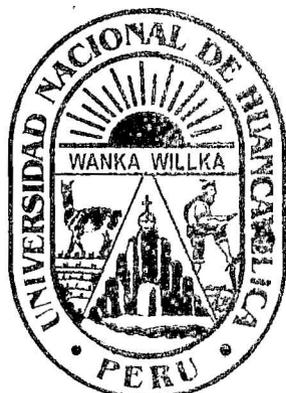


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA

(Creada por Ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR
Y ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN
FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA
MICRORED DE SANTA ANA - HUANCABELICA 2014"**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD PÚBLICA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:
ACOSTA HUIZA, SINTIA**

HUANCABELICA - PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(Ley de Creación N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR
Y ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN
FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE
PREVENCION Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA
MICRORED DE SANTA ANA - HUANCVELICA 2014”**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD PÚBLICA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADA POR LA BACHILLER:
ACOSTA HUIZA, SINTIA**

FECHA DE INICIO : FEBRERO DEL 2014

FECHA DE CULMINACIÓN : JUNIO DEL 2014

**HUANCVELICA - PERÚ
2015**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(Ley de Creación N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa, auditorio de la Facultad de Enfermería, a los 22 días del mes de enero del año 2015 siendo las 17:30 horas, se reunieron los miembros del Jurado Calificador, conformado de la siguiente manera:

Mg. Benjamina Zósima ORTIZ ESPINAR	Presidenta
Mg. Charo Jacqueline JAUREGUI SUELDO	Secretaria
Mg. Raúl URETA JURADO	Vocal

Designado con Resolución N° 087-2014-COFA -ENF-R-UNH (01.04.14); de la tesis titulada **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR Y ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORRED DE SANTA ANA – HUANCAVELICA 2014**

Cuyo autor(es) es(son) el (los) graduado(s):

BACHILLER(ES):

ACOSTA HUIZA SINTIA

A fin de proceder con la evaluación y calificación de la sustentación de Tesis antes citado, programado mediante Resolución N° 048-2015-D-FENF-R-UNH (22.01.15).

Finalizado con la evaluación; se invitó al público presente y al sustentante abandonar el recinto; y, luego de una amplia deliberación por parte del jurado, se llegó al siguiente resultado:

ACOSTA HUIZA SINTIA

APROBADO POR: Mayoría

DESAPROBADO

En señal de conformidad a lo actuado se firma al pie.

Presidente

Secretario

Vocal

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA

(Ley de Creación N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR
Y ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN
FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE
PREVENCION Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA
MICRORED DE SANTA ANA - HUANCABELICA 2014”**

JURADOS

Presidente : Mg. ORTIZ ESPINAR, Benjamina Zósima.

.....

Secretaria : Mg. JAUREGUI SUELDO, Charo Jaqueline.

.....

Vocal : Mg. URETA JURADO, Raúl.

.....

HUANCABELICA - PERÚ
2015

154

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(Ley de Creación N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR
Y ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN
FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA
MICRORED DE SANTA ANA - HUANCVELICA 2014”**

ASESOR


.....
Mg. CARDENAS ZUASNABAR, Leonardo.

HUANCVELICA - PERÚ
2015

Con profundo cariño y eterna gratitud a Dios quien me dio fe, fortaleza, salud y la esperanza para terminar este trabajo.

Con todo mi cariño y mi amor para mis queridos padres Elaudio, Alejandra y hermanos, las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera alcanzar mis objetivos, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A tu amor, paciencia comprensión, y apoyo incondicional, gracias por estar siempre conmigo Rody.

Gracias a esas personas importantes en mi vida, muchas gracias por todos los momentos que hemos pasado juntos y porque han estado siempre conmigo. Con todo mi aprecio y cariño para ustedes amigas queridas D.J.K.M.L.

AGRADECIMIENTO

Principalmente a Dios, por habernos dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida.

Expreso mi más profundo agradecimiento a los familiares de los usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana, quienes colaboraron activamente durante la etapa de ejecución del trabajo de investigación.

Una eterna gratitud a mi asesor, Mg. Leonardo, Cardenas Zuasnabar, Lic. Mardalia Nolasco Ticllacuri. Por su apoyo en el desarrollo del trabajo; de igual manera, a todas aquellas personas quienes me apoyaron de diferentes formas para mejorar el contenido y enriquecer así las etapas de la investigación.

Finalmente, agradecer a mis padres, familia y compañeros por su apoyo incondicional y comprensión ya que sin ellos no sería posible la realización del presente trabajo de investigación.

La autora.

TABLA DE CONTENIDOS

	<i>Pág.</i>
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
<i>Tabla de contenidos</i>	vii
Índice de tablas.....	viii
Índice de figuras.....	ix
Lista de siglas y abreviaturas.....	x
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
Introducción.....	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema.....	3
1.2. Formulación del problema.....	8
1.2.1 Pregunta general.....	8
1.2.2 Pregunta específica.....	8
1.3. Objetivos.....	8
1.3.1. Objetivo general.....	8
1.3.2. Objetivos específicos.....	9
1.4. Justificación.....	9
1.5. Delimitaciones.....	11

CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIAS

2.1 Antecedentes de estudio.....	13
2.2 Marco teórico.....	17
2.3 Marco conceptual.....	18
2.4 Definición de términos básicos.....	57
2.5 Hipótesis.....	57
2.5.1 Hipótesis general.....	57
2.5.2 Hipótesis específicas.....	58
2.6 Variables.....	58

2.7 Operacionalización de variables.....	59
2.8 Ámbito de estudio.....	64

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación.....	65
3.2. Nivel investigación.....	65
3.3. Método de investigación.....	65
3.4. Técnica e instrumento de recolección de datos.....	66
3.5. Diseño de investigación.....	67
3.6. Población, muestra y muestreo.....	67
3.7. Procedimiento de recolección de datos.....	68
3.8. Técnica de procedimientos y análisis de datos.....	68

CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Descripción e interpretación de datos (estadística descriptiva).....	70
4.2. Análisis e interpretación de datos (estadística inferencial).....	77
4.3. Discusión de resultados.....	81

Conclusiones

Recomendaciones

Referencia bibliográfica

Bibliografía Complementaria

ANEXOS

Anexo N° 01: Matriz de consistencia.....	A
Anexo N° 02: Instrumento de recolección de datos.....	B
Anexo N° 03: Validez del instrumento de recolección de datos.....	C
Anexo N° 04: Confiabilidad del instrumento de recolección de datos.....	D
Anexo N° 05: Baremos o categorización de variable.....	E
Anexo N° 06: Caracterización de la unidad de estudio.....	F
Anexo N° 07: Imágenes.....	G
Anexo N° 08: Artículo científico.....	H

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01;	Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.....	71
TABLA N° 02;	Actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.....	72
TABLA N° 03;	Actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar según componente cognitivo en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.....	73
TABLA N° 04;	Actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar componente afectivo en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.....	74
TABLA N° 05;	Actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar componente conductual en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.....	75

14

TABLA N° 06; Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.....	76
--	-----------

ÍNDICE DE FIGURAS

- FIGURA N° 01;** Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.....71
- FIGURA N° 02;** Actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.....72
- FIGURA N° 03;** Actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar según componente cognitivo en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.....73
- FIGURA N° 04;** Actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar componente afectivo en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.....74
- FIGURA N° 05;** Actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar componente conductual en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.....75

18

FIGURA N° 06; Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.....76

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

BAAR: Bacilo acido-alcohol resistente.

DIRESA: Dirección Regional de Salud.

ESPCT: Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis.

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

IPE Instituto peruano de economía.

MINSA: Ministerio de Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PEA: Población Económicamente Activa.

PS: Prueba de sensibilidad.

TB: Tuberculosis.

TB-MDR: Tuberculosis multidrogorresistente.

TB-XDR: Tuberculosis extremadamente resistente.

VIH: Virus de la inmuno-deficiencia humana.

RESUMEN

Realizado con el objetivo de determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica - 2014. El tipo de investigación fue no experimental - observacional; nivel correlacional; diseño no experimental, transversal y correlacional; métodos inductivo, deductivo, estadístico, analítico y bibliográfico; el instrumento para medir el nivel de conocimiento fue el cuestionario y la escala tipo Likert para medir la actitud.

La muestra fue de 47 familiares de los cuales el 46.8%, tiene un nivel de conocimiento bajo sobre la tuberculosis pulmonar de modo que el 44.7% tiene una actitud negativa y el 2.1% una actitud positiva. El 48.9%, tienen un nivel de conocimiento medio o regular, de manera que el 31.9% tiene una actitud positiva y el 17.0% una actitud negativa. El 4.3% tienen un nivel de conocimiento alto, siendo un total de 4.3% que tienen una actitud positiva.

Concluyendo que los que tienen conocimiento bajo, tienen una actitud negativa en mayor porcentaje; los que tienen un nivel de conocimiento medio o regular tienen una actitud positiva en mayor porcentaje y los que tienen un conocimiento alto tienen una actitud positiva, por lo que existe relación significativa entre estas variables.

Palabras Claves: Conocimiento, Actitud, medidas preventivas, tuberculosis pulmonar.

ABSTRACT

Performed in order to determine the relationship between the level of knowledge on pulmonary tuberculosis and attitude towards preventive measures in family members from the Health Strategy for Prevention and Control of Tuberculosis in Santa Ana Microred - Huancavelica . - 2014 The research was not experimental - observational; correlational level; non-experimental, cross-sectional and correlational design; inductive, deductive, statistical, analytical methods and literature; the instrument to measure the level of knowledge was the questionnaire and Likert-type scale to measure attitude.

The sample consisted of 47 families of which 46.8% have a low level of knowledge about pulmonary tuberculosis as 44.7% have a negative attitude and positive 2.1%. 48.9% have a medium or regular knowledge, since 31.9% have a positive attitude and a negative attitude 17.0%. 4.3% have a higher level of knowledge, for being a total of 4.3% with a positive attitude.

Concluding that those with low knowledge, have a negative attitude to a greater percentage; those with a medium or regular knowledge have a positive attitude at a higher rate and those with a high knowledge have a positive attitude, so that there is significant relationship between these variables.

Keywords: Knowledge, Attitude, Preventive measures, pulmonary tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad transmisible, causa común de enfermedad y muerte en todo el mundo, producida por especies del género *Mycobacterium*. Aunque puede afectar prácticamente a cualquier órgano, la forma más frecuente es la pulmonar. Se transmite de persona a persona por inhalación de aerosoles contaminados por el bacilo, que han sido eliminados por los individuos enfermos al toser, hablar o estornudar.

Convirtiéndose en un problema de salud pública y económica a nivel mundial y nacional. A pesar de los progresos logrados en las últimas décadas en la lucha contra esta enfermedad que aún persiste en el ser humano. En estos progresos ha influido decisivamente la creación de alianzas, el consenso en las políticas y estrategias para luchar contra esta enfermedad y la mejora de la planificación a nivel mundial, nacional y regional.

La Microred de Santa Ana, del distrito de Huancavelica comprendida por sus diferentes centros y puestos de salud, con población en la zona urbana y periurbana respectivamente, donde los casos de tuberculosis son significativos. Esto debido a que los estilos de vida de estas personas están condicionadas por algunos factores, entre ellos: el grado de instrucción, ocupación, la edad, sexo, desnutrición, hacinamiento, personas inmuno deprimidas, entre otras que afectan su calidad de vida, creando riesgos y algunas veces responsables de la transmisión esta enfermedad a miembros del grupo familiar y la comunidad. Además de reducir la calidad de vida de las personas, sufrir esta enfermedad representa importantes costos económicos para las familias que corren el riesgo de contagiarse y padecer de TB, por lo que es necesario conocer el estado actual de los familiares, debido a que son ellos los que ayudan a afrontar el proceso de enfermedad al usuario. Asimismo la carencia de conocimientos y de información determina a que la actitud sea negativa y

hacer erróneas valorizaciones con respecto a la salud, por lo que esta enfermedad no podrá ser diagnosticada oportunamente, incrementándose más casos.

El presente trabajo, permite acercarnos más a las condiciones en las que afrontan los familiares de los usuarios con tuberculosis esta enfermedad, por lo que los resultados permiten a las autoridades comprometidas con la salud como la Microred de Santa Ana, DIRESA Huancavelica, asumir estrategias a fin de desarrollar capacidades cognitivas, prácticas y actitudinales frente a esta enfermedad, reincidiendo en la promoción de salud para disminuir la incidencia de tuberculosis en nuestra población y mejorar la calidad de vida del poblador. El objetivo de este estudio es determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014, El tipo de investigación al que corresponde es el no experimental - observacional. El nivel de investigación es el correlacional y el método corresponde al inductivo, deductivo, estadístico, analítico y bibliográfico. El diseño de la investigación es el no experimental, transversal y correlacional; la población muestral está constituida por los familiares que conviven con el usuario con tuberculosis pertenecientes a la Microred de Santa Ana de la ciudad de Huancavelica.

