una de las facultades intelectuales de la naturaleza, cualidades y relaciones de cada cosa, por medio de esta definición, se puede confirmar que conocer es enfrentar la realidad, pero, de nuevo asalta la duda, ¿es posible realmente aprehender la realidad?, o simplemente accedemos, a constructos mentales.

El conocimiento es definido como un conjunto de información que van acompañados mediante la experiencia o el aprendizaje a través de la introspección. En otro sentido se trata de toda adquisición de datos múltiples que cuando son tomados por si solos adquieren un menor valor cualitativo, para el filósofo griego Platón, es aquello necesariamente verdadero. En cambio, la creencia y la opinión ignoran la verdadera realidad de las cosas, por lo que también forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente.

En otra bibliografía que señala Pérez (2008) donde estima que el conocimiento tiene como origen la percepción sensorial, después está el entendimiento y finalmente la razón y se estima que tiene una gran relación con el sujeto y un objeto. Por lo que esto involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna. Mientras que el conocimiento científico no sólo debe ser válido y consistente, por lo que también debería ser probado mediante un método científico o experimental. La forma sistemática de incrementar conocimiento se emplea en dos fases: la investigación básica, donde se avanza en la teoría; y la investigación aplicada, donde se realiza la información. Cuando puede ser transmitido la comunicación de un sujeto a otro por medio de la comunicación formal, se menciona de conocimiento explícito. Pero, si el conocimiento es difícil de comunicar y se detecta mediante experiencias personales o modelos mentales y se basa en conocimiento implícito (Perez, 2008).

2.2. Actitudes

Son mediciones y conjuntos de propiedades de personas investigadas y aplicadas en Ciencias Sociales, la actitud generalmente se acepta que es una organización de creencias relativamente duradera alrededor de un objeto o una situación que influyan a reaccionar en una forma precisa, las actitudes lógicamente

son constructos hipotéticos que son manifestaciones de la experiencia consciente de información de la conducta verbal y diaria. “Es una tendencia psicológica expresada evaluando un ente determinado con cierto grado de favorabilidad o des favorabilidad”. Este ente es el objeto de actitud que puede ser cualquier cosa que sea susceptible de ser valorada. La valoración de un objeto de actitud depende de varios factores. Las actitudes pueden ser concretos, abstractos, ideas, opiniones, conductas, personas o grupos.

Nos ayudan a comprender nuestro entorno y a darle significado. La división en positivo y negativo nos permite diferenciar en lo que es beneficioso y dañino para cada individuo. Influyen en el desarrollo de la información, siendo esta influencia más potente cuanto más fuerte es la actitud. Las actitudes sesgan el proceso de la información porque:

- a. Seleccionan lo que identifican (atención).
- b. La interpretación de lo que se procesa tiende a hacerse congruente con la actitud previa (percepción).

Etimológicamente “actitud” es un término que surge en castellano a comienzos del siglo XVII proveniente del italiano “attitudine”; y con esto, los críticos del arte italiano aludían a las posiciones que el artista le daba al cuerpo de su estatua, por tanto la actitud desde una perspectiva corporal, es una postura preparatoria, una orientación determinada del cuerpo, que prepara al individuo para percibir y actuar de determinada manera, en la que se materializa y expresa la postura del espíritu.

“En el año 1981 para Gonzales la actitud hablando etimológicamente, tiene dos raíces "apto" y "acto". La primera, relacionada con propiedad "se es apto", "se posee algo"; la segunda con "acto", "postura", "acción". En su acepción corriente, la palabra actitud designa un comportamiento o la manifestación externa de algún sentimiento que da a entender en su definición, que una actitud no es solo el comportamiento, sino una variable intermediaria que permite explicar su trayecto, entonces, la actitud no es ni respuesta ni estímulo, sino una predisposición o preparación valorada para actuar de una determinada forma con preferencia a otro y que a la diferencia de otros comportamientos no se presta a la observación directa

y que aún no se puede aislar; por tanto, ésta debe ser inducida a través de sus manifestaciones. En las diferentes definiciones sobre las actitudes; se encuentran cadenas de aspectos comunes como el de referenciar, como procesos psicológicos internos de todo individuo no susceptibles a poderse observar directamente, persistentes a lo largo del camino, sin embargo modificables, que implica una organización duradera de creencias y cogniciones, que predisponen a responder de forma determinada. Es así que la actitud clínica supone una postura-mirada y escucha que permita comprender en la subjetividad a todo individuo, el interjuego de los procesos cognitivos y afectivos. Esta actitud clínica está más bien polarizada en la complejidad del enfermo, que el concepto o abstracción que se haga de su enfermedad” (p. 6-7)

En base a la captación de actitudes, para la teoría del aprendizaje, éstas se adquieren de forma las demás experiencias se integren. “Donde al asimilar nueva información, se aprende, se sienten los pensamientos y acciones que se encuentran en relación a ella” (Naranjo, 2010, p. 4).

Para que la medida de las actitudes sea adecuada, la escala debe reunir algunos requisitos como: la graduación, que supone todos los grados probables de la actitud; la discriminación. “Que manifiesta el poder de los ítems que se emplean para dividir a todo individuo en relación hacia la actitud” (Darias, 2000, p. 2).

Las actitudes son juicios de importancia que a su vez pueden ser agradables (expresión positiva) o desagradables (expresión negativa), son juicios relacionados a todo individuo, objetos o acontecimientos. Pero que precisamente son valores, sí pueden constituirse con todos éstos, es decir, pueden adquirirse al transcurso de la vida diaria con la identificación de personas significativas, por ejemplo, el padre, los maestros, los amigos, el sacerdote, etcétera. Algunos autores, lo definen como la predisposición a responder en forma (+) o (-), por ejemplo cuando se expresa el gusto o disgusto por alguien o por algo. “Es importante referir que la actitud se deduce mediante las cosas que un individuo dice, de manera informal o formal” (Robbins, 2004, p. 1).

Es definida también como una reacción afectiva positiva o negativa frente a un objeto o una proposición, las mismas que son aprendidas y que predisponen a

responder de manera precisa ya sea, una reacción favorable o desfavorable hacia algo. “Los factores como la opiniones, creencias, conductas e incluso sentimientos se interrelacionan entre si formando una actitud hacia algo” (Grupo de Investigación Edufísica, 2013, p. 1-2).

“En el año 2002, Pacheco menciona que la actitud es denominada como un concepto básico en la sicología social, también considerado por todos los autores, como una tendencia evaluativa hacia un objeto socialmente relevante. La actitud es social porque se aprende o adquiere como el proceso de socialización; es decir, se suele compartir con otras personas y se refiere a objetos de naturaleza y significado social. Y que debido a todo esto se dará como resultado de todo proceso de socialización, las actitudes pueden modificarse y ser el resultado de un cambio social” (p. 173-186).

“En 2000, Eisenberg da a conocer que es importante, ya que puede ejercer influencia mediante la percepción del mundo y que mediante otra forma sobre las acciones de todo individuo, sin embargo el humano no nace con actitudes sino que va formando procesos de aprendizaje y que van adquiriendo experiencias. Hace referencia que las actitudes es el grado positivo o negativo con que las personas tienden a considerar cualquier aspecto de la realidad, cada persona tiene actitud hacia la mayoría de estímulos que nos rodean, incluso en aquellos estímulos de los que no tenemos conocimientos ni experiencia, con los que podemos evaluar en las dimensiones como bueno o malo” (p. 34-45).

2.3. Tuberculosis

La TB forma parte de la enfermedades infecciosas más antiguas Ministerio de Salud Pública (MSP, 2015), refiere que es una enfermedad infecciosa, bacteriana crónica transmisible, causado por *Micobacterium Tuberculosis* (Bacilo de Koch), que generalmente se localizan en el Pulmón, aunque puede afectar otros órganos. Además de presentar casos según su localización como Tuberculosis Pulmonar y Tuberculosis Extra pulmonar (Ministerio de Salud Publica, 2015).

La OMS (2016), lo define como una patología que es causada por el *Micobacterium tuberculosis* que principalmente afecta a los pulmones además de

ser una enfermedad prevenible y curable es infectocontagiosa, granulomatosa crónica, producida o bacilo de Koch, esta patología generalmente se localiza a nivel de los tejidos blandos y más oxigenados como pulmones, riñones, a nivel cerebral y óseo articular (Beltrame, Latorraca, & Moral, 2014, p. 5-6).

2.3.1. Clasificación

Tuberculosis Pulmonar (TBP)

“En el 2013, el Ministerio de salud menciona que la persona con Tuberculosis confirmada bacteriológicamente o diagnosticada clínicamente de Tuberculosis, que implica que el parénquima pulmonar o el árbol traqueo bronquial este afectado. Así mismo la OPS considera a la TB miliar como TBP, ya que existe una lesión a nivel pulmonar. También lo define como tuberculosis Pulmonar a todo individuo con TB con compromiso del Parénquima pulmonar con o sin confirmación bacteriológica” (p. 1).

Tuberculosis Extra pulmonar (TBEP)

“Todo individuo que presenta TB bacteriológicamente confirmada o clínicamente diagnosticada en otros órganos afectados y que recibe su respectivo tratamiento” (MSP, 2015, p. 15).

“En el 2013, el Ministerio de Salud lo define como Tuberculosis extra pulmonar a aquel individuo que es diagnosticado con TB en cualquier órgano que no sea el pulmón, este diagnóstico se identifica mediante un cultivo o prueba molecular positiva, evidenciando histopatológicamente y/o evidenciando clínicamente extra pulmonar activa” (p. 27).

Según el Ministerio de Salud Paraguay (2013), se le denomina que la TB extrapulmonar afecta frecuentemente a personas que tienen una inmunidad baja, como menores de edad e individuos afectados por el VIH/Sida. Los síntomas se manifiestan acorde al órgano afectado, como los síntomas inespecíficos, se manifiestan de manera insidiosa como sensación febril vespertina, debilidad generalizada, disminución del apetito y pérdida de peso (Ministerio de Salud Paraguay, 2013)

- Tuberculosis pleural
- Tuberculosis ganglionar
- Tuberculosis meníngea
- Tuberculosis laríngea
- Tuberculosis ósea
- Tuberculosis genitourinaria

2.3.2. Cadena de Transmisión

Agente causal

La TB puede deberse a cualquier tipo de los microorganismos que componen el complejo *Micobacterium Tuberculosis*. “Desde el punto de vista de la salud pública, la principal causa es la producción de cantidad de cuadros patológicos.” Seguida por aquella Producida por *M. Bovis*, los demás agentes producen enfermedad en menor cantidad (Rivas, et al, 2012, p. 210).

El agente de la tuberculosis o llamado también *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo de Koch). Es un bacilo aerobio estricto, ácido-alcohol resistente, sin movimiento y de crecimiento lento y que solo es inactiva con rayos ultravioleta y a temperaturas mayores de 60°C. Existen muchas especies similares que integran el complejo *M. tuberculosis*:

M. bovis, *M. africanum*, *M. microti*, *M. caprae*, *M. Canetti* y *M. pinnipedii*. Por extensión, es también llamado como tuberculosis que es producida por el *M. bovis*. El bacilo de Calmette-Guérin (BCG), el *M. bovis* atenuado, esto puede llegar a ocasionar una enfermedad indistinguible clínicamente de la tuberculosis en huéspedes inmunocomprometidos.

Las enfermedades que son producidas por las micobacterias no tuberculosas reciben el nombre de micobacteriosis.

El *M. tuberculosis* (Bacilo de Koch) es un bacilo delgado, ligeramente curvado que mide de 1 a 4 micrones de longitud se tiñe de forma irregular dando un aspecto de cuentas de rosario. “Que como característica principal tiende a multiplicarse

lentamente favoreciendo su cronicidad e influyendo en la persistencia de su estado latente” (MSP, 2015).

Fuente de infección y reservorio.

Según la Organización Mundial de la salud (2016), en su boletín informativo menciona que los grupos más vulnerables a adquirir la enfermedad, dentro de ellos están los niños menores de 5 años que viven con adultos con tuberculosis, personas con VIH, y que tienen las defensas bajas, aquellas personas de bajos recursos económicos e indígenas que habitan en lugares cerrados (hacinamiento) y sin acceso a los establecimiento de salud, personas privadas de la libertad y también los que viven en la calle; personas drogodependientes o con alteraciones mentales que no reciben atención médica (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Mecanismo de transmisión

“En el año 2004, Redondo, Cereceda y Gómez refirieron que la transmisión de esta enfermedad en su gran mayoría se debe a las infecciones que se dan mediante la vía aérea, el estar en contacto con la persona frente a frente, conversar, al estornudar, o eliminar flema en el suelo y sobre en la tos se eliminan las denominadas gotas de fluger que contienen los bacilos de Koch los cuales se pueden quedar en el ambiente por un determinado tiempo. Todo contacto cercano del paciente con tuberculosis puede contraer la enfermedad debido a que esta enfermedad se transmite de persona a persona rápidamente y muchos más si estas personas mantienen sus defensas bajas, como sucede con personas que contraen el VIH, malnutrición, diabetes, u otros padecimientos. La transmisión de la Tuberculosis es principalmente vía aérea (95% de los casos): ingresa hacia el aparato respiratorio mediante los bacilos expulsados de una persona enferma. En otras vías de ingreso hacia el organismo son mucho menos frecuentes, se manifiestan como una tuberculosis congénita; la vía digestiva” (p. 1).

“En el 2016, el Comité Nacional de Neumología menciona que cuando ingresa por medio de la vía aérea y transcurrido varios días y semanas, por lo general, de 5 a 8 (rango de 4 a 90 días), el *Micobacterium* va creciendo paulatinamente y sin

ningún impedimento en el interior de los macrófagos alveolares aún inactivos. El foco de infección suele ser único, ya sea localizado en sectores medios o ya sea en la parte inferior del pulmón, y que puede, eventualmente, expandirse a los vértices y a otras partes del organismo. Esto es llamado el período de incubación biológica, que se va transcurriendo desde el contagio hasta que se da inicio a la reacción inmunológica específica. La reacción inflamatoria a nivel pulmonar se produce después de haber una carga bacilar alta y esto es diagnosticado a través de las baciloscopias de estudio luego se va desencadenando la inmunidad celular, que de alguna forma detiene el crecimiento bacteriano. En la primo infección tuberculosa, en lo principal el chancro está compuesto por la inoculación, linfangitis y adenopatía satélite. Aproximadamente un 10% de todos adulto infectado, con una defensa normal, presentara una tuberculosis activa a lo largo de su vida; la mitad de las personas, en casi los dos primeros años luego de la infección, el enfermarse va variando con la edad: de un 40%-50% mayormente se presenta en lactantes y un 15 a 25 % en aquellos niños menores de 5 años, esto va descendiendo de entre los 5 y 10 años, e incrementa en los adolescentes. El término latente se denomina al período de incubación que va entre la infección hasta la enfermedad. Debido a que presenta ausencia de signos y síntomas de tuberculosis, y se diagnostica por presentar reacción cutánea a la prueba de tuberculina (PPD)” (p. 3-6).

2.3.3. Causas

“En el año 2016, García menciona que el contagio de la TB ocurre cuando la persona tiene defensas bajas inhala microscópicas gotas de flugge procedentes del enfermo (llamadas aerosoles), que se manifiestan cuando este tose o estornuda. Las gotas tienden a ser microscópicas de tamaño muy pequeño y se dispersan a zonas profundas del pulmón del individuo sana, donde podrían proliferar dando un lugar a la TB. Además que el pulmón es el principal órgano en el que se desarrollan los daños, hay otras localizaciones del organismo que pueden verse afectadas. En lugares espaciosos, bien ventilados o hacia el aire libre, el contagio es mínimo, porque aunque las gotitas minúsculas pueden quedar suspendidas cierto tiempo en el aire, terminan por diseminarse y disminuir su capacidad infectiva. Pero en los lugares hacinados, con mala ventilación, estas bacterias pueden acumularse en el ambiente, alcanzando una gran concentración

y facilitando así la inhalación de las partículas mismas. Es por este motivo que en regiones o zonas en pobreza o hacinamiento es más posible el contagio de tuberculosis” (p. 1).

2.3.4. Manifestaciones Clínicas.

“En el 2014, García menciona que las manifestaciones clínicas comunes de la TB pulmonar activa son tos productiva (a veces con sangre en el esputo), dolores torácicos, debilidad, disminución del peso, fiebre y sudores nocturnos. Son muchos los países que siguen dependiendo para diagnosticar la TB de la baciloscopia de esputo, una prueba que viene utilizándose desde hace mucho tiempo. Este método se basa en el examen microscópico de muestras de esputo por laboratorio para detectar la presencia de la bacteria de la TB. Sin embargo, la microscopía solo detecta la mitad de los casos de tuberculosis y es incapaz de determinar si hay fármaco resistencia” (p. 1).

Se debe tener en cuenta que de acuerdo al Comité Nacional de Neumología (2016) todas las personas que presentan la infección tuberculosa no son enfermos, por consiguiente, no llegan a presentar síntomas, ni los signos de la tuberculosis. La gran mayoría de pacientes con tuberculosis pulmonar no pueden presentar síntomas o pueden llegar a presentar algunos síntomas. Los principales síntomas son:

- Tos.
- Síndrome febril.
- Ausencia del apetito o anorexia.
- Pérdida de peso o falta de progreso.
- Cansancio o falta de actividad.

Sin embargo, algunas personas con la TB llegan hacia la consulta con algunas sintomatologías como tos crónica o adelgazamiento (Comite Nacional de Neumologia, 2016).

2.3.5. Prevención

Conforme a la norma técnica brindado por el MINSA (2013) da a conocer sobre cómo prevenir las infecciones de la TB a través de:

1. Actividades que permitan brindar información y educación a todos los individuos que son diagnosticados con TBC sobre las medidas preventivas como es el uso de mascarilla, el lavado de manos, cubrirse la boca y nariz al toser, estornudar o reír, de igual manera de como eliminar con precaución el papel usado en el depósito adecuado (para controlar los bacteriológicos positivos).
2. Ver las medidas de controlar las infecciones en cada establecimiento de salud y la ventilación natural en la vivienda de cada uno de los afectados tanto en sus lugares de estudio, trabajo, así también en instituciones públicas y privadas.
3. Proveer la vacunación con el bacilo de Calmethe-Guerin (BCG) a todos los recién nacidos, tan pronto como sea posible en todas las instituciones de salud tanto públicas como privadas.
4. Hacer prevalecer el control de infecciones y sobre la bioseguridad, cumplir con todas las normas establecidas para el control de infecciones y la bioseguridad siendo esto la responsabilidad de los directores de DIRESAS, Redes de Salud, hospitales y Jefes de centros de Salud públicos y privados.

