

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Enfermería



Una Institución Adventista

Conocimientos y actitudes en pacientes con tuberculosis pulmonar del

Hospital de Huaycán y Centros de Salud - Microred Ate, 2017

Por:

Lizeth Sánchez Murga
Yelitza Jiménez Arnesquito

Asesora:

Dra. Luz Castillo Zamora

Lima, Febrero 2018

Ficha catalográfica:

Sánchez Murga, Lizeth y Jiménez Arnesquito, Yelitza.

Conocimientos y actitudes en pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital de Huaycán y centros de Salud - Microred Ate, 2017/ Autoras: Sánchez Murga, Lizeth y Jiménez Arnesquito, Yelitza; Asesor: Dra. Luz Castillo Zamora - Lima, 2018.

106 páginas: anexos, tablas.

Tesis (Licenciatura) -- Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud. EP. Enfermería, 2018.

Incluye referencias y resumen.

Campo del conocimiento: Salud Pública.

1. Conocimiento 2. Actitudes 3. Tuberculosis. 4. ESN-PCT.

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL INFORME DE TESIS

Dra. Luz Castillo Zamora, docente de la Facultad Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: “Conocimientos y actitudes en pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital de Huaycán y centros de Salud Microred Ate, 2017” constituye la memoria que presenta la Bachiller Lizeth Sánchez Murga, Yelitza Jiménez Arnesquito para aspirar al título de Profesional de Grado académico de Licenciatura en enfermería 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 Lima, a los 13 días de febrero de 2018.



Dra. Luz Castillo Zamora

“Conocimientos y actitudes en pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital de Huaycán y centros de Salud – Microred Ate, 2017”

TESIS

Presentada para optar el título profesional de
Licenciado en Enfermería

JURADO CALIFICADOR

Mg. Nitzzy Ramos Flores
Presidente

Dra. Mayela Cajachagua Castro
Secretaria

Mg. María Esther Valencia Orrillo
Vocal

Mg. Rut Ester Mamani Limachi
Vocal

Dra. Luz Victoria Castillo Zamora
Asesora

UPeU, 12 de febrero de 2018

Agradecimientos

Agradecemos a nuestro Dios quien nos llena de mucho amor, sabiduría, quien nos ilumina día a día nuestros pasos.

A nuestros maestros por motivarme y compartir sus conocimientos en el área académica e investigación.

A la Dra. Luz Castillo Zamora, nuestra asesora, por guiarnos y orientarnos para lograr la culminación de nuestro trabajo. Javier Aliaga, docente del Programa de Capacitación de Tesis de escuela profesional de enfermería, por haber compartido sus conocimientos en la culminación del proyecto de tesis.

Del mismo modo queremos agradecer a la Universidad Peruana Unión por inculcarnos a ser profesionales investigadores.

A los pacientes del hospital de Huaycán y establecimientos de salud por su participación y colaboración en la aplicación del instrumento del trabajo de tesis.

Dedicatoria

A mi familia por brindarme su apoyo desinteresado en el logro de mis metas; A mi madre Olinda por su sacrificio y apoyo, ser nuestra razón y motivo de lucha para poder alcanzar nuestras metas y objetivos.

Lizeth Sánchez Murga

A mis queridos Padres Elena y Herminio por su gran sacrificio y apoyo incondicional durante mi Carrera Profesional. A mi tío Yemer por formarme en mi disciplina y esfuerzo.

Yelitza Jiménez Arnesquito

Tabla de contenido

Agradecimientos	ii
Dedicatoria.....	iii
Índice de tablas	viii
Índice de anexos	ix
Nomenclatura y/o símbolos usados	x
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
Capítulo I.....	13
El problema.....	13
1. Planteamiento del problema	13
2. Formulación del problema	17
3. Objetivos.....	17
3.1. Problema general.....	17
3.2. Problemas específicos	17
4. Justificación	18
4.1. Justificación teórica	18
4.2. Justificación metodológica.....	18
4.3. Justificación práctica y social.	18

4.4.	Justificación legal.....	19
5.	Presuposición filosófica.....	19
Capítulo II.....		21
Marco teórico		21
1.	Antecedentes	21
2.	Marco teórico	29
2.1.	Tuberculosis.....	29
2.2.	Conocimiento	43
2.3.	Actitud	45
2.4.	Modelo teórico.....	46
3.	Definición de términos.....	48
CAPÍTULO III		49
Materiales y métodos		49
1.	Diseño y tipo de estudio.....	49
2.	Descripción del lugar de ejecución	49
3.	Población y participantes	50
3.1.	Población.....	50
3.2.	Participantes.....	50
4.	Hipótesis de la investigación.....	53

4.1.	Hipótesis general.....	53
4.2.	Hipótesis específica	53
5.	Identificación de variables.....	53
5.1.	Variable independiente.....	53
5.2.	Operacionalización de variables.....	53
6.	Técnica de recolección de datos.....	57
7.	Proceso de recolección de datos	58
8.	Procesamiento y análisis de datos.....	58
9.	Consideraciones éticas	59
Capítulo IV	.....	60
Resultados y discusión	.....	60
1.	Resultados.....	60
2.	Análisis y discusión.....	63
Conclusiones y recomendaciones	.....	70
1.	Conclusiones	70
2.	Recomendaciones	71
Capítulo V	.....	72
Referencias bibliográficas	.....	72
Anexo.....	.....	87

Anexo 1: Tablas por Item de estudio	87
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	90
Anexo 3: Autorización institucional	103
Anexo 4: Fotos.....	105

Índice de tablas

Tabla 2: Conocimientos pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital de Huaycán y centros de Salud - Microred Ate, 2017	60
Tabla 3: Actitudes de pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital de Huaycán y centros de Salud - Microred Ate, 2017	61
Tabla 4: Relación entre conocimientos y actitudes pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital de Huaycán y centros de Salud - Microred Ate, 2017	62

Índice de anexos

Anexo 1: Tablas por Item de estudio.....	87
Anexo 2: Tratamiento Fase 1 y Fase 2	90
Anexo 3: Instrumento de recolección de datos	92
Anexo 4: Autorización institucional.....	103
Anexo 5: Fotos	105

Nomenclatura y/o símbolos usados

ESN-PCT	: Estrategia Sanitaria Nacional
TB	: Tuberculosis
OMS	: Organización Mundial de Salud
OPS	: Organización Panamericana de Salud
MINSA	: Ministerio de Salud
ONU	: Organización de las Naciones Unidas

Resumen

La OMS (2018) menciona que la tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. En el 2016, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron por esta enfermedad. El objetivo del presente trabajo fue determinar la relación entre nivel de conocimientos y actitudes sobre Tuberculosis Pulmonar en pacientes atendidos en la ESN-PCT. El tipo de estudio fue con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de tipo correlacional, de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 188 personas y se seleccionó a través de un muestreo no probabilístico. El instrumento utilizado fue un cuestionario de 40 preguntas, para medir conocimiento de KR20 (0.86) y con un Alfa de Crombach (0.7) para medir actitudes. Los resultados obtenidos indican que el 64.9% presentó un conocimiento medio, el 25.0% tienen un conocimiento alto y el 10.1 % poseen conocimiento bajo sobre la TB. Además, el 55.9% presentó actitud de rechazo y el 44,1 % con actitud aceptación. Referente a la correlación entre las variables de estudio, se alcanzó un nivel de significancia ($p= ,009$) según el estadístico r de Pearson. Se concluye que existe una relación significativa entre el conocimiento y las actitudes de la TB.

Palabras clave: Conocimiento, Actitudes, Tuberculosis, ESN-PCT.

Abstract

The WHO (2018) mentions that tuberculosis is one of the 10 leading causes of mortality in the world. In 2016, 10.4 million people became ill with tuberculosis and 1.7 million died from this disease. The objective of the present work was to determine the relationship between the level of knowledge and attitudes about Pulmonary Tuberculosis in patients seen in the ESN-PCT. The type of study was with a quantitative approach, of non-experimental design, of correlational type, of the cross-section. The sample consisted of 188 people and was selected through a non-probabilistic sampling. The instrument used was a questionnaire of 40 questions, to measure knowledge of KR20 (0.86) and with a Cronbach's Alpha (0.7) to measure attitudes. The results obtained indicate that 64.9% had the medium knowledge, 25.0% had high knowledge and 10.1% had low knowledge about TB. In addition, 55.9% presented an attitude of rejection and 44.1% an attitude of acceptance. Concerning the correlation between the study variables, a level of significance was reached ($p = .009$) according to the Pearson r statistic. It is concluded that there is a significant relationship between knowledge and attitudes of TB.

Keywords: Knowledge, Attitudes, Tuberculosis, ESN-PCT.

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

Según Llanos, Velásquez, García y Gottuzzo (2012), la Tuberculosis es transmitida por vía aérea que afecta en cualquier edad pero con mayor repercusión en la población económicamente activa. La OMS (2018) afirma que esta enfermedad es uno de los primeros problemas de salud pública; y una de las diez principales causas de mortalidad a nivel mundial.

La organización Mundial de la Salud ([OMS], 2016) reporta que en el mundo, la tasa de incidencia de TB varía ampliamente entre los países; además, (Organización de las Naciones Unidas ([ONU], 2016) señala que es una de las 5 principales causas de muerte en mujeres, hombres en edad adulta o adulta joven. En el mundo, durante el 2010, se informó que se detectaron 8,8 millones de nuevos casos (Llanos et al., 2012).

Alarcón, Alarcón, Figueroa y Mendoza (2017) describe, se estima que en el año 2015, se produjeron: 10,4 millones de casos de tuberculosis sensibles, 580 mil casos de Tuberculosis multidrogorresistente, 1,2 millones de nuevos casos de tuberculosis por VIH y 1,8 millones de defunciones.

Sin embargo, son 22 países en el mundo los que concentran la mayor carga de enfermedad (con tasas de incidencia mayores a 150 casos por cada 100 mil habitantes), la OMS (2016) reporta que el 60 % de casos nuevos se dieron en seis países: India, Indonesia, China, Nigeria, Pakistán y Sudáfrica. Dentro de estos Sudáfrica y Swazilandia son los países con la mayor incidencia a nivel mundial (aproximadamente más de mil casos por cada 100 mil habitantes cada año). Por otro lado el más alto porcentaje de casos nuevos de TB se reportaron en los países de las regiones de Asia Sudoriental - Pacífico Occidental (58%) y África (28%).

Ministerio de Salud ([MINSA], 2015) en las Américas la mayoría de los países tienen tasas inferiores a 50 casos por 100 mil habitantes. La (ONU, 2016) describe que en América Latina, los dos países más afectados son Brasil y Perú. Así mismo, (OMS, 2016) señala que Brasil registró (73.970) ocupando el primer lugar de tuberculosis en Sudamérica en el 2014, seguido por Perú (30.008), México (21.196), Haití (15.806), Colombia (11.875), Argentina (9.195) y Bolivia (8.079). Así mismo, OPS (2009) menciona que la enfermedad afecta en mayor medida a los países de ingresos medios y bajos, más del 80 % de las defunciones por esta causa se producen en esos países a afectan a hombres, mujeres y niños .

El MINSA (2015), en nuestro País la tuberculosis tiene tasas altas de morbilidad y mortalidad siendo los jóvenes y adultos los más afectados. Reportándose casos en todos los departamentos del País con un 82%. Y se concentra principalmente por regiones Selva (30.3%), Sierra (3.5%) y la Costa (25.6%).

OMS (2016) describe que el panorama no es alentador para Perú debido a que el desarrollo económico ha acarreado otras consecuencias como son: empleos

precarios, deficientes ingreso generando pobreza extrema, condicionan al País para el incremento de múltiples factores, esto alarga la permanencia del foco infeccioso, los cuales son el déficit de saneamiento, hacinamiento, poca accesibilidad a los servicios básicos y dentro de ellos el de salud, falta de educación para proteger su salud. Ya que la tuberculosis y la pobreza asumen una relación recíproca, la pobreza puede estar relacionada a las condiciones precarias de salud, formando así, un círculo vicioso que tiende a empeorar (Sperli, Figueiredo, Gazetta, Cruz, & Scatena, 2007).

Capacute (2012) realizó una investigación en la Ciudad de Tacna sobre el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes obteniendo un resultado de un 56,92% presentaron un nivel de conocimiento medio y el 50,77% mostró una actitud de indiferencia al tratamiento. Por otro lado, Galindo (2008) realizó otros estudio en la ciudad de Lima sobre las mismas variables encontrando que un 53.3% tienen un nivel de conocimiento bajo y presentan una actitud de indiferencia. Este indicador es alarmante ya que los conocimientos de medidas de prevención y las actitudes son determinantes para la adquisición de la TB.

El MINSA (2015), de acuerdo al reporte estadístico en Lima, el 86% de los casos de tuberculosis se presenta en Lima Metropolitana y se notifican en 13 distritos, los cuales tienen altas tasas de mortalidad, donde se reportan casos de tuberculosis multidrogo resistente en Lima Metropolitana como San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres, La Victoria Ate, Lima Cercado, San Juan de Miraflores, Comas, El Agustino, Santa Anita, Villa María del Triunfo, Villa el Salvador, Independencia y los Olivos. Bonilla (2008) sostiene que los últimos dos años entre los años 2013 y 2014 los 5 departamentos que presentaron incidencia de TB, por encima del nivel nacional

(Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Lima, e Ica), estos departamentos reportaron el 72% de los casos nuevos notificados en el país. Lima es el departamento que presenta 60% de casos en el Perú y, es el tercer departamento con la incidencia más alta; y los casos que concentra se encuentran en mayor proporción en la provincia Lima Metropolitana, seguido de los distritos de San Juan de Lurigancho, Rímac, La Victoria, El Agustino, Ate, San Anita y Barranco (OMS, 2016).

Según Apolinario y Molina (2016) Huaycán es considerado una población con incremento de casos por TB pulmonar y con afluencia de pacientes pertenecientes en su mayor parte de su misma jurisdicción, así como sus localidades y distrito de Ate, Santa Anita, son una de las áreas con alta incidencia de casos de tuberculosis, sensible y multidrogorresistente. Peña (2015) menciona que actualmente existen 100 casos sensibles de tuberculosis en el hospital de Huaycán, de los cuales solo 4 son multidrogo resistente y 1 extremadamente resistente. Asimismo, informaron que el 60% de los casos han abandonado el tratamiento. Durante internado comunitario las investigadoras rotaron por la ESN- PCT del hospital de Huaycán identificaron que en el periodo 2017 se evidenciaron 140 pacientes nuevos con diagnóstico de tuberculosis. En una entrevista breve hecha a la Lic. Ruth Mery Rodriguez encargada del programa el 21.4% de los pacientes que han abandonado el tratamiento. Adicional a ello, los datos obtenidos de los establecimientos pertenecientes a Huaycán; tres centros de salud de la Micro red Ate con pacientes: P.S Señor de los Milagros (40), C.S. Fraternidad (26), P.S Horacio Zevallos (30). En una entrevista breve realizada por las investigadoras sobre el problema de la TB refirieron “las pastillas me hacen daño”, “siento que no me recupero, ya ha pasado mucho tiempo”, “no sé cuándo me

recuperaré”; por otro lado; otros refieren “no puedo venir a tomar las pastillas”, “estoy solo, no tengo ayuda”. Estas afirmaciones son alarmantes ya que indican una actitud de indiferencia, preocupación y falta de apoyo social. Ante esta problemática y por todo lo mencionado anteriormente se decide realizar la investigación.