Para una mejor comprensión el trabajo consta de cuatro capítulos que describimos a continuación; CAPITULO I: Planteamiento del problema. CAPITULO II: Marco de referencias. CAPÍTULO III: Marco metodológico. CAPÍTULO IV: Presentación de resultados. También los anexos.

La autora.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Tuberculosis es una de las enfermedades infectocontagiosas de mayor incidencia en la población del mundo, causada por un agente infeccioso el *Mycobacterium Tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones convirtiéndose en un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo. ⁽¹⁾

Los registros oficiales de la OMS reportan que es la segunda causa mundial de mortalidad, después del sida, representando en el 2012, 8,6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,3 millones murieron por esta causa, el 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, convirtiéndose en una de las tres causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años. En el 2012, se estima que 530 000 niños enfermaron de tuberculosis y 74.000 niños seronegativos murieron de tuberculosis". Frente a esta problemática la OMS, inicia una

13-1

campaña bienal cuyo objetivo es inspirar la innovación en materia de investigación y atención de esta enfermedad. La campaña se inspira en los nuevos y ambiciosos objetivos y metas del Plan Mundial para detener la Tuberculosis del 2011-2015. (2)

La tuberculosis es la causa principal de muerte de las personas infectadas por el VIH, pues causa una cuarta parte de las defunciones en este grupo. (2)

Los registros oficiales del MINSA reportan que en el Perú el 2012 la población fue de: 30'135,875 habitantes, represento una tasa de morbilidad de casos de TB: 31,705 habitantes, Casos nuevos de TB: 28,025 casos, Casos nuevos de TBP FP: 17,653 casos, Casos TB-MDR: 1,225 habitantes y Casos TB-XDR: 84 casos. Ocupando el Quinto lugar en incidencia de TB en América, luego de Haití, Surinám, Bolivia y Guyana, y el primer lugar en América en notificar TB DR. Con diez regiones priorizadas: Lima, Callao, Lima Provincias, Loreto, Madre de Dios, Ucayali, Tacna, Ica. Siendo el grupo etáreo de los adolescentes y adultos los mayormente afectados y por tanto su capacidad de producción disminuida, donde el modelo de desarrollo económico ha generado consecuencias negativas como: sub-empleos, desempleos, bajo ingreso per cápita que genera pobreza extrema, las cuales son el origen de los múltiples factores que condicionan la permanencia del foco infeccioso de la enfermedad, los cuales son el déficit de saneamiento ambiental, hacinamiento, mala alimentación, poca accesibilidad a los servicios de salud y deficiente educación para la salud, por lo cual es considerado un problema de salud pública surgiendo así la Estrategia Sanitaria Nacional: Programa de Control de la Tuberculosis como respuesta a esta realidad, que es el órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas, responsable de establecer la doctrina, normas y

procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú; cuyo objetivo es brindar atención integral a la persona, familia y comunidad con riesgo a enfermar y morir por tuberculosis. ⁽³⁾

Los registros oficiales de la DIRESA Huancavelica reportan que en el Departamento de Huancavelica en el 2009 se registraron 67 casos de TB pulmonar y 10 casos de TB extrapulmonar, para el 2010 se registraron 108 casos de TB pulmonar y 7 de TB extrapulmonar. Para el 2011 se registraron 100 casos de TB pulmonar y 17 de TB extrapulmonar. En el 2012 se registraron 90 casos de TB pulmonar y 8 de TB extrapulmonar. En el 2013 se registraron 105 casos de TB pulmonar y 1 de TB extrapulmonar. Con mayor incidencia en el grupo etario de 20 - 40 años durante los cinco últimos años. ⁽⁴⁾

Los registros oficiales de la DIRESA Huancavelica reportan que en el Distrito de Huancavelica en el 2009 se registraron 12 casos de TB pulmonar y 0 casos de TB extrapulmonar, para el 2010 se registraron 58 casos de TB pulmonar y 1 de TB extrapulmonar. Para el 2011 se registraron 38 casos de TB pulmonar y 11 de TB extrapulmonar. En el 2012 se registraron 38 casos de TB pulmonar. En el 2013 se registraron 49 casos de TB pulmonar con 0 casos de TB extrapulmonar en los dos últimos años. Con mayor incidencia en el grupo etario de 20 - 40 años durante los cinco últimos años, con mayores casos de TB pulmonar en relación a la TB extrapulmonar. Evidenciándose un incremento sustancial en los últimos años de los casos de TB en Huancavelica como Departamento y Distrito. ⁽⁴⁾

Refiere la responsable del ESPCT de la DIRESA - Hvca "Que la tuberculosis es un problema de salud pública y económica, con riesgo bajo en Huancavelica, que los familiares de los usuarios con TB, tienen un conocimiento superficial acerca de esta enfermedad,

debido a que no hay interés en mejorar sus estilos de vida y como sociedad rechazan a la persona que lo padece, frente a esto el estado invierte más en el tratamiento farmacológico de estos pacientes, siendo insuficiente el presupuesto para la parte preventivo - promocional".⁽⁵⁾

En la Microred de Santa Ana Huancavelica, durante el año 2009 se reportaron 2 casos de TB pulmonar, un caso en el grupo etáreo de 15-19 años, y el otro en el grupo etáreo de 20- 44 años; el 2010 se reportaron 10 casos de TB pulmonar, un caso de 15-19 años, siete en el grupo etáreo de 20- 44 años, tres en el grupo etáreo de 45- 59 años y 1 caso de TB extrapulmonar ubicado en el grupo etáreo de 45- 59 años; el 2011 se reportaron 10 casos de TB pulmonar, dos casos en el grupo etáreo de 0-9 años, cuatro en el grupo etáreo de 20- 44 años, tres en el grupo etáreo de 45- 59 años, uno en el grupo etáreo de 60 a+ y 11 casos de TB extrapulmonar un caso en el grupo etáreo de 10-14 años, dos en el grupo etáreo de 15- 19 años, dos en el grupo etáreo de 20- 44 años, un caso de 45- 59 años, cinco en el grupo etáreo de 60 a+; en el 2012 se reportaron 7 casos de TB pulmonar, tres casos en el grupo etáreo de 20- 44 años, tres en el grupo etáreo de 60 a +años; en el 2013 se reportaron 9 casos de TB pulmonar, 5 casos en el grupo etáreo de 20- 44 años, cuatro casos de 45- 59, uno en el grupo etáreo de 60 a +años un número significativo de pacientes con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, evidenciándose mayor incidencia en los grupos atareos comprendidos de 20- 59 años de edad, pertenecientes a la población económicamente activa, representando un problema económico para la familia, comunidad y estado.⁽⁶⁾

Debido a la oferta de empleos y a la remuneración de estas, los pobladores huancavelicanos emigran a regiones con alta prevalencia de TB, en busca de mejores oportunidades laborales, es en este

proceso que contraen la enfermedad, regresando al lugar de origen a desarrollar y buscar tratamiento. Además de reducir la calidad de vida de las personas, sufrir esta enfermedad representa importantes costos económicos, convirtiéndose en una carga para las familias que corren el riesgo de contagiarse y padecer de TB. Por lo que es necesario conocer el estado actual de los familiares, debido a que si un miembro enferma son ellos los que ayudan a afrontar el proceso de enfermedad al usuario. Asimismo la carencia de conocimientos y de información determina a que la actitud sea negativa; haciendo erróneas valorizaciones sin darle la debida importancia a su salud. Por lo que muchas veces los que padecen de esta enfermedad son discriminados, convirtiéndose así en un problema social, en tal efecto esta enfermedad no podrá ser diagnosticada oportunamente, incrementándose el número casos. Siendo así el estudio de los contactos una de las actividades más importantes y de gran rentabilidad que ayudara a interrumpir la cadena de transmisión de la tuberculosis. (7)

Por estas razones si se quiere lograr buenos resultados en las Estrategias de Prevención y Control de esta enfermedad, es importante brindar atención integral reincidiendo en la educación a la persona, familia y comunidad con riesgo a enfermar y morir por tuberculosis debido que es el proceso más eficaz para adquirir el conocimiento científico de los múltiples procesos como fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento logrando así que el individuo modifique su modo de ser, pensar, los hábitos y costumbres debido que el conocimiento hace que los individuos identifiquen tempranamente las enfermedades y tengan mayor interés en cambiar de actitud hacia las medidas preventivas con respecto a esta enfermedad. (1)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Pregunta general

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014?

1.2.2. Preguntas específicas

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014?
- ¿Cómo es el componente cognitivo de la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014?
- ¿Cómo es el componente afectivo de la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014?
- ¿Cómo es el componente conductual de la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014?

1.3. OBJETIVO

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de

Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.
- Identificar el componente cognitivo de la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.
- Identificar el componente afectivo de la actitud frente las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.
- Identificar el componente conductual de la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.4.1. Justificación Teórico Científica

La Tuberculosis es una de las enfermedades infectocontagiosas que se manifiesta especialmente en regiones superpobladas, de bajos recursos y con altos índices de desnutrición causada por un agente infeccioso el *Mycobacterium Tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones convirtiéndose en un problema de salud pública, económica y social. Debido a que persisten los múltiples factores que condicionan la permanencia del foco infeccioso de la enfermedad, los cuales son el déficit de

saneamiento ambiental, hacinamiento, poca accesibilidad a los servicios de salud, deficiente educación para la salud y estrés social. En el caso de las personas inmunodeprimidas, o con enfermedades crónicas quienes no cuentan con las defensas adecuadas, grupos de riesgo como gestantes, niños menores y adultos mayores, la TB es especialmente grave y frecuente por lo que es importante brindar atención integral reincidiendo en la educación a la persona, familia y comunidad con riesgo a enfermar y morir por tuberculosis debido que es el proceso más eficaz para adquirir el conocimiento científico de los múltiples procesos como fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento así como para que el individuo modifique su modo de ser, pensar, los hábitos y costumbres debido que el conocimiento hace que los individuos identifiquen tempranamente las enfermedades y tengan mayor interés en tomar medidas con respecto a esta enfermedad. ⁽¹⁾

1.4.2. Justificación Práctica

Los resultados permitirán a las autoridades comprometidas con la salud como la Microred de Santa Ana, DIRESA asumir estrategias a fin de desarrollar capacidades cognitivas, prácticas y actitudinales frente a esta enfermedad, reincidiendo en la promoción de salud para disminuir la incidencia de TB en nuestra población y mejorar la calidad de vida del poblador.

1.4.3. Justificación Social

Nuestro país, según la información provista por el MINSA se calcula que entre 2005 y 2012 el costo económico de la TB fue de US\$ 410 millones, de los cuales los costos directos representan el 50.2% y los indirectos 49.8%. Es decir, la TB sigue siendo una gran carga para la sociedad peruana. No obstante, hay que resaltar la mejora a nivel regional en la incidencia de casos de TB. Tacna, Madre de Dios y Lima y Callao son las regiones con mayor

reducción de casos reportados de TB por cada 100,000 habitantes; sin embargo, la cantidad de casos aún sigue siendo elevada. Siendo el grupo etéreo de los adolescentes y adultos los mayormente afectados y por tanto su capacidad de producción disminuida, donde el modelo de desarrollo económico ha generado consecuencias negativas como: sub-empleos, desempleos, bajo ingreso per cápita que genera pobreza extrema. ⁽⁸⁾

Durante los últimos cinco años en Huancavelica como Departamento y Distrito se reportó un incremento sustancial de la cantidad de casos. Con mayor incidencia en el grupo etareo de 20 - 40 años durante los cinco últimos años, con mayores casos de TB pulmonar en relación a la TB extrapulmonar. ⁽⁴⁾

Además de reducir la calidad de vida de las personas, sufrir esta enfermedad representa importantes costos económicos para las familias y la sociedad. En primer lugar, existe un costo directo por el mayor gasto de las familias y el gobierno en servicios de salud (atención médica, medicamentos y exámenes médicos). En segundo lugar, se pueden identificar costos indirectos por el costo social de la pérdida de vidas humanas y por la reducción de los ingresos familiares a consecuencia del menor rendimiento académico y laboral debido a que la población económicamente activa es la más afectada por esta enfermedad. ⁽⁸⁾

1.5. DELIMITACIONES

1.5.1. Delimitación temporal: El presente trabajo se realizó durante los meses de Marzo al mes de Junio del 2014.

1.5.2. Delimitación espacial: El lugar donde se llevó a cabo la investigación fue la Microred de Santa del distrito de Huancavelica. La Microred de Santa Ana, el cual está conformada por los siguientes establecimientos de salud: C.S Santa Ana, C.S San

Cristóbal, P.S. Pueblo Libre, P.S. Antacocha y P.S. Pampachacra, ubicados en el barrio de Santa Ana, Barrio de San Cristóbal y los centros poblados de Pueblo Libre, Antacocha, Pampachacra.

1.5.3. Delimitación de la unidad de estudio: 47 familiares del total de los 9 usuarios con tuberculosis pertenecientes a la Microred de Santa Ana diagnosticados con tuberculosis pulmonar durante el año 2013, comprendidos entre los 15 años a 65 años.

CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIAS

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL

2.1.1.1. Cardona J, Hernández A. en su trabajo: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en indígenas zenúes y habitantes de una zona rural colombiana 2012, que tuvo como objetivo describir los CAP sobre tuberculosis y su asociación con algunos aspectos sociodemográficos de habitantes de zonas rurales e indígenas de Córdoba (Colombia) en 2012 y evaluar la validez y confiabilidad de la escala CAP. Estudio fue descriptivo transversal en 300 individuos, 100 indígenas zenúes y 200 campesinos. Los datos se recolectaron de fuente primaria y los análisis se realizaron con medidas de resumen, frecuencia y estadística no paramétrica en SPSS 20 con los siguientes resultados los CAP presentaron buena fiabilidad y validez de apariencia, contenido y constructo. En conocimientos, un 76% mostró un grado satisfactorio; en las actitudes, un 77% fue insatisfactorio y un 48% presentó buenas prácticas. No se halló

asociación estadística de los CAP con el sexo ni con las creencias religiosas; en la etnia se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos y las prácticas; la edad demostró asociación estadística con los conocimientos y la escolaridad evidenció asociación con las prácticas, concluyendo en que se observó un adecuado conocimiento sobre tuberculosis, en tanto que las actitudes y las prácticas fueron insatisfactorias; los principales factores asociados con los CAP fueron etnia, edad y escolaridad. ⁽⁹⁾

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

2.1.2.1. Laurente J, Remuzgo F: Gallardo J, Taype L, Huapaya J, Carrillo J, Narro C, Navarro E, Bustos D, Pérez Y. en su trabajo: Conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente Lima - 2009. Que tuvo como objetivo describir el nivel de conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR), compararlo por sexo, grado de instrucción y especificar las fuentes principales de información acerca de la tuberculosis. El estudio fue observacional de corte transversal. Se estudiaron 70 pacientes con diagnóstico de TB MDR en tratamiento durante el año 2009, pertenecientes a cinco centros de salud de la DISAV Lima-Ciudad, los cuales fueron elegidos mediante consulta a expertos. Las variables fueron agrupadas en tres categorías: 1. Datos generales (edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, diagnóstico actual, medio principal de adquisición de la información y momento de la adquisición del conocimiento), 2. Conocimiento sobre la transmisión y medidas preventivas acerca de la tuberculosis y 3. Actitudes frente a su enfermedad.

Se utilizó una encuesta para recolectar la información necesaria. La media de la edad fue de 32.1 ± 12.9 años, 55.7% y 44.3% fueron de sexo masculino y femenino respectivamente. El 82.9% de los pacientes obtuvo un conocimiento adecuado sobre la transmisión de la tuberculosis, el 51.4% obtuvo un conocimiento adecuado sobre las medidas preventivas y el 60% fue catalogado con una actitud adecuada con respecto a su enfermedad. La distribución por sexo y grado de instrucción no fue significativa en ninguna de las categorías de conocimiento y actitudes ($p > 0.05$). La mayoría de pacientes presentó un nivel adecuado de conocimiento sobre la transmisión de la tuberculosis, existiendo una infravaloración de este conocimiento, En contraparte, encontramos una sobrevaloración del conocimiento sobre las medidas preventivas y aproximadamente sólo la mitad de los pacientes presentó un nivel adecuado de este conocimiento. La actitud de los pacientes con respecto a su enfermedad fue adecuada en la mayoría de casos. No se encontró diferencia significativa del nivel de conocimiento y actitudes de los pacientes por sexo y grado de instrucción. ⁽¹⁰⁾

2.1.2.2. Factor C. en su trabajo: Relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre medidas preventivas frente a la tuberculosis pulmonar en escolares del nivel secundario de la Institución Educativa Manuel A. Odria del distrito de Ciudad Nueva Tacna 2012. La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre medidas preventivas frente a la Tuberculosis Pulmonar en escolares del nivel secundario de la Institución Educativa Manuel A. Odria del distrito Ciudad Nueva, mediante un estudio cuantitativo, correlacional de tipo descriptivo transversal , con una muestra probabilística de 228 escolares , obteniendo

como resultados que existe relación entre variables , el nivel de conocimiento de los adolescentes es regular con un 52,6% , seguido de 35,1% con un nivel de conocimientos alto frente a un nivel de conocimientos bajo con un 12,3%, las actitudes positivas con un 70,6% frente a un 29,4% de escolares que practican actitudes negativas. ⁽¹¹⁾

2.1.3. A NIVEL LOCAL

2.1.3.1. Felipe M, Quinto D. en su trabajo: Autocuidado que practican los usuarios que reciben tratamiento antituberculoso en el Centro de Salud Santa Ana - Huancavelica 2011. Que tuvo como objetivo determinar el autocuidado que practican los usuarios que reciben tratamiento antituberculoso en el Centro de Salud Santa Ana. El método fue prospectivo de tipo sustantiva – descriptiva. La muestra lo constituyeron los usuarios antituberculosos (n=17); para la recolección de datos se empleó como técnica la entrevista y el instrumento la guía de entrevista. Los resultados con respecto al autocuidado personal el 41.2% (7) tienen un autocuidado regular y el 29.4% (5) un autocuidado eficiente y deficiente respectivamente. Así mismo en la dimensión del autocuidado terapéutico el 58.8% (10) tienen un autocuidado regular, el 29.4% (5) un autocuidado eficiente y el 11.8% (2) un autocuidado deficiente. En el autocuidado general el 47.1% (8) tienen un autocuidado regular, el 29.4% (5) un autocuidado eficiente y un 23.5% (4) un autocuidado deficiente. Las conclusiones según los resultados obtenidos muestran que los usuarios no tienen buenas prácticas y conocimientos acerca de la enfermedad así mismo hay pacientes con asistencia irregular a recibir el tratamiento farmacológico, exámenes de laboratorio y asistencia medica mensual, por ello se deduce que esta enfermedad no se erradica por que basta una persona para contagiar a una multitud. ⁽¹²⁾

2.1.3.2. Ccora R, Meza C. en su trabajo: Comportamiento epidemiológico y clínico de la tuberculosis en pacientes atendidos en el Centro de Salud Santa Ana - Huancavelica periodo 2012 - 2013. Que tuvo como objetivo determinar el comportamiento epidemiológico y clínico de la tuberculosis en pacientes atendidos en el Centro de Salud Santa Ana - Huancavelica, Periodo 2012 - 2013. El nivel de investigación que alcanzo fue el descriptivo, el diseño de investigación: No experimental transeccional descriptivo. La muestra estuvo conformada por 13 pacientes diagnosticados con tuberculosis y para el estudio se trabajó con sus respectivas historias clínicas. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de análisis documental cuyo instrumento fue la guía de análisis documentario. Los resultados obtenidos en relación al comportamiento epidemiológico más relevantes se tiene: del total de pacientes identificados, el predominio fue del sexo masculino (53,8%), el grupo etéreo más afectado es el joven (53,8%), estado civil soltero y se da con mayor frecuencia en los desocupados (30,8%). Con respecto al comportamiento clínico más relevante, se encontró que la gran mayoría de los pacientes presenta la forma de la tuberculosis pulmonar (61,5%), la condición de ingreso en su mayoría es por caso nuevo (84,6%), el 53.8% no contaban con la vacuna BCG; los signos y síntomas más comunes fueron la tos (76,9%) y la fiebre (92,3%).⁽¹³⁾

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Teoría del Modelo de Sistemas Conductuales: Propuesto por Dorothy E. Johnson citada por Marriner A. El modelo de Johnson considera a la persona como un sistema conductual compuesto de una serie de subsistemas interdependientes e integrados, modelo basado en la psicología, sociología y etnología. Según su modelo la enfermería considera al individuo como una serie de partes

interdependientes, que funcionan como un todo integrado; estas ideas fueron adaptadas de la Teoría de Sistemas. ⁽¹⁴⁾

Cada subsistema conductual tiene requisitos estructurales (meta, predisposición a actuar, centro de la acción y conducta) y funcionales (protección de las influencias dañinas, nutrición y estimulación) para aumentar el desarrollo y prevenir el estancamiento. Son siete dependencia, alimentación, eliminación, sexual, agresividad, realización y afiliación. ⁽¹⁴⁾

El individuo trata de mantener un sistema balanceado, pero la interacción ambiental puede ocasionar inestabilidad y problemas de salud. Un estado de desequilibrio o inestabilidad da por resultado la necesidad de acciones de enfermería, y las acciones de enfermería apropiadas son responsables del mantenimiento o restablecimiento del equilibrio y la estabilidad del sistema de comportamiento. Enfermería es una fuerza reguladora externa que actúa para preservar la organización e integración del comportamiento del paciente en un nivel óptimo bajo condiciones en las cuales el comportamiento constituye una amenaza para la salud física o social, o en las que se encuentra una enfermedad. ⁽¹⁵⁾

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. CONOCIMIENTO

El conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso que se inicia desde el nacimiento hasta la muerte, originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de quien aprende estos cambios se pueden observar en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a

medida que aumentan los conocimientos aunada con la importancia que se le dé a lo aprendido. ⁽¹⁶⁾

Existen 3 tipos de conocimiento: elementales, pre-científicos y científicos, siendo estos dos últimos exclusivos del ser humano. ⁽¹⁶⁾

A. TIPOS DE CONOCIMIENTO

a) Conocimiento Pre-científico

Se le llama también "vulgar" o "popular" y se obtiene por azar, luego de innumerables tentativas cotidianas. Es ametódico y asistemático.

Permite al hombre conducirse en la vida diaria, en el trabajo, en el trato con los amigos y en general manejar los asuntos de rutina. Una característica de este conocimiento es el ser indispensable para el comportamiento diario y por lo mismo a él recurren todos por igual.

Wallon H, lo define: "Datos e informaciones empíricos sobre la realidad y el propio individuo, es decir conocimientos inmediatos situacionalmente útiles y de tipo hábitos o costumbres que hacen factible la regulación conductual y el ajuste del individuo en un momento dado". ⁽¹⁶⁾

A través del conocimiento empírico el hombre común conoce los hechos y su orden aparente y surte respuestas (explicaciones) concernientes a las razones de ser de las cosas, pero muy pocas preguntas acerca de las mismas; todo ello logrado por experiencias cumplidas al azar, sin método, y al calor de las circunstancias de la vida, por su propio esfuerzo o valido del saber de otros y de las tradiciones de la colectividad. Su fuente principal son los sentidos. Toda esta clase de conocimientos es lo que puede catalogarse también como "saberes". ⁽¹⁶⁾

b) Conocimiento Científico

El conocimiento científico es objetivo, racional, sistemático, general, falible, metódico, a través del cual se puede describir, explicar e interpretar los fenómenos y procesos. El conocimiento científico elabora y utiliza conceptos, desterrando así las ambigüedades del lenguaje cotidiano. ⁽¹⁶⁾

Wallon H agrega: "El conocimiento científico persigue determinar el porqué de la ocurrencia y desarrollo de un fenómeno, buscando la generalización de los datos e intenta descubrir lo necesario detrás de lo casual, para aprender las leyes que lo gobiernan, de este modo el hombre tiene la posibilidad de predecir y controlar los fenómenos". ⁽¹⁶⁾

Además, son sus características el desinterés y el espíritu crítico. El carácter abierto del conocimiento científico lo aparta considerablemente de todo dogma o verdad revelada, con pretensiones de infalibilidad. Es rasgo esencial del conocimiento científico su afán de demostración. La ciencia y el pensamiento científico no toleran las afirmaciones gratuitas. Una afirmación cualquiera que sea solo alcanza rango científico cuando es fundamentada.

Ahora bien, entre los muchos rasgos que describen al conocimiento científico es esencial el que éste resulta de una definida combinación entre componentes teóricos y componentes empíricos, entre "lo endógeno" y "lo exógeno". De otra parte, lo específico del conocimiento científico puede ser nombrado con el término tradicional de "explicación científica", ya que todo producto que se reconozca como "conocimiento científico" debe cumplir como requisito fundamental que culmine en una "explicación científica", o que realice algunas de sus fases preliminares. ⁽¹⁶⁾

B. NIVELES DE CONOCIMIENTO

Niveles de conocimiento El ser humano puede captar un objeto en tres niveles diferentes:

- a) **El conocimiento sensible:** consiste en captar los objetos por los sentidos. ⁽¹⁶⁾
- b) **El conocimiento conceptual:** consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La diferencia entre el nivel sensible y conceptual reside con la singularidad y universalidad que caracteriza a estos 2 tipos de conocimientos. ⁽¹⁶⁾
- c) **El conocimiento holístico:** llamado también intuitivo; la palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición (holos = totalidad en griego). La diferencia entre el conocimiento holístico y conceptual reside en que el primero carece de estructuras. El concepto en cambio es un conocimiento estructurado. ⁽¹⁶⁾

C. MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO

La medición del conocimiento según sus características el conocimiento se puede clasificar y medir de la siguiente manera:

a) Cuantitativamente:

- Niveles o Grados: alto, medio, bajo.
- Escalas : Numérica: de 0 a 20; de 10 a 100

Gráfica: colores, imágenes, etc.