Medidas de Control de infecciones en los Establecimientos de salud.

a) Medidas de Control Administrativos:

- El ampliar el horario del laboratorio y acortar en la entrega de resultados prioriza al sistema a diagnosticar e identificar los casos de tuberculosis.
- Atención ambulatoria de los pacientes con TB confirmada, priorizar los resultados de baciloscopias en los servicios de emergencia y hospitalización, dentro de dos horas de haber recibido en el laboratorio
- Realizar el inicio del tratamiento inmediato en todos los casos de tuberculosis diagnosticados.
- Capacitar al personal de salud constantemente, a los pacientes y familiares sobre los medios de transmisión y medidas preventivas de la tuberculosis.

b) Medidas de control ambiental:

- Establecer a las familias sobre ventilación natural
- Ver los sitios de espera y espacios para los pacientes ambulatorios

c) En los hospitales se deberá optar por maximizar la ventilación natural y mecánica para los pacientes con Tuberculosis MDR/XDR

d) Medidas de protección respiratoria

- Tener disponibles respiradores N95 para el uso del personal de salud en cantidad y calidad apropiada, mismo capacitar al personal de salud sobre el uso y la conservación correcta.
- Todo paciente con Tb pulmonar confirmada o con sospecha debe usar mascarilla, con mayor razón si se traslada en ambulancia u otro medio de transporte (Ministerio de Salud, 2013).

“En 1997, Merk y Dohme mencionan que existen 2 aspectos de prevención que son: parar la diseminación de la enfermedad y tratarla de forma precoz, antes de que se convierta en una enfermedad activa. Debido a que las bacterias de la tuberculosis son transportadas por el aire, una buena ventilación con aire fresco permite reducir su concentración y limitar su propagación. Además se puede utilizar la luz ultravioleta como germicida para acabar con las bacterias de la tuberculosis transportadas por el aire en los lugares donde confluyen personas con riesgo, como los refugios de personas sin hogar, las cárceles, las salas de espera de los hospitales y los servicios de urgencias” (p. 1470-1471).

“En 2011, el Ministerio de Ciencia e Innovación menciona que la Tuberculosis es transmitida por personas que tienen la enfermedad activa, la identificación precoz y el tratamiento de la infección activa constituyen la mejor manera de detener su transmisión. Las personas con TB activa deben toser en un pañuelo para disminuir la transmisión de las bacterias y permanecer aisladas hasta que la tos haya desaparecido. Después de unos cuantos días de tratamiento con los antibióticos adecuados, la persona afectada tiene menos probabilidad de propagar la enfermedad y, habitualmente, no necesita permanecer aislada durante más de 1 o 2 semanas. Sin embargo, si una persona trabaja con otras que constituyen un grupo de alto riesgo (como niños o personas con sida), se necesitan análisis de esputo repetidos para determinar el momento en que ya no existe peligro de transmitir la infección. Además, las personas que continúan tosiendo durante el tratamiento, las que dejan de tomar sus fármacos o no los toman de manera adecuada, o las que presentan resistencias a los fármacos para la tuberculosis, pueden necesitar un aislamiento más prolongado para que no propaguen la enfermedad. En varios países en desarrollo, se utiliza una vacuna denominada BCG para la prevención y la aparición de nuevas complicaciones, como la

meningitis, en aquellas personas que manifiesten un riesgo importante de infectarse con *Micobacterium tuberculosis*. La vacuna BCG es objeto de controversia y continua, siendo utilizada solo en países donde la posibilidad de adquirir la TB es muy alta. Recientes investigaciones están en camino de analizar una vacuna más eficaz. Alrededor del 10% de los individuos que han recibido la vacuna BCG al nacer tienen una reacción positiva a la prueba cutánea de la tuberculina quince años más tarde, aun cuando no hayan sido infectados por la bacteria de la tuberculosis. Sin embargo, es frecuente que las personas vacunadas al nacer atribuyan erróneamente una reacción PPD positiva al hecho de haberla recibido” (p. 15-17).

Vacuna con bacilo de Calmette-Guérin

“En el 2013, el Ministerio de Salud menciona que la vacuna es liofilizada del Bacilo Calmette y Guerin tiene como objetivo proteger formas graves de tuberculosis, esta vacuna se administra al recién nacido dentro de las primeras 24 horas de nacido en una dosis de 0.1 cc, debemos tener en cuenta el peso a partir de 2500 gramos a más; además de no manifestar cuadro clínico. En caso de que se llegue a detectar a un niño que sea menor de 12 meses y no haya sido vacunado por la vacuna de la BCG y sean contactos de casos de Tuberculosis pulmonar deben recibir una terapia con isoniacida y cuando termine el esquema completo del tratamiento puede recibir la vacuna de la BCG. Esta es una vacuna que está desarrollada a base de *Mycobacterium bovis* vivo atenuado. Este *Mycobacterium*, al igual que *Mycobacterium tuberculosis*, son patógenos intracelulares y la inmunidad que desarrollan es fundamentalmente de tipo celular. El efecto que desempeña” (p. 40-42).

Características de la vacuna

“En 2016, el Comité Nacional de Neumología da a entender que la vacuna de la BCG es liofilizada, y está compuesta por bacterias vivas. La cepa de la vacuna tiene la capacidad de proteger a un individuo contra la tuberculosis en todas sus formas, dejando una sensibilidad a la tuberculina así también una cicatriz en la mayoría de casos. La presentación de esta vacuna es un frasco-ampolla de 10 dosis y también vienen en ampollas de 1 a 2 ml a más. Una vez abierta la vacuna

debe ser utilizada tiene una vigencia de 8 horas. La eficacia de esta vacuna depende del manejo en cuanto a la administración y conservación de esta por parte de la enfermera a cargo de la estrategia. La que realizara una adecuada vigilancia y seguimiento de la cadena de frio hasta su uso y antes de su fecha de vencimiento. Esta vacuna no se debe exponer a la luz solar ni otra fuente de rayos ultravioleta” (p. 5-6).

Técnica de aplicación

La dosis a administrar es de 0,1 ml/cc hasta la edad indicada, la administración es intradérmica, la inserción es en el musculo deltoides un centímetro por debajo de la inserción, en la cara externa del brazo del tercio superior con el tercio medio del brazo. Esto debe producir una pápula aplanada, pálida, con bordes netos y de aspecto de “cáscara de naranja”.

Evolución de la lesión vaccinal

Después de ser aplicada la vacuna la pápula formada desaparecerá rápidamente y a dos o tres semanas se desarrollara un nódulo, que llegara a un tamaño máximo de 10 mm, a la cuarta semana aparecerá una costra que se va ir desprendiendo y luego dejando un pequeña ulcera, que de dos a tres meses llega a supurar, luego de las cuales dejara una pequeña cicatriz plana y blanquecina de un 4 a 7 mm de diámetro. Sin embargo hay casos de un 5% a 10% que no se llegue a presentar la cicatriz.

Esquema de vacunación

La vacunación inicial se aplicara a todo recién nacido con un peso a 2000 g o a más. No hay evidencia de que la revacunación con BCG aporte protección adicional, pero los niños de 1 mes a 6 años que no hubiesen sido vacunados, una vez descartado la TB siempre y cuando que no presenten alguna alteración inmunológica.

2.3.6. Terapia preventiva con Isoniacida (TPI)

“En el 2013, el Ministerio de Salud menciona que la Terapia preventiva con isoniácida, y que es administrada en la mayoría de países y también denominada como quimioprofilaxis o TP. El empleo de este medicamento es utilizado en prevención y a los individuos expuestos a una evolución de TB activa. El tratamiento en su gran mayoría puede disminuir la incidencia de Tuberculosis entre los niños infectados por el VIH. En niños infectados por el VIH que ya sean contactos y casos de Tuberculosis, rápidamente se debe descartar enfermedad activa e iniciar con el TPI, después del resultado de la prueba tuberculina” (p. 27-35).

Debido a que se presentan muchas dificultades a la adhesión de la TPI y acorde con los estudios de rentabilidad, se podría adoptar que el esquema de 6 meses y no de 9 meses de isoniácida en varios países, como en Brasil se indica la TPI de preferencia en grupos de riesgo, acorde con el resultado de la prueba de tuberculina.

- De 5 mm: se aplica a niños menores de 5 años, contactos recientes de individuos con TB; no vacunados o vacunados hace más de 2 años; individuos infectados por VIH y pacientes inmunocomprometidos;
- De 10 mm en adelante: niños vacunados hace no menos de 2 años; usuarios de drogas, personas con diabetes, enfermos renales crónicos, entre otros.

Otros regímenes de TPI continúan planteando un desafío en las áreas endémicas de TB, puesto que sólo la minoría de casi todos los contactos recibe tratamiento preventivo. En casos especiales se han descrito otros regímenes de tratamiento de la TB, por ejemplo: rifampicina durante cuatro meses y rifapentina asociada con H durante tres meses, de los cuales han sido probados en personas infectados por VIH pero que aún no son de uso común en los niños.^{1, 20} El esquema con H y rifapentina una vez por semana, por 12 semanas, con tratamiento directamente observado (DOTS), resultó idéntico al de nueve meses con el uso diario de H autoadministrada. Otros esquemas preventivos de TB aún se

encuentran pendientes de aprobación, tales como tres o cuatro meses de rifampicina e isoniazida.

El tratamiento con isoniazida se debe indicar a pacientes con TB latente y es de mucha responsabilidad la indicación del médico y de la enfermería. La dosis administrada a pacientes de 15 años o más es de 5mg/Kg/día un máximo de 300 mg al día y en personas menores de 15 años la dosis es de 10 mg/kg/día no más de 300 mg al día la cual debe ser administrada en una toma al día de lunes a domingo por 6 meses.

En individuos infectados con VIH recibirán TPI por doce meses y deberá ir en conjunto con la piridoxina de 50 mg/día.

Personas que deben recibir TPI:

- Contactos de pacientes con TB menores de 5 años
- Personas de 5 a 19 años con PPD \geq 10 mm y que son contactos de pacientes con TB
- Personas infectadas por VIH
- Conversión reciente del PPD en menos de dos años en trabajadores de salud y en personas que atienden a poblaciones privadas de la libertad.

La enfermera a cargo de la Estrategia o del establecimiento de salud tienen la responsabilidad de la organización, seguimiento, registro y control de la TPI. La medicación será entregada semanalmente al personal y por lo que la administración será supervisada correctamente. Esto será registrado en la Tarjeta de Control del Paciente con TB, para las personas con VIH la entrega del medicamento es mensual (MINSAL, 2013).

La TPI no está indicada en caso de TB resistente a isoniazida, TB MDR, Personas que han recibido tratamiento anti-TB a excepción de las personas infectadas por VIH, personas con antecedentes de hepatopatía crónica, daño hepático secundario a isoniazida o con antecedentes de reacciones adversas a este fármaco (MINSAL, 2013).

2.3.7. Quimioprofilaxis

La quimioprofilaxis es la administración de un medicamento antituberculoso a pacientes que no presentan la infección tuberculosa esto con el objetivo de evitar la aparición de la tuberculosis esto es llamado como quimioprofilaxis primaria y cuando se desarrolla la enfermedad y tenga una infección latente se le nombra quimioprofilaxis secundaria.

En otras situaciones los pacientes con falla renal tienen mayor probabilidad y es de un (10 a 25 veces), que un paciente con un buen estado de salud.

2.3.8. Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis

2.3.8.1. Diagnostico

Se debe tener en cuenta el fortalecimiento de todas las actividades de un diagnóstico precoz y un oportuno tratamiento de todos los casos de Tuberculosis con Frotis de Esputo positivo.

Estudio de Contactos: Se realiza de forma activa a todos los casos de TB o extrapulmonar, sensibles y resistentes a medicamentos. Este estudio de contactos comprende:

- a) Censo: se realiza la primera entrevista de enfermería, donde se registran todos los contactos posibles del individuo enfermo con TB.
- b) Examen: Cada contacto que fue censado debe pasar la respectiva evolución médica para poder descartar la bacteria. Aquellos que hayan dado positivo al PPD ($\geq 10\text{mm}$) se les debe realizar un Rx de tórax.
- c) Control: Todo contacto debe ser evaluado y examinado, en caso de TB sensible la evaluación debe de realizarse al inicio, en el cambio de fase y al término del tratamiento y en el caso de TB resistente la evaluación se realizara al inicio, cada 3 meses y al término.

Todos los pasos mencionados deberán ser registrados en la tarjeta de control del paciente con TB.

Para una buena evaluación y un buen diagnóstico de TB es necesario realizar la debida captación, es decir la rápida detección de sintomáticos respiratorios en

pacientes que acudan al establecimiento de salud, en las comunidades a través del estudio de contactos de personas con TB pulmonar o extrapulmonar, estudio de posibles brotes de TB en los que albergan a personas, como los hospitales, prisiones, centros de rehabilitación, comunidades terapéuticas, asilos, campamentos mineros, centro de estudios, comunidades nativas a través de búsquedas permanentes de personas que presenten tos y flema por más de 15 días, esta detección debe ser continua, obligatoria y permanente en todos los servicios del establecimiento de salud, organizada por el profesional de enfermería, en coordinación con los responsables de otros servicios (Ministerio de Salud, 2013).

Tabla 1
Diagnósticos bacteriológicos de la tuberculosis a través de Baciloscopia directa

| Resultados del examen microscópico | Informe de resultados de Baciloscopia: |
|---|---|
| No se observan bacilos ácido alcohol resistente (BAAR) en 100 campos observados. | Negativo (-) |
| Se observan de 1 a 9 BAAR en 100 campos observados (paucibacilar) | Número exacto de bacilos en 100 campos |
| Menos de 1 BAAR promedio por campo en 100 campos observados (10-99) bacilos en 100 campos | Positivo (+) |
| De 1 a 10 BAAR promedio por campo de 50 campos observados | Positivo (++) |
| Más de 10 BAAR promedio por campo en 20 campos observados | Positivo (+++) |

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

Diagnóstico clínico – radiológico de la TB a través de Radiografía de tórax a todo caso probable de tuberculosis.

Diagnóstico de TB extrapulmonar a través de la sintomatología clínica dependiente del órgano afectado, debe completarse con exámenes auxiliares, de bacteriología, histopatología, inmunología, estudio, cito-químico, estudio de

imágenes, muestra de tejido o fluido extrapulmonar obtenidos a través de tejidos u otros procedimientos. La muestra obtenida debe enviarse en suero fisiológico para los estudios bacteriológicos.

Diagnóstico de la tuberculosis latente: es la responsabilidad del Médico tratante, la prueba de la tuberculina es el método de diagnóstico de tuberculosis latente en personas sin enfermedad activa. Se considera resultado positivo si la induración es 10 mm o más para la población en general, en personas infectadas con VIH, desnutridos el valor es de 5 mm a más. El personal de enfermería es responsable de la aplicación y lectura de la prueba de tuberculina, para lo cual debe estar debidamente capacitado (MINSA, 2013).

2.3.8.2. Tratamiento

MINSA (2010) refiere que el tratamiento de la tuberculosis está basado prácticamente en un régimen de terapia combinada de corta duración elaborada en la década de los años 1970 y 1980 y que estos han ido mejorando en el transcurso de los años, teniendo en cuenta tres propiedades fundamentales de los tratamientos anti tuberculosis, con capacidad bactericida, capacidad esterilizante y capacidad para prevenir la resistencia. Dentro del Tratamiento farmacológico de la Tuberculosis sensible a las drogas considera dos fases ambas supervisadas. Además refiere que en el Perú se ha acumulado en los últimos años una reconocida experiencia internacional en el manejo de la Tuberculosis en general y de manera particular en la Multidrogorresistencia. También se ha podido incorporar herramientas de diagnóstico para identificar Tuberculosis Multidrogorresistente (TB MDR) y la posibilidad de implementar acciones terapéuticas más eficaces. El tratamiento farmacológico de la Tuberculosis sensible a las drogas considera dos fases, ambas supervisadas (p. 27-35).

Toda persona infectada por TB debe recibir atención integral en los establecimientos de salud durante todo su tratamiento incluyendo atención médica, atención por enfermería, asistencia social, salud sexual y reproductiva, evaluación nutricional y exámenes auxiliares basales.

El esquema de tratamiento para la TB es responsabilidad del personal de salud y que debe de ser de lunes a sábado e incluidos feriados, además debe ser corroborado y modificado dentro de los 30 días de calendario de haberse iniciado, de acuerdo a los resultados PS rápidas a isoniazida y rifampicina. Este esquema se establece de acuerdo al perfil de sensibilidad a isoniazida y rifampicina por PS rápida. De acuerdo al fluxograma de decisiones terapéuticas la tuberculosis pulmonar nuevos y antes tratados con frotis positivo.

Primera Fase de Inducción Bactericida:

Según MINSA (2010) el tratamiento se debe administrar diariamente, y de esta forma disminuir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación (lográndose reducir un 90% de la población bacteriana en los primeros 10 días) y para prevenir la resistencia y con ello el fracaso del tratamiento (p. 27-35).

Segunda Fase de Mantenimiento o esterilizante

Se administra intermitente, en esta fase la población bacteriana se multiplica 1 vez por semana o menos frecuente, de manera que no requiere tratamiento diario pero incluye menor número de medicamentos, suficientes para lograr conseguir la eliminación de los bacilos persistentes y evitar así las posibles recaídas en los pacientes (MINSA, 2010, p. 27-35).

Es obligatorio supervisar la toma de medicamentos por el personal de enfermería en todos los pacientes en ambas fases, para obtener la mayor posibilidad de lograr una mejor curación, está prohibido dar tratamiento auto administrado. De no poder ser cumplida esta indicación deberá ser transferido o derivado a un establecimiento de Salud del Ministerio de Salud cerca o alrededor de su domicilio para su supervisión (MINSA, 2010, p. 27-35).

Según Pinheiro, (2015) menciona que actualmente existe un medicamento llamado Coxcip 4 distribuido por el ministerio de Salud, que es un único comprimido que contiene la combinación de 4 fármacos contra la tuberculosis: rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol. En los dos primeros meses de este

tratamiento es el único medicamento necesario. En los próximos 4 meses, el paciente pasa a tomar comprimidos de isoniazida y rifampicina separados.

El gran problema de la tuberculosis es el abandono antes de finalizar los 6 meses de tratamiento. Como los síntomas mejoran en poco tiempo y los efectos secundarios son menos comunes, muchos pacientes no completan el tratamiento, manifestándose la aparición de cepas multirresistentes del bacilo de Koch. Los pacientes ya no transmiten la tuberculosis después de 15 días de tratamiento. Sin embargo, pueden ser bacilíferos (transmisores del bacilo) si no completan el curso de 6 meses de antibióticos. La tuberculosis no tratada puede llevar a la sepsis grave y muerte (Pinheiro, MD. Shaude, 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud (2013) señala que la estrategia conocida como DOTS, o TAES en español que significa “Tratamiento Acortado estrictamente supervisado” esta estrategia más costo-efectiva es para el tratamiento de la tuberculosis en el mundo. El tratamiento de la tuberculosis pulmonar consiste en dos fases:

1 era Fase intensiva o inicial

2da Fase de Continuación.