2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre nivel de conocimiento y actitudes sobre tuberculosis pulmonar en pacientes del Hospital de Huaycán y centros de Salud - Microred Ate, 2017?

3. Objetivos

3.1. Problema general.

¿Relación entre conocimientos y actitudes en pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital de Huaycán y centros de Salud - Microred Ate, 2017?

3.2. Problemas específicos.

¿Determinar el nivel de conocimientos en pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital de Huaycán y centros de Salud - Microred Ate, 2017?

¿Determinar el tipo de actitud hacia el tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital de Huaycán y centros de Salud - Microred Ate, 2017?

4. Justificación

4.1. Justificación teórica.

La presente investigación permite sistematizar información actual y objetiva acerca de los conocimientos y actitudes en pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis, Ate 2017.

Sirve de antecedentes para próximas investigaciones.

4.2. Justificación metodológica.

La base de datos será entregado al Hospital de Huaycan y los Centros de Salud de la Microred Ate.

4.3. Justificación práctica y social.

El porqué de este estudio es fortalecer los conocimientos sobre la TB y mejorar progresivamente la educación para la salud acerca de la enfermedad. Esto se debe a que actualmente las entidades de salud y por ende sus establecimientos enfrentan esta gran barrera, lo que constituye un obstáculo de gran magnitud para el manejo y erradicación de la TB, llevando al abandono del tratamiento. Debido a ello, las consecuencias se depositan en el País, en la región, etc. La persona no se sana y continúa la cadena de transmisión de la enfermedad. Es así que, los resultados encontrados permitirán implementar programas de salud de prevención la enfermedad.

4.4. Justificación legal.

El proyecto se justifica según la ley N° 27669, artículo 2 donde menciona la obligación que tiene el profesional de enfermería contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar completo de la persona, familia y sociedad.

Así mismo, el cumplir de la Ley N° 30287 capítulo 2 artículo 3, donde menciona que la persona afectada por tuberculosis tiene derecho a acceder a una atención integral, continua, gratuita y permanente de salud.

5. Presuposición filosófica

En la actualidad, las personas descuidan mucho su salud, ya sea por desinterés en mantenerse bien o por priorizar otras actividades. Se ha considerado importante tomar en cuenta, el cuidado de la salud, desde la perspectiva bíblica y la filosofía de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. Las sagradas escrituras dicen "¿O no sabéis que vuestro cuerpo es santuario del Espíritu Santo, el cual está en vosotros, el cual tenéis de Dios, y que no sois vuestros? Porque habéis sido comprados por precio; glorificad, pues, a Dios en vuestro cuerpo y en vuestro espíritu, los cuales son de Dios" (1 Corintios 6:19, 20).

“¿Quién puede sentirse hoy inmune a las enfermedades potencialmente mortales? Mucho antes de que la ciencia demostrara que la salud depende de nuestra alimentación, ya había señalado la relación que existe entre lo que comemos el bienestar físico, mental y espiritual. Dios menciona que aquel el cual no cuida su cuerpo es como se matase a sí mismo pues no da un valor a su propia vida.”

El Señor ayuda a los que tratan de ayudarse a si mismo, pero cuando el hombre no pone empeño en obrar según la mente y la voluntad de Dios, como puede obrar por medio de ellos. Hagamos nuestra parte, obrando nuestra salvación con temor. Con respecto a nuestra responsabilidad e influencia, somos responsables ante Dios porque derivamos, nuestra vida de Dios (White, 1975) en su libro Regimen alimenticio.

White (1959) en su libro Ministerio de curación si el médico y el personal de salud se esfuerzan con fidelidad y diligencia para volverse eficaz en su profesión, si se consagra al servicio de Cristo y dedica tiempo a escudriñar su corazón, comprenderá los misterios de su sagrada vocación. El que quiera cumplir debidamente los deberes de médico ha de llevar día tras día y hora por hora una vida cristiana. La vida del paciente está en manos del médico. Un diagnóstico superficial, una receta equivocada en un caso crítico, o un movimiento de la mano que en una operación desacierta por el espesor de un cabello, pueden sacrificar una existencia y precipitar un alma a la eternidad. ¡Cuán solemne resulta pensar en esto! ¡Cuánto importa, pues, que el médico esté siempre bajo la dirección del Médico divino! (White, 1975).

Capítulo II

Marco teórico

1. Antecedentes

Barros (2015) realizó en 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 “, en la provincia de Guayas- Ecuador. Su objetivo fue describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis y asociación con algunos aspectos sociodemográficos de habitantes de cantones rurales. La metodología empleada fue una selección de la muestra conformada por 152 pacientes, el tipo de estudio fue descriptiva analítica, con diseño correlacional. Paciente sospechoso de tuberculosis mediante encuesta con sencillas 11 preguntas de fácil comprensión para medir el conocimiento que tienen hacia la enfermedad TB, y cuál fue la práctica profesional que se le dio en La casa de Salud donde asistieron para realizarse los debidos exámenes confirmatorios de esta enfermedad. Los resultados demostraron que el nivel de conocimientos de los pacientes es muy alta, en un 98 % .La actitud de la población hacia la enfermedad en su gran mayoría de la muestra, 78% refiere acudir al centro médico más cercano con síntomas que lo hacen sospechar poseer la enfermedad. Las conclusiones abordadas fueron que el

conocimiento de los pacientes sintomáticos respiratorios de tuberculosis es muy alta entre el 82 y 98% han escuchado charlas sobre la enfermedad y están bien sensibilizados para prevenir la enfermedad y con respecto a la actitud de la población en la gran mayoría de la muestra, el 78 % refieren acudir al centro médico más cercano.

Martinez, Guzmán, Flores, y Vázquez (2014) realizaron un estudio en México titulado “Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar” Donde el objetivo fue determinar los factores familiares que favorecen el apego y tratamiento de la TB. La metodología utilizada fue de estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo cuya muestra fue de 57 pacientes seleccionados mediante un censo nominal. Los Resultados obtenidos fueron que un 56% son de sexo masculino y que la edad mínima fue de 18 y la máxima de 83 años, donde un 85% de los pacientes inicio tratamiento acortado estrictamente supervisado y solo un 66,6% logro curación final del tratamiento, 19,2% continuó retratamiento, 12% abandonó el tratamiento y un 92,2% refirió afectación en su vida personal después del diagnóstico de tuberculosis, 75% presentó un grado disfunción familiar. Las conclusiones abordadas fueron que la prevalencia de la TB fueron e 15 por cada cien mil habitantes y se observaron niveles altos de disfunción familiar y rechazo social en los pacientes con abandono al tratamiento.

Cordova & Hernandez (2013) en un artículo realizado en Colombia sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre tuberculosis en indígenas zenúes y habitantes de una zona rural colombiana”, el objetivo fue describir el CAP sobre tuberculosis y la asociación con algunos aspectos sociodemográficos en los

habitantes de zonas rurales e indígenas. La metodología empleada fue de estudio descriptivo transversal en 300 individuos, los datos se recolectaron mediante una fuente primaria y los análisis se realizaron con medidas de resumen, frecuencia y estadística no paramétrica en SPSS 20. Los datos se recolectaron de fuente primaria y los análisis se realizaron con medidas de resumen, frecuencia y estadística no paramétrica en SPSS 20. Los resultados encontrados indican que el 76% obtuvieron un buen conocimiento, grado satisfactorio y en las actitudes un 77% fue insatisfactorio y solo un 48% presentaron buenas prácticas. Las conclusiones abordadas fueron que se observó un adecuado nivel de conocimiento sobre la enfermedad de la TB, en cuanto las actitudes y prácticas fueron insatisfactorias debido a los factores asociados al CAP que son la escolaridad, edad, escolaridad.

Hernández, Granda, & Mena (2013) realizaron un proyecto en Cuba titulado “Fortalecimiento del programa de control de la Tuberculosis en la República de Cuba”, el objetivo fue fortalecer la movilización social y comunitaria de la población dirigida hacia la disminución de la tuberculosis y su transmisión. Donde encuestaron sobre conocimiento, actitud, y comportamiento de la población ante la tuberculosis, con respecto a la población total de 12 años y más, los grupos de edades con mayor cantidad de población relativa en el país son los de 60 años y más 23.6%, seguido del grupo de 40 a 49 años 21.2%, obteniendo los siguientes resultados: encontró que el 87,2% de las familias con TB opinan que ayudará al enfermo en el cumplimiento del tratamiento, y el 15.3% lo mantendría aislado de la familia, 1.6% no sabe qué hacer, mientras que un 1.4% se alejaría de la persona enferma y un 0.1% no haría nada al respecto en la cual concluyeron que la diseminación de la información referente a la

tuberculosis es positivo, con incrementos sustanciales en algunas de ellas. Sin embargo, es conveniente tener en cuenta que aún existen importantes reservas que pueden ser utilizadas para la mejoría de estos resultados.

Atuncar (2017) realizó en Perú- Lima un estudio titulado “Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud de los pacientes, centro salud San Juan de Salina”, su objetivo fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y la actitud de los pacientes pertenecientes al programa. La metodología de estudio fue de enfoque descriptivo, de diseño no experimental, tipo correlacional, y corte transversal con una muestra conformada por 50 pacientes. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario conformado por 16 que fue validado en año 2015 con 0,71 de confiabilidad para la variable conocimiento. Del mismo modo, se utilizó un cuestionario de escala de tipo Likert modificada para medir la variable actitudes que estuvo conformado por 20 preguntas con confiabilidad de 0.71. Los resultados encontrados fueron que un 55,6% tienen conocimiento medio, mientras 35.6% conocimiento bajo y solo un 8,9 % conocimiento alto; con respecto a la actitud, un 73,3% medianamente favorable, y un 24,4% actitud favorable y solo 2,2% actitud desfavorable. Según la correlación de Pearson = 0,605 evidencia una relación directamente significativa con un nivel de significancia de $p=0,01$. Por lo tanto, se concluyó que existe una relación directa entre conocimientos y actitudes hacia el tratamiento pulmonar de los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la TB, Centro de Salud de San Juan de Salinas.

Ferrer & Quispe (2015) en su trabajo realizado en Perú- Lima titulado “conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia el tratamiento de los pacientes que asisten al centro de salud materno infantil Manuel Barreto - San Juan de Miraflores “, el objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia el tratamiento de los pacientes que asisten al Centro de Salud; el estudio fue de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, tipo correlacional y corte transversal .La muestra fue probabilística por conveniencia, estuvo conformada por 40 pacientes, a los que se les aplico un cuestionario de 20 preguntas tanto para la variable conocimiento y actitud. Los resultados encontrados fueron que el 62.5% de los pacientes tienen un conocimiento alto, el 35.0% conocimiento medio y solo un 2.5 % nivel de conocimiento bajo .En cuanto a la actitud del tratamiento, 77.5% muestran una actitud de aceptación y 22.5% de indiferencia. Por lo que se concluyó que sí existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes.

Capacute (2012) en su trabajo realizado en Perú-Tacna titulado “Relación entre el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Micro red Cono Sur”, el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento del paciente. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, tipo correlacional y corte transversal. La muestra fue no probabilística por conveniencia estuvo conformado por 65 pacientes a los que se les aplico una encuesta de nivel de conocimientos de tuberculosis pulmonar y estaba constituido por 20 preguntas y

distribuidos por 03 dimensiones .Se utilizó una escala de Likert modificado. Tuvo por objetivo recoger la información sobre la variable actitud hacia el tratamiento farmacológico, que consta de 20 preguntas 11 enunciados (positivos) y 09 (negativos); instrumentos validados y tienen un nivel de significancia de $p>0.05$. Los resultados fueron que un 56,92% tienen conocimiento medio, y el 50,77% mostró actitud de indiferencia al tratamiento. En conclusión, existe relación estadística significativa entre las dos variables.

Pérez & Miranda (2011) en su trabajo realizado en Tarapoto titulado “Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento del usuario de la Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba”. Con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y la actitud de los Usuarios ESCTBC hacia el tratamiento. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental de tipo correlacional y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 60 pacientes fue probabilístico y con cinco alternativas que midieron los conocimientos con su dimensión de prevención, diagnóstico, tratamiento. En cuanto a la variable actitud también se aplicó un cuestionario de 20 preguntas. Los resultados fueron que si existe relación entre nivel de conocimiento y actitudes con un ($p=0.684$).Por lo tanto se concluyó que se recomendó mantener y mejorar los módulos educativos para el usuario que ingresa a la ESCTBC, con el fin de mejorar su actitud hacia la enfermedad.

Galindo (2008) en su trabajo realizado en Perú- Lima titulado “Relación Entre Nivel de Conocimientos y las Actitudes Hacia el Tratamiento que Tienen los Pacientes con Tuberculosis Pulmonar Centro de Salud Jicamarca – MINSA”, el objetivo fue

determinar la relación entre el nivel de conocimientos y actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, tipo correlacional y corte transversal. La muestra fue no probabilística por conveniencia y estuvo conformada por 60 pacientes pertenecientes al programa, la técnica utilizada fue una encuesta y el instrumento consistía en un cuestionario cerrado con alternativas múltiples para medir los conocimientos sobre la TB; además, se utilizó la escala de Lickert modificada para medir la variable actitudes. Los resultados fueron el 77 % de los pacientes presentan un nivel de conocimiento medio o bajo y solo un 23% tiene un nivel de conocimiento alto y 75% presentan una actitud de indiferencia, 10% actitud de rechazo, 15% una actitud de aceptación. Por lo tanto, se concluye educación es la base para adquirir el conocimiento en los múltiples procesos de la enfermedad y esto ayudará que el individuo modifique su personalidad, modo de pensar, hábitos y costumbres.

Huaynates (2006) en su trabajo realizado en Perú -Lima titulado “Relación ente el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria control de la tuberculosis del centro de salud, San Luis”, con el objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes. Es un estudio tipo correlacional con corte transversal; la muestra de estudio estuvo conformado 60 pacientes, fue probabilístico y por conveniencia, a los que se les aplico un instrumento de 20 preguntas para la variable conocimiento y actitudes. Los resultados fueron si existe relación entre nivel de conocimientos y actitudes con un nivel de significancia de $p < 0,05$. Por lo que se concluyó que la

educación cumple un rol importante para modificar nuestra actitud y poder prevenir la enfermedad de los demás miembros de la familia y comunidad.