- ### b) Cualitativamente:
- correcto, incorrecto; completo e incompleto; verdadero, falso. ⁽¹⁶⁾

2.3.2. ACTITUD

La actitud es una predisposición, aprendida a valorar o comportarse de una manera favorable o desfavorable o negativa o

positiva en una persona con un determinado objeto o situación. Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva. Por su parte, los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente, las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios. Las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una mínima incidencia. También los orientan si la actitud tiene una relación específica con la conducta, a pesar de lo cual la evidencia confirma que, a veces, el proceso acostumbra a ser inverso y los actos no se corresponden, se experimenta una tensión en la que se denomina disonancia cognitiva. ⁽⁷⁾

A. COMPONENTES DE LA ACTITUD

a) Componente Cognoscitivo

Es la representación o percepción de un objeto, evento o situación que tiene el individuo, que hace referencia a las convicciones, creencias, valores, ideas, expectativas, etc. que una persona tiene sobre algo. Estos conocimientos son los que permiten asumir juicios de valor, tales como verdadero o falso, bueno o malo, positivo o negativo, deseable o indeseable, favorable o desfavorable. Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto.

Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un

objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto. Que hace referencia a las convicciones, creencias, valores, ideas, expectativas, etc. que una persona tiene sobre algo. ⁽⁷⁾

b) Componente Afectivo

Este componente es una combinación de sentimientos y emociones a favor o en contra hacia un objeto social específico de acuerdo al sistema personal de valores (sociales, educativos, religiosos, etc.) y experiencias personales. Está ligado a las emociones y sentimientos que una persona tiene hacia un determinado objeto. Sentirse bien o mal cuando se piensa en algo predispondrá favorable o desfavorablemente al individuo a actuar en convicción a su sentir. Abarca los sentimientos suscitados respecto del objeto. Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo. ⁽⁷⁾

c) Componente Conductual

Es el comportamiento actual de la persona, esté de acuerdo o no con los otros componentes. Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual). Las emociones están relacionadas

con las actitudes de una persona frente a determinada situación, cosa o persona.

Hace referencia a la predisposición, tendencia o inclinación a actuar o reaccionar de una determinada manera respecto a un objeto. Se determina entonces que, una persona ante determinado objeto tendrá una actitud, resultante de la representación cognitiva que hace del objeto, la asociará con hechos agradables o desagradables y actuara en consecuencia. (7)

B. CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD

a) Dirección de la Actitud: Se refiere a que una actitud pueda adoptar la forma de "favorable" o "desfavorable" al objeto. Claro que llamar sencillamente positivo o negativo a algo tan matizado como es el sentimiento, es muy imperfecto. Pues bien, con esa imperfección nos conformamos al hablar de que las actitudes son polares, o bivalentes, es decir, que son a favor o en contra. Sabiendo que, por ejemplo, diciendo "a favor" resumimos muchos posibles sentimientos, como: "me produce alegría", "me da confianza", "me resulta agradable", "es interesante", y que diciendo "en contra", resumimos muchos posibles sentimientos desfavorables, como: "me da miedo", "lo desprecio", "me irrita", "me da asco". Decir que una actitud es positiva o negativa frente a un objeto, es decir que el residuo afectivo que me queda de ese objeto, y que persiste en mí, es "de tono" positivo o negativo. (17)

b) Intensidad: Es claro que la actitud frente a un objeto puede ser más o menos extrema. No entramos en la disputa de si ser más extrema una actitud lleva o no consigo el ser más intensa. Usamos ambos términos como sinónimos, aunque no siempre ha sucedido así en la literatura. Normalmente las

medidas de actitudes lo que quieren constatar es la valencia y la intensidad de la actitud. La intensidad suele constatarse tanto por la fuerza con la que el sujeto afirma o niega, como por la repetición con que lo hace. Por eso las escalas de actitudes no solamente constan de "grados de adhesión" (muy de acuerdo, de acuerdo), sino también de varias proposiciones a las que el sujeto ha de adherirse o no una y otra vez. (17)

C. MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES

La actitud es una predisposición aprendida para responder coherentemente de manera favorable o desfavorable ante un objeto, ser vivo, actividad, concepto, persona o sus símbolos. Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos a que hacen referencia. Desde luego, las actitudes sólo son un indicador de la conducta, pero no la conducta en sí. Por ello, las mediciones de actitudes deben interpretarse como "síntomas" y no como "hechos"

Las actitudes tienen diversas propiedades, entre las que destacan: dirección (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja); estas propiedades forman parte de la medición. Los métodos más conocidos para medir por escalas las variables que constituyen actitudes son: el método del diferencial semántico y la escala de Guttman y el más utilizado escala tipo Likert, que consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, para medir la reacción del sujeto en tres, cinco o siete categorías. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el participante obtiene una puntuación respecto de la afirmación y al final su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmacio-

nes. Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo. ⁽¹⁸⁾

2.3.3. TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y contagiosa, causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis* pertenecientes al género *Mycobacterium*, único de la familia *Mycobacteriaceae* la cual pertenece al orden *Actinomycetales*, formando parte del complejo tuberculosis, donde además se ubican, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. microti* y *M. canetti*. ⁽¹⁹⁾

El *Mycobacterium tuberculosis* es el principal agente causante de la enfermedad en el hombre, esta bacteria tiene forma de bacilo recto y delgado, mide aproximadamente de 0.4 μm de ancho y 3 μm de longitud, se caracteriza por no formar esporas, es aerobia y alcohol ácido resistentes que se tiñen con dificultad. ⁽¹⁹⁾

2.3.3.1. PATOGENIA

La infección es transmitida por tres vías: siendo la primera de ellas la aérea, la segunda la ingestión de alimentos contaminados y finalmente la inoculación directa. ⁽¹⁹⁾

El contagio se produce habitualmente por vía aerógena a partir de pacientes bacilíferos con lesiones pulmonares «abiertas», es decir, conectadas con el exterior por un bronquio de drenaje. Al toser se generan aerosoles de pequeñas partículas líquidas (gotas de Flügge), en cuyo interior se encierran uno o dos bacilos. Al evaporarse queda tan sólo el núcleo de bacilos que permanece flotando en el medio ambiente y se desplaza con las corrientes de aire pudiendo ser aspirado por otras personas. Las partículas de tamaño superior a 10 μm quedan retenidas en la barrera mucosa de las vías respiratorias superiores y son eliminadas por el sistema defensivo mucociliar, pero las de

menor tamaño (entre 1 y 5 μm) tienen la capacidad de llegar hasta los alvéolos y desencadenan la primoinfección.

En la mayoría de las ocasiones, los escasos bacilos que llegan hasta los alvéolos son fagocitados y destruidos por los macrófagos. Sólo un pequeño porcentaje de las personas infectadas (aproximadamente, el 10%) llegará a desarrollar la enfermedad; la mitad de ellos tempranamente, a los pocos meses de la infección, mientras que el otro 5% necesitará de un largo intervalo (a veces, de varias décadas) para que se produzca la reactivación endógena de lesiones aparentemente curadas que albergan en su interior micobacterias en condiciones metabólicas adversas pero potencialmente viables.

(19)

La aspiración de *M. tuberculosis* hasta los alvéolos desencadena una serie de respuestas tisulares e inmunológicas conocidas como primoinfección tuberculosa. En primer lugar, se produce un foco de alveolitis exudativa; los macrófagos eliminan un determinado número de micobacterias y si la invasión no ha sido masiva, muchas veces no se pasa esta fase local. Cuando la infección se propaga por las vías linfáticas intrapulmonares hasta los ganglios regionales paratraqueales o mediastínicos da lugar al llamado complejo bipolar (foco pulmonar y adenopatías). En esta fase es habitual que se produzcan pequeñas diseminaciones bacilares por vía hematógena a los segmentos apicales pulmonares, riñones, hígado y huesos, que por lo general suelen controlarse localmente y que no tienen trascendencia clínica alguna. (19)

En las 2-10 semanas posteriores a la infección se pone en marcha una respuesta inmunológica celular desencadenada por los antígenos de la membrana y del citoplasma de las micobacterias. Los macrófagos reconocen y procesan dichos

antígenos y los muestran a los linfocitos T para que estimulen, mediante liberación de linfocinas, la transformación de un gran número de macrófagos en células que están altamente especializadas en la lucha contra las micobacterias (células epiteliales y gigantes de Langhans). Los linfocitos activadores de los macrófagos, las células epiteloideas y las gigantes se sitúan concéntricamente para rodear e intentar destruir a los bacilos intrusos dando lugar al característico granuloma tuberculoso que al cabo de un tiempo se reblandece en su centro y deja un núcleo de necrosis caseosa. En muchos casos, este sistema defensivo controla totalmente la infección y una vez cumplido su cometido se reabsorbe dejando tan sólo una pequeña cicatriz fibrosa que, para mayor seguridad, acostumbra a calcificarse. En estas circunstancias es posible que la primoinfección haya sido asintomática y que incluso no deje secuelas detectables en la radiografía de tórax; lo que sí queda es la memoria inmunológica que se pondrá de manifiesto con la prueba de la tuberculina y permitirá diferenciar los individuos infectados de los no infectados. ⁽²⁰⁾

El riesgo de infección depende tanto de factores propios como el estado bacteriológico, retraso diagnóstico y presencia e intensidad de la tos como de otros factores como la susceptibilidad, proximidad y duración del contacto, medidas protectoras, hábitos higiénicos adecuados y concentración de bacilos en el aire. ⁽²⁰⁾

2.3.3.2. ESTRUCTURA

A. Morfología General

Las mycobacterias en general pueden variar mucho en su morfología, desde formas cocoides pequeñas a largos filamentos, *M. tuberculosis* suele tener una morfología

característica, bacilo delgado de forma recta o ligeramente curvada en frotis teñidos, y su tamaño suele ser de 1-4 micras de largo por 0,3-0,5 micras de ancho. Ocasionalmente, forma ramificaciones verdaderas que se observan en cultivos enriquecidos y en frotis de ganglios linfáticos gaseosos. Son bacilos no formadores de esporas, sin flagelos ni cápsula. La estructura celular de *M. tuberculosis* consta de una gruesa pared, separada de la membrana celular por el espacio periplásmico, con cuatro capas. La más interna es el glicopéptido o peptidoglicano con moléculas de N-acetilglucosamina y ácido-N-glucililmurámico (en lugar del habitual N-acetilmurámico) con cortas cadenas de alanina. Esta capa es el esqueleto de la bacteria que le da forma y rigidez. Externamente, hay otras 3 capas compuestas, una por polímeros de arabinosa y galactosa, otra formada por ácidos micólicos (que son ácidos grasos derivados) y otra superficial formada por lípidos como los sulfolípidos, el cordfactor llamado así por su aparente asociación con la forma acordonada con que se agrupan las mycobacterias virulentas, y los micósidos que son al igual que el anterior glicolípidos. No difiere del resto de las bacterias en cuanto al citoplasma y el ADN nuclear. Las mycobacterias son aerobios estrictos y no crecen en ausencia de oxígeno. ⁽¹⁹⁾

El *M. tuberculosis* se desarrolla de forma adecuada en medios simples que contienen una fuente de carbono, una de nitrógeno e iones de metales esenciales entre ellos hierro y magnesio. Para su cultivo, se requiere un medio más complejo que contenga una base de patata-huevo o una base de agar-suero. Los bacilos tuberculosos tienen un crecimiento muy lento incluso en condiciones óptimas y requiere de 10 a 20 días de incubación a 37°C. Aunque la proliferación puede

tener lugar a un pH que oscila entre 6 a 7.6, el pH óptimo de crecimiento es de 7. Las mycobacterias son muy resistentes a la desecación. El medio ambiente en el que se encuentran constituye un factor muy importante para su viabilidad. Por ejemplo, cuando se exponen a la luz solar directa, los bacilos tuberculosos de los cultivos son destruidos en 2 horas, pero si estos están presentes en el esputo, pueden permanecer viables durante periodos más largos. ⁽¹⁹⁾

Las mycobacterias son más resistentes a la desinfección con productos químicos que otros microorganismos no formadores de esporas, probablemente como consecuencia de su contenido en lípidos. Son sensibles al calor húmedo y son destruidos por las temperaturas de pasteurización. ⁽¹⁹⁾

2.3.3.3. CICLO DE LA TUBERCULOSIS

Los bacilos de Koch presentan una alta tolerancia al ácido y al alcohol, por lo que se conocen como bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR). Penetran por las vías respiratorias y se alojan rápidamente en los tejidos pulmonares, donde producen las primeras lesiones (primoinfección).

Después forman las cavernas tuberculosas, sobre todo en los lóbulos superiores de los pulmones; asimismo producen lesiones pleurales, como la pleuritis o pleuresía pulmonar, su cuadro se agrava en la forma miliar, en la que se observan muchos focos en los pulmones y en casi cualquier otro órgano del cuerpo: el *Mycobacterium* se disemina por las vías sanguínea o linfática, y así se localiza en distintos órganos.