Tabla 2

Esquema para adultos y niños

Primera fase: 2 meses (HREZ) diario (50 dosis)

Segunda fase: 4 meses (H3R3) tres veces por semana (54 dosis)

- Dosis de medicamentos antituberculosos de primera línea para personas de 15 años o más

| Medicamentos | Primera fase diaria | Segunda fase tres veces por semana |
|---------------------|----------------------------|---|
|---------------------|----------------------------|---|

| | Dosis (mg/kg) | Dosis máxima diaria | Dosis (mg/kg) | Dosis máxima por toma |
|-----------------------------|------------------|---------------------------|------------------|--------------------------------|
| Isoniacida (H) | 5 (4-6) | 300 mg | 10 (8-12) | 900 mg |
| Rifampicina(R) | 10 (8-12) | 600 mg | 10 (8-12) | 600 mg |
| Pirazinamida (Z) | 25 (20-30) | 2000 mg | | |
| Etambutol (E) | 20 (15-25) | 1600 mg | | |

Fuente: Ministerio de Salud Resolución ministerial 2013.

2.3.9. Complicaciones

En una nueva infección de tuberculosis, las bacterias se trasladan desde la lesión del pulmón hasta los ganglios linfáticos que drenan los pulmones. Si las defensas naturales del organismo son capaces de controlar la infección, esta no sigue avanzando y las bacterias se vuelven inactivas. Sin embargo, los niños muy pequeños tienen defensas más débiles y estos ganglios linfáticos pueden hacerse lo bastante grandes como para comprimir los bronquios, causando una tos metálica y posiblemente un colapso pulmonar. A veces las bacterias se diseminan a través de los conductos linfáticos hacia los ganglios del cuello. Estos ganglios linfáticos pueden romperse, atravesando la piel y dando lugar a la secreción de pus (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2011, p. 15-17).

Los riñones y los ganglios linfáticos son, probablemente, las áreas donde con mayor frecuencia se presenta la tuberculosis fuera de los pulmones (tuberculosis Extra pulmonar). Puede también afectar a los huesos el cerebro, la cavidad abdominal, la membrana situada alrededor del corazón (el pericardio), las articulaciones, especialmente las que soportan mayor peso, como las caderas y las rodillas, y los órganos reproductores. La tuberculosis en estas zonas resulta difícil de diagnosticar (Departamento de salud y servicios humanos de EE.UU., 2014, p. 2-3).

Reacciones adversas a los fármacos antituberculosos

Cuando repentinamente en el tratamiento antituberculoso aparece alguna manifestación adversa, lo primero a realizar es destacar a que se deba a algún cuadro incurrente.

Las reacciones adversas pueden manifestarse de la siguiente forma:

- De intolerancia (relacionadas con la vía o forma de administración).
- Tóxicas (generalmente dosis dependiente).
- De hipersensibilidad (mediadas por mecanismo inmunológico).

Las manifestaciones de intolerancia son las más frecuentes de las reacciones adversas a las drogas. Están relacionadas con la vía de administración, y son en

general controlables con la suspensión transitoria del tratamiento, el ajuste de las dosis o medidas sintomáticas.

Las reacciones tóxicas generalmente se presentan son dosis dependientes que van mejorando ajustando la dosis a la edad y peso del enfermo. Las reacciones de hipersensibilidad normalmente aparecen de forma precoz, a menudo dentro de las primeras cuatro semanas de iniciado el tratamiento. Sus manifestaciones más frecuentes son erupciones cutáneas y fiebre, que pueden aparecer de forma conjunta o por separado.

Pueden ir desde manifestaciones leves como un rash cutáneo, que es la reacción más común y benigna, hasta cuadros graves como la dermatitis exfoliaría y a veces con compromiso de mucosas como el síndrome de Stevens-Johnson y el síndrome de Lyell (Ministerio de Salud, 2013).

2.4. Modelo Teórico de Enfermería

Teoría: Nola Pender

El Modelo de Promoción de la Salud expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud.

La Promoción de la Salud propicia el cambio en los paradigmas en salud, a tal punto que Nola J. Pender, enfermera de la Universidad de Michigan, creadora de una teoría en enfermería, identifica a la Promoción de la Salud como “el objetivo del siglo XXI, del mismo modo que la prevención de la enfermedad lo fue del siglo XX”. Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), manifestó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano también menciona que se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma como las personas adquieran decisiones acerca del cuidado de su propia salud (Aristizabal, Blanco, Sanchez, & Ostiguin, 2011, p. 3-5).

Metaparadigmas Desarrollados En La Teoría:

Persona: Es el individuo y centro de la teoría. Cada una de las personas está definida de una sola forma por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Enfermería: Es el estado de bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es base a cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera es el agente primordial encargado de motivar a los usuarios para que sostengan su salud personal.

Salud: Es un estado que es calificado altamente positivo. Esta definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Entorno: No se describe de manera precisa, pero representan las interacciones entre los factores cognitivos - perceptuales y los factores modificantes que contribuyen a la aparición de conductas promotoras de salud.

3. Definición de Términos

Conocimientos

Se define como La suma e Hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida, como resultado de experiencias y aprendizajes de la persona, en general se lo considera como un sinónimo de información. (Yagui, Jave, & Gutierrez, 2003, p. 5).

Actitudes

Se define como predisposiciones a responder de una distinta forma con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. A las cuales se integra las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas factores que a su vez interactúan entre sí.

Efectividad

Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera, realidad, validez, pues expresa la medida de impacto que un procedimiento determinado tiene sobre la salud de la población por lo tanto contempla el nivel con que se proporciona.

Tuberculosis

Es una infección contagiosa causada por una bacteria que es transportada por el aire denominada *Micobacterium tuberculosis* (Merk & Dohme, Manual de Merk, 1997)

Familia

Es el elemento natural y fundamental de seres humanos de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del estado. (Enciclopedia Britanica en Español, 2009).

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Diseño y tipo de estudio

El tipo de estudio es de tipo analítico puesto que se pretende contrastar hipótesis específicas, de enfoque cuantitativa porque permite cuantificar los hallazgos de nivel aplicativo, ya que lo logrado contribuirá a la aplicación de programas educativos sobre conocimientos y actitudes frente a la tuberculosis pulmonar en familias de pacientes de la estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud antes y después del programa de intervención, del Hospital III ESSALUD, Juliaca - 2017.

El diseño del estudio realizado es pre experimental de corte longitudinal ya que existe manipulación activa de las variables de estudio y con una aplicación de Pre Test y Pos Test. (Montero & León, 2002, p. 503-508).

2. Descripción del lugar de ejecución

La presente investigación se realizó en el Hospital III ESSALUD de la ciudad de Juliaca, que se encuentra ubicado en el Jirón José Santos Chocano SN, La Capilla a 3882 msnm en la Provincia de San Román en el departamento de Puno Perú, se realiza en el periodo de marzo – Junio 2017.

3. Población y Muestra

3.1. Población

La población estuvo constituida por 25 familiares de pacientes que asisten y son atendidas en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud antes y después del programa de intervención del Hospital III ESSALUD Juliaca.

3.2. Muestra

La muestra fue obtenida por el método de muestreo no probalístico a conveniencia lográndose captar a 25 familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar pertenecientes al esquema de tratamiento I del programa de control y prevención de tuberculosis.

Criterios de inclusión

- Familiares que recibían visitas domiciliarias en las fechas programadas por la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud del Hospital III ESSALUD Juliaca.
- Familiar que conviva con el paciente de tuberculosis atendido en la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud del Hospital III ESSALUD Juliaca.
- Familiar del paciente cuyas edades consten entre los 18 y 60 años.
- Familiar que participe libre y voluntariamente.
- Familiares que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Familiares que no aceptaron visitas domiciliarias en las fechas programadas por la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud del Hospital III ESSALUD Juliaca. Familiares que rechazaron la participación en el estudio.
- Familiar que no acepta participar libre y voluntariamente
- Familiar del paciente con Tuberculosis Pulmonar que no es atendido en la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud del Hospital III ESSALUD Juliaca. Familiares que rechazaron la participación en el estudio.

4. Hipótesis de la Investigación

4.1. Hipótesis general

Hi: El programa educativo “Respirando vida” es eficaz en la mejora de conocimientos y actitudes hacia la Tuberculosis en los familiares de pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud antes y después del programa de intervención, del Hospital III ESSALUD, Juliaca - 2017.

Ho: El programa educativo “Respirando vida” es eficaz en la mejora de conocimientos y actitudes hacia la Tuberculosis en los familiares de pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud antes y después del programa de intervención, del Hospital III ESSALUD, Juliaca - 2017.

5. Identificación de variables

Variable independiente:

- Programa “Respirando vida”

Variable dependiente:

- *Conocimiento sobre Tuberculosis*
- *Actitudes sobre tuberculosis*

6. Operacionalización de variables

| Variables | Definición Operacional | Indicadores | Criterio de Valoración |
|--|---|--|--|
| Variable independiente Programa Educativo “Respirando Vida” | Sesiones establecidas a partir de objetivos predeterminados basados en teoría de aprendizajes cognitivos y sociales. Utilizando técnicas educativas donde se brindan información de una cultura de prevención de tuberculosis en la familia. | El Modulo 1: “Respirando Vida” Sesión 1 Sesión 2 Sesión 3 Sesión 4 El Módulo 2: “Respirando Vida” Sesión 1 Sesión 2 Sesión 3 Sesión 4 | |
| Variable Dependiente Conocimiento | Es la información analizada, se divide en conocimiento empírico basado en las experiencias y conocimiento científico, los cuales se caracteriza por ser racional, objetivo, factico, metódico, sistemático y acumulativo que poseen las familias referente a la TB pulmonar | Sobre la enfermedad Ítems 1,2,3,6, Medidas de prevención Ítems 4,7,8,9,10,11,12,13,14, 15,16 | Desconoce : 0 – 10.4 Conoce: 10.5 – 16 |
| Actitud | Son predisposiciones que posee cada familia a responder de una determinada forma con reacciones favorables o desfavorables hacia la enfermedad de Tuberculosis Pulmonar la cual se obtendrá a través de la escala de Likert y valorando en aceptación o rechazo | Enfermedad Ítems: 1, 2, 3,4 Hábitos: 5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15, 16,17,18,19,20,21,22 | Actitud 11.5 - 22 Rechazo 0- 11.5 |

7. Técnicas de recolección de datos

Se utilizó la técnica de la encuesta por que permitió la aplicación del instrumento, que es de tipo cuestionario, aplicado directamente de los familiares de la muestra para obtener información necesaria sobre los conocimientos que poseen sobre la tuberculosis pulmonar.

La entrevista, que permitió la aplicación del instrumento, escala tipo Likert a los familiares de la muestra; para medir las actitudes de las familias frente a la tuberculosis pulmonar.

Instrumentos:

Para la medición de la variable conocimientos se utilizó el promedio aritmético valorando conoce o no conoce; mientras que la variable actitud se valoró en aceptación y rechazo acorde a la escala Likert que mide la actitud.

El instrumento se utilizó antes y después de ejecutar el programa con los familiares para ver si hay mejora en conocimientos y actitudes.

Posteriormente se realizan los reajustes sugeridos al instrumento con el fin de realizar la prueba piloto de 59 pacientes y determinar la validez y confiabilidad estadísticamente mediante la prueba de T Student (Collazos, 2013).

8. Proceso de recolección de datos

La recolección de datos se inició mediante el trámite administrativo respectivo, a través del cual se solicitó permiso al Comité de Capacitación e Investigación del Hospital III ESSALUD Juliaca, con el fin de lograr autorización para la aplicación del programa educativo.

Esta recolección de datos se dio inicio con la aplicación de pre test a los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar para medir conocimientos y actitudes a través de visitas domiciliarias. Previo a la toma del pre test se explicó los objetivos, se informó sobre el programa educativo y el cronograma de

actividades a realizar, seguidamente se realizó la firma del consentimiento informado.

Posteriormente se Aplicó el modulo Educativo “Respirando Vida”, dividido en 02 módulos educativos, cada uno con 4 sesiones de aprendizaje, esta intervención se realizó en un periodo de 03 meses.

Al finalizar el programa educativo se aplicó el Pos Test para medir el conocimiento y actitudes hacia la tuberculosis.

9. Procesamiento y análisis de datos

Luego de la recolección de datos fueron procesados, para procesar una matriz general utilizando el programa estadístico SPSS 23 luego de la previa elaboración de las tablas de codificación en Excel con el fin de presentar los resultados en tablas y/o gráficos estadísticos para luego proceder al análisis e interpretación respectiva.

Se utilizó tablas de distribución, de frecuencias para describir las variables y la eficacia demostrándose mediante prueba de hipótesis de diferencia de medidas para muestras relacionadas.

10. Consideraciones éticas.

La participación de los familiares de los Pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis del módulo de atención integral de salud del Hospital III ESSALUD Juliaca, el presente estudio será voluntario y con consentimiento informado, por medio de una solicitud por escrito al Comité de Capacitación e Investigación del Hospital III de Juliaca y de manera verbal mediante una reunión donde se les explicó los objetivos de la investigación y se les proporcionó la información de los beneficios que obtienen al participar en las sesiones de aprendizaje consideradas en el Programa Educativo.

Capítulo IV

Resultados y Discusión

1. Resultados

Luego de la recolección de datos mediante la aplicación de Pre test y pos test de la población Investigada. Se procedió a tabular en el programa Excel y el paquete estadístico SPSS versión 23 obteniéndose los siguientes resultados.

1.1. En relación al objetivo general

Tabla 3

Eficacia del programa “Respirando Vida” para mejorar conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis pulmonar en Familiares de pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud del Hospital III ESSALUD, Juliaca - 2017.

| | Media | N | Desviación estándar | Media de error estándar |
|----------|-------|----|---------------------|-------------------------|
| Pre-Cono | 7,24 | 25 | 3,059 | ,612 |
| Pos-Cono | 13,24 | 25 | 1,665 | ,333 |
| Pre-Acti | 47,00 | 25 | 6,658 | 1,332 |
| Pos-Acti | 55,72 | 25 | 3,889 | ,778 |

Fuente: Encuesta aplicada a Familiares de Pacientes con TBC

En la Tabla 1 se muestra las medias aritméticas de los puntajes de Conocimiento y actitudes del pre test y pos test después de haber aplicado el programa educativo “Respirando vida”, dando como resultados a nivel de conocimientos los valores de 7.24 y 13.24 puntos en escala vigesimal, con desviación estándar de 3.059 y 1.665, y a nivel de actitudes los datos estadísticos obtenidos de la media son 47.00 y 55.72, con desviación estándar de 6.658 y 3.889 respectivamente, existiendo diferencia significativa antes y después de la aplicación del programa “Respirando Vida” en relación al conocimiento y actitudes hacia la tuberculosis pulmonar.

Tabla 4

Prueba de hipótesis de muestras emparejadas de Conocimientos y actitudes antes y después de la aplicación del programa educativo “Respirando vida” sobre la tuberculosis pulmonar en Familiares de pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud del Hospital III ESSALUD, Juliaca - 2017.

| | | Diferencias emparejadas | | | | | | | |
|-------|---|-------------------------|---------------------|-------------------------|--|----------|--------|----|----------------|
| | | Media | Desviación estándar | Media de error estándar | 95% de intervalo de confianza de la diferencia | | t | gl | Sig. bilateral |
| | | | | | Inferior | Superior | | | |
| Par 1 | Conocimiento- Pre Conocimiento- Post | -6,000 | 3,149 | ,630 | -7,300 | -4,700 | -9,527 | 24 | ,000 |
| Par 2 | Actitud - Pre Actitud - Post | -8,720 | 6,282 | 1,256 | -11,313 | -6,127 | -6,941 | 24 | ,000 |

Fuente: Encuesta aplicada a Familiares de Pacientes con TBC

Después del análisis para la prueba de hipótesis de muestras relacionadas, dando un valor de sig.= 0.00; valor que se encuentra por debajo de .05, por lo que el Programa “Respirando vida” fue eficaz, para mejorar los conocimientos y actitudes frente a la tuberculosis pulmonar en familiares de pacientes de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis del módulo de atención Integral de salud de Hospital III ESSALUD aceptándose la hipótesis alterna y rechazando la nula.

En relación al primer objetivo específico.

Tabla 5

Nivel de conocimientos sobre la Tuberculosis pulmonar en familiares de Pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis del módulo de atención integral de salud de Hospital III ESSALUD Juliaca antes y después de la aplicación del programa “Respirando vida”.

| Conocimiento | | Grupo | | |
|--------------|-------------------|--------|--------|--------|
| | | Pre | Post | Total |
| Desconoce | Recuento | 21 | 1 | 22 |
| | % dentro de Grupo | 84,0% | 4,0% | 44,0% |
| Conoce | Recuento | 4 | 24 | 28 |
| | % dentro de Grupo | 16,0% | 96,0% | 56,0% |
| Total | Recuento | 25 | 25 | 50 |
| | % dentro de Grupo | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Fuente: Encuesta aplicada a Familiares de Pacientes con TBC.

En la Tabla 3 muestra los resultados del nivel conocimiento que tienen los familiares sobre la tuberculosis pulmonar antes y después de la aplicación del programa “Respirando Vida” se pudo observar que antes de la aplicación del programa un 84% desconoce, es decir que obtuvieron una nota según escala vigesimal menor 10.5 seguido de un 16% de Familiares que conocen sobre la Tuberculosis. Los mismos que después de haber sido intervenidos con el programa educativo a través de las visitas domiciliarias; observamos que un 96% de los familiares conoce sobre la tuberculosis pulmonar, ya que en la escala vigesimal obtienen un puntaje de 10.5 a 16, y que un 4 % desconoce sobre la Tuberculosis De acuerdo a estos resultados se observa la eficacia del programa “Respirando vida” para mejorar conocimientos en familiares de pacientes con tuberculosis.

1.2. En relación al segundo objetivo específico.

Tabla 6

Actitud hacia la Tuberculosis pulmonar en familiares de Pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis del módulo de atención integral de salud de Hospital III ESSALUD Juliaca antes y después de la aplicación del programa educativo “Respirando vida”.

| Actitud | | Grupo | | |
|------------|-------------------|--------|--------|--------|
| | | Pre | Post | Total |
| Rechazo | Recuento | 15 | 1 | 16 |
| | % dentro de Grupo | 60,0% | 4,0% | 32,0% |
| Aceptación | Recuento | 10 | 24 | 34 |
| | % dentro de Grupo | 40,0% | 96,0% | 68,0% |
| Total | Recuento | 25 | 25 | 50 |
| | % dentro de Grupo | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Fuente: Encuesta aplicada a Familiares de Pacientes con TBC.

En la Tabla 7 se evidencia que el nivel de actitud que tienen los familiares sobre la tuberculosis pulmonar antes de la aplicación del programa “Respirando Vida” fue de un 60% de rechazo, y un 40% con actitud de aceptación frente a la tuberculosis. A nivel de actitud de aceptación incremento de un 40% a un 96%.

2. Discusión

Después de observar los resultados obtenidos se pudo observar que el 60% de los familiares tiene de 18 a 30 años, así mismo el 32% de 31 a 59 años y el 8% son mayores de 60 años de edad, además el 68% de los familiares es de sexo Femenino y el 32% de sexo masculino, asimismo el 68% es de sexo Femenino y el 32% de sexo masculino, en su gran mayoría presentan un grado de instrucción de nivel superior en un 48%, seguido de un el 44% de nivel secundaria y con un 8% de los familiares con nivel primario; profesan la religión católica un 52%, mientras que un 48% son miembros de la Iglesia Adventista del séptimo Día.