Tisoc (2016) realizó un estudio en Perú-Lima titulado “Nivel de conocimiento en pacientes afectados de tuberculosis en el Centro de Salud María Teresa de Calcuta. Enero – Junio” Con el objetivo de determinar nivel de conocimiento en pacientes afectados con TBC del Centro de Salud María Teresa de Calcuta. El estudio fue enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, tipo correlacional y corte transversal. La muestra fue probabilística por conveniencia y estuvo conformado por 76 pacientes, a los que se les aplicó una encuesta de 20 preguntas para la variable conocimiento. Los resultados fueron 66% pacientes son de género masculino y tiene un conocimiento medio y alto. Por lo tanto se concluyó que el nivel de conocimiento es medio y alto en pacientes diagnósticos con tuberculosis centro de Salud María de Teresa.

Suárez (2015) realizó una investigación en Huaycan titulado “Relación entre autoestima y capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital Huaycán, Lima”, con el objetivo de determinar la relación entre la autoestima y la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar. La metodología estudiada fue de enfoque cuantitativa, diseño no experimental tipo correlacional, y corte transversal, donde la muestra estuvo conformada por 68 pacientes fue probabilística y por conveniencia a los que se les aplicó el cuestionario escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala de apreciación de la agencia de autocuidado ASA. Los resultados fueron que el 55.9% de la muestra tiene un nivel de autoestima medio, seguido del 25.0% con nivel bajo y 19.1% con

nivel alto; el 48.5% presenta un nivel alto de capacidad de agencia de autocuidado, el 26.5% y 25.0% presenta nivel bajo y medio respectivamente. En cuanto a la relación entre la autoestima y las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado, se observa una relación directa y significativa con la dimensión interacción social ($r=0.299$, $p=0.013$); no hay relación significativa con las dimensiones bienestar personal, actividad y reposo, consumo suficiente de alimentos, y promoción del funcionamiento y desarrollo personal.

2. Marco teórico

2.1. Tuberculosis.

2.1.1. Definición.

Fernandez & Manzur (2013) menciona que la tuberculosis es crónica, contagiosa e infecciosa, ocasionada por una micobacteria llamada *Mycobacterium* o bacilo de koch, que se localiza principalmente en el parénquima pulmonar y también puede comprometer a distintas partes del organismo.

MINSA (2013) define que la TB es infecciosa y aéreo, producida por una bacteria de una persona inmunosuprimido por el *Mycobacterium tuberculosis* que mide 0.5 por 3 micras y esta patología es un problema de salud pública mundial que se relaciona de forma estrecha con pobreza, desnutrición, hacinamiento, vivienda de bajo estándar y atención inadecuada a la salud.

2.1.2. Manifestaciones clínicas.

Los signos y síntomas de TB son variados, poco específicos no permite diferenciarlas, pero en la mayoría de los pacientes es de inicio silencioso, poco alarmante, esto depende huésped, agente infeccioso, edad, órgano afectado y estado inmunitario (Ruiz et al., 2008). Los síntomas pueden dividirse en 2 grupos:

2.1.2.1. *Sistémicos*. Los más frecuentes son fiebre, tos persistente por 15 días, falta de apetito y peso, astenia, sudoración nocturna profusa y malestar general.

2.1.2.2. *Específicos de órgano*. Varían según la enfermedad y localización:

Arévalo, Alarcón, & Arévalo (2015) mencionan que signos y síntomas presenta una persona enferma de tuberculosis:

- Pérdida inexplicable de peso sin causa conocida
- Pérdida de apetito
- Sudores nocturnos
- Fiebre
- Cansancio
- Tos intensa que dura 3 semanas

2.1.3. Diagnóstico

Del mismo modo Grouzard, Rigal, & Sutton (2016) mencionan que la enfermedad se puede diagnosticar de forma rápida si se centran en los usuarios que son

sintomáticos respiratorios (fiebre, tos persistente que dura 3 semanas , pérdida de apetito) que se asocian a los síntomas generales .

- Microscopia directa de los esputos, cultivo.
- PPD
- La radiografía de tórax es útil en los pacientes con un frotis negativo.

Por otro lado MINSA (2015) refiere que los métodos diagnósticos que se utiliza es mediante el tipo de fluido o secreción corporal que permite evaluar la búsqueda de la bacteria de tuberculosis y dependerán del sitio anatómico afectado para poder descartar la sospecha de la enfermedad.

2.1.3.1. Baciloscopía

La prueba de esputo o baciloscopía es utilizado con frecuencia para el diagnóstico de la tuberculosis y se realiza mediante la coloración de Zielh Neelsen. Esta tinción es usada además, en otras muestras corporales como tejidos y líquidos corporales.

2.1.3.2. Radiografía de tórax

El proveedor de servicios de salud debe reconocer que la radiografía del tórax es un método complementario de uso en situaciones individuales y que por su sensibilidad puede permitir descubrir otras patologías diferentes a la enfermedad tuberculosa

2.1.4. Factores de riesgo

Baldeón (2015), menciona los siguientes factores:

- **Factores Biológicos:** virulencia y cantidad de bacilos, y las condiciones del huésped.
- **Factores sociales:** sexo, edad, sistema inmunológico deprimido, desnutrición, Infecciones virales como el VIH.
- **Factores ambientales:** ayudan al contagio y propagación de la enfermedad. Contacto del paciente que tiene tuberculosis, hacinamiento familiar, ventilación inadecuada.

2.1.5. Tratamiento de la tuberculosis.

Boldú, Cebollero, Abu, & Prado (2007) refiere que el tratamiento farmacológico es importante y fundamental para matar a los bacilos en sus diferentes fases y crecimiento *Mycobacterium tuberculosis*.

González et al. (2010), mencionan que el tratamiento actual de la tuberculosis inicial o nunca tratada se rige por las bases bacteriológicas y por los numerosos ensayos terapéuticos. Considerando el régimen terapéutico como condiciones para ser utilizado cuando cura a más de un 95% de los pacientes. Menciona que el tratamiento farmacológico del esquema de primera línea son esenciales y efectivos como: Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol ya que logra la curación de las personas que tienen tuberculosis en un periodo de seis meses.

García, Lado, Túniz, Pérez y Cabarcos (2003) refieren que la eficacia de los medicamentos depende de la dosis, que debe realizarse de acuerdo con el peso y la edad. Siempre que sea posible se han de administrar en ayunas y en una sola toma y no debe ingerirse alimento hasta que no hayan pasado 15-30 minutos. (Ver Anexo 2 Figura 1)

Según Pascuzzo (2013), el tratamiento farmacológico de segunda línea suelen ser poco eficaces y más tóxicos. Está indicado cuando hace resistencia micobacteriana a los medicamentos de primera línea, cuando no es eficaz la terapia convencional (Ver anexo 2 figura 2)

2.1.6. Complicaciones

Domínguez et al. (2007) menciona que la enfermedad de la TB, habitualmente tiene cura pero deja secuelas cuya magnitud viene relacionada con severidad y extensión.

- Cicatrices
- Pulmón destruido
- Neumotórax
- Fibrotórax
- Cáncer de pulmón

Según la OMS (2015), refiere que sin tratamiento, la tuberculosis puede ser fatal. La enfermedad activa no tratada generalmente afecta a los pulmones, pero también puede comprometer a otras partes del cuerpo mediante el torrente sanguíneo.

- Huesos. El dolor vertebral y la destrucción de las articulaciones pueden ser consecuencias de la tuberculosis cuando la infección llega a los huesos. En muchos casos, las costillas también se ven afectadas.
- Cerebro. La tuberculosis en el cerebro puede causar meningitis, una inflamación de las membranas que cubren el cerebro y la médula espinal, a veces mortal.
- Enfermedad hepática o renal. El hígado y los riñones ayudan a filtrar los desechos y las impurezas de la sangre. Estas funciones se deterioran si el hígado o los riñones pueden ser afectados y dañados por la enfermedad de la tuberculosis.
- Corazón. La tuberculosis puede infectar a los tejidos que rodean el corazón, causando complicaciones que pueden interferir con la capacidad del corazón para bombear eficazmente. Esta condición, llamada taponamiento cardíaco, puede ser fatal.

2.1.7. Prevención

Según González et al. (2010) menciona que la prevención tiene como objetivo evitar la propagación y contagio de la enfermedad de persona a persona mediante una detección precoz de casos y diagnóstico oportuno.

2.1.7.1. Vacunación BCG:

Quezada & Sánchez (2015) refieren que la vacuna contra la Tuberculosis, Bacillus de Calmette más conocida como la BCG, protege a los bebés contra las enfermedades graves en especial como la meningitis tuberculosa. MINSA (2011)

menciona que la vacuna de la BCG, se suministra para generar mayor resistencia al desarrollo de la TB es efectiva hasta un 76% , son vacunados todos los recién nacidos dentro de las 24 horas se administra 0.1cc vía intradérmica brazo derecho .Si el peso es inferior a 2500 gramos se debe postergarse la vacuna.

2.1.7.2. Control de contactos:

Se considera a toda aquella persona (familia, compañeros laborales, amigos íntimos, etc) que viven en el mismo hogar, que mantuvieron una relación directa con el paciente de tuberculosis pulmonar .Este grupo tiene alto riesgo de infección a desarrollar una tuberculosis activa. El descarte después del contacto con el usuario enfermo de TB es prioritario , ya que están expuestos a contagiarse y propagar la enfermedad (Anibarro, Castro, Cruz, Diaz, & Fernández, 2010).

En el país, la condición de contacto, en especial el conviviente, constituye uno de los principales factores de riesgo para infectarse y enfermar de Tuberculosis.

2.1.7.3. *Quimioprofilaxis.*

Berdasquera & Suárez (2002) mencionan que la quimioprofilaxis de los contactos de casos de tuberculosis con baciloscopía positiva se da prioridad en el control esto se puede controlar cuando se hace una buena atención primaria de salud. Consiste en la administración del medicamento de primera línea como la isoniacida durante los seis primeros meses, a personas que están en contacto y pueden ser infectadas con la TB (Maza et al 2005).

Por otro lado Laínez, Martínez, Costa, & Rodríguez (2010) refieren que se da prioridad a los personas menores de 10 años que están en contacto y a los usuarios

con VIH positivo siendo de gran importancia para la salud pública que tiene como finalidad prevenir y disminuir la TB.

2.1.7.4. Educación para la salud.

Según Maza et al (2005) menciona que la educación es el dialogo e información entre la enfermera y los usuarios de manera personal, grupal, familiar y comunitario que tiene como objetivo lograr cambios en las conductas de los usuarios enfermos de tuberculosis, satisfaciendo sus necesidades y bienestar.

Barroso (2012) menciona que la salud es esencial para un aprendizaje eficaz, la educación es un medio poderoso que permite a los pacientes mantener su salud. La educación sanitaria se da mediante una información actualizada con un lenguaje comprensible y simple.

- Pacientes que sean sintomáticos respiratorios deben ser evaluados y diagnosticados mediante la prueba de baciloscopia o prueba de esputo.
- Que las personas enfermas con tuberculosis reciban un tratamiento supervisado y completo para evitar recaídas y abandono.
- Las personas que están en contacto directo están en riesgo de contraer la enfermedad de TB serán verificados y examinados por la enfermera del servicio de PCT.
- Los usuarios que sean menor de edad y están en contacto con la persona enferma con tuberculosis con frotis positiva recibirán su quimioprofilaxis.

Los cuidados que se proporciona en el hogar a los usuarios con tuberculosis son los siguientes:

2.1.7.5. Descanso.

Marqués y Garatachea (2012) mencionan que el sueño es importante para la salud y básico para llevar una mejor calidad de vida. El descanso es un estado de actividad mental y física reducido, que hace que la persona se sienta tranquilo, rejuvenecido, sin presencia del estrés emocional y ansiedad para continuar con sus actividades cotidianas. El sujeto que descansa se encuentra en buenas condiciones de salud, libre de ansiedad y físicamente calmado.

Las horas de sueño que requiere una persona depende de la edad, desgaste físico y mental, pero lo más recomendable es descansar de 6 a 8 horas de sueño para recuperar todo el desgaste de energía (Llata et al., 2011).

Las personas que tienen tuberculosis presentan dificultad para conciliar el sueño por los signos y síntomas que se evidencia en la noche o madrugada como fiebre elevada acompañada de la sudoración nocturna, tos con flema, que impide la satisfacción y necesidad del sueño (Cordero, Lorenzo, & Muñoa, 2009).

Según MINSA (2013), el descanso es un derecho de la persona enferma, es recomendable reposo físico aproximadamente dos meses durante el tratamiento de la primera fase donde el usuario recibe una gran cantidad de medicamentos.

2.1.7.6. Alimentación.

Según MINSA (2006), otra forma de prevenir la enfermedad es con una alimentación adecuada y saludable, teniendo los nutrientes y sustancia que

organismo necesita. Una alimentación adecuada ayuda que el cuerpo se mantenga sano y pueda evitar contraer enfermedades y gozar de una buena salud ya que el ser humano necesita vitaminas, minerales, proteínas, agua, según requiera el organismo y debe ser equilibrada accesible y económica .

La nutrición es importante en los usuarios con TB ,una buena alimentación ayuda a su pronta recuperación, un paciente enfermo gasta su energía durante el proceso de la enfermedad, si no tiene una alimentación adecuada y balanceada perderá peso, y no será suficiente satisfacer las exigencias energéticas de la enfermedad por ello el organismo no responderá adecuadamente al tratamiento (Contreras, 2014).

2.1.7.7. Medidas de saneamiento:

Cualquier persona que rodea al paciente con TB es susceptible a contagiarse de la enfermedad ya que inspiran las bacterias cuando la persona enferma habla, tose, estornuda ya que estas bacterias suelen permanecer en el aire durante muchas horas. (OMS & OPS, 2002).

Se considera las siguientes medidas:

- Tener un cuarto personal, y dormir solo de preferencia para evitar el contagio y propagación de la tuberculosis.
- El paciente enfermo debe cubrirse la boca y la nariz con el antebrazo después de estornudar o toser constantemente, luego de lavarse las manos para eliminar las micobacterias de la TB
- El Papel utilizado por la persona enferma tiene que ser desechado inmediatamente en el basurero.

- Se recomienda hacer limpieza del hogar.
- Se recomienda ventilar los cuartos todos los días, de manera que pueda ingresar los rayos del sol, lo cual destruye al Mycobacterium.
- Contar una alimentación adecuada, balanceada y saludable.

2.1.8. Rol de la enfermera en el componente de control de la tuberculosis:

Musayón et al., (2010) describe que la enfermera tiene la responsabilidad de atender a los pacientes, de manera íntegra y personal, mediante una calidad de información, seguimiento y control que tiene como objetivo disminuir los casos de morbi y mortalidad de la enfermedad de la TB.

2.1.8.1. Entrevista de enfermería:

Maza et al., (2005) refiere que su deber de la enfermera consiste en la atención directa, que se brinda y proporciona al paciente y familiares con tuberculosis pulmonar en el servicio de PCT, con fines de educación, control y seguimiento.

Los objetivos de la entrevista son:

- Brindar una información actualizada sobre la enfermedad TB, forma de contagio e importancia del tratamiento indicado.
- Contribuir en el seguimiento de casos nuevos y contactos.
- Verificar las conductas y problemas de la persona con tuberculosis.
- Realizar una adecuada consejería.