En el caso de los enfermos de sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), quienes no cuentan con las defensas adecuadas, la TBC es especialmente grave y frecuente.

Si la infección prospera, se manifiestan los primeros síntomas: fatiga, fiebre, pérdida de peso y tos acompañada de esputos sanguinolentos.

El bacilo puede permanecer latente en el organismo durante un largo período hasta que una disminución de las defensas del cuerpo permita el desarrollo de la enfermedad. Por esta razón. La tuberculosis se manifiesta especialmente en regiones superpobladas, de bajos recursos y con altos índices de desnutrición. ⁽¹⁹⁾

2.3.3.4. DEFINICIONES OPERATIVAS

A. Caso probable de tuberculosis

Persona que presenta síntomas o signos subjetivos de tuberculosis. Incluye a los sintomáticos respiratorios. ⁽²¹⁾

B. Caso de tuberculosis

Persona a quien se le diagnostica tuberculosis y a la que se debe administrar tratamiento antituberculosis. ⁽²¹⁾

C. Caso de tuberculosis según localización de la enfermedad:

a) Caso de tuberculosis pulmonar: Persona a quien se le diagnostica tuberculosis con compromiso del parénquima pulmonar con o sin confirmación bacteriológica (baciloscopia, cultivo o prueba molecular). ⁽²¹⁾

a. Tuberculosis pulmonar con frotis positivo (TBPFP):

Caso de TB pulmonar con baciloscopia (frotis) de esputo positiva. ⁽²¹⁾

b. Tuberculosis pulmonar con frotis negativo (TBP FN):

Caso de TB pulmonar con dos o más baciloscopias de esputo negativas. Se clasifican en:

- **TB pulmonar frotis negativo y cultivo o prueba molecular positiva:** Caso de TB pulmonar con

baciloscopia negativa y que cuenta con cultivo o prueba molecular positiva para *M. tuberculosis*. ⁽²¹⁾

- **TB pulmonar frotis y cultivo negativos:** Caso de TB pulmonar sin confirmación bacteriológica cuyo diagnóstico se basa en criterios clínicos, epidemiológicos y/o diagnóstico por imágenes. ⁽²¹⁾

c. Tuberculosis pulmonar con frotis negativo (TBP FN):

Caso de TB pulmonar con dos o más baciloscopias de esputo negativas.

d. Tuberculosis pulmonar sin frotis de esputo: Caso de

TB pulmonar en el que no ha sido posible lograr una muestra de esputo para el estudio bacteriológico. ⁽²¹⁾

b) Caso de tuberculosis extra-pulmonar: Persona a quien

se le diagnostica tuberculosis en órganos diferentes a los pulmones. El diagnóstico se basa en un cultivo, prueba molecular positiva, evidencia histopatológica y/o evidencia clínica de enfermedad extra-pulmonar activa.

En presencia de compromiso tanto pulmonar como extra-pulmonar el caso se define como TB pulmonar.

La afección pleural o ganglionar intra-torácica, sin anomalías radiográficas en parénquima pulmonar, constituye un caso de TB extra-pulmonar. ⁽²¹⁾

Las definiciones operativas de caso de TB extra-pulmonar son: ⁽²¹⁾

a. TB extra-pulmonar con confirmación bacteriológica:

Caso en el que se demuestra la presencia de *M. tuberculosis* por bacteriología (baciloscopia, cultivo o pruebas moleculares) en el tejido o fluido extra-pulmonar. ⁽²¹⁾

b. TB extra - pulmonar con confirmación histopatológica: Caso en el que se demuestra una reacción

inflamatoria compatible con tuberculosis (granuloma específico) o la presencia de bacilos ácido-alcohol resistente (BAAR) en tejido o fluido extra-pulmonar mediante estudio histopatológico. ⁽²¹⁾

c. TB extra-pulmonar sin confirmación: Caso en el que se determina la presencia de *M. tuberculosis* en el tejido o fluido extra-pulmonar por bacteriología ni por estudios histopatológicos. El diagnóstico se basa en criterios epidemiológicos, clínicos y/o estudios de imágenes. ⁽²¹⁾

d. Caso de tuberculosis según sensibilidad a medicamentos anti-TB por pruebas convencionales

- **Caso de TB pansensible:** Caso en el que se demuestra sensibilidad a todos los medicamentos de primera línea por pruebas de sensibilidad convencional. ⁽²¹⁾
- **Caso de TB multidrogorresistente (TB MDR):** Caso con resistencia simultánea a isoniazida y rifampicina por pruebas convencionales. ⁽²¹⁾
- **Caso de TB extensamente resistente (TB XDR):** Caso con resistencia simultánea a isoniazida, rifampicina, una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea (amikacina, kanamicina o capreomicina) por prueba rápida molecular o convencional. ⁽²¹⁾

e. Otros casos TB drogoresistente

Caso en el que se demuestra resistencia a medicamentos anti-tuberculosis sin cumplir criterio de TB MDR. Puede ser:

- **TB monoresistente:** Caso en el que se demuestra, a través de una Prueba de Sensibilidad (PS)

convencional, resistencia solamente a un medicamento anti-tuberculosis. ⁽²¹⁾

- **TB poliresistente:** Caso en el que se demuestra, a través de una PS convencional, resistencia a más de un medicamento anti-tuberculosis sin cumplir criterio de TB MDR. ⁽²¹⁾

f. Caso de TB según sensibilidad a isoniacida y/o rifampicina por pruebas rápidas: Para las pruebas de sensibilidad rápida que determinan la sensibilidad a isoniacida y rifampicina se deberá usar la siguiente clasificación:

- Caso de TB sensible a isoniacida (H) y rifampicina (R) por prueba rápida.
- Caso de TB resistente a isoniacida (H) por prueba rápida.
- Caso de TB resistente a rifampicina (R) por prueba rápida.
- Caso de TB multidrogaresistente por prueba rápida. ⁽²¹⁾

g. caso de tuberculosis infantil: Menor de 15 años con diagnóstico de TB pulmonar o extra-pulmonar en el que se inicia tratamiento anti-tuberculosis; pueden ser:

- **TB infantil confirmada:** Definida por un estudio bacteriológico positivo para *M. tuberculosis* (baciloscopia, cultivo o prueba molecular positiva) o una muestra de tejido histológico compatible con TB. ⁽²¹⁾
- **TB infantil probable:** Definida como la presencia de 3 o más de los siguientes criterios: 1) síntomas como fiebre, tos y pérdida de peso; 2) exposición a un caso con TB infecciosa activa; 3) prueba de

tuberculina o PPD positiva; 4) hallazgos en radiografía de tórax compatibles con TB activa; 5) evidencia por otros exámenes de apoyo al diagnóstico, en asociación con síntomas y signos.

(21)

h. conversión y reversión bacteriológica:

- **Conversión:** Se considera cuando se tiene dos cultivos negativos consecutivos con intervalo de 30 días, después de tener un cultivo positivo. (21)
- **Reversión:** Se considera cuando luego de una conversión bacteriológica inicial, vuelve a presentar dos cultivos positivos consecutivos tomados con un intervalo de 30 días. (21)

2.3.3.5. SINTOMATOLOGÍA

Los síntomas de la enfermedad varían entre unos usuarios y otros, dependiendo de la extensión de la enfermedad. (20)

A. Estado asintomático: es la regla en lesiones incipientes y aún medianas. El complejo primario rara vez causa síntomas y éstos pueden confundirse con una infección respiratoria banal. En la TBC del adulto, un número importante de casos se pesquisa en exámenes de salud y en el estudio de contactos de enfermos. (20)

B. Tos con expectoración: es la manifestación más frecuente de la enfermedad. A pesar de su falta de especificidad, se ha constituido en una importante herramienta de detección en el Ministerio de Salud, que tiene la norma de efectuar baciloscopías a todo sintomático respiratorio, definido como aquel consultante que presenta tos y expectoración (o hemoptisis) por más de 2 semanas, cualquiera sea el motivo de consulta. La expectoración puede ser mucosa o

mucopurulenta; la presencia de sangre es sugerente de TBC y obliga a un diagnóstico diferencial activo y metódico. ⁽²⁰⁾

C. Hemoptisis: la TBC es causa frecuente de hemoptisis pequeñas y medianas. Ocasionalmente se observan hemoptisis masivas, que se deben a aneurismas que se forman dentro de las cavidades (aneurismas de Rasmussen) debido a que la enfermedad afecta la pared arterial. ⁽²⁰⁾

D. Compromiso del estado general: corresponde, generalmente, a cuadros avanzados con lesiones extensas. Puede haber fiebre de grado variable, diaforesis nocturna, astenia, baja de peso, etc. Muchas veces este último es más bien expresión de la condición social y biológica que permitió la reinfección. Debe tenerse presente que el compromiso del estado general y fiebre pueden ser las únicas manifestaciones clínicas, especialmente en ancianos, los que pueden no tener síntomas de localización respiratoria. ⁽²⁰⁾

E. Disnea: se presenta en algunas lesiones avanzadas y puede deberse a trastornos restrictivos por destrucción de parénquima o fibrosis retráctil pleuropulmonar. En la tuberculosis miliar se observa disnea como efecto de la rigidez pulmonar y del trastorno de difusión por infiltración difusa, que en las formas agudas a veces precede a la imagen radiográfica. Ocasionalmente se observa un síndrome bronquial obstructivo tardío en pacientes con cicatrices retractiles extensas, que se presume ligado a secuelas de compromiso bronquial y bronquiolar. ⁽²⁰⁾

2.3.3.6. DIAGNÓSTICO

Dentro el diagnóstico de la tuberculosis descansa en diferentes pilares de diferente importancia clínica:

A. Baciloscopia: la baciloscopia ha sido adoptada por la mayoría de los países en desarrollo, es el procedimiento diagnóstico de elección en enfermos sintomáticos, además de ser simple, rápido, específico y barato. Es el diagnóstico seguro de tuberculosis, identificándose bacilos alcohol ácido resistentes (BAAR) a través del examen microscópico directo de la expectoración obtenidos temprano por la mañana, después que se acumula el esputo por la noche, ya que éstos tienden a ser más voluminosos y están menos contaminados; mediante la baciloscopia se confirma con una especificidad del 100%.

A pesar de todo es mejor disponer de más de una muestra positiva para asegurarnos bien de que se trata de tuberculosis. Es necesario instruir a los usuarios para obtener una buena muestra para evitar secreciones nasofaríngeas o saliva; la expectoración se recoge en un frasco limpio y seco provisto de una tapa y de una etiqueta donde se coloca la fecha y nombre del usuario y la eficacia del estudio bacteriológico depende de una buena muestra bien conservada aunque sea a temperatura ambiente y puede ser procesada más de una semana después de obtenida. ⁽²⁰⁾

B. Radiología (radiografía torácica): la radiografía de tórax es el método más sensible para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar ya que certifica, con la baciloscopia, la enfermedad. El problema es el costo, la accesibilidad y es menos específico que la bacteriología, las imágenes radiológicas que produce la tuberculosis pulmonar entran en el diagnóstico diferencial de toda la patología respiratoria y de muchas enfermedades sistémicas a pesar de que se insiste mucho en su inespecificidad, con frecuencia bastante sugerentes. ⁽²⁰⁾

C. Reacción de la tuberculina (PPD): la reacción de la tuberculina por razones que no se conocen bien, es de poca ayuda diagnóstica, pero es muy útil como complemento del diagnóstico de la tuberculosis infantil. ⁽²⁰⁾

2.3.3.7. TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

A. Manejo integral de la persona diagnosticada con tuberculosis

La persona afectada por tuberculosis debe recibir atención integral en el EESS durante todo su tratamiento que incluye: atención médica, atención por enfermería, asistencia social, psicología, salud sexual y reproductiva, evaluación nutricional y exámenes auxiliares basales. ⁽²⁰⁾

B. Esquema de tratamiento para TB

La administración de los esquemas de tratamiento anti-TB es responsabilidad del personal de salud y es de lunes a sábado, incluido feriados.