Respecto al objetivo general antes de la aplicación del programa “Respirando vida” existió una media de 54,2400, y después del programa la media fue de 68,9600.

Los resultados obtenidos guardan relación directa con el estudio realizado por Campos y Salinas (2013), titulado “Efectividad del programa educativo: "Fortaleciendo mi conocimiento, prevengo la tuberculosis" que aplicaron al cuidador familiar”, donde observaron que antes de la aplicación del programa educativo, existía una mayor proporción de un nivel de conocimiento medio el 51,4%, bajo 34.3% y el 14,3% de los cuidadores mostraron nivel de conocimiento alto, y después de la aplicación del programa educativo, Se observa una totalidad del nivel de conocimiento alto 100,0%.

Así mismo Yesenia (2003), en su investigación titulada “Efectividad de su programa educativo “prevención de la tuberculosis” evidencia un incremento en un 100% del nivel de conocimiento y actitud de la familia del paciente determinándose la efectividad de su programa, donde guarda relación directa con la investigación.

Para que un programa educativo sea considerado de calidad y efectivo tiene que lograr sus objetivos previstos, podríamos decir que se alcanza la calidad si el participante aprende lo que se supone que debe aprender. Además que los programas incluyan contenidos valiosos y útiles: que respondan a los requerimientos necesarios para formar integralmente al participante, y que provean de información valiosas para la salud o la integración tanto individual como en

familia. Un programa debe contar con los recursos necesarios, además de emplearlos eficientemente (Pèrez, Lòpez, Peralta, & Municio, 2000, p.4-5).

El programa con el que se intervino a los familiares fue realizado con información importante sobre la tuberculosis pulmonar dando a conocer definiciones, causas, consecuencias y de la misma forma el proceso de la enfermedad a nivel del paciente, y el respectivo tratamiento que debe tener, para que la familia logre tener conocimiento y de esta manera mejorar sus actitudes frente al paciente con tuberculosis, por lo que el programa educativo cumplió sus objetivos en los participantes.

Además que MINSA reporta que somos el país con mayor cantidad de tuberculosis pulmonar al año se reportan 17 mil casos de tuberculosis, por lo cual se implementó un sistema de vigilancia que permite fortalecer el sistema de información epidemiológica que permita evaluar el impacto de estrategias de prevención y así como generar evidencias que permitan optimizar la toma de decisiones. La OMS nos reporta su meta, de reducir un 90% de mortalidad de tuberculosis y un 80% en su tasa de incidencia para el 2030 y esto solo se puede lograr concentrándonos en la educación preventiva y promocional desde nuestros establecimientos de salud, creando programas de intervención a la Población afectada por esta enfermedad, tanto físicamente y psicológica.

Respecto al primer objetivo específico sobre el nivel de conocimiento que tienen los familiares sobre la tuberculosis pulmonar las medias aritméticas de los puntajes de Conocimiento del pre test, antes de que se realice el programa "Respirando vida", fue de 7.24, mientras que en el pos test, el resultado fue de 13.24. Evidenciándose una mejoría a nivel de conocimientos.

Hora (2014), realizó un estudio de investigación aplicado en un centro de salud, donde se evaluó el nivel de conocimiento de tuberculosis, obteniendo como resultados que un 70% de nivel de conocimiento sobre TBC de medio a bajo, algo parecido ocurrió entre los participantes de 30 a 39 años, donde el 75% obtuvo ese mismo nivel de conocimientos el mismo que guarda relación directa a los resultados obtenidos en nuestra investigación, asimismo concluyó que la población joven, según diversos estudios es la más afectada por la enfermedad y tienen un nivel de

conocimientos entre medio y bajo en todas las áreas evaluadas, como signos y síntomas, factores de riesgo, prevención y tratamiento.

Es por esto que nuestra investigación se realizó la intervención en la mejora de conocimientos en los familiares de los pacientes por el contacto permanente que tienen con el enfermo por tuberculosis y la pre disponibilidad que tiene los mismos al desconocer sobre la enfermedad y no guardar las medidas de protección necesarias en Después de la intervención del programa educativo “Respirando vida”, el promedio del nivel de conocimientos mejoro al 96%.por lo tanto también hubo una mejoría en todos los rubros relacionados al nivel de actitud de aceptación en un 96%.

En otros resultados presentados como Chavez (2015) quien realizó un estudio del nivel de actitud en familiares de pacientes con tuberculosis, reporta una información de actitud favorable de 81.8% de, lo que nos demuestra que estas familias se convierten en un soporte, positivo, social y emocionalmente del familiar y esta actitud conlleva a que tengan un buen afrontamiento de la enfermedad y puedan seguir su tratamiento y lograr su pronta recuperación, donde se observa relación con la presente investigación.

Se reportan resultados respecto a los niveles de conocimiento y actitud. Acosta (2015) realizo un estudio con 47 familiares, donde obtuvo un resultado de mejora en las dos variables de la presente investigación sobre el "Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Micro Red de santa Ana - Huancavelica 2014", donde se reportan sus resultados, que tiene un nivel de conocimiento alto y una actitud positiva.

De la misma manera se aprecia en otro trabajo de investigación que los resultados fueron del 100%; 56% no conoce y un 44% conoce, con respecto a las actitudes se aprecia que un 56% presenta una actitud de aceptación y un 44% de rechazo; concluyendo que el mayor porcentaje de familiares no conoce sobre el uso de quimioprofilaxis, vacunación BCG y tiene una actitud de aceptación, seguido de un porcentaje significativo que conoce y rechaza la aplicación de las medidas

preventivas. (Collazos, 2013), claramente se puede notar que esta población necesita de un programa de intervención y así evitar que la familia en su futuro sean pacientes de tuberculosis, por no haber concebido una información concreta de prevención y control de tuberculosis. La tuberculosis es conocida como una patología infectocontagiosa, granulomatosa crónica producida por el *Micobacterium Tuberculosis* o bacilo de Koch, esta patología generalmente se localiza a nivel de los tejidos blandos y más oxigenados como pulmones, riñones, a nivel cerebral y óseo articular (Beltrame, Latorraca, & Moral, 2014, p. 5-6).

De acuerdo a los resultados encontramos que a nivel de conocimientos y actitudes de los familiares de los pacientes con TBC antes de la aplicación del programa existió desconocimiento y Rechazo; lo que permitió la aplicación del programa “Respirando vida” para la mejora de conocimientos y actitudes.

En cuanto al segundo objetivo específico sobre las actitudes de los familiares se aprecia que el nivel de actitud hacia la tuberculosis pulmonar antes y después de la intervención del programa “Respirando vida”, los datos estadísticos obtenidos de la media son 47.00 y 55.72 respectivamente, con desviación estándar de 6.658 y 3.889, manifestando diferencias significativas entre pre y pos en relación a la actitud de los familiares hacia la tuberculosis pulmonar.

La clave para controlar los temores frente al contagio de la tuberculosis es estar bien informado sobre cómo se contagia y cómo no se contagia la enfermedad, ya que la mayoría de veces las ideas sobre el cómo se contagia no son correctas, por lo que lleva al maltrato y a la marginación del paciente. El apoyo familiar y la buena información ayudan a tomar medidas de prevención sin discriminar al paciente, es necesario considerar que la habitación de la persona enferma deberá estar ventilada, bien iluminada, y mantener condiciones de higiene permanentes.

Y esto se va a realizar a través de una capacitación a profundidad sobre lo que realmente es la tuberculosis y todos los conocimientos necesarios para que la familia tenga conocimiento de cómo actuar frente al familiar que tiene tuberculosis y que atraviesa por momentos difíciles.

Es por esto que la población fue exclusivamente de familiares de los pacientes de tuberculosis a partir de los 18 años quienes recibieron visitas domiciliarias y a la vez un seguimiento exhaustivo para que el programa sea efectivo. Y esto dio como resultado que el nivel de conocimientos hacia la tuberculosis, que poseen los familiares de pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis del módulo de atención Integral de salud de Hospital III ESSALUD durante el pre test, revelaron desconocimiento significativo sobre la tuberculosis al iniciar el programa educativo por lo que como consecuencias existió actitud de rechazo hacia la tuberculosis.

Siendo que estos resultados fueron superiores al estudio realizado por Dávila y Morí (2015) respaldan a través de su investigación que el 60% de familiares presentaron conocimiento inadecuado sobre el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis pulmonar; 68.8 % de familiares presentaron actitud de rechazo, 16,2% actitud de aceptación y 15,0 % actitud de indiferencia.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

Primero: A un nivel de significancia de 0,00 ($< 5\%$) el programa educativo “Respirando vida” es eficaz para mejorar los conocimientos y actitudes sobre la Tuberculosis Pulmonar en familiares de pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud del Hospital III ESSALUD, Juliaca - 2017.

Segundo: El nivel de conocimientos que poseían los familiares sobre la tuberculosis pulmonar antes de la aplicación del programa un 84% desconoce seguido de un 16% de familiares que conocen sobre la tuberculosis y después de la aplicación del programa “Respirando Vida” se pudo observar que un 96% de los familiares conoce sobre la tuberculosis pulmonar y que un 4 % desconoce sobre la Tuberculosis.

Tercero: La actitud que asumían los familiares hacia la tuberculosis pulmonar antes de la aplicación del programa “Respirando Vida” fue de un 60% de rechazo, y un 40% con actitud de aceptación frente a la tuberculosis y después de aplicar el programa educativo la actitud de aceptación fue de un 96% y de rechazo de un 4%.

2. Recomendaciones

A la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis del módulo de atención Integral de salud de Hospital III ESSALUD, realizar programas de intervención dirigidos hacia los pacientes, familias y población en general acerca de las formas preventivas como la barreras de protección uso de mascarillas, lavado de manos, ambientes con buena ventilación e iluminación, estilos de vida saludable es decir consumir productos de origen vegetal y animal de acuerdo a la pirámide alimenticia.

Al personal de enfermería realizar visitas domiciliarias para educar a los familiares de estos pacientes sobre la prevención de esta enfermedad.

Al responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud Elaborar trípticos, volantes, folletos, informativos sobre la tuberculosis pulmonar, para que de esta forma se brinda más información a la población en general sobre la enfermedad.

Promover a la ciudadanía a participar en programas educativos sobre la prevención de la tuberculosis a través de medios auditivos, visuales a nivel local y regional.

A la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión, continuar investigando esta temática con estudios de tipo cualitativo.

Referencias bibliográficas

- Alvarez Gordillo, G., & Alvarez Gordillo, J. F. (2000). Percepciones y Prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. *SCIELO Salud Pública de México*, 52 - 73. Obtenido de http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342000000600008&script=sci_arttext&tIng=eses
- Arango, M., & Figueiredo, R. (2014). Profilaxis con isoniazida en niños y jóvenes con infección latente por *Mycobacterium tuberculosis*. *Clemax C. Sant'Anna*, 630-635. Obtenido de <https://www.siicsalud.com/dato/sic/206/137884.pdf>
- Aristizabal, G., Blanco, D., Sanchez, A., & Ostiguin, R. (12 de Setiembre de 2011). The model of health promotion proposed by Nola Pender. *Enfermería Universitaria*, VIII(4), 3-5.
- Aristizabal, G., Blanco, D., Sanchez, A., & Ostiguin, R. (12 de Setiembre de 2011). The model of health promotion proposed by Nola Pender. *Enfermería Universitaria*, VIII(4), 3-5. Obtenido de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=36608>
- Balaguer, P. F., & Castells, G. A. (2014). *Cancer digestivo: patogenia, diagnóstico tratamiento y prevención* (Vol. I). España: Elsevier España.
- Barnhart, D., Bennett, P. P., & Sloa, R. (1997). Filosofía y Ciencia de la Asistencia. En M. Tomey, *Modelos y Teorías en Enfermería* (Tercera ed., págs. 154-155). Madrid: Diorki, Servicios Integrales de Edición.
- Barros Segovia, J. A. (2015). "Conocimiento, Actitudes Y Prácticas En Tuberculosis En Pacientes De 20 A 45 Años En Hospital De El Empalme Período 1 De Enero A 31 De Diciembre Del 2014". *Repositorio nacional en Ciencia y tecnología*, 60.
- Beltrame, S., Latorraca, M., & Moral, M. (2014). *Enfermedades Infecciosas Tuberculosis*. Argentina: ISSN. Obtenido de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000049cnt-guia_de_diagnostico_tratamiento_y_prevenccion_de_la_tuberculosis_2015.pdf
- Beltrame, S., Latorraca, M., & Moral, M. (2014). *Enfermedades Infecciosas Tuberculosis*. Argentina: ISSN. Obtenido de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000049cnt-guia_de_diagnostico_tratamiento_y_prevenccion_de_la_tuberculosis_2015.pdf
- Bravo, S. (2015). *Nivel de conocimientos sobre la tuberculosis pulmonar en paciente del programa de control de tuberculosis, Red Puno-2015*. Puno.
- Campos, M., & Salinas, R. (2013). *Efectividad del programa educativo "Fortaleciendo mi conocimiento, prevengo la "tuberculosis" en el nivel de conocimiento del cuidado familiar*. Centro de Salud El Progreso. Chimbote. Obtenido de <http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/2023>

- Carreño, H., & maria . (2014). "*Nivel de conocimientos sobre la tuberculosis multidrogoresistente en poblacion general del centro de salud Mirones Bajo*". lima. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3954/1/Hora_cm.pdf
- Carvajal, B., & Varela, A. (2014). "Conocimientos, actitudes y practicas frente a la tuberculosis en trabajadores del sector salud en municipios prioritarios de la Costa Pacifica Colombiana" . *Revista ciencias de la salud* , 339-340.
- Castillo, G., Zàrate, N., & Güisa, I. (2014). *Impacto de un programa educativo, en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, con respecto a la incidencia de tuberculosis, en zonas de alto riesgo epidemiológico*. Tacna. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/33551585_Impacto_de_un_programa_educativo_en_los_conocimientos_actitudes_y_practicas_de_la_poblacion_con_respecto_a_la_incidencia_de_tuberculosis_en_zonas_de_alto_riesgo_epidemiologico
- Centro para el control y la prevencion de enfermedades CDC. (1 de julio de 2015). *Enfermedad de tuberculosis (TB): Sintomas y factores de riesgo* . Obtenido de Centro para el control y la prevencion de enfermedades CDC: <https://www.cdc.gov/spanish/especialescdc/sintomastuberculosis/>
- Collazos Flores , C. (2013). "*Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la ESN-PCT - C.S San Luis – 2012*". lima. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1048/1/Collazos_fc.pdf
- Collazos, C. (2013). "*Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la ESN-PCT - C.S San Luis – 2012*". lima. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1048/1/Collazos_fc.pdf
- Comite Nacional de Neumologia. (2016). Criterios de Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis infantil. 4-8.
- Crespo, C., Huayapa, J., & Marca, R. (2014). *Efectividad del programa educativo "Respira Sano" en el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar en los estudiantes del 3º al 5º de secundaria; de la institucion educativa Corazones Marianos del norte, Puente Piedra*. Lima.
- Culqui, D., & Zabaleta, J. (2009). tuberculosis en poblaciones indigenas del Peru: Los Aimaras del Peru, 2000-2005. *revista peruana de epidemiologia* , 2-6.
- Dávila , E., & Morí , L. (2015). "*conocimientos y actitudes de la familia frente al diagnostico y tratamiento del paciente con tuberculosis atendidos en el Hospital regional de Loreto, Iquitos-2015*". Iquitos. Obtenido de http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3942/Ebony_tesis_t%C3%ADtulo_2015.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Davila , E., & Mori , L. (2015). "*Conocimiento y actitudes de la familia frente al diagnostico y tratamiento del paciente con tuberculosis atendidos en el hospital regional de Loreto, Iquitos – 2015*". Iquitos.

- Departamento de salud y servicios humanos de EE.UU. (2014). *preguntas y respuestas sobre la tuberculosis*. Estados Unidos. Obtenido de <https://www.cdc.gov/TB/esp/publications/faqs/TBQASp.pdf>
- Enciclopedia Britanica en Español. (2009). *LA Familia : Conceptos Titulo y Evolucion*. Madrid: Ediciones Castillo.
- Enciclopedia Britanica en Español. (2009). *LA Familia : Conceptos Titulo y Evolucion*. Madrid: Ediciones Castillo.
- Garcia, K. (26 de Marzo de 2014). La Tuberculosis es una enfermedad Curable y Prevenible. Naciones unidas.
- Garcia, K. (26 de Marzo de 2014). La Tuberculosis es una enfermedad Curable y Prevenible. *Fronterad revista digital*, 1. Obtenido de <http://www.fronterad.com/?q=tuberculosis-es-enfermedad-curable-y-prevenible>
- García, S. (2016). *WebConsultas Healthcare, S.A.* Obtenido de WebConsultas: <http://www.webconsultas.com/tuberculosis/causas-de-la-tuberculosis-713>
- grupo de investigacion Edu fisica. (s.f.). Las actitudes. *EDU - FISICA*, 1. Obtenido de www.edu-fisica.com
- grupo de investigacion Edu fisica. (s.f.). Las actitudes. *EDU - FISICA*, 1. Obtenido de www.edu-fisica.com
- Grupo de Investigacion Edufisica. (2013). Las Actitudes. *Edu - Fisica*. Obtenido de <http://www.edu-fisica.com/Formato.pdf>
- Keffer, J., Hensley, D., Kilgore-Keever, K., Lanfitt, J., & Peterson, L. (1997). Modelo de Salud. En M. Tomey, *Modelos y teorías de enfermería* (pág. 479). Madrid: Diorki, Servicio Integral de Edision.
- La salle. (10 de Enero de 2010). Salud y bienestar emocional: Estilo de vida . *Bien estar*, págs. 1-2.
- Lam, r., & Hern, P. (16 de Abril de 2008). Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? En *Instituto de Hematología e Inmunología*. Cuba. Obtenido de http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol24_2_08/hih09208.htm
- Macias, T. (21 de Diciembre de 2015). *La tuberculosis* . Obtenido de Blogger.com : <http://qstuberculosis.blogspot.pe/>
- Merk, S., & Dohme. (1997). *Manual de Merk*. Barcelona : MMXV editorial Oceano
- Merk, S., & Dohme. (1997). *Manual de Merk*. Barcelona: MMXV editorial Oceano.
- Ministerio de Ciencia e Innovacion. (2010). *Guía de Practica Clinica Sobre el Diagnostico, el Tratamiento y la Prevencion de la Tuberculosis*. Arpirelieve.
- Ministerio de Ciencia e Innovacion. (2011). *Guía de Practica Clinica Sobre el Diagnostico, el Tratamiento y la Prevencion de la Tuberculosis*. Arpirelieve. Obtenido de <http://www.guiasalud.es/egpc/tuberculosis/completa/index.html>