MINSA (2013) Menciona que la enfermera del servicio de PCT tiene la responsabilidad de entrevistar y orientar al paciente sobre el proceso de la enfermedad y están entrevistas se da:

- Inicio del tratamiento
- Segundo al iniciar y terminar la primera fase tratamiento medicamentoso indicado.
- Tercera se brinda a la finalización de tratamiento antituberculoso.

2.1.8.2. Visita domiciliaria:

Castellanos, García, & Avena (2015) Es la acción de enfermería acudir a la vivienda o lugar de residencia de los usuarios que compete al personal de salud para conocer los factores sociales, económicos de la salud que rodean al usuario, familia para involucrarlos en el tratamiento hasta su termino con el objetivo de lograr su recuperación y curación.

Según la OMS (2005), describe que la visita domiciliaria tiene como objetivo sensibilizar al paciente de TB y sus convivientes es de suma importancia su participación y colaboración en el tratamiento, control, prevención de la tuberculosis.

2.1.8.3. Motivos de la Visita domiciliaria

El MINSA (2012) menciona los siguientes motivos de visita domiciliaria.

- Promover los comportamientos sobre higiene personal del hogar.
- Inasistencia al tratamiento o abandono.
- Seguimiento y vigilancia permanente promoviendo estilos de vida saludable.
- Educación para salud.
- Por inasistencia al centro de salud del paciente con sintomático respiratorio.
- Recolectar prueba esputo.

- Obtener segunda y tercera muestra del usuario sintomático respiratorio que asiste o retorna al establecimiento de salud.
- Recuperar al usuario con TB que no asiste frecuentemente al tratamiento (dentro de las 72 horas).

2.1.8.4. *Organización y administración del tratamiento.*

Según el MINSA (2011), menciona que el tratamiento antituberculoso de los pacientes es ambulatorio y supervisado exclusivamente por la enfermera del servicio de PCT, asegurándose que el usuario ingiera los medicamento en la hora, día que le corresponda.

- El Ambiente debe contar con un lugar amplio, ventilado, con luz propia para proporcionar al paciente una calidad de atención.
- Contar con un registro oportuno para el monitoreo y seguimiento de los usuarios con tuberculosis.
- Registrar tarjetas de asistencia y control de medicamentos farmacológicos y solicitud de basiloscoopia.
- Capacitar de forma continua al personal que labora (enfermera, técnico) administración supervisada del tratamiento.

Uso del tarjetero: todo personal de salud tiene que implementar en su tarjetero:

2.1.8.5. *Referencia y contra referencia.*

Según MINSA (2012), es un conjunto de procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se aseguran las necesidades de salud de los usuarios

con eficacia y eficiencia , transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad a otro mayor complejidad.

2.1.8.6. Derivación y transferencia a otros establecimientos.

La derivación del paciente se da cuando el usuario con tuberculosis es diagnosticado en un establecimiento de salud que no cuenta con los recursos necesarios para una buena atención, y no se encuentra en el lugar donde reside o trabaja, y es transferido a otro centro de salud más cercano y domicilio, con la finalidad de proporcionar y garantizar un tratamiento monitoreado (MINSA, 2013).

Administración de quimiopprofilaxis: Consiste en la administración del medicamento de primera línea “Isoniacida “en personas con alto riesgo de contraer la enfermedad de la tuberculosis.

2.1.9. Diagnósticos de enfermería

Según Figueroa (2016), los diagnostico de enfermería que se utilizan en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis.

- **Gestión ineficaz de la salud:** integración cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas. (Figueroa,2016)
- **Desequilibrio nutricional:** ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.

- **Limpieza ineficaz de vías aéreas:** incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.
- **Deterioro de la interacción social:** intercambio social inefectivo o cualitativamente insuficiente.
- **Intolerancia a la actividad:** insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades requeridas o deseadas.
- **Déficit de conocimientos:** incapacidad de afirmar o explicar una información o demostrar una habilidad necesaria, con técnicas de tratamiento de la enfermedad.

2.2. Conocimiento

2.2.1. Definición.

La Real Academia Española (2014) definió como “el saber y comprender; además, discernimiento, comprensión e intelecto natural”.

Muñoz y Riverola, citado por Collazos (2013), describe el conocimiento como la inteligencia de resolver una cantidad de problemas u obstáculos con eficacia determinada.

Además, Collazos (2013) describe que también es el conjunto formado análisis, métodos, averiguaciones y conexiones consideradas dentro del ámbito y experiencia del sujeto, dentro de un ambiente u organización, que puede ser de forma general o específica o personal. El conocimiento reside dentro del propio conocedor, el conocedor es aquella persona que hace el conocimiento suyo racional o irracionalmente.

2.2.2. Niveles de conocimiento

Bravo (2017) describe que es el conjunto de conocimientos adquiridos en forma cualitativa y cuantitativa de una persona, lograda por la integridad de los aspectos sociales, interculturales y experiencias en la actitud práctica de la vida diaria y saber determinar el cambio de conducta frente a situaciones problemáticas y la solución acertada frente a ella.

2.2.3. Grados de conocimiento

Respecto a los grados de conocimiento existen los siguientes:

Conocimiento Excelente. Expresa cualidad, virtud, moral, mérito o estimación entre las cosas que son buenas.

Conocimiento Bueno. En nota de examen, nota superior a la de aprobar, inferior a la de notable.

Conocimiento regular: Ajustado y conforme con la regla y las acciones; de modo de vivir moderado; ajustar y confrontar una cosa por comparación o deducción.

Conocimiento deficiente. Carencia o falta de algo, insuficiencia en el funcionamiento, implica una anomalía.

Conocimiento sobre la TB: Los pacientes con tuberculosis del hospital de Huaycan y centros de salud de la Microred que conocen y entienden el proceso de la enfermedad, tratamiento, prevención, y razones de porque el tratamiento es prolongado.

El conocimiento deficiente puede llevar al paciente a tomar otras alternativas, como el abandono de tratamiento.

2.3. Actitud

La Real Academia Española (2014) define a la actitud como disposición del ánimo manifestada de algún modo.

Las respuestas sociales del individuo reflejan sus actitudes, sus sistemas duraderos de valoraciones positivas o negativas, sus sentimientos y sus tendencias en pro o en contra, al respecto a determinados fenómenos sociales.

Actitudes son “predisposiciones a actuar en una determinada forma frente a una situación social, sirve como guía y reflejo, que conlleva a evaluar la respuesta que evalúa si es positiva o negativa, favorable o desfavorable”. Vásquez y Manacero citado (Valero, 2012).

2.3.1. Clasificación

Aceptación: consiste en “estar de acuerdo” describe al sujeto, que se muestra cercano al objeto, con un sentimiento de apoyo, entendimiento, comprensión, debido a ello está predispuesto a comunicarse e interactuar con su entorno, manifestando su actitud de forma positiva. Rodríguez (citado por Dominguez & Gonzales, 2016)

Rechazo: se describe como el proceso de negación del sujeto hacia el objeto, lo que lleva a evitar la situación, motivo de la actitud, corresponde con el recelo, desconfianza y en ciertos casos agresión y expresión de frustración que lleva a la persona a un estado de tensión constante. Rodríguez (citado por Rodríguez & Valldeoriola, 2011)

Indiferencia: se define como estado o sentimiento de apatía, desinterés donde el sujeto ni muestra aceptación o rechazo, positivo ni negativo, cae rutina y aburrimiento hacia la situación que forma parte de su vida. Rodriguez (citado por Dominguez & Gonzales, 2016)

Pero para Rodriguez (citado por Dominguez & Gonzales, 2016) describe que los tipos de actitud son: Favorables o desfavorables: Permiten manifestar sentimientos positivos o negativos, según la forma como se reaccione ante un fenómeno determinado.

También Rodriguez (citado por Dominguez & Gonzales, 2016) menciona que “es importante mencionar que no existen actitudes neutras, por cada acontecimiento, situación o persona producen una reacción, y las reacciones siempre están polarizadas”.

2.4. Modelo teórico

Giraldo, Toro, Macias, Valencia, y Palacio (2010) “La promoción de la salud ha sido motivo de análisis y discusión a lo largo del tiempo. Es usada como estrategia para realizar planteamientos relacionados a políticas públicas saludables, intervenciones hacia personas y poblaciones, y para generar nuevas propuestas de salud”.

El modelo de Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos bio-psico-sociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud (Marriner & Raile, 2007).

Giraldo et al., (2010) declara que Pender es conocida por su aporte del Modelo de Promoción de la Salud. En el cual planteó, promover el estado óptimo de salud lo que se empleó novedosamente, donde se identificó los factores que influyeron en la toma de decisiones y las acciones para prevenir la enfermedad.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Granda (2013) refiere que “Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro” esto quiere decir a mayor promoción de la salud mejor estilo de vida.

Aristizábal, Blanco, Sánchez, y Ostiguín (2011) describen que “El Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables” (p.4)

Además , Granda (2013) describe que el Modelo de Promoción de la salud se basa en ciertos metaparadigmas como son: Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Marriner y Raile (2007) describe también a Joyce Travelbee llamada “Modelo de relaciones entre seres humanos”, se basa específicamente en la relación humana terapéutica entre enfermera- paciente su cuidado puso relieve en la empatía, solidaridad, transferencia y aspectos emocionales de la enfermería.

Contempla a ciertos actores dentro de su modelo:

- Persona
- Entorno
- Enfermería

3. Definición de términos.

Tuberculosis: enfermedad infecciosa, provocada por el bacilo, que se transmite a través del aire.

Conocimiento: es el conjunto de ideas e información que refieren tener los pacientes con tuberculosis pulmonar que se obtendrá a través de un cuestionario y se valorará en alto, medio y bajo.

Conocimiento sobre tuberculosis sensible: la tuberculosis es una infección que inicia cuando una persona susceptible a la enfermedad inhala gotitas que contienen microorganismos.

Actitudes: predisposición de aceptación, indiferencia y rechazo del paciente hacia la enfermedad

CAPÍTULO III

Materiales y métodos

1. Diseño y tipo de estudio

El presente trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo, pues permite medir y analizar variables; según Hernandez, Fernandez, & Baptista (2010), usa la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico. El diseño es no experimental, debido a que no se manipula las variables de estudio (Hernandez et al., 2010) .Es de tipo correlacional porque mide el grado de relación que existe entre dos o más variables según Behar (2008). Lo principal de estos estudios es saber cómo se puede comportar una variable conociendo el comportamiento de otra variable relacionada. De corte transversal porque se tomó la muestra en un solo momento, según se distingue porque indaga la presencia del evento una vez conformada la población en estudio, y porque solo se hace una medición en el tiempo en cada sujeto.

2. Descripción del lugar de ejecución

La investigación se realizó en el Hospital de Huaycan Nivel II- 1 está ubicado en la Av. J.C. Mariátegui S/N Zona "B", comunidad de Huaycan, distrito de Ate, Provincia de

Lima, departamento de Lima, a la altura del kilómetro 16,5 de la Carretera Central, entre las faldas de los cerros Fisgón y Huaycan. .

3. Población y participantes

3.1. Población.

La población estuvo constituida con un total de 236 pacientes pertenecientes al servicio de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control de Tuberculosis del Hospital de Huaycán (140 pacientes) y de los centros de salud de la Micro red Ate: P.S Señor de los Milagros (40), C.S. Fraternidad (26), P.S Horacio Zevallos (30).

3.2. Participantes.

La muestra estuvo conformada por 188 pacientes, Hospital de Huaycán (120), P.S. Señor de los Milagros (34), Horacio Zevallos (21), C.S. Fraternidad (13), con criterio de selección no probabilística según Engel (2010); elegidos por conveniencia de los investigadores, a los cuales se les aplicó criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Usuarios con Dx de tuberculosis pulmonar perteneciente al programa de control de tuberculosis.
- Usuarios registrados en el tratamiento de fase I y II controlados en el programa.
- Usuarios mayores de 15 años.
- Usuario que acepte voluntariamente participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Usuarios Menores de 15 años.
- Usuario que no acepta participar voluntariamente.
- Usuarios con problemas de salud mental.

Características de muestra

En la tabla 1 se observa que del 100% de pacientes corresponde a adulto intermedio (25 a 54 años) un 54.3%, el género predominante fue el masculino 58.5%, cuyo grado de instrucción fue secundaria: con un 30.9% con secundaria completa y 30.3% con secundaria incompleta. La ocupación predominante fue independiente con 50% y el establecimiento de Salud: Hospital de Huaycan un 63.8% de pacientes. La clasificación del grupo etareo esta descrito en el MAIS (MINSA, 2014).

Tabla 1*Distribución sociodemográfica de pacientes con tuberculosis pulmonar*

Variable	Escala	n	%
Edad	Adolescente segunda fase	20	10,6
	Adulto joven	42	22,3
	Adulto intermedio	102	54,3
	Adulto pre-mayor	10	5,3
	Adulto mayor	14	7,4
Género	Femenino	78	41,5
	Masculino	110	58,5
Grado de Instrucción	Primaria completa	9	4,8
	Primaria incompleta	18	9,6
	Secundaria completa	58	30,9
	Secundaria incompleta	57	30,3
	Superior completa	29	15,4
	Superior incompleta	17	9,0
Procedencia	Costa	99	52,7
	Sierra	62	33,0
	Selva	27	14,4
Ocupación	Dependiente	20	10,6
	Independiente	94	50,0
	Desocupado	9	4,8
	Ama de Casa	49	26,1
	Estudiante	16	8,5
Establecimiento de salud	Hospital de Huaycan	120	63,8
	C.S Señor de Los Milagros	34	18,1
	P.S Horacio Zevallos	21	11,2
	P.S La Fraternidad	13	6,9
	Total	188	100,0

4. Hipótesis de la investigación

4.1. Hipótesis general

Existe relación entre significativa entre nivel de conocimiento y actitudes hacia el tratamiento, en pacientes atendidos de la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis del Hospital de Huaycán y centros de Salud de la Micro red, Ate, 2017

4.2. Hipótesis específica

H1: Existe relación significativa entre nivel de conocimiento y actitudes sobre tuberculosis en pacientes atendidos de la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis del Hospital de Huaycán y centros de Salud de la Micro red, Ate, 2017

H0: No existe relación significativa entre nivel de conocimientos y actitudes sobre Tuberculosis Pulmonar en pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis del Hospital de Huaycán y centros de Salud de la Micro red, Ate, 2017.