El esquema de tratamiento inicial debe ser ratificado o modificado dentro de los 30 días calendario de haberse iniciado, de acuerdo a los resultados de las PS rápidas a isoniácida y rifampicina. ⁽²¹⁾

Los esquemas de tratamiento antituberculosis se establecen de acuerdo al perfil de sensibilidad a isoniácida y rifampicina por PS rápida. ⁽²¹⁾

a) El tratamiento farmacológico de la Tuberculosis sensible a las drogas considera dos fases, ambas supervisadas:

a. Primera fase de inducción o bactericida: de administración diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida (lográndose destruir al 90% de la población bacteriana

en los primeros 10 días) y para prevenir la resistencia y con ello el fracaso al tratamiento. ⁽²¹⁾

- b. Segunda fase de mantenimiento o esterilizante:** de administración intermitente. En este momento la población bacteriana se multiplica 1 vez por semana o menos frecuentemente, de manera que ya no requiere tratamiento diario. Incluye menor número de medicamentos, suficientes para conseguir la eliminación de los bacilos persistentes y evitar así las recaídas. ⁽²¹⁾
- b)** En todos los pacientes es obligatorio la observación directa de la toma de medicamentos por el personal de salud, con lo que se obtiene la mayor posibilidad de curación y menos riesgo de resistencia y fracaso al tratamiento. ⁽²¹⁾
- c)** La observación directa de la toma de los medicamentos (tratamiento supervisado en ambas fases) mejora sensiblemente la posibilidad de lograr la curación de los pacientes. Está prohibido dar tratamiento autoadministrado. ⁽²¹⁾
- d)** Las instituciones proveedoras de servicios de salud deberán garantizar o asegurar la supervisión del tratamiento en ambas fases. De no poder cumplir con esta indicación deberá ser derivado o transferido según el caso a un establecimiento de salud del Ministerio de Salud para su supervisión. ⁽²¹⁾
- e)** Cuando se brinda tratamiento autoadministrado (no observado por el personal de salud) los enfermos no cumplen estrictamente la toma de todos los medicamentos y por tanto se incrementa el riesgo de fracaso, abandono y muerte. El tratamiento auto - administrado da lugar a la potencial creación de resistencia a medicamentos y la transmisión de TB resistente a antibióticos a los

trabajadores de salud y a la comunidad, por lo que se constituye en una grave falta contra la salud pública. ⁽²¹⁾

2.3.3.8. PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS

A. PREVENCIÓN PRIMARIA

a) Para evitar la infección por el bacilo de la TB en la población expuesta se debe realizar actividades que permitan:

a. Información y educación a la persona diagnosticada con tuberculosis sobre:

- Uso de mascarilla durante el periodo de contagio (mientras se tenga controles bacteriológicos positivos).
- Cubrirse la boca y nariz al toser, estornudar o reír y desechar con cuidado el papel usado en un depósito adecuado.

b. Establecimiento de medidas de control de infecciones en los EESS, en instituciones que albergan personas y en el domicilio de la persona afectada con TB.

c. Promoción de la ventilación natural en la vivienda del afectado por TB, lugar de estudio, trabajo, unidades de transporte público y en los ambientes de las instituciones públicas y privadas. ⁽²¹⁾

b) El ministerio de Salud y las otras instituciones del Sector Salud deben proveer de vacunación con el Bacilo de Calmette – Guerin (BCG) a todos los recién nacidos. Todo recién nacido en el país debe recibir la vacuna BCG tan pronto cuando sea posible, de acuerdo a las normas vigentes del Ministerio de Salud.

Los recién nacidos de madres con VIH deben seguir las disposiciones vigentes sobre la prevención de la

transmisión vertical del VIH emitidas por el Ministerio de Salud. ⁽²¹⁾

c) Control de infecciones y bioseguridad en tuberculosis

Es responsabilidad de los Directores de las Direcciones Regionales y Direcciones de Salud, Redes de Salud, de hospitales, jefes de centros y puestos de salud públicos y privados, garantizar la implementación del control de infecciones y bioseguridad en los establecimientos de salud de su jurisdicción.

El personal de salud tiene la responsabilidad de cumplir estrictamente con las normas de control de infecciones y bioseguridad.

Toda red de salud, o su equivalente en otras Instituciones del Sector, y los hospitales deben contar con un Comité de Control de Infecciones de Tuberculosis, responsable de planificar, supervisar y monitorear las actividades de control de infecciones dentro de sus EESS. ⁽²¹⁾

d) Plan de control de infecciones (PCI)

Cada red de salud u hospital debe contar con un Plan de Control de Infecciones (PCI) en tuberculosis.

El PCI, para los casos de EESS de categoría I-1 a I-4, debe ser elaborado por el Comité de Control de Infecciones en Tuberculosis en la Red de Salud. En los EESS categoría II-1 o superiores, el PCI debe ser elaborado por el Comité de Control de Infecciones en Tuberculosis del EESS.

Las actividades del PCI deben estar incluidas dentro del Plan Operativo Anual. En los hospitales e Institutos Especializados deben ser parte de las actividades de los Comités de Infecciones Intrahospitalarias.

El Director o jefe del EESS es el responsable de la ejecución, monitoreo y evaluación del PCI. Su implemen-

tación compromete a todos los servicios y no solamente a la ESPCT del EESS. ⁽²¹⁾

e) Medidas para el control de infecciones en los EESS

Las medidas de control de infecciones de tuberculosis que deben ser implementadas, de acuerdo al Módulo de Capacitación. Control de Infecciones de Tuberculosis en Establecimientos de Salud. ⁽²¹⁾

a. Medidas de control administrativo

Las medidas de control administrativo deben permitir:

- Búsqueda activa y evaluación inmediata de los SR en todos los servicios del establecimiento, ampliar horarios de atención del laboratorio de tuberculosis, acortar los tiempos de emisión de resultados, optimizar los sistemas de reporte e identificación de los casos.
- Atención ambulatoria de pacientes con TB confirmada: Atención en horarios diferenciados en consultorios, laboratorios, salas de procedimientos y radiología. Hospitalización en ambientes con adecuado recambio de aire para los casos que lo requieran en las UNETs.
- Priorizar que los resultados de la baciloscopia de muestras que proceden de los servicios de emergencia y hospitalización se entreguen dentro de las dos horas siguientes de recibidas en el laboratorio.
- Inicio inmediato del tratamiento anti-TB en todos los casos diagnosticados.
- Atención del paciente con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo TBP FP por otras especialidades en horarios preferentes, bajo medidas de control de infecciones.

- Capacitación permanente al personal de salud, pacientes y familiares sobre transmisión y prevención de la TB.
- Evaluación del riesgo de transmisión en los diferentes servicios del establecimiento y vigilancia activa de los casos de TB en trabajadores de salud. ⁽²¹⁾

b. Medidas de control ambiental

Las medidas de control ambiental deben maximizar la ventilación natural y/o instalar sistemas de ventilación mecánica.

- Priorizar la ventilación natural, garantizando que las puertas y ventanas permanezcan abiertas, libres de cortinas u otro mobiliario.
- Ubicar las áreas de espera de pacientes ambulatorios en espacios abiertos y bien ventilados.
- En salas de hospitalización para el aislamiento de pacientes con TB MDR/XDR, debe maximizarse la ventilación natural o implementar la ventilación mecánica para garantizar un mínimo de 12 recambios de aire por hora. ⁽²¹⁾

c. Medidas de protección respiratoria

Las medidas de protección respiratoria deben incluir:

Asegurar la disponibilidad de respiradores N°95 para uso de los trabajadores de salud en cantidad y calidad adecuadas en las áreas críticas y de mayor riesgo: sala de internamiento de neumología o medicina, emergencia, UCI, laboratorio, sala de procedimientos invasivos, entre otros.

Capacitar a los trabajadores de salud en el uso y conservación adecuados del respirador N°95.

Adquisición de respiradores N°95 de diferentes tallas.

Todo paciente con TB pulmonar o con sospecha de TB que se encuentre en un EESS, o durante su traslado en ambulancia u otro medio de transporte debe usar mascarilla simple. ⁽²¹⁾

f) Medidas de bioseguridad

El personal de los laboratorios donde se procesen muestras para el diagnóstico de tuberculosis de los diferentes niveles de atención deberá implementar medidas de contención adecuadas durante la manipulación, conservación y transporte de las muestras biológicas u otro material infeccioso.

El Comité de Control de infecciones del EESS debe evaluar periódicamente las condiciones de bioseguridad de los laboratorios donde se procesen muestras para el diagnóstico de tuberculosis. ⁽²¹⁾

B. PREVENCIÓN SECUNDARIA

a) Diagnóstico y tratamiento

Se deben fortalecer las actividades de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de todos los casos de tuberculosis con frotis de esputo positivo. ⁽²¹⁾

b) Estudio de contactos

El estudio de contactos se debe realizar en forma activa en todos los casos índices con TB, tanto en formas pulmonares como extrapulmonares, sensibles y resistentes a medicamentos y comprende:

- a. Censo:** Es la primera entrevista de enfermería en el que se debe censar y registrar todos los contactos del caso de índice con TB.
- b. Examen:** Todos los contactos censados deben pasar una evaluación médica para descartar la infección o

enfermedad por el M. tuberculosis. A los contactos con síntomas respiratorios o con PPD positivo se les debe realizar una radiografía de tórax. El médico tratante decidirá la indicación de tratamiento anti-TB, terapia preventiva con isoniacida (TPI).

c. Control: Todos los contactos deben ser examinados (evaluación clínica, bacteriológica y radiológica) a lo largo del tratamiento del caso índice. En casos de TB sensible la evaluación se realizara al inicio, al cambio de fase y al término del tratamiento. En casos de TB resistente, la evaluación se realizara al inicio del tratamiento, cada tres meses y al termino del tratamiento. ⁽²¹⁾

c) Terapia preventiva con isoniacida (TPI)

La TPI se debe iniciar a personas diagnosticadas de tuberculosis latente, que pertenecen a los grupos de riesgo tales como: personas mayores de 35 años, antecedentes de alcoholismo crónico, historial de reacciones adversas a isoniacida sean personales o familiares, y potenciales interacciones medicamentosas (warfarina, ketoconazol, hidantoina, entre otros). La indicación de la TPI es responsabilidad del médico tratante del EESS y su administración es responsabilidad del personal de enfermería.

En las personas de 15 años o más la dosis de isoniacida es de 5mg/kg/día (máximo 300 mg al día) y en las personas menores de 15 años la dosis es de 10mg/kg/día (máximo 300mg al día), la que debe de administrarse en una sola toma, de lunes a domingo por seis meses.

En personas con infección por el VIH la duración de la TPI será de 12 meses y deberá acompañarse de la administración de 50mg/día de piridoxina. (21)

C. PREVENCIÓN TERCIARIA

Es el conjunto de acciones dirigidas a la rehabilitación de las personas afectadas por tuberculosis que se presentan complicaciones durante su enfermedad y que provocan secuelas físicas, cuya finalidad es mejorar la calidad de vida de los pacientes. La rehabilitación respiratoria es importante que sea considerada en la atención. Asimismo, la rehabilitación laboral debe ser considerada para que la persona se reinerte a actividades productivas, sin que ello signifique que vuelva a exponerse a los mismos factores de riesgo que lo llevaron a enfermar. (21)

a) Educación para la salud: es un proceso de diálogo-información - reflexión acción dirigido al enfermo a conseguir la adopción de una conducta que disminuya la transmisión de la infección en la comunidad. Su objetivo es lograr que la población conozca las formas de protegerse y que actúe en concordancia con ellas.

- El contenido de la educación se vincula a la importancia y necesidad de contribuir a que los sintomáticos respiratorios identificados sean examinados por baciloscopía.
- Que los enfermos reciban tratamiento completo y supervisado y evitar que lo abandonen.
- Que los contactos sean examinados por el personal de salud.

- Que los contactos menores de 15 años de enfermos con TBP- FP sin evidencia de enfermedad activa, reciban quimioprofilaxis.

La metodología educativa debe asegurar, en primer lugar la participación de las personas y que éstas expresen sus puntos de vista, favoreciendo un diálogo horizontal para concluir en decisiones informadas a favor de los usuarios. Los cuidados en el hogar que se brinda al paciente con tuberculosis pulmonar deben incluir:

a. Descanso: los enfermos con tuberculosis pulmonar presentan disnea al esfuerzo, incrementan su frecuencia respiratoria, motivo por el cual los periodos del descanso entre las actividades incrementan la tolerancia a la actividad y disminuye la disnea, mejorando la frecuencia respiratoria.

b. Alimentación: la nutrición de los enfermos con tuberculosis pulmonar se ve alterada, ya que la enfermedad es de curso prolongado. La tos y las respiraciones profundas incrementan la demanda de energía, disminuyendo la curva ponderal del enfermo; y en su mayoría los pacientes están desnutridos al inicio de la enfermedad. Es preciso por ello que en el hogar los pacientes cubran las necesidades básicas de ingestión de proteínas que se catalizan en energía.