- Ministerio de Salud. (5 de Mayo de 2010). *Ministerio de Salud*. Obtenido de Ministerio de Salud: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/>
- Ministerio de Salud. (2013). *Norma Tecnica de Salud Para la Atencion Integral de las Personas Infectadas por Tuberculosis*. Lima.
- Ministerio de Salud. (2013). *Norma Tecnica de Salud Para la Atencion Integral de las Personas Infectadas por Tuberculosis*. Lima. Obtenido de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/normaspublicaciones/NTSTBC.pdf>
- Ministerio de Salud de Peru. (15 de Agosto de 2013). *NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE ESTABLECE EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACION*. Obtenido de Normatividad: ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM510_2013_MINSA.pdf
- Ministerio de Salud Paraguay. (2013). *Manejo de la tuberculosis en atencion primaria de salud*. Asuncion: ISB.
- Ministerio de Salud Publica. (2015). *Prevencion, Diagnostico, -tratamiento y Contro de Tuberculosis*. Quito: Direccion Nacional de Normatizacion. Obtenido de http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3009:opsoms-realizo-reunion-regional-de-jefes-de-programas-nacionales-de-control-de-tuberculosis-en-la-ciudad-de-panama&Itemid=900
- Ministerio de Salud Publica. (2015). *Prevencion, Diagnostico, -tratamiento y Contro de Tuberculosis*. Quito: Direccion Nacional de Normatizacion. Obtenido de <http://salud.gob.ec>
- Ministerio Familiar . (2016). *Iglesia Adventista del Septimo Dia AGAPE*. Obtenido de Ministerio Familiar: <http://www.iglesiaadventistaagape.org/Pages/MINISTERIOFAMILIAR.aspx>
- Mokate, K. (2002). *EFICACIA, EFICIENCIA, EQUIDAD Y SOSTENIBILIDAD: ¿QUÉ QUEREMOS DECIR?* INDES. Obtenido de https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/9/37779/gover_2006_03_eficacia_eficiencia.pdf
- Montero, I., & León, O. (2002). Clasificacion y descripcion de las metodologias de investigacion en Psicologia. *Revista Internacional de Psicologia Clinica y de la salud*, 503-508. Obtenido de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-53.pdf
- Mouriño, R., Espinosa, P., & Moreno, L. (1991). *El conocimiento Cientifico*. Obtenido de Facultad de Medicina UNAM: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2015/11/conocimiento-investigacion.pdf>
- Mouriño, R., Espinosa, P., & Moreno, L. (1991). *El conocimiento Cientifico*. *Moebio*, 27, 22-26. Obtenido de Facultad de Medicina UNAM: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2015/11/conocimiento-investigacion.pdf>

- Murillo-Godínez, G. (2009). Las Gotitas de Flügge. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 290. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093j.pdf>
- Obeso, D., & Orrego, D. (2010). *Satisfacción Familiar y Calidad de Vida del Paciente del Programa de Control de Tuberculosis del Ministerio de Salud-Distrito el Porvenir*. Trujillo.
- Organizacion del Bachillerato Internacional. (2013). *Guia Teorica del Conocimiento*. Reino Unido: International Baccalaureate Organization Ltd. Obtenido de http://gye.ecomundo.edu.ec/alumnos/material/material_2014_A_129_B_22_25059.pdf
- Organizacion del Bachillerato Internacional. (2013). *Guia Teorica del Conocimiento*. Reino Unido: International Baccalaureate Organization Ltd. Obtenido de http://gye.ecomundo.edu.ec/alumnos/material/material_2014_A_129_B_22_25059.pdf
- Organizacion Mundial de la Salud. (Octubre de 2016). *Centro de prensa: Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
- Organizacion Panamericana de Salud. (2016). *Dia Mundial de la Tuberculosis*.
- Organizacion Panamericana de Salud. (10 de Marzo de 2016). Dia Mundial de la Tuberculosis. Obtenido de <http://www.who.int/campaigns/tb-day/2016/es/>
- Pacheco , F. (2002). Actitudes. *Eúphoros*, 173-186. Obtenido de <file:///C:/Users/hp%20245g3/Downloads/Dialnet-Actitudes-1181505.pdf>
- Pèrez, R., Lòpez, F., Peralta, M. D., & Municio, P. (2000). *Hacia una educacion de calidad; Gestìon, instrumentos y evaluacion*. Madrid: Narcea.
- Pinheiro, P. (17 de Abril de 2015). *MD. Shaude*. Obtenido de MD, Shaude.
- Pinheiro, P. (17 de Abril de 2015). *MD. Shaude*. Obtenido de MD, Shaude: <https://www.mdsaude.com/es/category/enfermedades-infecciosas>
- Pretel, V. (2002). *Evaluacion de las anotaciones de enfermeria durante los años 2000 -2002 en el servicio de Neurologia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen*. Lima.
- Redondo, J., Cereceda, M., & Gómez, M. (octubre de 2004). *Programa de formación continuada acreditada para médicos de atención primaria*. Obtenido de Sitio wed programa de formación continuada acreditada para médicos de atención primaria.: http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/abordaje4.php
- Reforma es mas salud . (2014). Si tienes tos por mas de 15 dias acude al centro de salud mas cercano . + *Vida: Suplemento de salud* , 4-5.
- Rivas, C., Greif, G., Coitinho, C., Araújo, L., Laserra, P., & Robello, C. (2012). Primeros casos de tuberculosis pulmonar por Mycobacterium bovis. *revista*

- medica uruguaya*, 209-213. Obtenido de http://www.chlaep.org.uy/descargas/curso_tb_mico_bacterias/primeros-casos-myc-bovis.pdf
- Rojas Tello , G. (2006). "*Actitudes de la familia hacia el diagnostico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el centro de salud "Tablada de Lurin" noviembre - diciembre 2005*". Lima. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1026/1/Rojas_tg.pdf
- Tillett, L. (1997). Modelo de Promocion de la Salud. En M. Tomet, *Modelos y Teorias en Enfermeria* (pág. 511). Madrid: Diorki, Servicios Integrales de Edision.
- Uria, T., & Fernando, J. (2016). "*Nivel de conocimientos en pacientes afectados de tuberculosis en el centro de salud Maria Teresa de Calcuta. Enero - Junio 2015*". lima. Obtenido de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/467/1/Tisoc_j.pdf
- Vives, A. (2007). Estilo de vida saludable: Puntos de vista para una opcion actual y necesaria . *Revista Psicologia Cientifica.com* , 1-2.
- White, E. (2008). *Ministerio de Curacion*. Argentina: Asociacion de Casa editora Sudamericana.
- White, E. (2012). *Consejos sobre el regimen alimenticio*. Estados Unidos: Ellen G. White Estat. Obtenido de [https://egw writings-a.akamaihd.net/pdf/es_CRA\(CD\).pdf](https://egw writings-a.akamaihd.net/pdf/es_CRA(CD).pdf)
- White, E. (2014). *El hogar Cristiano*. Argentina: Asociacion Casa Editora Sudamericana.
- Yagui, M., Jave, O., & Gutierrez, C. (2003). Agenda Nacional en Tuberculosis en Peru 2011 - 2014. *Panamericana de Salud Publica*, 5.
- Yagui, M., Jave, O., & Gutierrez, C. (2013). Agenda Nacional en Tuberculosis en Peru 2011 - 2014. *Panamericana de Salud Publica*, 151-158. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n2/11.pdf>

Anexos

A. Instrumento de recolección de datos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Eficacia del programa “Respirando Vida” para mejorar conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis pulmonar en Familiares de Pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud del Hospital III ESSALUD, Juliaca - 2017.

Yo, he sido invitado a participar en el programa “Respirando Vida”, el cual va dirigido a identificar los conocimientos y actitudes acerca de la Tuberculosis los que contribuirán como ayuda para nuestro familiar.

Asimismo he recibido información previa acerca de cómo se llevará a cabo el programa, el cual no implica ningún riesgo para mí, de manera tengo conocimiento de que mi identidad se mantendrá en absoluta reserva y que mis respuestas podrán ser publicadas siempre y cuando se respete mi anonimato.

Declaro que todas las preguntas que se me formulan han sido convenientemente aclaradas y que he comprendido la información que se me ha proporcionado, para lo cual consiento voluntariamente la toma de datos para los estudios a desarrollarse a mi persona, antes y después del desarrollo del Programa.

Firma del participante

Fecha: / /2017

Fecha

Nº de Ficha:

Presentación:

Muy buenos días somos bachilleres de la escuela profesional de enfermería de la Universidad Peruana Unión estoy realizando un estudio en coordinación con el Hospital III ESSALUD- Juliaca a fin de Obtener información sobre los conocimientos y actitudes hacia la tuberculosis pulmonar, para lo cual se agradece de antemano su colaboración a tener respuestas veraces, es de carácter anónimo y confidencial.

Edad: _____ Sexo: F () M ()

Grado de Instrucción; Primaria () Secundaria () Superior ()

Lugar de procedencia: Costa () Sierra () Selva () Religión: _____

Estado Civil: Soltera () Casada () Viuda () Divorciada () Conviviente ()

Instrucciones:

A cada pregunta formulada, marque con un aspa (X) la respuesta que usted considere correcta.

1. La tuberculosis es una enfermedad:
 - a. Hereditaria
 - b. Infecto contagiosa
 - c. Incurable
 - d. Solo da a los pobres
2. El principal signo que presenta la persona infectada con TBC está dada por:
 - a. Tos por más de 15 días
 - b. Adelgazamiento
 - c. Diarreas
 - d. Sudoración profusa

3. La TBC pulmonar se contagia frecuentemente por:
 - a. Mantener relaciones sexuales
 - b. Abrazos
 - c. Sangre
 - d. Toser, expectorar, conversar
4. La vacuna BCG protege contra:
 - a. Las formas más graves de tuberculosis
 - b. La neumonía
 - c. La poliomielitis
 - d. La rabia
5. La frecuencia con la que debe tomar el tratamiento la persona contagiada de tuberculosis es:
 - a. Debe ir algunos días a tomar sus pastillas
 - b. Debe ir los primeros dos meses todos los días excepto los domingos, luego interdiario por 4 meses
 - c. Diario según los signos y síntomas
 - d. Debe ir todos los días durante más de un año
6. El paciente con TBC recibe su tratamiento principalmente en:
 - a. El hogar
 - b. Hospital
 - c. Centro de Salud
 - d. Clínicas
7. A quienes se aplica la vacuna BCG:
 - a. A cualquier persona
 - b. A la edad de 4 años
 - c. A la edad de 10 años
 - d. Al recién nacido
8. Con que nombre se le conoce a la persona que vive con el paciente portador de la TBC:
 - a. Portador pasivo
 - b. Portador Activo
 - c. Contactos
 - d. Portador

9. La prueba que deben realizarse los familiares del paciente que han estado en contacto con el paciente se le conoce como:
 - a. Examen de Orina
 - b. Examen de Sangre
 - c. Tomografía
 - d. Prueba de Esputo (BK)
10. El tratamiento que se le da a los menores de 15 años que han estado en contacto con el paciente se le conoce como:
 - a. Quimioprofilaxis
 - b. Aislamiento
 - c. Nebulización
 - d. Prueba de esputo
11. La Alimentación para prevenir la tuberculosis debe ser
 - a. Alta en grasas
 - b. Alimentación balanceada
 - c. Hacer Dieta
 - d. Abundante en Calorias
12. La alimentación del paciente con TBC debe ser
 - a. Dieta Balanceada rica en proteínas (Carnes)
 - b. Dieta balanceada rica en Grasas
 - c. Dieta Blanda
 - d. Dieta Vegetariana
13. Al toser uno debe:
 - a. Cubrirse con la mano
 - b. Cubrirse con el antebrazo
 - c. Evitar Cubrirse
 - d. Toser al otro lado
14. Las medidas de higiene que se debe realizar para evitar un contagio con TBC es:
 - a. Lavado de manos, cubrirse al estornudar
 - b. Guardar distancias con el paciente
 - c. Bañarse todos los días
 - d. Solo lavar con agua hirviendo los utensilios del paciente
15. El paciente dentro del domicilio debe:

- a. Descansar y hacer los quehaceres del hogar
 - b. Aislarse en un rincón
 - c. Usar mascarilla y cubrirse al toser
 - d. Cubrirse al toser y descansar.
16. La vivienda para evitar un contagio por TBC debe estar:
- a. Arreglada, poca iluminación, cerrada
 - b. Limpia, ventilada e iluminada
 - c. Sucia, desarreglada, poco ventilada
 - d. Cerrada arreglada e iluminada.

Datos de la prueba de confiabilidad.

Confiabilidad del instrumento – Cuestionario Collazos (2013) refiere que para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a utilizar la fórmula de Kuder Richardson de Donde:

$$K = 16, K - 1 = 15, \Sigma pq = 3.12, S^2 = 7.81$$

Reemplazando en la expresión (1): Se obtiene Kuder- Richardson = 0.64

Por lo tanto el instrumento es confiable.

Confiabilidad del instrumento – escala de licker

Para determinar la confiabilidad del instrumento: Escala Likert se procedió a utilizar la fórmula alfa - Crombach:

Donde:

$$K = 22$$

$$K - 1 = 21$$

$$S_i^2 = 10.8$$

$$S_t^2 = 22.8$$

$$\hat{\alpha} = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Reemplazando en la expresión (1): Se obtiene alfa-crombach = 0.55

Por lo tanto el instrumento es confiable

| | Diciembre | | | | Enero | | | | Febrero | | | | Marzo | | | | Abril | | | | Mayo | | | | Junio | | | | Julio | | | | Agosto | | | | | | | |
|--|-----------|---|---|---|-------|---|---|---|---------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|------|---|---|---|-------|----|----|----|-------|----|----|----|--------|----|----|----|---|---|---|---|
| | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S1 | S2 | S3 | S4 | S1 | S2 | S3 | S4 | S1 | S2 | S3 | S4 | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | M | V | M | V | M | V | M | V | M | V | M | V | M | V | M | V |
| Diseño de problema | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración del plan del proyecto | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aprobación del proyecto Y Revisión de Módulos Educativos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Coordinación con el hospital III para aplicar Programa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reunión con participantes del programa "Respirando Vida" | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Aplicación de Pre Test | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inauguración del Programa "Respirando Vida" | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| EJE TEMATICO 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTIVIDADES | Diciembre | | | | Enero | | | | Febrero | | | | Marzo | | | | Abril | | | | Mayo | | | | Junio | | | | Julio | | | | Agosto | | | | | | | |
| | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S | S1 | S2 | S3 | S4 | S1 | S2 | S3 | S4 | S1 | S2 | S3 | S4 | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | M | V | M | V | M | V | M | V | M | V | M | V | M | V | M | V |
| Tema 1: La Tuberculosis en la actualidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Presupuesto

| Materiales | Cantidad | Valor unitario | Valor total |
|--------------------------------|-----------------|-----------------------|---------------------|
| Recursos materiales | | | |
| Papel bond | | | S/. 150.00 |
| Utiles de escritorio | | | S/. 50.00 |
| Recursos bibliográficos | | | |
| Adquisición de libros | | | S/. 250.00 |
| Recursos de impresión | | | |
| Horas de internet | 150 | 1.00 | S/. 250.00 |
| Impresiones | 300 | 0.25 | S/. 75.00 |
| Trípticos | 300 | 0.10 | S/. 30.00 |
| Trasporte y estadía | 50 | 5.00 | S/. 250.00 |
| Incentivos | 300 | 1.00 | S/. 300.00 |
| Imprevistos | | | S/. 1200.00 |
| Curso conducente a tesis | | | S/. 1,500.00 |
| Proceso de tesis | | | S/. 1,600.00 |
| TOTAL | | | S/. 5,655.00 |



MODULO EDUCATIVO

“RESPIRANDO VIDA”



Elaborado por:

Bach. Quispe Sucari Maribel

Bach. Flores Saltos Juana Mayrovi

Juliaca, 2017



Querido(a) amigo (a)

Nos hace de mucho gusto presentarle este módulo/informativo titulado “RESPIRANDO VIDA“, hoy iniciamos la primera etapa de este programa educativo donde compartirás abiertamente con tus amigos (as) vivencias, inquietudes, dudas, conocimientos y actitudes sobre diferentes aspectos de la enfermedad. Este programa te podrá ayudar a fortalecer los conocimientos, preparándote para enfrentar mejor la vida en general y, especialmente, los momentos especiales o difíciles que seguramente se te van a presentar durante el tiempo de Tratamiento y recuperación de nuestro familiar. Te invitamos a participar de esta experiencia, completando los ejercicios de este cuadernillo, de acuerdo a las indicaciones que te ira dando tu facilitador/a.



CONTENIDO

MODULO 1

Tuberculosis en la actualidad

Que es la tuberculosis

Causas, signos y síntomas

Tratamiento y prevención de la tuberculosis

MODULO 2

Como actuar frente a la tuberculosis

Como ayudar a nuestro familiar con tuberculosis

Hábitos y estilos de vida saludable

Riesgos y grupos vulnerables en la tuberculosis pulmonar



DATOS PERSONALES

Mi nombre es:

Lo que más me gusta de mí es:

Lo que menos me gusta de mí es:

Lo que más me gusta hacer es:



Sesión I:

Tuberculosis en la actualidad

1. Objetivo General

Afianzar los conocimientos sobre la Tuberculosis a nivel mundial y Nacional.

2. Objetivos específicos

- **Cognitivo**

Al finalizar la sesión educativa, los familiares comprenderán como se encuentra la tuberculosis en la actualidad.

- **Psicomotor**

Al finalizar la sesión educativa, los familiares reconocerán el nivel de crecimiento a nivel nacional e Internacional.

- **Afectivo**

Familiares compartirán los conocimientos adquiridos con sus familiares y entorno

| Animación | Reflexión | Desarrollo | Evaluación |
|--|--|-------------------------|---|
| 5 min | 5 min | 20 min | 10 min |
| Se dará la bienvenida a los familiares, y registro de asistencia | Se les mostrara un video relacionado al Tema | Desarrollo de la Sesión | Se motivara a los familiares a asumir compromisos para poner en práctica lo aprendido durante la sesión educativa en su entorno social. Se realizara preguntas sobre lo aprendido e incentivos así como la invitación a seguir participando de los temas a desarrollar. |



3. Desarrollo

Tuberculosis en la actualidad



La tuberculosis es una de las 10 principales causas de muertes en el mundo que afecta primordialmente a los adultos en los años más productivos de su vida, lo que no significa que los demás grupos de edad estén exentos de riesgo. Más del 95% de los casos de mortalidad se concentran en países de desarrollo, se estima que una tercio de la población del mundo tiene tuberculosis latente, termino este aplicado a las personas infectadas por el bacilo, pero que aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección. (Organizacion Mundial de la Salud, 2016)

La Tuberculosis es una enfermedad de las más antiguas de la humanidad, y que en la actualidad representa un problema de salud pública a nivel mundo. La OMS estimó 2 mil millones de individuos infectados en el año 2007. En Venezuela se presentan alrededor de 6000 nuevos casos por año

En el 2015 la cifra mundial estimada de nuevos casos de TB fue de 10,4 millones. Sin embargo esta enfermedad es curable y prevenible.