5. Identificación de variables

5.1. Variable

Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar

Actitudes sobre tuberculosis

5.2. Operacionalización de variables

VARIABLE	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala
Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar.	Es el conjunto de ideas e información que refieren tener los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas que se obtendrá a través de un cuestionario y se valorará en alto, medio y bajo (Collazos, 2013)	Grado de información adquirido y aprendido por los usuarios con tuberculosis sobre: Definición, signos y síntomas, factores de riesgo tratamiento farmacológico , Medidas de Prevención	Tipo de Enfermedad Modo de transmisión Síntoma Factores de riesgo Esquemas de tratamiento Farmacoterapia Efectos adversos Tratamiento Inicio de tratamiento Resistencia a tratamiento Toma de tratamiento Alimentación durante el tratamiento.	Infectocontagiosa El aire con microbios que respiramos. Más de 15 días, con o sin flema. Una mala alimentación Rifampicina, isoniazida, etambutol y pirazinamida Náuseas y vómitos No dejar de tomar las pastillas Se extiende Se vuelven resistentes a los medicamentos Leche y jugos

<p>Actitud hacia el tratamiento</p>	<p>Es la predisposición de aceptación, rechazo e indiferencia que refieren tener los pacientes con tuberculosis pulmonar hacia el tratamiento (Valero, 2012)</p>	<p>Respuestas de la Predisposición que se da mediante una conducta establecida, por parte de una persona con tuberculosis pulmonar hacia el tratamiento farmacológico</p>	<p>medidas de prevención</p> <p>Eliminación de flema</p> <p>Actividades diarias.</p> <p>Medidas de prevención</p> <p>Control mensual.</p> <p>Control obligatorio</p> <p>Control de peso</p> <p>Quimioprofilaxis</p> <p>Es necesario cubrirse la boca al toser o hablar con los demás</p> <p>Consumir alimentos antes de tomar los medicamentos .para TBC es importante para Ud.</p> <p>Recibe el tratamiento contra la tuberculosis porque es beneficioso para Ud.</p> <p>Considera el tratamiento medicamentoso contra la tuberculosis como curativo.</p> <p>Considera necesario que se le aísle de los demás durante el tratamiento</p>	<p>Carnes, productos lácteos y menestras.</p> <p>Cubrirse la boca y mantenerse alejado.</p> <p>Eliminarlo en una bolsa y luego quemarlo.</p> <p>Disminuir sus actividades diarias</p> <p>Iluminada y ventilada.</p> <p>Análisis de esputo</p> <p>Asistir a la consulta médica</p> <p>Mensualmente</p> <p>Pastillas de isoniazida</p>
-------------------------------------	--	---	---	--

		<p>, cuidados en el hogar y medidas preventivas.</p> <p>Clasificación:</p> <p>Aceptación: (31 – 60)</p> <p>Rechazo: (0-30)</p>	<p>No cree necesario el consumo de alimentos antes de tomar los medicamentos.</p> <p>Considera que no es importante la administración de medicamentos profilácticos a los familiares que viven en su vivienda.</p> <p>No considera necesario que este aislado de los demás durante el tratamiento.</p> <p>Considera importante que su vivienda se encuentre ventilada e iluminada por el sol durante el día.</p> <p>Si un familiar o amigo tiene flema o tos más de 15 días le recomendaría que se tome la muestra de esputo.</p> <p>Considera necesaria la asistencia diaria al tratamiento.</p> <p>Considera sin beneficio recibir tratamiento contra la tuberculosis.</p> <p>Cree que es importante la administración de medicamentos profilácticos a los familiares que viven en su vivienda.</p> <p>Considera innecesario la asistencia diaria a tomar el tratamiento.</p> <p>Considera poco importante que su vivienda se encuentre ventilada e iluminada por el sol durante el día.</p> <p>Considera poco probable que se cure con el tratamiento medicamentoso.</p> <p>Considera necesario dejar su muestra de esputo en el Centro de salud al término de cada mes de tratamiento.</p> <p>No es necesario cubrirse la boca al toser o hablar con los demás.</p> <p>Es innecesario dejar su muestra de esputo en el centro de salud al término de cada mes de tratamiento</p> <p>Si un familiar o amigo tiene flema o tos más de 15 días no cree necesario que se tome la muestra de esputo?</p>	
--	--	---	---	--

6. Técnica de recolección de datos

Con el fin de obtener información se utilizó la técnica de encuesta y dos instrumentos.

Cuestionario de conocimientos

Se tramitó el permiso del director del Hospital de Huaycan, C.S Señor de los Milagros, Fraternidad, Horacio Zevallos, para aplicar las encuestas. Después de haber obtenido el permiso se aplicó el instrumento en los pacientes que consta de: 02 preguntas acerca de conocimiento de la tuberculosis, 07 del tratamiento farmacológico, 01 sobre signos y síntomas, 03 sobre de cuidados en el hogar y 07 acerca de medidas preventivas, Lo cual permitió categorizar el nivel de conocimientos en tres: alto, medio y bajo utilizando la técnica de percentiles, quedando de la siguiente manera.

- conocimiento alto: 31_ 40 puntos
- conocimientos medio: 21 _ 30 puntos
- conocimientos bajo: < 20 puntos

Para medir la confiabilidad de conocimientos se utilizó el instrumento validado por Huaynates(2006) con KR20 (0.86).

Cuestionario de Actitudes

El cuestionario utilizado fue validado por Huaynates(2006) con Alfa de Cronbach (0.7) para actitudes que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar hacia el tratamiento por que consiste en un cuestionario de 20 preguntas, para medir actitudes.

Conformada por 10 preguntas de medidas preventivas, 06 de tratamiento farmacológico y 04 de cuidados en el hogar, el cual distribuyo en tres categorías:

- Aceptación: 51_60 puntos
- Indiferencia: 41_ 50 puntos
- Rechazo: 20_ 40 puntos

7. Proceso de recolección de datos

En el presente trabajo se reevaluó las variables y se decidió que no se modificarían.

Los datos fueron recolectados mediante encuestas de preguntas cerradas y de elección propia, donde se evaluara los conocimientos y actitudes pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital de Huaycán y centros de Salud - Microred Ate, 2017

8. Procesamiento y análisis de datos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 24, se realizó la limpieza de datos. Para el análisis de datos se realizó la prueba de normalidad donde los datos no siguen una distribución normal por lo que se utilizó la prueba no paramétrica Pearson =13, 526a con un nivel de significancia $p = 0,009$ es decir se acepta la hipótesis de investigación de que existe relación entre las variables Hernandez et al., (2010). Luego los resultados fueron mostrados en las tablas. Se hizo limpieza de datos para categorizar se utilizó la técnica de percentiles clasificando a las actitudes en aceptación y rechazo con una nueva puntuación.

9. Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación toma en consideración las normas éticas de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión. Se solicitó permiso a los directores de los establecimientos de salud, además, se mencionó a los pacientes del ESN-PCT que el estudio es anónimo y que los estudios son utilizados con fines de investigación garantizando la confidencialidad.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

Tabla 2

Conocimientos pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital de Huaycán y centros de Salud - Microred Ate, 2017

Nivel de conocimiento	n	%
Bajo	19	10,1
Medio	122	64,9
Alto	47	25,0
Total	188	100,0

En la tabla 2 se observa que del 100% de los encuestados el 64.9% presentan un conocimiento medio seguido de 25.0% que tienen un conocimiento alto y solo un 10.1 % poseen un conocimiento bajo.

Tabla 3

Actitudes de pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital de Huaycán y centros de Salud - Microred Ate, 2017

Actitud en pacientes	n	%
Rechazo	105	55,9
Aceptación	83	44,1
Total	188	100,0

En la tabla 3, respecto a la “actitud en pacientes atendidos con tuberculosis pulmonar”, se observa que del 100% de los encuestados el 55.9% señalaron tener una actitud de rechazo, a diferencia de un 44,1 % con actitud aceptación.

Tabla 4

Relación entre conocimientos y actitudes pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital de Huaycán y centros de Salud - Microred Ate, 2017

		Actitudes		Total
		Rechazo	Aceptación	
Nivel de conocimiento s		10	9	19
	Bajo	5,3%	4,8%	10,1%
		65	57	122
	Medio	34,6%	30,3%	64,9%
		30	17	47
	Alto	16,0%	9,0%	25,0%
		105	83	188
	Total	55,9%	44,1%	100,0%

$X^2=13,526$; $p= ,009$;

En la tabla 4 se observa que el 34.6% de los pacientes con nivel de conocimiento medio indico una actitud de rechazo. Por otro lado, el 30.3% con conocimiento medio manifestó una actitud de aceptación.

Con respecto a la relación de variables se demuestra que la prueba estadística de chi cuadrado de Pearson el valor alcanzado es de 13,526 con un nivel de significancia de 0,009, que indica que el resultado es significativo, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

2. Análisis y discusión

García y Suárez (2001) menciona que la educación se interacciona con el conocimiento en forma directa mediante una atención individualizada para lograr que los individuos modifiquen sus comportamientos y conductas sobre la enfermedad.

En el trabajo se encontró que existe relación entre las dos variables con un $p=,009$. Los resultados similares se reportaron (Ferrer & Quispe, 2015) en su estudio sobre Conocimiento de la tuberculosis pulmonar.

En la Tabla 2, respecto a “Conocimientos de pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital de Huaycán y centros de Salud – Microred-Ate, 2017”. Se obtuvo que el 64.9% de los usuarios evidencio un conocimiento medio. Un 10.1% conocimiento bajo y 25.0% obtuvo conocimiento alto. Resultados parecidos reporto .Capacute (2012) en su trabajo realizado en el Perú-Tacna titulado “Relación entre el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Micro red” donde reportaron 53.8% tiene conocimiento medio, 26.15% nivel bajo y solo 20.0% nivel alto. (Bélanger, 2014) refiere que la educación son aprendizajes que se adquiere cada día y se concentra en el fortalecimiento de la autonomía que permitirá mejorar y fortalecer la educación de la población y mejorar las actitudes que conllevan a una mejor calidad de vida.

A diferencia del estudio realizado por (Galindo, 2008) titulado “Relación entre nivel de conocimientos y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes con Tuberculosis Pulmonar Centro de Salud de Jicamarca-MINSA”, un 77% de los usuarios poseen un conocimiento bajo y solo un 23% conocimiento alto. Puig (2014) refiere que las fuentes de aprendizaje e información que brindan los establecimientos de salud ,

sobre la enfermedad de la tuberculosis permiten al individuo modificar sus actitudes y comportamientos para el mantenimiento de su salud, que ayuda a la prevención y aparición de enfermedades en el paciente, familia, comunidad.

En contraposición en el estudio realizado en Lima por Huaynates (2006) “Relación entre nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la Estrategia Sanitario control de la Tuberculosis San Luis”, donde concluyó 53% tiene un conocimiento bajo, 27% nivel medio , y solo un 20% nivel alto. Perez (2007) refiere que la información y educación va dirigida principalmente a los usuarios con tuberculosis, familia cercana que está en contacto , esto es gran importancia , ya que algunos pacientes no se sensibilizan sobre el periodo y proceso de la enfermedad, tratamiento medicamentoso, recaída, abandono, reacciones adversas.

Alonso y Caballero (2010) refiere que la carencia de información y educación realizada por el personal de enfermería puede conllevar al usuario el contagio y propagación de la enfermedad; ya que la consejería que cumple el rol de enfermería con sesiones educativas paciente, familia reforzara sus conocimientos.

Ya que la enfermedad de la TB es contagiosa e infecciosa que ataca principalmente a los pulmones y otras partes del organismo mediante el torrente sanguíneo y ataca a las personas que tienen su sistema inmunológico deficiente, donde el incumplimiento del tratamiento farmacológico puede llevar al paciente a la muerte. Los usuarios con alto riesgo de contraer la Tb son personas que tienen bajos recursos económicos, hacinamiento y sobre todo que viven en contacto con la persona infectada de la enfermedad (OMS, 2016).

Clavijo (2010) por lo tanto podemos decir que la educación es de suma importancia ya que nos permite identificar los síntomas, complicaciones, prevención de la enfermedad. La OMS (2018) afirma que esta enfermedad es uno de los primeros problemas de salud pública, y causa de muertes a nivel mundial por lo que es necesario profundizar los conocimientos de los usuarios referente a la enfermedad de TB y la actitud que adopta frente a la tuberculosis.

En la tabla 3 acerca de la actitud de los pacientes sobre la enfermedad de la tuberculosis pulmonar el 55.9% evidencian una actitud de rechazo y el 44.1% una actitud de aceptación.

Los resultados obtenidos son similares estudio realizado por Huaynates (2006) titulado "Relación entre el nivel de conocimientos sobre Tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria control de la tuberculosis del centro de salud, San Luis". El resultado obtenido referente a las "actitudes que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar hacia el tratamiento", se observa que de un total de 100%, el 74% evidencian una actitud de indiferencia, un 13% tienen una actitud de rechazo; asimismo, 13% de actitud de aceptación. Predominantemente son de indiferencia, lo que nos indica que los pacientes están en mayor riesgo de recaer o abandonar el tratamiento farmacológico. Según Rodríguez (citado por Dominguez & Gonzales, 2016) la actitud puede ser favorable o en algunas ocasiones desfavorable, ya que una persona pues manifiesta sentimientos de aceptación o negación que dependen la forma de cómo reacciona la persona ante una circunstancia.

Asimismo, Capacute (2012) en su estudio titulado “Relación entre el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Microred cono sur Tacna”, cuyo resultado obtenido referente a la variable actitud fue indiferente con un 50,77% al tratamiento medicamentoso de la enfermedad de la TB seguido con una actitud de aceptación de 36.92% y solo un 12,31% actitud de rechazo. Según Summers (citado por Pérez & Miranda, 2012)menciona que si valoramos alguna situación como negativa, existe gran probabilidad que se intente evitarla, lo opuesto ocurriría con la valoración positiva.

En contraste, Pérez y Miranda (2012) realizaron un estudio titulado “Relación entre Nivel de Conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia el tratamiento - usuario Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba”, donde obtuvieron un tipo de actitud de aceptación con un 88.3% predominantemente, seguido de 11.7% de indiferencia, y no encontrándose ninguno en actitud de rechazo. Según Rodríguez [citado por Domínguez y González, 2017], la actitud proviene de una metacognición mental, percepciones o ideas que dependen de una debida información que se adquiere mediante el conocimiento .Por otro lado, la actitud también se manifiesta mediante un sentimiento que está a favor o en contra y es por ello que las acciones pueden contraer afectos que se viven mediante acontecimientos o situaciones.

En contraposición, Ferrer y Quispe (2015)en el estudio titulado “Conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia el tratamiento de los pacientes que asisten al centro de salud materno infantil Manuel Barreto - San Juan de Miraflores”. En donde se observa que un 77.5% presento una actitud de aceptación y el 22.5% una actitud

de indiferencia. Bravo (2008) las actitudes que el ser humano desarrolla para afrontar las situaciones de la vida diaria son un conjunto de acciones y manifestaciones en su comportamiento que exhibe en un rango muy amplio. En el desarrollo de esta situación se evidencian de manera directa o indirecta las actitudes que el sujeto posee.