La alimentación diaria en el desayuno, almuerzo y comida debe contener estos tres tipos de alimentos: los constructores que ayudan a construir tejidos y aportan masa muscular, en este grupo se encuentran el pollo, carne, queso, pescado, huevos, leche, quinua, etc., dentro del grupo de los energéticos se encuentran: la papa, camote, yuca, habas, harina, choclo, aceite, etc. que dan

energía para realizar las actividades diarias, ayudan a mantener el peso y permiten el crecimiento y desarrollo; en el grupo de los reguladores que favorecen el funcionamiento del cuerpo, dan vitaminas y minerales tenemos las verduras y frutas. ⁽²¹⁾

c. Medidas de saneamiento: cualquiera es susceptible de contraer la tuberculosis si inspira los bacilos que exhala un enfermo o portador al hablar, estornudar, toser o expectorar. Estas bacterias pueden permanecer suspendidas en el aire durante horas, incluso años. Es por ello que entre las medidas de saneamiento se incluyen la técnica del cuidado durante 30 días del tratamiento farmacológico luego del cual el paciente ya no contagia. Se considera las siguientes medidas:

- Poseer un cuarto privado, dormir solo.
- El paciente al momento de toser o estornudar debe cubrirse la boca y nariz con papel o con la mano y luego lavárselas.
- El papel utilizado embolsarlo y desecharlo.
- Limpiar el polvo de los muebles con trapo húmedo y trapear el piso con desinfectante.
- Ventilar el cuarto donde duerme el enfermo; abrir las ventanas para que ingrese los rayos solares que emiten radiaciones ultravioletas, la cual destruye al *Mycobacterium tuberculosis*.

b) En cuanto la definición a La Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis ESPCT es el órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas, responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú; garantizando la detección,

diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a todos los enfermos con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad. ⁽²¹⁾

2.3.3.9. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS

El profesional de enfermería de la ESPCT es responsable de organizar la atención integral de la persona afectada por TB, su familia y la comunidad, para lo cual deberá: ⁽²¹⁾

A. Organizar la Búsqueda de Casos

- Organizar, registrar, monitorear y evaluar la detección de sintomáticos respiratorios, en coordinación permanente con los responsables de otros servicios del EESS.
- Garantizar que los SR con frotis de esputo (+) inicien tratamiento en el EESS o sean derivados.
- Verificar la obtención y el envío de las dos muestras de esputo para la realización de la baciloscopia, pruebas de sensibilidad, rápida y convencional; cultivo y otros exámenes auxiliares basales. ⁽²¹⁾

B. Educar y Brindar Consejería al Paciente Antes de Iniciar el Tratamiento

- Educar a la persona con TB y a su familia sobre la enfermedad, formas de contagio y medidas de prevención, uso de pruebas rápidas para detectar resistencia, que medicamentos va a tomar, en que horarios y por cuanto tiempo; posibles reacciones adversas, importancia de la adherencia al tratamiento y consecuencias de no tomar la medicación correctamente, la importancia del estudio de los contactos y medidas de control de infecciones dentro del domicilio y la potencial necesidad de aislamiento.

- Realizar la consejería pre-tes para tamizaje de la infección por VIH.
- Referir a las mujeres en edad fértil a la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva para la orientación sobre la paternidad responsable.
- Orientar y referir al afectado con TB al servicio de nutrición, psicología y servicio social.
- Realizar el censo de contactos y educar al paciente y familia sobre la importancia de su control.
- Realizar la visita domiciliaria dentro de las primeras 48 horas, con los siguientes objetivos:
 - Verificar el domicilio de la persona afectada.
 - Educar y orientar al grupo familiar sobre el plan de tratamiento del afectado e importancia del soporte familiar.
 - Orientar en el domicilio las medidas de prevención y control de infecciones.
 - Confirmar el censo y organizar el estudio de contactos.
 - Identificar SR entre los contactos y tomar las muestras de esputo. ⁽²¹⁾

C. Organizar la administración del tratamiento de la TB sensible.

- Informar sobre las características del tratamiento: fases, medicamento, duración, control bacteriológico, médico y radiológico.
- Administrar el tratamiento anti-TB directamente observado y registrar las dosis administradas en la tarjeta de control de tratamiento, vigilando la presencia de RAM.
- Realizar por lo menos tres entrevistas de enfermería: al inicio, al cambio de fase y al alta; y otras cuando sea necesario. ⁽²¹⁾

D. Organizar la administración del tratamiento de la TB resistente

- Realizar las evaluaciones de enfermería en los pacientes con TB resistente, de manera mensual durante todo el tratamiento y seis meses después del alta.
- Elaborar el expediente del paciente para su evaluación por el CRER y presentar a la DISA, DIRESA, GERESA.
- Coordinar la referencia del afectado para para evaluación inicial y trimestral por el medico consultor.
- Coordinar con el servicio de farmacia del EESS, el suministro de medicamentos de segunda línea.
- Notificar el inicio del tratamiento con medicamentos de segunda línea.
- Solicitar los controles mensuales de baciloscopia y cultivo y registrar su resultado. ⁽²¹⁾

E. Promover la adherencia al tratamiento y prevenir la irregularidad al tratamiento

- Identificar los factores de riesgo asociados al abandono: antecedente de irregularidad o abandono de tratamiento previo, existencia de conflicto familiar, laboral, alcoholismo y drogadicción, pobreza y conducta anti-social.
- Establecer con el equipo multidisciplinario del EESS, estrategias centradas en el paciente para garantizar la adherencia al tratamiento, interactuando con agentes comunitarios de salud, organizaciones de afectados o de base, gobierno local, instituciones no gubernamentales u otros actores de la comunidad.
- Monitorear y registrar la condición de "Irregularidad al Tratamiento" (perdida de 3 dosis programadas en la fase inicial o 5 dosis durante todo el tratamiento para esquemas

de TB sensible) en la tarjeta de administración de tratamiento. ⁽²¹⁾

F. Coordinar el seguimiento del tratamiento

- Organizar la historia clínica del paciente incluyendo todos los registros y formatos.
- Coordinar la obtención de las muestras de esputo u otras para el seguimiento bacteriológico u otros exámenes auxiliares.
- Explicar acerca de la conversión bacteriológica del esputo al final de la primera fase.
- Informar sobre el estado actual de la enfermedad al término de cada fase de tratamiento.
- Educar sobre la importancia de la continuidad en la segunda fase del tratamiento.
- Realizar y registrar el peso mensual del paciente.
- Registrar la condición de egreso, en el libro de registro de seguimiento y en la tarjeta de tratamiento. ⁽²¹⁾

G. Organizar el estudio de contactos y la administración de terapia preventiva

El estudio de contactos del caso TB sensible debe ser realizado al inicio, cambio de fase y al término de tratamiento y cada tres meses en los contactos del caso TB resistente.

Organizar, registrar y controlar la administración de la terapia preventiva con isoniacida a los contactos con indicación médica. ⁽²¹⁾

H. Organizar la derivación y transferencia

El proceso de derivación y transferencia es responsabilidad del personal de enfermería de la ESPCT y consiste en:

a) Derivación

- Se denomina al procedimiento por el cual aquella persona que es diagnosticada de tuberculosis y que no

reside en la jurisdicción del EESS, es derivada al EESS más cercano a su domicilio. Utilizar el formato de derivación y transferencia de pacientes, adjuntando los resultados de los exámenes de diagnóstico realizados.

- El EESS que deriva a un paciente, no debe registrarlo como caso, en el libro de registro de casos. La derivación debe ser registrada en el libro de registro de sintomáticos respiratorios.
- Realizar seguimiento de los casos derivados a fin de confirmar el inicio del tratamiento.
- El EESS que recibe al paciente debe confirmar y permitir el desglose interior del formato de derivación y transferencia de pacientes.
- En caso de personas hospitalizadas adjuntar copia de epicrisis.
- Los medicamentos serán provistos por el EESS donde recibe el tratamiento. ⁽²¹⁾

b) Transferencia

- Se denomina a aquella persona diagnosticada y notificada por tuberculosis que reside en la jurisdicción del EESS, pero que solicita traslado a otro EESS por cambio de lugar de residencia o cercanía a su lugar de trabajo, estudio, entre otros.
- El EESS que realiza la transferencia de un paciente debe registrarlo como caso, en el libro de registro de casos.
- Utilizar el formato de derivación y transferencia de paciente adjuntando copia de la tarjeta de tratamiento correspondiente.
- El EESS que transfiere es responsable de realizar el seguimiento para confirmar que los casos llegaron al

EESS y garanticen la continuación de su tratamiento hasta obtener la condición de egreso.

- Asimismo, el EESS que recibe el caso debe comunicar la condición de egreso al EESS de origen para ser reportado en el estudio de cohorte.
- Los medicamentos serán provistos por el EESS donde recibe el tratamiento. ⁽²¹⁾

I. Organizar el sistema de registro e información y análisis de información

- Organizar y garantizar el llenado de los registros utilizados en el seguimiento de los casos de TB y TB resistente.
- Realizar el control de calidad de los datos registrados en los libros de registro y tarjetas de tratamiento. Consolidar la información operacional de la ES PCT de los EESS: Informe operacional, informe bacteriológico, estudios de cohorte, base nominal y remitirlo al nivel inmediato superior.
- Analizar los indicadores operacionales y epidemiológicos, para la toma de decisiones en el nivel local. ⁽²¹⁾

2.3.3.10. PROMOCION DE LA SALUD Y COMUNICACIÓN SOCIAL

La Autoridad Nacional de Salud Impulsara el abordaje de las Determinantes Sociales de la Salud para afrontar la Tuberculosis como problema de salud pública.

Establecerá los mecanismos necesarios para hacer las coordinaciones intersectoriales e intergubernamentales, con participación de la Autoridad Regional de Salud, orientadas a modificar sustancialmente las condiciones socio económicas en que vive la población afectada, como condición clave para vulnerar efectivamente la enfermedad, en ejercicio de la

responsabilidad. Por lo que se realizara las siguientes actividades:

A. Promoción de la salud

- a) Establecer alianzas estratégicas con otros sectores del Estado para la Implementación de acciones de promoción de la salud promoviendo el abordaje de los determinantes sociales de la salud y estilos de vida saludables.
- b) Programar recursos financieros para la elaboración, implementación y evaluación de estrategias, planes, programas y proyectos de promoción de la salud.
- c) Conducir la implementación de planes de promoción de la salud, los cuales deben priorizar:
 - Actividades educativas que permitan promover la importancia del autocuidado, el reconocimiento precoz de síntomas de tuberculosis, su mecanismo de transmisión y la búsqueda de atención en el EESS.
 - Acciones educativas dirigidas a difundir las medidas de control de infecciones de TB en el domicilio del paciente y la comunidad mejorar la ventilación natural, protección respiratoria y cubrir la nariz y boca cuando la persona estornuda o tose.
 - Informar sobre prevención de la tuberculosis en los centros laborales y promover la no discriminación laboral.
 - Promover el voluntariado en TB (promotores comunitarios de salud) que sirva de nexo entre la implementación de las actividades de la ES PCT y el paciente, su entorno familiar, social, laboral y la comunidad. ⁽²¹⁾

B. Comunicación social

Implementar actividades de abogacía, comunicación y movilización social relacionados a la TB como enfermedad de salud pública.

a) Elaborar e implementar planes comunicacionales de acuerdo a población objetivo, que permitan abordar las conductas de estigma y discriminación, así como promover los estilos de vida saludables.

b) El plan comunicacional debe priorizar:

- La difusión de mensajes informativos de la TB a través de medios de comunicación masivos y alternativos de alcance nacional, regional y local de manera periódica, focalizadas en áreas de elevado riesgo de transmisión de la TB.
- Talleres de sensibilización y capacitación a comunicadores, periodistas, voceros y líderes de opinión sobre las medidas para prevención y control de la TB. ⁽²¹⁾

C. Propiciar el abordaje de las determinantes sociales mediante un enfoque de gestión territorial

Coordinar con el responsable de promoción de la salud para:

- Realizar un mapeo de actores sociales en la jurisdicción del EESS.
- Promover la creación de Comités Multisectoriales de TB a nivel de los gobiernos locales.
- Organizar el trabajo del voluntariado (promotores de salud) en TB en el primer nivel de atención en coordinación con los líderes de la comunidad. ⁽²¹⁾

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Conocimiento:** Es el conjunto de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias obtenidas por vivencia y el aprendizaje.
- **Actitud.-** Predisposición aprendida para responder consistentemente de un modo favorable o desfavorable con respecto a un objeto social dado.
- **Actitud Afectiva.-** Son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto, es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes.
- **Actitud cognitiva.-** Es la representación o percepción de un objeto, evento o situación que tiene el individuo, que hace referencia a las convicciones, creencias, valores, ideas, expectativas e información.
- **Actitud conductual.-** Es el comportamiento actual de la persona, es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud.
- **Medidas preventivas.-** Medidas destinadas a reducir los factores de riesgo y prevenir la aparición de la enfermedad.
- **Familia.-** Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes.

2.5. HIPÓTESIS

2.5.3. HIPÓTESIS GENERAL.

Hi: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de

Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.

2.5.4. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- El nivel de conocimiento es bajo sobre la tuberculosis pulmonar en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.
- El componente cognitivo de la actitud es negativa frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.
- El componente afectivo de la actitud es negativa frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.
- El componente conductual de la actitud es negativa frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.

2.6. VARIABLES

- **Variable independiente:** Nivel de Conocimiento sobre tuberculosis pulmonar.
- **Variable dependiente:** Actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar.