Aproximadamente una tercera parte de la población a nivel mundial está infectada por el bacilo de Koch y solo una pequeña porción de los infectados enfermara de tuberculosis. Las personas con sistemas inmunitarios debilitados corren un riesgo mucho



mayor de enfermar de tuberculosis. Las personas afectadas por VIH tienen aproximadamente entre 26 y 31 veces más probabilidad de desarrollar una TB activa. (OMS, 2016)

4. Evaluación (de acuerdo a los objetivos específicos)

¿Cuántas personas mueren al año por Tuberculosis?

Realizar un acróstico con tuberculosis .

T.....

U.....

B.....

E.....

R.....

C.....

U.....

L.....

O.....

S.....

I.....

S.....



Sesión II

¿Qué es la Tuberculosis?

1. Objetivo General

Familiares Lograran por medio de la sesión educativa definir que es la Tuberculosis

2. Objetivos específicos:

- **Cognitivo**

Al finalizar la sesión educativa, los familiares mencionaran que es la tuberculosis

- **Psicomotor**

Al finalizar la sesión educativa, los familiares lograran comprender que es la tuberculosis

- **Afectivo**

Familiares compartirán los conocimientos adquiridos con sus familiares y entorno

| Animación | Reflexión | Desarrollo | Evaluación |
|---|--|-------------------------|--|
| 5 min | 5 min | 20 min | 10 min |
| Se dará la bienvenida a los familiares, Se realizara un canto. y se incentivara a los primeros participantes en llegar. | Se les mostrara un video relacionado al Tema | Desarrollo de la Sesión | Se motivara a los familiares a asumir compromisos. Se realizara preguntas sobre lo aprendido. |



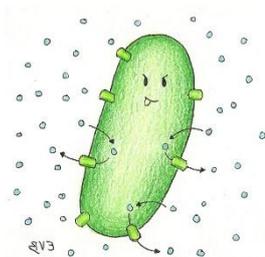
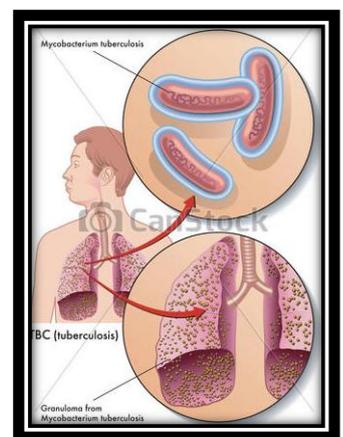
3. Desarrollo

Tuberculosis

Ministerio de Salud Pública (MSP, 2015), refiere que la TB es una enfermedad infecciosa, bacteriana y crónica transmisible, causado por la bacteria *Micobacterium Tuberculosis* (Bacilo de Koch), que se localiza generalmente en el Pulmón, aunque puede afectar otros órganos.

Tuberculosis Pulmonar (TBP)

Persona con TB confirmada bacteriológicamente o diagnosticada clínicamente de TB, que implica que el parénquima pulmonar o el árbol traqueo bronquial este afectado. Así mismo la OPS considera a la TB miliar como TBP, ya que existe una lesión a nivel pulmonar. Es todo individuo con tuberculosis con compromiso del Parénquima pulmonar con o sin confirmación bacteriológica (baciloscopia, cultivo o prueba molecular). (Ministerio de Salud Publica, 2015).



La tuberculosis (abreviada TBC o TB), llamada antiguamente tisis (del griego φθίσις, a través del latín phthisis) es una infección bacteriana contagiosa que compromete principalmente a los pulmones, pero puede propagarse a otros órganos. La especie de bacteria más importante y representativa causante de tuberculosis es *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, perteneciente al complejo *Mycobacterium tuberculosis*. La TBC es posiblemente la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo. Otras *mycobacterias*, como *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium Africanum*, *Mycobacterium Canetti* y *Mycobacterium Microti* pueden causar también la tuberculosis, pero todas estas especies no lo suelen hacer en el individuo sano (MSP, 2015).



Aunque la tuberculosis es una enfermedad predominantemente de los pulmones, puede afectar también el sistema nervioso central, el sistema linfático, el sistema circulatorio, el sistema genitourinario, el aparato digestivo, los huesos, las articulaciones e incluso la piel.

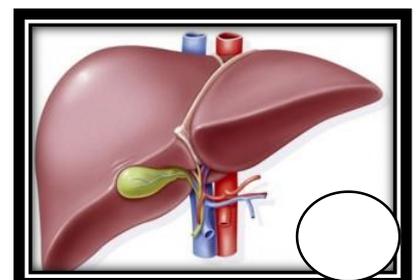
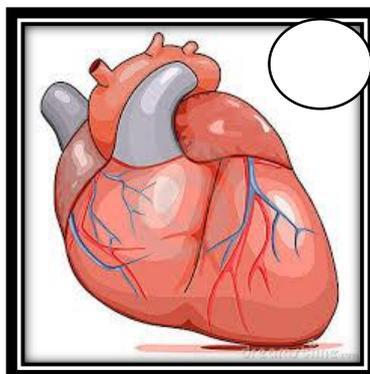
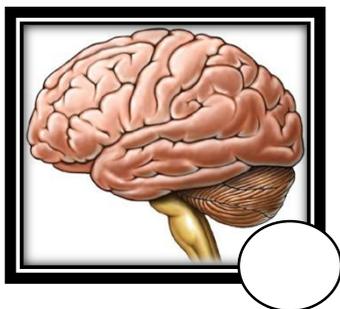
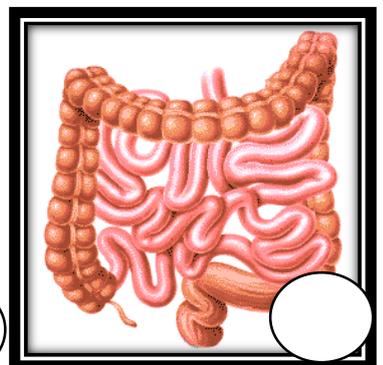
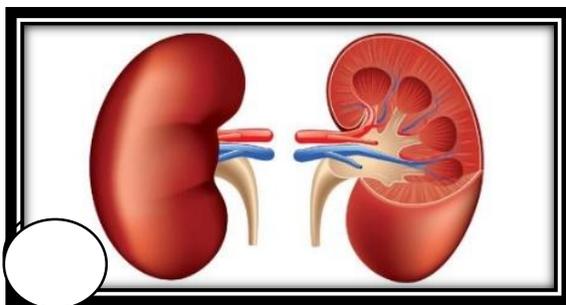


4. Evaluación (de acuerdo a los objetivos específicos)

¿Qué es la Tuberculosis y a que órganos Ataca?

La Tuberculosis es _____

Afecta a los siguientes órganos o sistemas? Escriba su respuesta en los círculos correspondientes (SI) si es afirmativo (NO) si es negativo.



Sesión III

Causas Signos y Síntomas

1. Objetivo General

Familiares lograran por medio de la sesión educativa definir las causas signos y síntomas de la Tuberculosis

2. Objetivos específicos:

- **Cognitivo**

Al finalizar la sesión educativa, los familiares mencionaran las causas de la tuberculosis

Al finalizar la sesión educativa, los familiares identificarán los signos y síntomas de la enfermedad.

- **Psicomotor**

Al finalizar la sesión educativa, los familiares lograran comprender los signos y síntomas de la tuberculosis

- **Afectivo**

Familiares compartirán los conocimientos adquiridos con sus familiares y entorno.

| Animación | Reflexión | Demostración | Evaluación |
|---|---------------------------|-------------------------|--|
| 5 min | 5 min | 20 min | 10 min |
| Bienvenida a los familiares, Se realizara un Juego | Drama Relacionado al Tema | Desarrollo de la Sesión | Se motivara a los familiares a asumir compromisos. Se realizara preguntas sobre lo aprendido. |



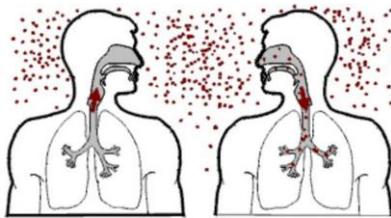
3. Desarrollo

Causas de la Tuberculosis

Agente causal

La TB puede deberse a cualquiera de los microorganismos que componen el complejo *Micobacterium Tuberculosis* (*M. bovis*, *M. Africanum*, *M. Canetti*, *M. Microti*, *M. Pinnipedi* y *M. Caprae*), desde el punto de vista de salud pública, la más importante es la causada por *M. Tuberculosis*, por ser la que produce la mayor cantidad de cuadros patológicos, seguida por aquella Producida por *M. Bovis*, los otros agentes producen enfermedad en menor cantidad. El *M. tuberculosis* (Bacilo de Koch) es un bacilo delgado, ligeramente curvado que mide de 1 a 4 micrones de longitud se tiñe de forma irregular dando un aspecto de “cuentas de rosario”. Que tiene como características biológicas una multiplicación lenta que favorece la cronicidad de la enfermedad, además de ser un parásito estricto y de transmisión de persona a persona, no posee toxinas conocidas, lo que influye en la persistencia de su estado de latencia. (MSP, 2016)

Fuente de infección y reservorio.



El reservorio más importante es el ser humano sano infectado que no tiene signos, ni síntomas que permitan identificarlo; se trata de una población sana portadora del bacilo vivo en fase latente y que en cualquier momento de su vida, en cuanto haya una disminución de su sistema inmunológico, el bacilo puede reactivarse y causar la enfermedad (MSP, 2015).



Causas

El contagio de tuberculosis se da cuando la persona sana inhala microscópicas gotas de saliva procedentes del enfermo (llamadas aerosoles), que se generan cuando este tose o estornuda. Estas gotas con bacterias tienen un tamaño muy pequeño y llegan a



zonas profundas del pulmón de la persona sana, donde podrían proliferar dando lugar a la enfermedad. Aunque el pulmón es uno de los principales órganos en el que se desarrollan los daños, hay otros lados del organismo que pueden verse

afectados. En los lugares espaciosos, bien ventilados o al aire libre, el contagio es complicado. Esto se debe a que, aunque las gotitas minúsculas pueden quedar suspendidas cierto tiempo en el aire, terminan por diseminarse y perder su capacidad infectiva. Pero en los lugares cerrados, mal ventilados, estas gotas pueden acumularse en el ambiente, alcanzando una gran concentración y facilitando así la inhalación de las mismas partículas. Es por este motivo que en las regiones o zonas en las que se vive en condiciones de pobreza o hacinamiento es más plausible el contagio de tuberculosis. (García, La Tuberculosis es una enfermedad Curable y Prevenible, 2014)

Mecanismo de transmisión

Según Redondo, Cereceda, y Gómez (2004), la vía principal de transmisión de la tuberculosis causante de la mayoría de infecciones es la vía aérea, es decir, al hablar, reír, cantar, estornudar, escupir y sobre todo al toser se eliminan pequeñas gotas de saliva denominadas gotas de Pflüger que contienen bacilos.



Síntomas y diagnóstico

Los síntomas comunes de la TB pulmonar activa son tos productiva (a veces con sangre en el esputo), dolores torácicos, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudores nocturnos. Son muchos los países que siguen dependiendo para diagnosticar la tuberculosis de la baciloscopia de esputo, una prueba que viene utilizándose desde hace mucho tiempo. Este método consiste en el examen microscópico de muestras de esputo por técnicos de laboratorio para detectar la presencia de la bacteria de la tuberculosis.



Sin embargo, la microscopía solo detecta la mitad de los casos de tuberculosis y es incapaz de determinar si hay farmacorresistencia. (García, La Tuberculosis es una enfermedad

Curable y Prevenible, 2014)

Evaluación (de acuerdo a los objetivos específicos)

Cuestionario de Preguntas

ESCUCHE, ENTENDI Y APRENDI...

- ①Cuál es la principal Vía de transmisión de Tuberculosis?

- ①Que Signos y Síntomas presenta la Tuberculosis?



Sesión IV



Tratamiento Y Prevención de la Tuberculosis.

1. Objetivo General

Familiares Lograran por medio de la sesión educativa definir el tratamiento y prevención de la tuberculosis

2. Objetivos específicos:

- **Cognitivo**

Al finalizar la sesión educativa, los familiares mencionaran los esquemas de tratamiento y la forma de prevenir la enfermedad.

- **Psicomotor**

Al finalizar la sesión educativa, los familiares lograran comprender la importancia sobre el tratamiento y prevención de la Tuberculosis

- **Afectivo**

Familiares compartirán los conocimientos adquiridos con sus familiares y tomaran medidas preventivas

| Animación | Reflexión | Desarrollo | Evaluación |
|---|----------------------|-------------------------|--|
| 5 min | 5 min | 20 min | 10 min |
| Se dará la bienvenida a los familiares, Se iniciara con un Juego. | Se mostraran laminas | Desarrollo de la sesión | Se motivara a los familiares a asumir compromisos Se realizara preguntas sobre lo aprendido. |



3. Desarrollo

Tratamiento de la tuberculosis



MINSA (2010), refiere que la TB es una enfermedad que se puede tratar y que tiene cura. La forma activa sensible a los antibióticos se trata con una combinación estándar de cuatro medicamentos que se administra durante seis meses y que debe ir acompañada de las pertinentes tareas de información, supervisión y atención del paciente a cargo de un agente sanitario o de un voluntario capacitado al efecto. Sin ese apoyo, el cumplimiento terapéutico puede ser difícil, lo que propiciaría la propagación de la enfermedad. La gran mayoría de los casos tienen cura, siempre que se disponga de los medicamentos necesarios y que estos se tomen correctamente.

Tratamientos antituberculosos disponibles

En nuestro país se encuentran diversos fármacos comercializados con actividad antituberculosa. En España no se dispone de la rifapentina que es un derivado semisintético de la rifamicina. Además hay otros principios activos como fluoroquinolonas (levofloxacino, moxifloxacino), amino glucósidos (amikacina), o el linezolid que se encuentran disponibles con diferentes nombres de comercialización. (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2010)

Los fármacos que más se comercializan en nuestro país para el tratamiento de la tuberculosis son:

- Isoniazida
- Rifampicina
- Pirazinamida



- Etambutol
- Estreptomina
 - Otros agentes: otras rifamicina, quinolonas, protionamida, ácido paraaminosalicílico, linezolid.

- **Isoniacida**

La Isoniacida posee una marcada actividad bactericida frente a los microorganismos. Actúa específicamente sobre el complejo M. tuberculosis y algunas micobacterias no tuberculosas. Carece de actividad sobre otras bacterias, hongos y virus.



La acción principal de la isoniacida es la inhibición de la biosíntesis de los ácidos micólicos, que son componentes lipídicos específicos de la membrana de las micobacterias. Penetra con facilidad en la célula y por ello actúa sobre los bacilos intracelulares. El pH del medio no altera la acción farmacoterapéutica de la isoniacida y por ello posee la capacidad de actuar sobre granulomas caseificantes y cavernas tuberculosas.

La isonicida posee una rápida absorción oral y aproximadamente a las 3 h consigue una concentración plasmática eficaz que se sitúa entre los 1 y 2 microgramos/ml. Cruza con facilidad la barrera placentaria y la concentración en la leche materna es parecida a la plasmática. El metabolismo es principalmente hepático por acetilación y dependiendo de la capacidad de acetilación, determinada genéticamente, el tiempo de semivida puede variar entre 1 y 6 h. Ello no altera de forma significativa la efectividad de la isoniacida, pero puede aumentar las concentraciones plasmáticas y por tanto incrementar sus efectos tóxicos. Hasta el 95% de la dosis de isoniacida se elimina por orina en la primeras 24 h y una pequeña cantidad por heces. (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2010)

- **Rifampicina**



La rifampicina bloquea la proliferación de muchas bacterias gram-positivas y gram-negativas, además posee una actividad bactericida para los microorganismos en una rápida división pero también sobre los que se encuentran en fases de división intermedia o lenta por lo que tiene capacidad esterilizadora. Su principal mecanismo de acción es sobre la enzima RNA polimerasa de las bacterias. Actúa sobre las bacterias intracelulares y extracelulares. Pequeñas mutaciones en los microorganismos sensibles pueden dar lugar a cepas resistentes con cierta facilidad. Es un componente esencial de toda pauta terapéutica de corta duración.

Las reacciones cutáneas pruriginosas con o sin rash asociado se producen hasta un 6%, son generalmente auto limitadas y pocas veces son reacciones graves de hipersensibilidad. Las reacciones gastrointestinales consisten en náuseas, anorexia y dolor abdominal que en raras ocasiones son severas. Puede causar elevaciones transitorias de la bilirrubina y en combinación con isoniacida la hepatotoxicidad es más frecuente. Se ha descrito trombocitopenia y síndrome pseudogripal durante la pauta de tratamiento intermitente. Típicamente causa una coloración anaranjada de los fluidos corporales (esputo, orina, lágrimas, etc.) que se debe advertir al paciente. (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2010)



Pirazinamida La pirazinamida es un fármaco de primera línea para todas las formas de tuberculosis. Actúa principalmente sobre los microorganismos de división lenta y en medio ácido y por tanto sobre los bacilos residentes en los macrófagos. El mecanismo de acción no es del todo conocido, pero ayuda en la inhibición de la síntesis del ácido micólico.



Presenta una rápida absorción oral y amplia distribución por los órganos y tejidos así como por el líquido cefalorraquídeo, donde alcanza concentraciones parecidas a las plasmáticas. El metabolismo es hepático, mediante los procesos de hidrólisis (produciendo un metabolito activo) e hidroxilación. El tiempo de semivida es de 9 a 10 h, pudiendo ser superior en pacientes con insuficiencia renal. En las primeras 24 h el 70% del producto se elimina por la orina, en forma de metabolitos o como principio activo inalterado.



El principal efecto adverso de la pirazinamida es la hepatotoxicidad, que se relaciona con la dosis. Con el uso de dosis habituales (25 mg/kg) la frecuencia de hepatotoxicidad es inferior al 1%. Es también causa frecuente de poliartralgias e hiperuricemia asintomática aunque en raras ocasiones requiere el ajuste de dosis o la suspensión del tratamiento. Otros efectos adversos son las náuseas, anorexia o rash cutáneo.

Etambutol

El etambutol se considera un fármaco de primera línea para todas las formas de tuberculosis y es incluido en las fases iniciales de muchas pautas dado que suprime la proliferación de los bacilos resistentes a isoniacida. Las resistencias al etambutol se desarrollan con mucha lentitud. Su mecanismo de acción radica en la alteración de la biosíntesis de la pared celular de los bacilos.





El etambutol presenta una rápida absorción por vía oral, presentando concentraciones terapéuticas en las primeras 2 a 4 h de su administración. Un 75% del producto se elimina de forma inalterada por la orina en las primeras 24 h. El tiempo de sem ivida es de

unas 2 a 4 h.