Asimismo, la familia es el mayor soporte emocional para el manejo y control de la enfermedad del paciente. Chavez (2015) en su trabajo titulado "Actitud de la familia frente al paciente con tuberculosis en proceso de tratamiento en la micro red de salud Santa Adriana" desarrollo el estudio dirigido a los familiares de los pacientes con tuberculosis donde identifico al 82% que acepta positivamente, ayuda y se preocupa por la recuperación del familiar afectado, el 18% no acepta siendo su comportamiento de rechazo. Entonces, Pérez & Miranda (2012) describe que en cada sociedad hay un tipo de organización familiar y lo importante es que, en la familia, las personas que la conforman van a tener relaciones tanto de parentesco como afectividad.

Además, Adler (citado por Bravo, 2008) debido a que la actitud incluso en un ambiente relativamente normal donde el paciente cuenta con una familia y un trabajo al que retorna después de su recuperación, la propia naturaleza de la enfermedad y su tratamiento, a saber, cronicidad, transmisibilidad, posibilidad de recaída, actividad restringida, etc., crea una preocupación la cual es manifestada como ansiedad elevada, sentimientos de inseguridad e incapacidad, actitud defensiva, negativismo, dependencia, etc.

Entonces, la actitud que asuma el paciente, en gran manera está ligada a la magnitud del apoyo o soporte emocional que reciba de su familia; adicional de la propia actitud que el paciente posee hacia la enfermedad.

En la Tabla 4, respecto a la “Relación entre conocimientos y actitudes de la tuberculosis” se obtuvo que tienen nivel conocimiento medio con una actitud de rechazo de 34.6% y 30.3% con actitud de aceptación y nivel de conocimiento alto con una actitud de rechazo 16.0% y solo 9.0% de aceptación; los de conocimiento bajo, evidencian actitud de rechazo de 5.3%, seguido de una actitud de aceptación. Estos resultados son similares hallados por Galindo (2008) en su tesis titulado “Relación entre nivel de conocimientos y actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar Centro de Salud Jicamarca-MINSA”, donde; evidencia que un 53.3% poseen nivel conocimiento bajo, actitudes de indiferencia; 15% tienen conocimiento alto, aceptación, solo 8% de indiferencia, y los de conocimientos medio poseen un 13% de indiferencia.

Según Gutiérrez (2003) menciona que la prevención y promoción de la salud permiten que las personas incrementen su salud mediante el control, mejorando sus condiciones ambientales, sociales, económicas. La educación comprende oportunidades de información y aprendizaje actualizada reponiendo a las necesidades básicas de salud, de forma individualizada, familiar, comunitaria. Estos cambios se pueden observar y modificar a medida que aumente la información e importancia sobre TB.

A contraposición, Ferrer & Quispe (2015) investigaron la tesis titulada “Conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia el tratamiento de los pacientes que asisten al centro de salud materno infantil Manuel Barreto-San Juan de Miraflores”, donde observó que los que poseen conocimiento alto, tienen actitud de aceptación de 55% de aceptación y 7.5% de indiferencia y los de conocimiento medio

tienen 22.5% de aceptación y 12.5% de indiferencia , los pacientes con nivel de conocimiento bajo tienen actitud de indiferencia de 2.5 %de indiferencia.

Según Galbany (2014), el proceso del cuidado del personal de enfermería permite evaluar las diferentes situaciones; es decir, el conocimiento permite actuar de una forma correcta y adecuada frente a las necesidades del paciente y esto es una labor de enfermería , su deber es educar y sensibilizar a la persona con la enfermedad de la tuberculosis y familia .

En contraposición Dominguez & Gonzales (2016), en el estudio titulado “Conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia el tratamiento de los pacientes que asisten al centro de salud Gerardo Gonzales Villegas –Tumbes” refieren que los pacientes tienen conocimiento alto:50% poseen una actitud de aceptación y 10% de indiferencia; los de conocimiento medio tienen una actitud de aceptación 20% y 15% de indiferencia, por otro lado, los de conocimiento bajo , presentan 5% de indiferencia y ninguna actitud de aceptación.

Musayón et al (2010), el personal de enfermería tiene la responsabilidad de atender a los pacientes , en la cual tiene que ser íntegro y de forma individualizada dirigida al paciente ,familia y comunidad mediante una calidad de educación , control y seguimiento con el objetivo de disminuir la morbi y mortalidad de la tuberculosis

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

Las conclusiones del presente estudio son las siguientes:

Que existe relación significativa entre nivel de conocimientos y las actitudes sobre tuberculosis pulmonar de los pacientes que pertenecen a la Estrategia Sanitaria Nacional Control Tuberculosis del Hospital de Huaycan y centros de Salud de la Micro red, Ate.

De acuerdo, al nivel de conocimiento de los pacientes, la mayoría presenta un conocimiento medio seguido de un conocimiento alto y en poca cantidad poseen un conocimiento bajo.

Respecto a la actitud en pacientes atendidos con tuberculosis pulmonar, más de la mitad señalaron tener una actitud de rechazo, y menos de la mitad presenta una actitud aceptación.

2. Recomendaciones

De los resultados obtenidos en el siguiente estudio se describen las siguientes recomendaciones:

Al director del Hospital de Huaycan y La Microred Ate elaborar programas educativos, programas de capacitación a los pacientes nuevos y a los familiares; además, reforzamiento para los pacientes antiguos.

Realizar réplicas del estudio con el objetivo de establecer comparaciones entre diferentes grupos poblacionales y centros de salud de diferentes niveles.

Que el profesional de enfermería encargados de la Estrategia Sanitaria del Hospital de Huaycan y centros de Salud de la Microred Ate, fortalezcan e implementen la Norma Técnica de Salud para el Control de Tuberculosis, utilizando estrategias de promoción de la salud, brindando una atención de calidad y calidez, que permita cambiar la actitud del paciente de indiferencia o rechazo a una actitud de aceptación del tratamiento.

A la Enfermera del Hospital de Huaycan y los tres centros de Salud, Señor de los Milagros, Fraternidad y Horacio Zevallos contar con un personal de apoyo del área de psicología para educar y concientizar a los pacientes que asisten a la ESN y mejorar su actitud frente a la enfermedad. Además, implementar planes de mejora en los establecimientos de salud para incrementar los conocimientos, y mejorar las actitudes de los pacientes que son atendidos en dicha Estrategia.

Capítulo V

Referencias bibliográficas

- Alarcón, V., Alarcón, E., Figueroa, C., & Mendoza, A. (2017). Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Publica*, 34(2), 299–310. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2384>
- Alonso, L., y Caballero, C. (2010). La educación para la salud, un reto actual. *Barranquilla (Col.)*, 26(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/817/81715089001.pdf>
- Anibarro, L., Castro, A., Cruz, E., Diaz, D., & Fernández, E. (2010). *Infeción tuberculosa y estudio de contactos*. Perú . Recuperado de [https://www.sergas.es/cas/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/Tuberculosis/Infecion tuberculosa y estudio de contactos.pdf](https://www.sergas.es/cas/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/Tuberculosis/Infecion_tuberculosa_y_estudio_de_contactos.pdf)
- Apolinario, L., & Molina, K. (2016). *Factores relacionados al abandono del tratamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el Hospital de Huaycán, Lima, 2015*. Universidad Peruana Union. Recuperado de http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/162/Karina_Tesis_bachiller_2016.pdf?sequence=1

- Arévalo, S., Alarcón, H., & Arévalo, D. (2015). Métodos diagnósticos en tuberculosis; lo convencional y los avances tecnológicos . *Rev Med La Paz*, 1, 11. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v21n1/v21n1_a11.pdf
- Aristizábal, G., Blanco, D., Sánchez, A., & Ostiguín, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8(4), 8. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
- Atuncar, P. (2017). “*Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud de los pacientes, Centro Salud San Juan de Salinas, 2017.*” Inca Garcilazo de la Vega. Recuperado de <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1422/SEG.ESPECI. Atuncae Mendoza%2C Pamela.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Baldeón, E. (2015). “*Nivel de conocimientos sobre la atención que brindan los promotores de salud y las características de su intervención con pacientes de tuberculosis pulmonar en centros de salud de lima metropolitana 2014.*” Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4179/1/Baldeón_le.pdf
- Barros, J. (2015). *Conocimiento, actitudes y prácticas en tuberculosis en pacientes de 20 a 45 años en Hospital de Empalme Periodo 1 de Enero a 31 de Diciembre del 2014.* Universidad de DE Guayaquil. Retrieved from <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10774/1/Tesis de grado Jimmy Barros Segovia .pdf>

- Barroso, W. (2012). *La tuberculosis se cura, tu indiferencia también*. Universidad Nacional de Cuyo. Recuperado de http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5087/tesisbarroso.pdf
- Behar, D. (2008). *Metodología de la investigación*. (Shalom). Recuperado de [http://rdigital.unicv.edu.cv/bitstream/123456789/106/3/Libro metodologia investigacion este.pdf](http://rdigital.unicv.edu.cv/bitstream/123456789/106/3/Libro_metodologia_investigacion_este.pdf)
- Bélanger, P. (2014). *Educación para la salud*, 19. Recuperado de <http://www.unesco.org/education/uie>
- Berdasquera, D., & Suárez, C. (2002). Control de la quimioprofilaxis de la infección tuberculosa en atención primaria de salud. *Revista Cubana de Higiene Y Epidemiología*, 40(3), 4. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032002000300001
- Boldú, J., Cebollero, P., Abu, J., & Prado, A. (2007). Tratamiento de la tuberculosis pulmonar. *An. Sist. Sanit. Navar*, 30(2), 18. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s2/original7.pdf>
- Bonilla, C. (2008). Situación de la tuberculosis en el Perú. *Acta Med Per*, 3, 8. Retrieved from <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v25n3/a09v25n3.pdf>
- Bravo, E. (2008). *Actitud de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogorresistente en el Centro de Salud Fortaleza, 2008*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de http://200.62.146.130/bitstream/cybertesis/538/1/Bravo_ce.pdf

- Bravo, S. (2017). *Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar en pacientes del programa de control de tuberculosis, Red Puno – 2015*. Universidad Nacional del Antiplano. Recuperado de http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4668/Bravo_Aguilar_Silvia_Magaly.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Capacute, K. (2012). *Relación entre el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Micro red cono sur Tacna 2012*. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Recuperado de <http://redi.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/287/TG0141.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cardova, J., & Hernandez, A. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en indígenas zenúes y habitantes de una zona rural colombiana. *Rev. Cienc. Salud.* , 2, 16. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/562/56229182002.pdf>
- Castellanos, M., García, M., & Avena, M. (2015). *Manual de Procedimientos en Tuberculosis para Personal de Enfermería*. Mexico. Recuperado de <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/descargas/pdf/ManualEnfermeria2015.pdf>
- Chavez, M. (2015). *“Actitud de la familia frente al paciente con tuberculosis en proceso de tratamiento en la micro red de salud santa Adriana 2015 – Juliaca”*. Universidad Nacional de San Agustín. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2246/HSchroml.pdf?sequence=1>

- Clavijo, Z. (2010). Educación Sanitaria Enfermera., 1, 10. Recuperado de <https://www.mendeley.com/viewer/?fileId=1adecda2-77c8-a397-1e1b-720fc5aacf5c&documentId=e6e0c605-1788-3295-9c9c-322619f1646f>
- 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*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Recuperado de http://200.62.146.130/bitstream/cybertesis/1048/1/Collazos_fc.pdf
- Contreras, M. (2014). Nutrición y tuberculosis : “La atención y apoyo nutricional a pacientes con tuberculosis.” *“Investigar Para Proteger La Salud,”* 6. Recuperado de <http://repositorio.ins.gob.pe/bitstream/handle/INS/279/BOLETIN-2014may-jun-98-103.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cordero, M., Lorenzo, F., & Muñoa, O. (2009). Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. *Enfermería Global*, (17), 4.
Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005
- Dominguez, E., & Gonzales, L. (2016). *Conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia el tratamiento de los pacientes que asisten al centro de salud Gerardo Gonzales Villegas - Tumbes, 2016*. Universidad Nacional de Tumbes.
Recuperado de <https://www.mendeley.com/viewer/?fileId=4659863c-e331-1999-047f-77e82e5f6520&documentId=3c897eb7-2902-3ea0-8e37-889c3078c1f2>

- Domínguez, F. J., Valle, D., Fernández, B., Pérez De Las Casas, M., Marín, B., & Bermejo, C. (2007). Clínica y radiología de la tuberculosis torácica Clinical manifestations and radiology of thoracic tuberculosis. *An. Sist. Sanit. Navar*, 30(2).
- Engel, N. (2010). Guía para la presentación y seguimientos de proyectos de investigación., 16. Recuperado de http://www.smo.edu.mx/colegiados/apoyos/guia_presentacion_proyectos.pdf
- Fernandez, C., & Manzur, J. (2013). *enfermedades infecciosas | tuberculosis* (2 da). Perú. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000049cnt-guia_de_diagnostico_tratamiento_y_preencion_de_la_tuberculosis_2015.pdf
- Ferrer, E., & Quispe, R. (2015). *Conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia el tratamiento de los pacientes que asisten al centro de salud materno infantil Manuel Barreto - san juan de Miraflores*. Universidad Privada Arzobispo Loayza. Retrieved from [http://repositorio.ual.edu.pe/bitstream/handle/UAL/13/006Ferrer Salcedo%2C Elizabeth Miriam- Quispe Linares%2C Rosario del Pilar.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ual.edu.pe/bitstream/handle/UAL/13/006Ferrer%20Salcedo%20Elizabeth%20Miriam-Quispe%20Linares%20Rosario%20del%20Pilar.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Figueroa, K. (2016). *Diagnósticos de enfermería nanda 2015-2017 en pacientes de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis del centro de salud santa fe callao abril 2013 -Abril 2016*. Universidad San Martín de Porres. Recuperado de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2368/1/figueroa_n.pdf

- Galbany, P. (2014). Cuidados enfermeros en portadores de Tuberculosis. *Latino-Am. Enfermagem*, 3. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3206.2440>
- Galindo, J. (2008). *Relación Entre Nivel de Conocimientos y las Actitudes Hacia el Tratamiento que Tienen los Pacientes con Tuberculosis Pulmonar Centro de Salud Jicamarca – MINSA. 2008.* Universidad Ricardo Palma. Recuperado de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/301/1/Galindo_jd.pdf
- Garcia, R., Lado, F., Tunez, V., Perez, M., & Cabarcos, A. (2003). Tratamiento actual de la tuberculosis. *AN. MED. INTERNA (Madrid)*, 2, 10. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v20n2/revision.pdf>
- Garcia, R., & Suarez, R. (2001). Dimension Educativa del cuidado de las personas con enfermedades cronicas. *Revista Cubana* , 12(3), 4. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532001000300007
- Giraldo, A., Toro, M., Macias, A., Valencia, C., & Palacio, S. (2010). La promocion de la Salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludable. *Hacia La Promoción de La Salud*, 15(1), 16. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a09.pdf>
- González, J., García, J., Anibarro, L., Vidal, R., Blanquer, R., Moreno, S., & Ruiz, L. (2010). Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. *Archivos de Bronconeumología*, 46(5), 10. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2010.02.010>
- Granda, P. (2013). *Conocimientos sobre educacion sexual y características*

sociodemograficas de madre adolescentes de una zona rural de Lambayeque.