El principal efecto adverso del etambutol es la neuritis óptica con una disminución de la agudeza visual o una reducida discriminación de los colores que puede afectar a uno o los dos ojos. Se trata de un efecto relacionado con dosis diarias superiores a 15 mg/kg. Una pauta intermitente podría reducir la probabilidad de presentar este efecto. Los pacientes que inician una pauta con etambutol deben realizar un test de agudeza visual y de discriminación de colores que se debe monitorizar mensualmente si el tratamiento presenta una duración superior a dos meses, a altas dosis o en pacientes con cierto grado de insuficiencia renal. Raramente el etambutol puede producir reacciones cutáneas. En los niños, durante los dos primeros meses se pueden administrar dosis de etambutol de 15 a 25 mg/kg al presentar niveles plasmáticos inferiores del fármaco¹¹⁵. En niños pequeños que no colaboran en la exploración se pueden realizar potenciales visuales evocados¹¹⁶. (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2010)



Estreptomycin

Fue el primer fármaco activo que se empleó para el tratamiento de la tuberculosis. La aparición de otros fármacos eficaces por vía oral y el tratamiento combinado permitieron reducir su utilización.



Otros agentes antituberculosos

Existen otros agentes con actividad frente a *M.tuberculosis*, cuyo uso se limita en combinación con otros agentes de primera línea y en sustitución de aquellos que no se han demostrado eficaces. Tienen una mayor toxicidad y su coste es muy superior al de los fármacos anteriormente descritos, y con excepción de las fluoroquinolonas, su actividad frente a *M.tuberculosis* es muy inferior a la de los fármacos de primera línea. Con el uso de estos fármacos pueden aparecer resistencias con facilidad y por tanto requieren un mayor control por parte de un especialista. (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2010)

Prevención

Trasmisión de la enfermedad

La tuberculosis es una enfermedad transmitidas mediante vía aérea, poco contagiosa comparada con otras enfermedades infecciosas, y se requiere un contacto cercano y sostenido para el contagio ya sea al toser, estornudar, hablar o cantar, los pacientes elimina gotas minúsculas (de 1 a 5 μm) que pueden contener uno o varios bacilos y se diseminan



fácilmente por las habitaciones y las conducciones de aire acondicionado. Al respirar estas gotas penetran con facilidad en las vías respiratorias con lo que los bacilos llegan hasta los alvéolos pulmonares. Una habitación o estancia bien ventilada consigue eliminar la mayoría de estas partículas. (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2010),





El paciente en aislamiento domiciliario debera ser instruido en el mecanismo de transmisión de la enfermedad para lograr una máxima colaboración en cuanto a medidas higiénicas. Al igual que en el hospital, el método más usual de la propagación y diseminación bacilar consiste en cubrirse la boca con un pañuelo de un solo uso, al toser o estornudar. Además se tomara en cuenta que el paciente permanezca en una habitación iluminada y con una buena ventilacion. Los pacientes tendran una mascarilla quirúrgica en el momento de salir hacia el exterior, generalmente hasta obtengan una negativización del esputo (Ministerio de Ciencia e Innovacion, 2010)

Medidas de protección individual

Las formas de protección para prevenir la inhalación de partículas infecciosas. Son medidas complementarias a emplear cuando el riesgo de contagio no puede controlarse mediante medidas



organizativas. (Ministerio de Ciencia e Innovacion, 2010)



4. Evaluación (de acuerdo a los objetivos específicos)

ESCUCHE, ENTENDI Y APRENDI...

Formar Grupos de 4 personas y rellenar los Espacios en blanco:

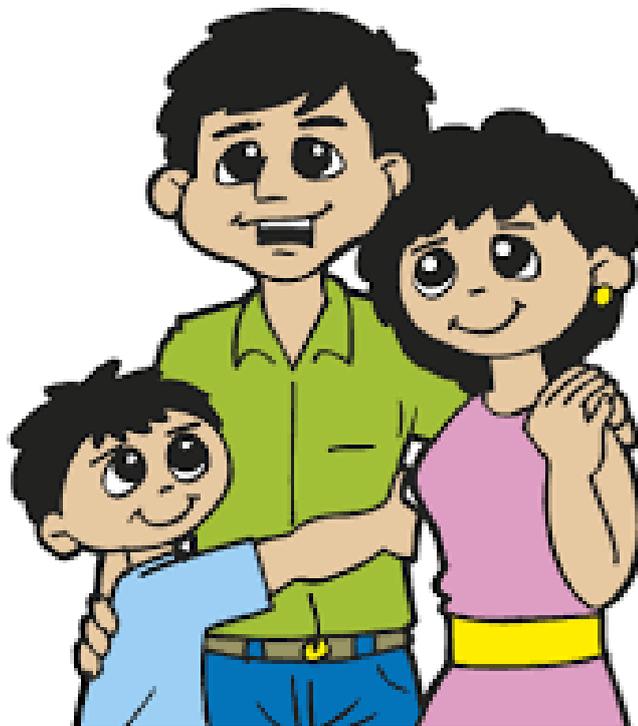
- ① ¿Cómo debe realizarse el aislamiento de un paciente con tuberculosis y disminuir la capacidad de contagiarte?

- ① ¿Qué medidas se deben optar para disminuir la transmisión nosocomial de la tuberculosis?



MODULO EDUCATIVO MODULO II

Como actúa mi familia frente a la tuberculosis



Sesión I

¿Cómo actuar frente a la tuberculosis?



1. Objetivo general

Lograr por medio del programa educativo que los familiares de los pacientes con TBC mejoren sus actitudes frente a la TBC

2. Objetivos específicos

- **Cognitivo**

Familiares conocerán cómo afrontar la enfermedad dentro de la familia

Familiares mencionaran como actuar frente a la tuberculosis pulmonar

Familiares referirán satisfacción de lo aprendido

- **Psicomotor**

Al finalizar la sesión de aprendizaje los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar llenaran la prueba de pre – test de personal y sincera

- **Afectivo**

Familiares se concientizan sobre cuán importante es el diagnostico precoz sobre la tuberculosis pulmonar

Familiares compartirán los conocimientos adquiridos con sus familiares y entorno.



3. Desarrollo

Tuberculosis, ¿cómo actuar?

| Animación | Reflexión | Desarrollo | Evaluación |
|--|--------------------------|----------------------|---|
| 5 min | 5 min | 20 min | 10 min |
| Se dará la bienvenida a los familiares manifestándoles el agrado y satisfacción Se iniciara con una dinámica de grupo | Se les mostrara un video | Tema a desarrollarse | Se motivara a los familiares a asumir compromisos para poner en práctica lo aprendido durante la sesión educativa en su entorno social Se realizara un pre – test a los familiares de acuerdo al tema desarrollado |

El Ministerio de Salud (MINSA) recomendó a las familias dar apoyo y cariño a los pacientes con tuberculosis, especialmente si asume un carácter irritable, eleva el tono de voz o decide permanecer en silencio, porque el soporte psicológico y afectivo son claves en su recuperación.



Agregó que, por su parte, los pacientes deben tener claro que continuar con el tratamiento es requisito indispensable para sanarse.

“Es recomendable que para hacer más llevadero el proceso de curación, la persona afectada por esta enfermedad pueda compartir con otras personas, especialmente

con quienes como él dieron positivo en sus exámenes de esputo.



También puede hacerlo con promotores de salud, enfermeras, psicólogos o médicos”, señaló el MINSA.

“La persona con tuberculosis no debe sentir vergüenza, debe tener presente que esta enfermedad si se puede curar y que el tratamiento en los más de siete mil establecimientos del Minsa son gratuitos. De esa manera evita también poner en riesgo de contagio a sus familiares o personas queridas”, enfatizó el Minsa.

Manejo de los temores

El MINSA sostuvo que la clave para controlar los temores frente al contagio de la tuberculosis es estar bien informado sobre cómo se contagia y cómo no se contagia la enfermedad.

“Muchas veces, las ideas sobre el contagio no son correctas, lo que lleva al maltrato y marginación del paciente. El apoyo familiar y la buena información ayudan a tomar medidas de prevención sin discriminar al paciente”.

Indicó que es necesario considerar que la habitación de la persona enferma deberá estar ventilada, bien iluminada, y mantener condiciones de higiene permanentes.



Los desechos (moco y flema) del enfermo deben ser depositados en una bolsa plástica que deberá ser incinerada posteriormente.

3.1. Síntomas

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa que ataca principalmente los pulmones y los destruye. Su principal medio de transmisión es el aire y se propaga cuando una persona enferma y sin tratamiento elimina el microbio o bacilo en las gotitas de saliva al toser, cantar, hablar o estornudar.⁹⁹ caracteriza por: fiebre (con picos) que suele durar semanas y es acompañada con decaimiento. Siempre está presente la tos, con expectoración amarillenta o sanguinolenta.



Es importante recordar que la TB tiene un comportamiento silencioso y es por esto que se debe tener pautas de alarma y actuar en forma rápida y segura. La TB tiene tratamiento y es muy eficaz. El Estado lo brinda. Es una enfermedad de denuncia obligatoria.

Como actuar

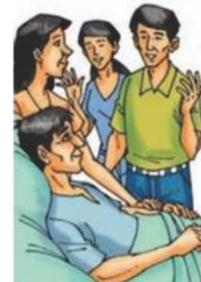
Se debe mantener la higiene ambiental, limpiar y ventilar la casa, instituciones educativas y laborales; también alimentarse adecuadamente y mantener el aseo personal.



Lavar las manos frecuentemente durante la preparación de alimentos.



Mantener la carne cruda separada de los alimentos cocidos y de otros alimentos que se consumirán crudos ayuda en la prevención y desinfección de la tuberculosis bovina.



Conocer la enfermedad y saber qué hacer ante cada caso

Reunirse con todos los familiares y trabajar la mejor forma de orientar

4. Evaluación

¿Cómo actuar frente a la tuberculosis?

¿Qué hacer si mi familiar tiene tuberculosis?



Sesión II



¿Cómo ayudar a

nuestro familiar con tuberculosis?

1. Objetivo general

Los familiares conocerán cuales son los cuidados que debe tener un paciente con tuberculosis pulmonar

2. Objetivos específicos

- **Cognitivo**

Al término de la sesión educativa, familiares mencionaran la importancia de la ayuda emocional

- **Psicomotor**

Al finalizar la sesión de aprendizaje los familiares usaran estas recomendaciones para evitar riesgos y consecuencias a largo y corto plazo

- **Afectivo**

Familiares compartirán los conocimientos adquiridos con sus familiares y entorno



| Animación | Reflexión | Desarrollo | Evaluación |
|--|---------------------------------|-------------------------------|--|
| 5 min | 5 min | 20 min | 10 min |
| <p>Se dará la bienvenida a los familiares manifestándoles el agrado y satisfacción se iniciara con una canción de grupo</p> | <p>Se les mostrara un video</p> | <p>Narraciones personales</p> | <p>Se motivara a los familiares a asumir compromisos para poner en práctica lo aprendido durante la sesión educativa en su entorno social</p> <p>Se realizara preguntas sobre lo aprendido</p> |

3. Desarrollo

Tuberculosis



Los extremos de la vida (infantes y adultos mayores) tienen un sistema inmunológico disminuido y la persona es vulnerable al desarrollo de enfermedades infecciosas como la tuberculosis. Este es el caso de nuestra paciente de 81 años con TB MDR.

Generalmente la enfermedad en las personas adultas son el producto de la reactivación de una infección de hace mucho tiempo atrás y no se puede identificar quien le contagio la TB. Muchas veces la enfermedad se presenta con pocos síntomas, incluso puede no haber fiebre o tos y lo que más se observa es baja del apetito, baja de peso y postración.

También una que vive con una que un niño, es más el hecho de tener y padecer



persona adulta mayor persona con TB, al igual proclive a contagiarse por disminuida su inmunidad generalmente otras

enfermedades propias de la edad avanzada. Por lo que se recomienda



que cuando se tiene a una persona con TB pulmonar activa y prueba de esputo positiva en casa, se debe evitar la permanencia en el mismo ambiente cerrado a la persona enferma con niños o adultos mayores, y el resto de personas que la cuidan deben usar un respirador con filtro N95 (color verde preferentemente, ver foto abajo) cuando se está en el mismo ambiente y otras medidas que se detallan a continuación (Reforma es mas salud , 2014)

Diez puntos claves para evitar la infección de las personas que cuidan a una persona con tuberculosis

- a) El cuarto de la persona con TB debe ser exclusivo para él o ella.
No se debe dormir en el mismo cuarto
- b) El cuarto debe ser lo más amplio posible, bien ventilado, limpio, que le entre la luz del sol. Con ventanas amplias que permita que el aire del cuarto sea fluido.
- c) En la parte externa del cuarto, junto a la puerta se debe colocar una mesita o un perchero donde se puedan tener los respiradores N95 (de preferencia de marca 3M de color verde esmeralda, como en foto) Estos los compran de las farmacias cerca de los hospitales a un precio entre 8 a 12 soles. Cada vez que se entre al cuarto del o de la paciente se debe usar este respirador. Bien cuidado, sin doblarlo ni mojarlo, puede durar hasta 3 a 4 semanas.
- d) El paciente debe toser siempre sobre papel descartable (papel higiénico o servilletas o pañuelos) evitando toser directamente al medio ambiente.
- e) La flema que produce debe colectarse en el papel y colocarse una bolsa de plástico que luego se cierra y se elimina en la basura convencional.



- f) Si la flema se junta en la boca esta debe eliminarse en una escupidera u otro envase con tapa que contenga una solución de lejía al 1% (preparar una tasa de lejía doméstica y añadir 4 tazas de agua potable) esto puede durar todo el día y luego descartarse por el desagüe sin problemas.
- g) El paciente debe permanecer en el cuarto sin mascarilla, cuidando de no toser directamente al aire. Se recomienda que salga al patio de la casa u otros lugares de la casa usando una mascarilla quirúrgica (como la foto), siempre evitando toser directamente al aire (CUBRIR LA TOS). Si no se tiene papel o pañuelo descartable a la mano se puede usar la manga de la camisa para toser o estornudar.
- h) La persona con TB sensible generalmente negativita su esputo a las tres semanas de tratamiento continuo, en cambio las formas resistentes de TB pueden demorar hasta 3 meses de tratamiento regular para negativizar el esputo.
- i) Para ir a la posta o centro de salud para recibir su tratamiento, el paciente debe usar usar la mascarilla quirúrgica.
- j) No hay ninguna indicación para que el paciente use los respiradores N95, cómo frecuentemente se ve en hospitales y centros de salud, (deben usar mascarillas solamente). Tampoco para separar sus cubiertos u otros utensilios personales, ya que la TB no se transmite por compartirlos. Es suficiente un adecuado lavado de manera convencional.

Si vives con un paciente con tuberculosis descartar siempre si estas infectado o tienes la enfermedad activa

Es probable que la enfermedad haya estado presente mucho antes del diagnóstico y las personas se hayan expuesto previamente, por ello toda persona que vive o haya tenido un contacto cercano: enamorados, compañeros de trabajo, de estudio, deben pasar un examen médico y



hacerse las pruebas de tuberculina y rayos X de pulmones para descartar la infección o la enfermedad (Reforma es mas salud , 2014)

4. Evaluación (de acuerdo a los objetivos específicos)

¿Cómo ayudo a mi familiar a afrontar la tuberculosis?

¿Si me detectaran con la tuberculosis que debo hacer?

¿Qué debemos hacer para que nuestro familiar no se sienta aislado en casa?



Sesión III

Hábitos y estilos de vida saludable



1. Objetivo general:

Los familiares conocerán cuales son los estilos de vida saludable que tiene que tener un paciente con tuberculosis pulmonar

2. Objetivos específicos

- **Cognitivo**

Al término de la sesión educativa, familiares mencionaran la importancia sobre el buen estilo de vida saludable

- **Psicomotor**

Al finalizar la sesión de aprendizaje los familiares usaran estas recomendaciones para evitar malos hábitos de estilo saludable

- **Afectivo**

Familiares compartirán los conocimientos adquiridos con sus familiares y entorno



| Animación | Reflexión | Desarrollo | Evaluación |
|--|---------------------------------------|--------------------|---|
| 5 min | 5 min | 30 min | 10 min |
| Se dará la bienvenida y presentara a la nutricionista | Se les mostrara un video de reflexión | Tema a desarrollar | Se motivara a los familiares a asumir compromisos para poner en práctica lo aprendido durante la sesión educativa en su entorno social Se realizara preguntas sobre lo aprendido |

3. Desarrollo

Estilos de vida saludable

Desde épocas remotas, el hombre siempre ha querido vivir más y mejor, sin aceptar los cambios que el tiempo y la edad van produciendo sobre su salud tanto física como emocional llevándolo al envejecimiento y a la muerte. Las enfermedades, las dolencias, las pérdidas, son procesos difíciles de aceptar en la cultura de hoy que quiere vivir una eterna juventud. Los estilos de vida saludable son un conjunto de actitudes que desarrollan las personas y se basan en patrones de comportamientos identificables determinados por la interacción entre las características personales individuales y las interacciones sociales, las condiciones socioeconómicas y ambientales. (Vives, 2007)

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, que conforman un sistema que se interrelaciona e interactúa, complementándose y compensándose simultáneamente para lograr dinamismo en el proceso de satisfacción. Las necesidades humanas



universales, son iguales en todas las culturas y momentos históricos, su variación la determina el mecanismo o medio utilizado para satisfacerlas.



La satisfacción de las necesidades humanas significa entonces auto dependencia y participación a nivel personal y colectivo, que conlleva a mejorar la calidad de vida y por ende a generar desarrollo humano desde esta

perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar.

Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial espiritual y como componente de la calidad de vida. En este sentido se definen como Estilos de Vida Saludables. Al hablar de estilo de vida saludable, nos referimos a comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermarse, tales como: un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueño y distracción; el control y la evitación del abuso de sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol; una correcta distribución y aprovechamiento del tiempo, etc. (La salle, 2010)



El análisis de los estilos de vida adquiere un interés creciente, ya que el conjunto de pautas y hábitos de comportamientos cotidianos de las personas tienen un efecto importante en su salud y, además, cada día aumenta la prevalencia del conjunto de enfermedades

relacionadas con los malos hábitos comportamentales. Uno de los objetivos fundamentales es la modificación de conductas de la población,



tanto para cambiar estilos de vida que amenazan el bienestar individual, como para lograr sentirnos saludables. (La salle, 2010)

Algunas de estas pautas para lograr sentirnos saludables son:

- Llevar una dieta balanceada.
- Practicar ejercicios físicos sistemáticamente.
- Controlar el peso corporal.
- Renunciar al hábito de fumar.
- Evitar las tensiones emocionales intensas y continuas.
- Reducir o eliminar la ingestión de bebidas alcohólicas.



En estas pautas de vida saludable se puede incluir también el sueño necesario. La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social convencido de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.



Es importante considerar que los hábitos alimentarios, higiene y estilos de vida saludables se asimilan e integran a la personalidad durante los primeros años, consolidándose hasta perdurar incluso en la edad adulta; de ahí la importancia de brindar una orientación adecuada y oportuna a los niños y las niñas, en cuanto a qué y cómo hacer para conservar hábitos saludables y valorarlos como herramientas que ayudan a proteger y cuidar la salud.



4. Evaluación (de acuerdo a los objetivos específicos)

¿Cuáles son las pautas para sentirnos saludables?

¿Qué debemos hacer para tener buenos hábitos saludables y no contagiarnos en casa?



Sesión IV



Riesgos y grupos

vulnerables en la tuberculosis pulmonar

1. Objetivo general

Los familiares tendrán conocimientos en cuanto a los factores de riesgo sobre la tuberculosis

2. Objetivos específicos

- **Cognitivo**

Al término de la sesión educativa, familiares mencionaran los riesgos y consecuencias que trae la tuberculosis pulmonar

- **Psicomotor**

Al finalizar la sesión de aprendizaje los familiares usaran estas recomendaciones para evitar riesgos y consecuencias que trae la tuberculosis pulmonar

Al finalizar la sesión de aprendizaje los familiares mencionaran cuales son los grupos vulnerables en la tuberculosis

- **Afectivo**

Familiares compartirán los conocimientos adquiridos con sus familiares y entorno

3. Desarrollo



| Animación | Reflexión | Desarrollo | Evaluación |
|--|---------------------------------------|-------------------------|--|
| 5 min | 5 min | 20 min | 10 min |
| Se dará la bienvenida a los familiares manifestándoles el agrado y satisfacción se iniciara con una canción. | Se les mostrara un video de reflexión | Se desarrollara el tema | Se motivara a los familiares a asumir compromisos para poner en práctica lo aprendido durante la sesión educativa en su entorno social Se realizaran preguntas sobre lo aprendido |

Factores de riesgo de la tuberculosis

A cualquiera le puede dar tuberculosis, pero las personas con alto riesgo generalmente pertenecen a estas dos categorías:

1. Personas infectadas recientemente por las bacterias de la tuberculosis.
2. Personas con afecciones que debilitan el sistema inmunitario.

Usted tiene un riesgo más alto de infectarse por las bacterias de la tuberculosis en los siguientes casos:

- Ha estado con una persona que tiene la enfermedad de tuberculosis.
- Es originario de un país donde la TB es muy común o lo ha visitado.
- Vive o trabaja en lugares donde la tuberculosis es más común, como un refugio para desamparados, una prisión o cárcel o establecimientos de cuidados a largo plazo.



- Es un trabajador de atención médica que atiende a clientes o pacientes con un alto riesgo de la enfermedad de tuberculosis. (Macias, 2015)

Usted tiene más probabilidades de presentar la enfermedad de Tuberculosis una vez que se infecta en los siguientes casos:

- Tiene la infección por el VIH.
- Es un niño menor de 5 años.
- Se infectó con la bacteria de tuberculosis en los últimos dos años.
- Tiene otros problemas de salud que dificultan que su cuerpo combata la enfermedad.
- Fuma cigarrillos o abusa del alcohol o las drogas.
- No le trataron adecuadamente la infección de tuberculosis latente o la enfermedad de tuberculosis en el pasado. (Centro para el control y la prevención de enfermedades CDC, 2015)

Grupos vulnerables

- | | | |
|-------------------------------|---------------------|----------|
| • Niñas y niños | • Personas | con |
| • Adultos mayores | portadores de | diabetes |
| • Personas con defensas bajas | VIH/SIDA | mellitus |
| • Personas con desnutrición | • Fumadores | |
| | s | |
| | • Personas enfermas | |



4. Evaluación

¿Cuáles son los riesgos y consecuencias que trae la tuberculosis pulmonar?

¿Qué grupos son vulnerables a contraer la tuberculosis?



Bibliografía

- Alvarez Gordillo, G., & Alvarez Gordillo, J. F. (2000). Percepciones y Prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. *SCIELO Salud Pública de México*, 52 - 73. Obtenido de http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342000000600008&script=sci_arttext&tlng=eses
- Arango, M., & Figueiredo, R. (2014). Profilaxis con isoniazida en niños y jóvenes con infección latente por *Mycobacterium tuberculosis*. *Clemax C. Sant'Anna*, 630-635. Obtenido de <https://www.siicsalud.com/dato/sic/206/137884.pdf>
- Aristizabal, G., Blanco, D., Sanchez, A., & Ostiguin, R. (12 de Setiembre de 2011). The model of health promotion proposed by Nola Pender. *Enfermería Universitaria*, VIII(4), 3-5.
- Aristizabal, G., Blanco, D., Sanchez, A., & Ostiguin, R. (12 de Setiembre de 2011). The model of health promotion proposed by Nola Pender. *Enfermería Universitaria*, VIII(4), 3-5. Obtenido de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=36608>
- Balaguer, P. F., & Castells, G. A. (2014). *Cancer digestivo: patogenia, diagnóstico tratamiento y prevención* (Vol. I). España: Elsevier España.
- Barnhart, D., Bennett, P. P., & Sloa, R. (1997). Filosofía y Ciencia de la Asistencia. En M. Tomey, *Modelos y Teorías en Enfermería* (Tercera ed., págs. 154-155). Madrid: Diorki, Servicios Integrales de Edición.
- Barros Segovia, J. A. (2015). "Conocimiento, Actitudes Y Prácticas En Tuberculosis En Pacientes De 20 A 45 Años En Hospital De El Empalme Periodo 1 De Enero A 31 De Diciembre Del 2014". *Repositorio nacional en Ciencia y tecnología*, 60.
- Beltrame, S., Latorraca, M., & Moral, M. (2014). *Enfermedades Infecciosas Tuberculosis*. Argentina: ISSN. Obtenido de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000049cnt-guia_de_diagnostico_tratamiento_y_prevenccion_de_la_tuberculosis_2015.pdf
- Beltrame, S., Latorraca, M., & Moral, M. (2014). *Enfermedades Infecciosas Tuberculosis*. Argentina: ISSN. Obtenido de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000049cnt-guia_de_diagnostico_tratamiento_y_prevenccion_de_la_tuberculosis_2015.pdf
- Bravo, S. (2015). *Nivel de conocimientos sobre la tuberculosis pulmonar en paciente del programade control de tuberculosis, Red Puno-2015*. Puno.
- Campos, M., & Salinas, R. (2013). *Efectividad del programa educativo "Fortaleciendo mi conocimiento, prevengo la "tuberculosis" en el nivel de conocimiento del cuidado familiar. Centro de Salud El Progreso. Chimbote*. Obtenido de <http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/2023>
- Carreño, H., & maria. (2014). *"Nivel de conocimientos sobre la tuberculosis multidrogoresistente en población general del centro de salud Mirones Bajo"*.

- lima. Obtenido de
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3954/1/Hora_cm.pdf
- Carvajal, B., & Varela, A. (2014). "Conocimientos, actitudes y practicas frente a la tuberculosis en trabajadores del sector salud en municipios prioritarios de la Costa Pacifica Colombiana" . *Revista ciencias de la salud* , 339-340.
- Castillo, G., Zàrate, N., & Güisa, I. (2014). *Impacto de un programa educativo, en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, con respecto a la incidencia de tuberculosis, en zonas de alto riesgo epidemiológico*. Tacna. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/33551585_Impacto_de_un_programa_educativo_en_los_conocimientos_actitudes_y_practicas_de_la_poblacion_con_respecto_a_la_incidencia_de_tuberculosis_en_zonas_de_alto_riesgo_epidemiologico
- Centro para el control y la prevencion de enfermedades CDC. (1 de julio de 2015). *Enfermedad de tuberculosis (TB): Sintomas y factores de riesgo* . Obtenido de Centro para el control y la prevencion de enfermedades CDC: <https://www.cdc.gov/spanish/especialescdc/sintomastuberculosis/>
- Collazos Flores , C. (2013). "Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la ESN-PCT - C.S San Luis – 2012". lima. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1048/1/Collazos_fc.pdf
- Collazos, C. (2013). "Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la ESN-PCT - C.S San Luis – 2012". lima. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1048/1/Collazos_fc.pdf
- Comite Nacional de Neumologia. (2016). Criterios de Diagnòstico y tratamiento de la tuberculois infantil. 4-8.
- Crespo, C., Huayapa, J., & Marca, R. (2014). *Efectividad del programa educativo "Respira Sano" en el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar en los estudiantes del 3° al 5° de secundaria; de la institucion educativa Corazones Marianos del norte, Puente Piedra*. Lima.
- Culqui, D., & Zabaleta, J. (2009). tuberculosis en poblaciones indigenas del Peru: Los Aimaras del Peru, 2000-2005. *revista peruana de epidemiologia* , 2-6.
- Dávila , E., & Morí , L. (2015). "conocimientos y actitudes de la familia frente al diagnostico y tratamiento del paciente con tuberculosis atendidos en el Hospital regional de Loreto, Iquitos-2015". Iquitos. Obtenido de http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3942/Ebony_tesis_t%C3%ADtulo_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Davila , E., & Mori , L. (2015). "Conocimiento y actitudes de la familia frente al diagnnostico y tratamiento del paciente con tuberculosis atendidos en el hospital regional de Loreto, Iquitos – 2015". Iquitos.
- Departamento de salud y servicios humanos de EE.UU. (2014). *preguntas y respuestas sobre la tuberculosis*. Estados Unidos. Obtenido de <https://www.cdc.gov/TB/esp/publications/faqs/TBQASp.pdf>

- Enciclopedia Britanica en Español. (2009). *LA Familia : Conceptos Titulo y Evolucion*. Madrid: Ediciones Castillo.
- Enciclopedia Britanica en Español. (2009). *LA Familia : Conceptos Titulo y Evolucion*. Madrid: Ediciones Castillo.
- Garcia, K. (26 de Marzo de 2014). La Tuberculosis es una enfermedad Curable y Prevenible. Naciones unidas.
- Garcia, K. (26 de Marzo de 2014). La Tuberculosis es una enfermedad Curable y Prevenible. *Fronterad revista digital*, 1. Obtenido de <http://www.fronterad.com/?q=tuberculosis-es-enfermedad-curable-y-prevenible>
- García, S. (2016). *WebConsultas Healthcare, S.A.* Obtenido de WebConsultas: <http://www.webconsultas.com/tuberculosis/causas-de-la-tuberculosis-713>
- grupo de investigacion Edu fisica. (s.f.). Las actitudes. *EDU - FISICA*, 1. Obtenido de www.edu-fisica.com
- grupo de investigacion Edu fisica. (s.f.). Las actitudes. *EDU - FISICA*, 1. Obtenido de www.edu-fisica.com
- Grupo de Investigacion Edufisica. (2013). Las Actitudes. *Edu - Fisica*. Obtenido de <http://www.edu-fisica.com/Formato.pdf>
- Keffer, J., Hensley, D., Kilgore-Keever, K., Lanfitt, J., & Peterson, L. (1997). Modelo de Salud. En M. Tomey, *Modelos y teorías de enfermería* (pág. 479). Madrid: Diorki, Servicio Integral de Edision.
- La salle. (10 de Enero de 2010). Salud y bienestar emocional: Estilo de vida . *Bien estar*, págs. 1-2.
- Lam, r., & Hern, P. (16 de Abril de 2008). Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? En *Instituto de Hematología e Inmunología*. Cuba. Obtenido de http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol24_2_08/hih09208.htm
- Macias, T. (21 de Diciembre de 2015). *La tuberculosis* . Obtenido de Blogger.com : <http://qstuberculosis.blogspot.pe/>
- Merk, S., & Dohme. (1997). *Manual de Merk*. Barcelona : MMXV editorial Oceano .
- Merk, S., & Dohme. (1997). *Manual de Merk*. Barcelona: MMXV editorial Oceano.
- Ministerio de Ciencia e Innovacion. (2010). *Guia de Practica Clinica Sobre el Diagnostico, el Tratamiento y la Prevencion de la Tuberculosis*. Arpirelieve.
- Ministerio de Ciencia e Innovacion. (2011). *Guia de Practica Clinica Sobre el Diagnostico, el Tratamiento y la Prevencion de la Tuberculosis*. Arpirelieve. Obtenido de <http://www.guiasalud.es/egpc/tuberculosis/completa/index.html>
- Ministerio de Salud. (5 de Mayo de 2010). *Ministerio de Salud*. Obtenido de Ministerio de Salud: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/>
- Ministerio de Salud. (2013). *Norma Tecnica de Salud Para la Atencion Integral de las Personas Infectadas por Tuberculosis*. Lima.
- Ministerio de Salud. (2013). *Norma Tecnica de Salud Para la Atencion Integral de las Personas Infectadas por Tuberculosis*. Lima. Obtenido de

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/normaspublicaciones/NTSTBC.pdf>

Ministerio de Salud de Peru. (15 de Agosto de 2013). *NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE ESTABLECE EL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACION*. Obtenido de Normatividad: ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM510_2013_MINSA.pdf

Ministerio de Salud Paraguay. (2013). *Manejo de la tuberculosis en atencion primaria de salud*. Asuncion: ISB.

Ministerio de Salud Publica. (2015). *Prevencion, Diagnostico, -tratamiento y Contro de Tuberculosis*. Quito: Direccion Nacional de Normatizacion. Obtenido de http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3009:opsoms-realizo-reunion-regional-de-jefes-de-programas-nacionales-de-control-de-tuberculosis-en-la-ciudad-de-panama&Itemid=900

Ministerio de Salud Publica. (2015). *Prevencion, Diagnostico, -tratamiento y Contro de Tuberculosis*. Quito: Direccion Nacional de Normatizacion. Obtenido de <http://salud.gob.ec>

Ministerio Familiar . (2016). *Iglesia Adventista del Septimo Dia AGAPE*. Obtenido de Ministerio Familiar: <http://www.iglesiaadventistaagape.org/Pages/MINISTERIOFAMILIAR.aspx>

Mokate, K. (2002). *EFICACIA, EFICIENCIA, EQUIDAD Y SOSTENIBILIDAD: ¿QUÉ QUEREMOS DECIR?* INDES. Obtenido de https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/9/37779/gover_2006_03_eficacia_eficiencia.pdf

Montero, I., & León, O. (2002). Clasificacion y descripcion de las metodologias de investigacion en Psicologia. *Revista Internacional de Psicologia Clinica y de la salud*, 503-508. Obtenido de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-53.pdf

Mouriño, R., Espinosa, P., & Moreno, L. (1991). *El conocimiento Cientifico*. Obtenido de Facultad de Medicina UNAM: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2015/11/conocimiento-investigacion.pdf>

Mouriño, R., Espinosa, P., & Moreno, L. (1991). El conocimiento Cientifico. *Moebio*, 27, 22-26. Obtenido de Facultad de Medicina UNAM: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2015/11/conocimiento-investigacion.pdf>

Murillo-Godínez, G. (2009). Las Gotitas de Flügge. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 290. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093j.pdf>

Obeso, D., & Orrego, D. (2010). *Satisfacción Familiar y Calidad de Vida del Paciente del Programa de Control de Tuberculosis del Ministerio de Salud-Distrito el Porvenir*. Trujillo.

Organizacion del Bachillerato Internacional. (2013). *Guia Teorica del Conocimiento*. Reino Unido: International Baccalaureate Organization Ltd. Obtenido de http://gye.ecomundo.edu.ec/alumnos/material/material_2014_A_129_B_22_25059.pdf

- Organizacion del Bachillerato Internacional. (2013). *Guia Teorica del Conocimiento*. Reino Unido: International Baccalaureate Organization Ltd. Obtenido de http://gye.ecomundo.edu.ec/alumnos/material/material_2014_A_129_B_22_25059.pdf
- Organizacion Mundial de la Salud. (Octubre de 2016). *Centro de prensa: Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
- Organizacion Panamericana de Salud. (2016). *Dia Mundial de la Tuberculosis*.
- Organizacion Panamericana de Salud. (10 de Marzo de 2016). Dia Mundial de la Tuberculosis. Obtenido de <http://www.who.int/campaigns/tb-day/2016/es/>
- Pacheco , F. (2002). Actitudes. *Eúphoros*, 173-186. Obtenido de <file:///C:/Users/hp%20245g3/Downloads/Dialnet-Actitudes-1181505.pdf>
- Pèrez, R., Lòpez, F., Peralta, M. D., & Municio, P. (2000). *Hacia una educacion de calidad; Gestiòn, instrumentos y evaluacion*. Madrid: Narcea.
- Pinheiro, P. (17 de Abril de 2015). *MD. Shaude*. Obtenido de MD, Shaude.
- Pinheiro, P. (17 de Abril de 2015). *MD. Shaude*. Obtenido de MD, Shaude: <https://www.mdsauade.com/es/category/enfermedades-infecciosas>
- Pretel, V. (2002). *Evaluacion de las anotaciones de enfermeria durante los años 2000 -2002 en el servicio de Neurologia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen*. Lima.
- Redondo, J., Cereceda, M., & Gómez, M. (octubre de 2004). *Programa de formación continuada acreditada para médicos de atención primaria*. Obtenido de Sitio web programa de formación continuada acreditada para médicos de atención primaria.: http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/abordaje4.php
- Reforma es mas salud . (2014). Si tienes tos por mas de 15 dias acude al centro de salud mas cercano . + *Vida: Suplemento de salud* , 4-5.
- Rivas, C., Greif, G., Coitinho, C., Araújo, L., Laserra, P., & Robello, C. (2012). Primeros casos de tuberculosis pulmonar por Mycobacterium bovis. *revista medica uruguaya*, 209-213. Obtenido de http://www.chlaep.org.uy/descargas/curso_tb_mico_bacterias/primeros-casos-myc-bovis.pdf
- Rojas Tello , G. (2006). *"Actitudes de la familia hacia el diagnostico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el centro de salud "Tablada de Lurin" noviembre - diciembre 2005"*. Lima. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1026/1/Rojas_tg.pdf
- Tillett, L. (1997). Modelo de Promocion de la Salud. En M. Tomet, *Modelos y Teorias en Enfermeria* (pág. 511). Madrid: Diorki, Servicios Integrales de Edision.
- Uria, T., & Fernando, J. (2016). *"Nivel de conocimientos en pacientes afectados de tuberculosis en el centro de salud Maria Teresa de Calcuta. Enero - Junio 2015"*. lima. Obtenido de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/467/1/Tisoc_j.pdf

- Vives, A. (2007). Estilo de vida saludable: Puntos de vista para una opción actual y necesaria . *Revista Psicología Científica.com* , 1-2.
- White, E. (2008). *Ministerio de Curación*. Argentina: Asociación de Casa Editora Sudamericana.
- White, E. (2012). *Consejos sobre el régimen alimenticio*. Estados Unidos: Ellen G. White Estat. Obtenido de [https://egw writings-a.akamaihd.net/pdf/es_CRA\(CD\).pdf](https://egw writings-a.akamaihd.net/pdf/es_CRA(CD).pdf)
- White, E. (2014). *El hogar Cristiano*. Argentina: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- Yagui, M., Jave, O., & Gutierrez, C. (2003). Agenda Nacional en Tuberculosis en Perú 2011 - 2014. *Panamericana de Salud Pública*, 5.
- Yagui, M., Jave, O., & Gutierrez, C. (2013). Agenda Nacional en Tuberculosis en Perú 2011 - 2014. *Panamericana de Salud Pública*, 151-158. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n2/11.pdf>