Universidad Ricardo Palma. Recuperado de
http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/360/Granda_pr.pdf?sequence=1

Grouzard, V., Rigal, J., & Sutton, M. (2016). *Guía clínica y terapéutica de la tuberculosis.* Perú. Recuperado de
http://refbooks.msf.org/msf_docs/sp/clinical_guide/cg_sp.pdf

Gutiérrez, J. (2003). *Formación en promoción y educación para la salud.* Recuperado de
<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/formacionSalud.pdf>

Hernández, E., Granda, J., & Mena, M. (2013). Proyecto “Fortalecimiento del programa de control de la Tuberculosis en la República de Cuba.” *Encuesta Nacional Sobre Conocimiento Y Actitud de La Poblacion Ante La Tuberculosis*, 37. Recuperado de <http://www.one.cu/publicaciones/cepde/tb/tb2013.pdf>

Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación.* (J. Mares, Ed.) (5ta.). México: McGraw-Hill/INTERAMERICANA EDITORES. Recuperado de
[https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia de la investigación 5ta Edición.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia_de_la_investigacion_5ta_Edicion.pdf)

Huaynates, A. (2006). *Relacion ente el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados*

en la estrategia sanitaria control de la tuberculosis del centro de salud,"San Luis. 2006"; Universidad Mayor de San Marcos. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1025/1/Huaynates_ca.pdf

Laínez, S., Martínez, M., Costa, A., & Rodríguez, M. (2010). Indicaciones de profilaxis y quimioprofilaxis de la tuberculosis. *Medicine*, 10(56), 5. Recueprado de <http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org.es/resources/E7+TBC.+Medicine+2010.+Profilaxis+TBC.pdf>

Llanos, L., Velásquez, J., García, P., & Gottuzzo, E. (2012). Tuberculosis y salud pública: ¿derechos individuales o derechos colectivos? *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 29(2), 6. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n2/a16v29n2.pdf>

Llata, M., Castorena, A., Corsi, M., Diaz, M., Haro, R., & Jimenez, A. (2011). Medicina del Dormir: Desarrollo, contribuciones y perspectivas. Reporte del grupo de trabajo en Medicina del Dormir. *Revista de Investigación Clínica*, (1), 10. Recuperado de from <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2011/nn111m.pdf>

Marqués, S., & Garatachea, N. (2012). *Efectos del ejercicio sobre el sueño*. Recuperado de from [https://books.google.com.pe/books?id=6GJJay9im48C&pg=PA116&lpg=PA116&dq=Buckwork+y+Dishman+\(2002\)+señalan+que+el+sueño+es+un+estado+reversible+de+inconsciencia+caracterizado+por&source=bl&ots=2CQk8Hkm5W&sig=omb9XUNU8FcS0wl18HrbsF_SfRA&hl=es&sa=X](https://books.google.com.pe/books?id=6GJJay9im48C&pg=PA116&lpg=PA116&dq=Buckwork+y+Dishman+(2002)+señalan+que+el+sueño+es+un+estado+reversible+de+inconsciencia+caracterizado+por&source=bl&ots=2CQk8Hkm5W&sig=omb9XUNU8FcS0wl18HrbsF_SfRA&hl=es&sa=X)

Marriner, A., & Raile, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería* (6ta ed.). Elsevier.

Recuperado de
<https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Martinez, Y., Guzmán, F., Flores, J., & Vázquez, V. (2014). Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar. *Aten Fam*, 21(2). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2014/af142e.pdf>

Maza, J., Navarro, J., Rivas, J., Urbina, H., Concepción, E., Vicente, M., & Garay, J. (2005). *Guía técnica de enfermería para la prevención y control de la tuberculosis*. El salvador. Recuperado de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_técnica_de_enfermeria_tb.pdf

Minsa. (2015). *Análisis de la Situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú 2015*. Perú. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Ministerio de Salud (2006). *Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis*. Lima. Recuperado de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/normaspublicaciones/NTSTBC.pdf>

Ministerio de Salud (2011). Norma técnica, 47. Recuperado de http://www.diresacusco.gob.pe/normas_legales/reso_ministerial/RM070-2011.pdf

Ministerio de Salud (2012). Norma Técnica de salud para el control de la tuberculosis, 15. Recuperado de

http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/doc_tec_norm/Informe de VD.pdf

Ministerio de Salud (2012). "Propuesta de Directiva de sistema de referencia y contrareferencia en la atención integral de la tuberculosis"., 31. Recuperado de <http://www.parsalud.gob.pe/phocadownload/fondomundial/ProdcutoMaterialIEC/PAL/Directiva Sistema de Referncia y Contrareferencia version final validada.pdf>

Ministerio de Salud (2013). *Norma técnica de salud para la atención de las personas afectadas por Tuberculosis*. Peru. Recuperado de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM715_2013_MINSA.pdf

Ministerio de Salud (2015). *Lineamientos técnicos para la prevención y control de la tuberculosis*. (2 da). San Salvador. Recuperado de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_preencion_y_control_tb.pdf

Musayón, F., Loncharich, N., Salazar, M., Leal, H., Silva, I., & Velásquez, D. (2010). El rol de la enfermería en el control de la tuberculosis: *Revista Latino Americana de Enfermería*, 1, 9. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_20.pdf

Organización Mundial de la Salud . (2005). *Visita domiciliaria y la consejería.*, 19. Recuperado de http://files.uladech.edu.pe/docente/32835247/TECNOLOGIA_CUIDADO/SESION_15/GUIA_DE_PRACTICA_13visita_domiciliaria_consejeria.pdf

Organización Mundial de la Salud (2016). *Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú, 2015*. (Electronic). Peru-Lima.

Organización Mundial de la Salud(2016). *Análisis de la situación epidemiológica de la*

tuberculosis en el Perú, 2015. (Electronic). Peru-Lima. Recuperado de [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/693981DC3C9D9765052580D6005AC863/\\$FILE/1__asistbc.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/693981DC3C9D9765052580D6005AC863/$FILE/1__asistbc.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe mundial sobre la tuberculosis 2016, 5. Recuperado de http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2016_executive_summary_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2018). Tuberculosis. Recuperado January 22, 2018, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>

Organización Mundial de la Salud , & Organización Panamericana de la Salud . (2002). Guía de enfermería para la aplicación de la estrategia DOTS/TAES. *Rev Enferm IMSS*, 10(1), 14. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2002/eim021h.pdf>

Organización Naciones Unidas. (2016). Centro de noticias de la ONU en español - La OMS advierte que la tuberculosis aún mata a 4.000 personas cada día. Recuperado de January 23, 2018, from <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=34706#.WmcXv6iWbIU>

Organización Panamericana de la Salud (2009). Tuberculosis en las Américas, 110. Recuperado de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/TB_Reporte_2009.pdf

Pascuzzo, C. (2013). Farmacoterapia de la Tuberculosis, 17. Recuperado de http://bibmed.ucla.edu.ve/edocs_bmucla/MaterialDidactico/farmacologia/FarmaT

uber.pdf

Peña, V. (2015). *Factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes que asisten al Hospital Huaycán, febrero - marzo del 2015*. Universidad Peruana Union . Recuperado de http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/578/Víctor_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Perez, B. (2007). La educación para la salud y la estrategia de salud de la población . *Rev Cubana Salud Pública*, 2, 2. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n2/spu01207.pdf>

Pérez, R., & Miranda, A. (2012). “*Relación entre Nivel de Conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y Actitud hacia el Tratamiento - Usuario Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011.*” Universidad Nacional de San Martín. Recuperado de <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/1233/ITEM%4011458-484.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Puig, B. (2014). Educación para la salud de la tuberculosis., 6. Recuperado de <https://www.mendeley.com/viewer/?fileId=4bde65be-538e-ef67-45ef-1a6c0aa4add0&documentId=815a7729-1b5d-3a97-a4cb-e4d20c57f6aa>

Quezada, S., & Sánchez, S. (2015). Vacuna contra la tuberculosis BCG: Eficacia y efectos adversos. *Revista Ciencia UNEMI*, 8, 6.

Real Academia Española. (2014). DLE: conocimiento - Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario. Recuperado de

<http://dle.rae.es/?id=AMrJ4zs>

Rodríguez, D., & Valldeoriola, J. (2011). *Metodología de la investigación*. Universidad Oberta de Catalunya. Recuperado de [http://myuvmcollege.com/uploads/lectura2011-09/Metodología de investigación-2064.pdf](http://myuvmcollege.com/uploads/lectura2011-09/Metodología%20de%20investigaci3n-2064.pdf)

Ruiz, J., Blanquer, R., Calpe, J., Caminero, J., Cayla, J., Domínguez, A., ... Vidal, R. (2008). Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. *Arch Bronconeumol*, 44(10), 16. Recuperado de https://www.tauli.cat/hospital/images/SubSites/ServeiUrgencies/documents/PautesActuacio/Infeccions/Altres/Guia_TBC_SEPAR.pdf

Sperli, M., Figueiredo, S., Gazetta, C., Cruz, S., & Scatena, T. (2007). Pobreza: caracterización socioeconómica de la tuberculosis. *Latino-Am Enfermagem*, 15, 6. Recuperado de www.eerp.usp.br/rlae

Suárez, R. (n.d.). *Relacion entre autoestima y capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja complejidad Huaycan, Lima 2015*. Universidad Peruana Union. Recuperado de http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/199/Rocío_Tesis_maestria_2015.pdf?sequence=1

Tisoc, J. (2016). "Nivel de conocimiento en pacientes afectados de tuberculosis en el Centro de Salud María Teresa de Calcuta. Enero - Junio 2015." Universidad Ricardo Palma. Recuperado de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/467/1/Tisoc_j.pdf

Valero, C. (2012). *La Gerencia de la Desconfianza Un Enfoque Interpretativo Sobre La Cultura Y El Comportamiento Del Latinoamericano En El Entorno Organizacional*. Palibrio. Recuperado de [https://books.google.com.pe/books?id=6bnbc-jWzFMC&pg=PA295&dq=tipos+de+actitudes+positivas&hl=es&sa=X&ved=0ahUKewis592Oy_3YAhVPct8KHbRiAeAQ6AEIPTAE#v=onepage&q=tipos de actitudes positivas&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=6bnbc-jWzFMC&pg=PA295&dq=tipos+de+actitudes+positivas&hl=es&sa=X&ved=0ahUKewis592Oy_3YAhVPct8KHbRiAeAQ6AEIPTAE#v=onepage&q=tipos+de+actitudes+positivas&f=false)

White, E. (1959). *El Ministerio de Curación*. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/0BxyPjkv3bDNELUF1VC12V3dmYmM/view>

White, E. (1975). Consejos sobre el régimen alimenticio. *Ellen G. White Estate, Inc.* Recuperado de [https://egwwritings-a.akamaihd.net/pdf/es_CRA\(CD\).pdf](https://egwwritings-a.akamaihd.net/pdf/es_CRA(CD).pdf)

Anexo

Anexo 1: Tablas por Item de estudio

Item	Falso		Verdadero	
	n	%	n	%

¿Qué tipo de enfermedad es la tuberculosis?	15	8	173	92
¿Cómo se contagia la tuberculosis?	33	17,6	155	82,4
¿Cuánto tiempo puede presentar tos una persona para sospechar que tiene tuberculosis?	27	14,4	161	85,6
¿Qué condición es necesaria para que la persona se enferme con tuberculosis?	16	8,5	172	91,0
¿Cuántos esquemas de tratamiento existen para la tuberculosis?	105	55,9	83	44,1
¿Cuáles son los principales medicamentos que recibe un paciente con tuberculosis?	79	42,0	109	58,0
¿Cuáles son las molestias más comunes que pueden presentar los pacientes que reciben medicamentos contra la tuberculosis?	100	53,2	88	46,8
¿Cuál de las siguientes acciones es necesaria para curarse de la tuberculosis?	30	16,0	158	84,0
¿Qué ocurre con la tuberculosis si el paciente no inicia tratamiento oportuno?	61	32,4	127	67,6
¿Qué ocurre con los microbios de la tuberculosis si no se cumple o abandona el tratamiento?	52	27,7	136	72,3
¿Con que líquido de preferencia debe tomar el paciente los medicamentos?	92	48,9	96	51,1
¿Qué alimentos debe consumir mayormente el paciente con tuberculosis?	45	23,9	143	76,1
¿Qué medida de precaución debe tener el paciente con tuberculosis al toser?	72	38,3	116	61,7
¿Qué debe hacer el paciente cuando elimina la flema?	60	31,9	128	68,1
¿Cómo deben ser las actividades diarias del paciente con tuberculosis?	86	45,7	102	54,3
¿Cómo debe mantenerse la vivienda del paciente con tuberculosis para disminuir el contagio?	25	13,3	163	86,7
¿Qué examen debe realizarse el paciente mensualmente para su control durante el tratamiento?	35	18,6	153	81,4
¿Cuál de las siguientes acciones obligatoriamente debe realizar el paciente con tuberculosis al inicio del tratamiento, cambio de fase y su alta?	42	22,3	146	77,7
¿Cada cuánto tiempo debe controlar su peso el paciente con tuberculosis?	39	20,7	149	79,3
¿Qué tratamiento farmacológico deben recibir los menores de 15 años que están en contacto con el paciente con resultado de esputo positivo?	156	83,0	32	17,0

Item	De acuerdo 3		Indeciso 2		En desacuerdo 1	
	n	%	n	%	n	%
Es necesario cubrirse la boca al toser o hablar con los demás	181	96,3	3	1,6	4	2,1
Consumir alimentos antes de tomar los medicamentos es importante para Ud.	173	92,0	13	6,9	2	1,1
Recibe el tratamiento contra la tuberculosis porque es beneficioso para Ud.	165	87,8	18	9,6	5	2,7
Considera el tratamiento medicamentoso contra la tuberculosis como curativo.	157	83,5	24	12,8	7	3,7
Considera necesario que se aislé de los demás durante el tratamiento	62	33,0	51	27,1	75	39,9
No cree necesario el consumo de alimentos antes de tomar los medicamentos	38	20,2	45	23,9	105	55,9
Considera que no es importante administración de medicamentos profilácticos a los familiares que viven en su vivienda	41	21,8	45	23,9	102	54,3
No considera necesario que este aislado de los demás durante el tratamiento	60	31,9	36	19,1	92	48,9
Considera importante que su vivienda se encuentre ventilada e iluminada por el sol durante el día	148	78,7	23	12,2	17	9,0
Si un familiar o amigo tiene flema o tos más de 15 días le recomendaría que se tome la muestra de esputo	182	96,8	4	2,1	2	1,1
Considera necesaria la asistencia diaria al tratamiento.	165	87,8	21	11,2	2	1,1
Considera sin beneficio recibir tratamiento contra la tuberculosis	96	51,1	42	22,3	50	26,6

Cree que es importante la administración de medicamentos profilácticos a los familiares que viven en su vivienda	112	59,6	63	33,5	13	6,9
Considera innecesario la asistencia diaria a tomar el tratamiento.	73	38,8	36	19,1	79	42,0
Considera poco importante que su vivienda se encuentre ventilada e iluminada por el sol durante el día.	59	31,4	37	19,7	92	48,9
Considera poco probable que se cure con el tratamiento medicamentoso.	63	33,5	51	27,1	74	39,4
Considera necesario dejar su muestra de esputo en el Centro de Salud al término de cada mes de tratamiento.	150	79,8	30	16,0	8	4,3
Es necesario cubrirse la boca al toser o hablar con los demás	181	96,3	3	1,6	4	2,1
Consumir alimentos antes de tomar los medicamentos es importante para Ud.	173	92,0	1 3	6,9	2	1,1
Recibe el tratamiento contra la tuberculosis porque es beneficioso para Ud.	165	87,8	18	9,6	5	2,7
No es necesario cubrirse la boca al toser o hablar con los demás	63	33,5	47	25	78	41,5
Es innecesario dejar su muestra de esputo en el Centro de Salud al término de cada mes de tratamiento.	78	41,5	43	22,9	67	35,6
Si un familiar o amigo tiene flema o tos por más de 15 días no cree necesario que se tome la muestra de esputo	91	48,4	32	17,0	65	34,6

Anexo 2: Tratamiento Fase 1 y Fase 2

Figura 1

MEDICAMENTO	ACTIVIDAD CONTRA <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	ABSORCIÓN	METABOLIS MO	EXCRECIÓN
Rifampicina (R)*	Bactericida con poder esterilizante	Absorción retardada por alimentos	Hepático	Mayor parte en heces. 20-30% por riñón.
Isoniazida (H)*	Altamente bactericida	Mejor absorción en ayunas	Hepático	Renal
Pirazinamida (Z)*	Bactericida en medio ácido	Efecto de Alimentos en biodisponibilidad es mínimo.	Hepático	70% por riñón.
Etambutol (E)*	Bacteriostático (probablemente bactericida a altas dosis)	Efecto de Alimentos en biodisponibilidad es mínimo.	Renal y hepático	80% por riñón.
Estreptomina (S)*	Bactericida en población extracelular	Parenteral	Distribución amplia en tejidos y líquidos corporales	50-60% por riñón y pequeña cantidad por bilis

Fuente MINSA (2013)

Figura 2

AGENTE	MECANISMO DE ACCIÓN ATRIBUIDO	TOXICIDAD
Paraaminosalicilato	Inhibición de la síntesis de folatos	Intolerancia gastrointestinal
Cicloserina	Inhibición de las enzimas D-alanil-D-alanina sintetasa, alanina racemasa y alanina permeasa (disrupción de la pared)	Neuropatía periférica, alteraciones del SNC (confusión, irritabilidad, cefalea, disartria, vértigo, convulsiones, alteraciones psicóticas)
Etionamida	Inhibe la síntesis de ácidos micólicos y estimula las reacciones de oxidorreducción	Intolerancia digestiva, hepatitis tóxica y diversos tipos de neurotoxicidad.
Aminoglucósidos (<i>Amikacina</i> , <i>kanamicina</i>)	Unión a la subunidad ribosomal 30S, con inhibición de la síntesis proteica	Ototoxicidad, Nefrotoxicidad
Tioacetazona	Semejante a Isoniacida (altera la síntesis de los ácidos micólicos de la pared celular)	Trastornos gastrointestinales, ictericia, mielodepresión reversible, reacciones cutáneas
Fluoroquinolonas (<i>Ciprofloxacina</i> , <i>ofloxacina</i> , <i>levofloxacina</i> , <i>esparfloxacina</i>)	Inhibición de la actividad de las topoisomerasas tipo II y la ADN-girasa	Trastornos gastrointestinales, mareos, hipersensibilidad
Oxazolidinonas (linezolid)	Impedir la síntesis proteica a través de la inhibición de la formación del 70s	Mielosupresión (trombocitopenia) reversible con la suspensión del medicamento

Anexo 3: Instrumento de recolección de datos



UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Facultad de ciencias de la salud

E.P. de Enfermería



Buenos días apreciados pacientes, estamos realizando un trabajo de investigación relacionado. “Conocimientos y actitudes en pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital de Huaycan y Centros de Salud – Microred Ate, 2017”

Los datos recogidos son completamente anónimos, por tanto, te pedimos que respondas con la mayor veracidad. Muchas gracias por tu colaboración.

1. Información general

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de preguntas con 5 alternativas, marque Ud. con un aspa (X) la que considere correcta.

1.1. Edad: _____

1.2. Sexo: M () F ()

1.3. Grado de Instrucción: Primaria completa ()

Primaria incompleta ()

Secundaria completa ()

Secundaria incompleta ()

Superior completa ()

Superior incompleta ()

1.4. Ocupación: _____

1.5. Procedencia

Sierra () Selva () Costa ()

1.6. Establecimiento de salud:

Conocimiento

Instrucciones. Apreciado paciente a continuación se presentan una serie de enunciados con sus respectivas alternativas: de respuesta

1. ¿Qué tipo de enfermedad es la tuberculosis?

a) Contagiosa

b) Hereditaria

c) Viral

d) Desconocida

e) No sabe

2. ¿Cómo se contagia la tuberculosis?

a) Por el aire con microbios que respiramos

b) Por el agua con microbios que bebemos

c) Por las relaciones sexuales con pacientes con tuberculosis

d) Por compartir cubiertos, ropas u otros objetos con los pacientes con tuberculosis

e) No sabe

3. ¿Cuánto tiempo debe presentar tos una persona para sospechar que tiene tuberculosis?

- a) Por más de 7 días sin flema
- b) Por más de 15 días, con o sin flema
- c) Por más de 7 días con flema
- d) Por más 10 días sin flema
- e) No sabe

4. ¿Qué condición es necesaria para que la persona se enferme con tuberculosis?

- a) Una mala alimentación
- b) La falta de higiene
- c) El consumo de alguna comida contaminada
- d) El uso de los mismos cubiertos o vasos
- e) No sabe

5. ¿Cuántos esquemas de tratamiento existen para la tuberculosis?

- a)1
- b)2
- c)3
- d)4
- e) No sabe

6. ¿Cuáles son los principales medicamentos que recibe un paciente con tuberculosis?

- a) Aspirina, gravol, ampicilina, y etambutol
- b) Estreptomina, ampicilina, gravol y plidan
- c) Rifampicina, isoniazida , etambutol y pirazinamida

d) Furosemida, penicilina, gravol y aspirina

e) No sabe

7. ¿Cuáles son las molestias más comunes que pueden presentar los pacientes que reciben medicamentos contra la tuberculosis?

a) Diarrea y dolor de estómago

b) Vómitos y diarreas

c) Náuseas y dolor de estómago

d) Náuseas y vómitos

e) No sabe

8. ¿Cuál de las siguientes acciones es necesaria para curarse de la tuberculosis?

a) Realizar ejercicios físicos

b) No dejar de tomar las pastillas

c) Alimentarse en exceso

d) No ir a trabajar

e) No sabe

9. ¿Qué ocurre con la tuberculosis si el paciente no inicia tratamiento oportuno?

a) Disminuye

b) Se mantiene igual

c) Desaparece

d) Se extiende

e) No sabe

10. ¿Qué ocurre con los microbios de la tuberculosis si no se cumple o se abandona el tratamiento?

a) Se vuelven débiles a los medicamentos

b) Se vuelven resistentes a los medicamentos

c) Desaparecen

d) Se mantienen igual

e) No sabe

11. ¿Con qué líquido de preferencia debe tomar el paciente los medicamentos?

a) Agua pura y mates

b) Leche y jugos

c) Café y té

d) Gaseosa y agua

e) No sabe

12. ¿Qué alimentos debe consumir mayormente el paciente con tuberculosis?

a) Harinas, verduras y frutas

b) Carnes, productos lácteos y menestras

c) Verduras, frutas y carnes

d) Productos lácteos, verduras y frutas

e) No sabe

13. ¿Qué medida de precaución debe tener el paciente con tuberculosis al toser?

- a) Cubrirse la boca y mantenerse alejado
- b) Cubrirse la boca y no hablar
- c) Cubrirse la boca y evitar hablar de frente
- d) Cubrirse la boca y hablar de frente
- e) No sabe

14. ¿Qué debe hacer el paciente cuando elimina flema?

- a) Eliminarlo directamente al recipiente de basura
- b) Eliminarlo en una bolsa y luego quemarlo
- c) Eliminarlo directamente en una bolsa plástico
- d) Eliminarlo en papel higiénico y echarlo en una bolsa plástica
- e) No sabe

15. ¿Cómo deben ser las actividades diarias del paciente con tuberculosis?

- a) Continuar con las actividades diarias
- b) Disminuir sus actividades diarias
- c) Incrementar sus actividades diarias
- d) No realizar ninguna actividad
- e) No sabe

16. ¿Cómo debe mantenerse la vivienda del paciente con tuberculosis para disminuir el contagio?

- a) Iluminada y con poca ventilación
- b) Con poca iluminación y poca ventilación
- c) Con poca iluminación y ventilada
- d) Iluminada y ventilada
- e) No sabe

17. ¿Qué examen debe realizarse el paciente mensualmente para su control durante el tratamiento?

- a) Radiografía de tórax
- b) Análisis de esputo
- c) Análisis de sangre
- d) Examen de orina
- e) No sabe

18. ¿Cuál de las siguientes acciones obligatoriamente debe realizar el paciente con tuberculosis al inicio de su tratamiento, cambio de fase y su alta?

- a) Asistir a la consulta médica
- b) Asistir a la consulta nutricional
- c) Asistir a la consulta con la asistente social
- d) Asistir a la consulta psicológica
- e) No sabe

19. ¿Cada cuánto tiempo debe controlar su peso el paciente con tuberculosis?

- a) Mensualmente
- b) Diariamente
- c) Semanalmente
- d) Quincenalmente
- e) No sabe

20. ¿Qué tratamiento farmacológico deben recibir los menores de 15 años que están en contacto con el paciente con resultado de esputo positivo?

- a) Pastillas de rifampicina
- b) Pastillas de isoniacida
- c) Pastillas de etambutol
- d) Pastillas de pirazinamida
- e) No sabe

Actitud

Instrucciones. Apreciado paciente a continuación se presentan una serie de enunciados con sus respectivas alternativas: de respuesta

A: de acuerdo

I: indeciso

D: en desacuerdo

Marque con un aspa (x) en el espacio que crea convenientes.

N°	Ítems	De acuerdo A	Indeciso I	En desacuerdo D
1.	Es necesario cubrirse la boca al toser o hablar con los demás			
2.	Consumir alimentos antes de tomar los medicamentos para TBC es importante para Ud.			
3.	Recibe el tratamiento contra la tuberculosis porque es beneficioso para Ud.			
4.	Considera el tratamiento medicamentoso contra la tuberculosis como curativo.			
5.	Considera necesario que se le aisle de los demás durante el tratamiento.			
6.	No cree necesario el consumo de alimentos antes de tomar los medicamentos.			
7.	Considera que no es importante la administración de medicamentos profilácticos a los familiares que viven en su vivienda.			
8.	No considera necesario que este aislado de los demás durante el tratamiento.			
9.	Considera importante que su vivienda se encuentre ventilada e iluminada por el sol durante el día.			
10.	Si un familiar o amigo tiene flema o tos más de 15 días le recomendaría que se tome la muestra de esputo.			

11.	Considera necesaria la asistencia diaria al tratamiento.			
12.	Considera sin beneficio recibir tratamiento contra la tuberculosis.			
13.	Cree que es importante la administración de medicamentos profilácticos a los familiares que viven en su vivienda.			
14.	Considera innecesario la asistencia diaria a tomar el tratamiento			
15.	Considera poco importante que su vivienda se encuentre ventilada e iluminada por el sol durante el día.			
16.	Considera poco probable que se cure con el tratamiento medicamentoso.			
17.	Considera necesario dejar su muestra de esputo en el Centro de salud al término de cada mes de tratamiento.			
18.	No es necesario cubrirse la boca al toser o hablar con los demás			
19.	Es innecesario dejar su muestra de esputo en el centro de salud al término de cada mes de tratamiento.			
20.	Si un familiar o amigo tiene flema o tos más de 15 días no cree necesario que se tome la muestra de esputo.			

Muchas gracias tu colaboración.

Anexo 4: Autorización institucional

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"



ATE, 06 de Julio de 2017

OFICIO N° 888 - 2017 - MR ATE I /REDLEM./MINSA

Dra:
KEILA ESTER MIRANDA LIMACHI
Director Ejecutivo
Red de Salud Lima Este Metropolitana
Presente.-

Asunto : Aceptacion de Realizacion de Proyecto de Investigacion

Atencion : Oficina de Administracion

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez comunicarle que damos por aceptado la realización del Proyecto de investigación titulada: "Relacion entre Niveles de Conocimiento y actitudes sobre Tuberculosis Pulmonar en pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevencion de la Tuberculosis" de los Establecimientos de Salud, tales como: C.S. Señor de los Milagros, P.S. Horacio Zevallos y P.S. La Fraternidad, del mismo modo se le recalca que no harán uso de ningún bien patrimonial de los establecimientos de salud.

Sin otro particular y agradeciendo la atención al presente, le hago llegar las muestras de mi especial consideración y deferencia personal.

Atentamente.

MINISTERIO DE SALUD
RED DE SALUD LIMA ESTE METROPOLITANA
[Firma]
M^{CO} LUIS A. MANCO MALPICA
C.M.P. 47457
Jefe de Micro Red Ate I

Dr. Luis A. Manco Malpica
Jefe de la Microred ATE I

LMM/GGT
CC. Archivo
Folios () hojas



PROVEÍDO DE INVESTIGACIÓN N° 007-2017

LOS QUE SUSCRIBEN:

Dr. Jorge Luis Sánchez Veintimilla.
Director del Hospital de Huaycán.
Lic. Raúl Felipe Chuquiyaury Justo.
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.

Dejan Constancia que:

La Srta. Yelitza Jiménez Arnesquito y la Srta. Lizeth Sánchez Murga, han presentado el proyecto de tesis titulado:

"Relación entre Nivel de Conocimientos y Actitudes sobre Tuberculosis Pulmonar en Pacientes Atendidos en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis del Hospital de Huaycán y tres centros de Salud de la Micro red, Ate 2017"



cual ha sido aprobado para su ejecución en nuestra institución, no teniendo valor alguno en acciones en contra del estado.

Lima, 18 de setiembre del 2017.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE HUAYCAN

J. Sánchez
Dr. Jorge Luis Sánchez Veintimilla
C.M.P. 29588
DIRECTOR

HOSPITAL DE HUAYCAN
Av. J.C. Mariátegui S/N Zona "B" Huaycán - Ate
Telf. 3716049/3715979
E-mail: hhuaycan@hotmail.com

Anexo 5: Fotos



Aplicación de cuestionario en hospital de huaycan.