2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS
Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar.	Es el conjunto de ideas, conceptos, hechos y principios que tienen los familiares sobre la tuberculosis pulmonar que se deben de tener en cuenta para evitar enfermarse.	La medición del nivel de conocimiento sobre tuberculosis, se realizara mediante la técnica de la encuesta y se empleara el instrumento de recolección de datos el cuestionario.	Definición	Definición	• Conoce Ud. que la tuberculosis es una enfermedad: infectocontagiosa.
			Transmisión	Vía aerógena	• Ud. Sabe que la tuberculosis se contagia por: el aire con microbios que respiramos.
			Signos y síntomas	Tos con expectoración	• La tos, es uno de los síntomas de sospecha de tuberculosis, si es por: más de 15.
				Hemoptisis	• La presencia de sangre en el esputo es característico de la tuberculosis.
				Diaforesis nocturna	• Sudar por las noches es otra manifestación de la tuberculosis.
				Baja de peso	• La pérdida de peso es otra manifestación de la tuberculosis.
				Disnea	• La dificultad al respirar es otra manifestación de la tuberculosis.
				Astenia	• Cuando no tengo ganas de hacer ninguna actividad es otra manifestación de la tuberculosis.
			Factores de riesgo	Mala alimentación	• La mala alimentación es una de las causas para que la persona se enferme con tuberculosis
				Falta De higiene	• La falta de higiene es una de las causas para que la persona se enferme con tuberculosis
				Hacinamiento	• El hacinamiento es una de las causas para que la persona se enferme con tuberculosis
			Diagnostico	Baciloscopia	• Mediante una buena muestra de esputo que se obtiene por la mañana, se diagnostica la tuberculosis.
				Radiología	• La radiografía de tórax es el método más sensible para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar.
				Reacción de la tuberculina	• La reacción de la tuberculina es muy útil como complemento del diagnóstico de la tuberculosis.
			Tratamiento farmacológico	Medicamento	• Cuáles son los principales medicamentos que recibe un paciente con tuberculosis.
				Administración	• Es necesaria la observación directa de la toma de medicamentos por el personal de salud. • Con qué líquidos de preferencia debe tomar el paciente los

					medicamentos.
				Dosis	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantos medicamentos se toma al día. • Cuántas veces al día se debe recibir el tratamiento.
				Importancia	<ul style="list-style-type: none"> • No dejar de tomar las pastillas es una acción necesaria para curarse de la tuberculosis. • Qué ocurre con la tuberculosis si el paciente no inicia tratamiento oportuno. • Qué ocurre con los microbios de la tuberculosis si no se cumple o se abandona el tratamiento.
				Esquemas	<ul style="list-style-type: none"> • Cuanto son los esquemas de tratamiento de la tuberculosis • Cuánto dura el tiempo de tratamiento de la tuberculosis.
				Reacciones adversas	<ul style="list-style-type: none"> • Cuáles son las molestias más comunes que pueden presentar los pacientes que reciben medicamentos contra la tuberculosis.
			Medidas de Prevención.	Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Cada cuánto tiempo debe controlar su peso el paciente con tuberculosis: Mensualmente. • Como debe de ser la alimentación del familiar con tuberculosis.
				Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo debe mantenerse la vivienda del paciente con tuberculosis para disminuir el contagio: Iluminada y ventilada. • Qué debe hacer el paciente cuando elimina flema: eliminarlo en papel higiénico y echarlo en una bolsa plástica • Cómo deben ser las actividades diarias del paciente con tuberculosis Disminuir sus actividades diarias • El familiar con tuberculosis se debe encontrar: aislado en un cuarto propio y contar con una cama propia. • Es necesario limpiar el polvo de los muebles con trapo húmedo y trapear el piso con desinfectante.
				Lavado de manos	<ul style="list-style-type: none"> • En el momento de toser o estornudar se debe cubrirse la boca y nariz con papel o con la mano y luego lavárselas. • Al realizar un adecuado lavado de manos disminuye la posibilidad de contraer enfermedades.
				Exámenes de control	<ul style="list-style-type: none"> • Qué examen debe realizarse el paciente mensualmente para su control durante el tratamiento Análisis de esputo • Asistir a la consulta médica es una acción obligatoria que debe realizar el paciente con tuberculosis al inicio de su tratamiento, cambio de fase y su alta.

				Prevención de contactos	<ul style="list-style-type: none">• Qué tratamiento farmacológico deben recibir los menores de 15 años que están en contacto con el paciente con resultado de PPD positivo.• Deben recibir de forma obligatoria tratamiento farmacológico los menores de 5 años que están en contacto con el paciente.
				Familia y comunidad	<ul style="list-style-type: none">• Qué medida de precaución debe tener el paciente con tuberculosis al toser: Cubrirse la boca y evitar hablar de frente.• El soporte familiar es importante debido a que ayuda al familiar con tuberculosis a hacerle frente a esta enfermedad.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS
Actitud frente a las medidas preventivas de la Tuberculosis Pulmonar.	Es una predisposición aprendida y relativamente permanente que implica un alto grado de conciencia y de responsabilidad actuando de forma positiva o negativa teniendo en cuenta las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar, para evitar contraer esta enfermedad.	La medición de la actitud frente a la tuberculosis se realizara mediante la técnica de la observación y se empleara el instrumento de recolección de datos la escala tipo Likert.	COMPONENTE COGNITIVO	Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Pienso que si tengo una buena alimentación mi cuerpo se hace más resistente a las enfermedades. • Es importante de que me tengo que alimentar bien pues estoy expuesto a contraer la tuberculosis.
				Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • No es importante que el cuarto del familiar con tuberculosis tenga ventanas y este iluminado y ventilado con tal de que esté limpio. • Es recomendable que tener separados la cocina y los dormitorios.
				Lavado de manos	<ul style="list-style-type: none"> • No es necesario Lavarse las manos con agua y jabón después de cubrirse con la mano al estomudar o toser. • Lavarse las manos con agua y jabón nos protege de contraer muchas enfermedades.
				Exámenes de control	<ul style="list-style-type: none"> • Es recomendable realizarse una placa de rayos x para detectar la tuberculosis. • No es importante recolectar la muestra de esputo para el diagnóstico de la tuberculosis. • Pienso que no es importante que me realicen exámenes de control cuando no tengo ningún malestar.
				Prevención de contactos	<ul style="list-style-type: none"> • Pienso que debemos proporcionar información al personal de salud sobre quiénes y cuántos integran nuestra familia para que nos oriente acerca de la tuberculosis.
			Familia y comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Pienso que como familia debe ser mínimo el apoyo que se le debe de brindar al familiar con tuberculosis porque el contrajo la enfermedad y el cambio debe ser más de él. 	
			COMPONENTE AFECTIVO	Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Me siento tranquila porque siempre trato que mi familia consuma alimentos que sean saludables y naturales. • Me tranquiliza porque me alimento bien y así me protejo de enfermarme de tuberculosis.
				Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • No me incomoda que el cuarto del familiar con tuberculosis tenga ventanas y este iluminado y ventilado con tal de que esté limpio. • Siento que la casa debe estar iluminado, ventilado y limpio.
				Lavado de manos	<ul style="list-style-type: none"> • Me agrada lavarme las manos con agua y jabón después de cubrirme con la mano al estomudar o toser. • Me siento tranquila al lavarme las manos con agua y jabón así evito contraer muchas enfermedades. • Me molesta lavarme las manos cada vez que me cubro con la mano al estomudar o toser.
				Exámenes de	<ul style="list-style-type: none"> • Siento que no es importante que me realicen exámenes de control si no tengo ningún malestar.

				control	<ul style="list-style-type: none"> • Me siento segura al realizarme una placa de rayos x para el descarte de tuberculosis. • Me desagrada recolectar la muestra de esputo porque es muy forzado y doloroso.
				Prevención de contactos	<ul style="list-style-type: none"> • Siento que debemos proporcionar información al personal de salud sobre quiénes y cuántos integran nuestra familia para que nos oriente acerca de la tuberculosis.
				Familia y comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Siento que como familia debe ser mínimo el apoyo que se le debe de brindar al familiar con tuberculosis porque el contrajo la enfermedad y el cambio debe ser más de él.
			COMPONENTE CONDUCTUAL	Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre trato de que mi alimentación sea saludable y natural. • Siempre priorizo mi alimentación que es lo más importante porque estoy expuesto a contraer esta enfermedad. • Consumo carne, menestras, leche, frutas y verduras 3 veces a la semana. • Me alimento regularmente en el horario adecuado.
				Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • A veces no abro la ventana ni la puerta porque hace mucho frío y entra polvo a la casa. • Siempre trato de tener una buena ventilación e iluminación en mi cuarto.
				Lavado de manos	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre me lavo las manos con agua y jabón para protegerme de contraer muchas enfermedades. • De vez en cuando me lavo las manos después de cubrirme con la mano al estornudar o toser. • A veces me lavo las manos antes de ingerir mis alimentos y después de ir al baño.
				Exámenes de control	<ul style="list-style-type: none"> • No me realizaría ningún exámenes de control pues no tengo ningún malestar. • Si no tendría un familiar con tuberculosis no recolectaría la muestra de esputo. • Permitiría que me realicen una placa de rayos x para detectar la tuberculosis.
				Prevención de contactos	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboro en proporcionar información al personal de salud sobre quiénes y cuántos integran nuestra familia para que nos oriente acerca de la tuberculosis.
				Familia y comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Es mínimo el apoyo que le brindo a mi familiar con tuberculosis porque el contrajo la enfermedad y el cambio debe ser más de él.

2.8. ÁMBITO DE ESTUDIO O DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El área de Estudio, es el área donde se ubica la Microred de Santa Ana, la cual está conformada por los siguientes establecimientos de salud: C.S Santa Ana, C.S San Cristóbal, P.S. Pueblo Libre, P.S. Antacocha y P.S. Pampachacra, ubicados en el barrio de Santa Ana, Barrio de San Cristóbal y los centros poblados de Pueblo Libre, Antacocha, Pampachacra. La razón de la relación con estos establecimientos en mención es necesario porque realizan los servicios de referencia y cotreferencia al centro de salud de Santa Ana.

La Microred de Santa Ana se encuentra en el barrio de Santa Ana, distrito, provincia y departamento de Huancavelica, su ubicación geográfica en la Unidad de Sistema de Coordenadas transversal se encuentra a 503602 Este y 8586403 Sur, 3700 m.s.n.m., aproximadamente, el clima es seco pero con temperaturas bajas cuya media de 8 a 10°C, mientras que la precipitación es de 811 mm³. Compuesta en mayor porcentaje de población bilingües (quechua castellano). (7)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación fue de tipo no experimental-observacional; porque el investigador no interviene en ninguna forma, no afecta la evolución natural de los eventos limitándose a observar. (22)

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación fue de nivel correlacional; pues asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población. (22)

3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

En el estudio se utilizaron los métodos: inductivo, deductivo, estadístico, analítico y bibliográfico porque se describe, analiza e interpreta sistemáticamente un conjunto de hechos, así como estudia al fenómeno en su estado actual y en su forma natural.

A. Inductivo; El método inductivo es un método científico que considera que partiendo de premisas se llega a una conclusión. Por lo tanto, supone que las premisas siguen necesariamente a las conclusiones: si el razonamiento inductivo es válido y las

conclusiones son verdaderas, las premisas sólo puede ser verdadera. En pocas palabras va de lo particular a lo general.

Para este caso se partirá del conocimiento y las actitudes particulares que tienen los familiares del usuario con tuberculosis pulmonar, para luego generalizar su conocimiento y actitud frente a esta enfermedad, es decir observando los hechos particulares se obtendrá proposiciones generales porque se establecerá un principio general una vez realizado el estudio y análisis de hechos y fenómenos en particular. ⁽²³⁾

B. Deductivo; porque se propone una hipótesis como consecuencia de sus inferencias del conjunto de principios y leyes más generales. Es la primera vía de inferencias lógico deductivo. ⁽²³⁾

C. Estadístico; porque a través de la aplicación facilitara la representación de datos de los fenómenos observados, y la toma de decisiones a la aplicación de la estadística descriptiva. ⁽²³⁾

D. Analítico; porque se inicia por la identificación de cada una de las partes que caracterizan una realidad, de esa manera se establece la relación causa-efecto entre los elementos que compone el objeto de investigación. Con lo cual se puede: explicar, hacer analogías, comprender mejor su comportamiento y establecer nuevas teorías. ⁽²³⁾

E. Bibliográfico; porque permite recopilar, sistematizar información de fuentes secundarias contenidas en libros, artículos de revistas, publicaciones, investigaciones, etc. ⁽²³⁾

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

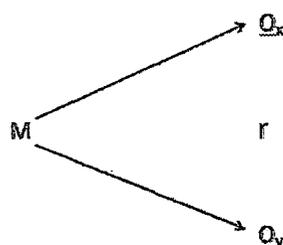
Las técnicas e instrumentos que se utilizaron:

VARIABLE	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar.	Encuesta	Cuestionario.
Actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar.	Observación.	Escala tipo Likert.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo de investigación se utilizó: El Diseño es No Experimental, Transversal y correlacional, porque no se manipulara deliberadamente las variables, sino se observara al fenómeno tal y como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlo. Transversal, porque se recolectaran los datos en un solo momento, en un tiempo único. Correlacional, porque su propósito fue describir la relación entre variables. ⁽²³⁾

Esquema:



Dónde:

M: muestra de familiares de los usuarios registrados en el programa de la ESPCT.

O1: observaciones a la variable nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar.

O2: observaciones a la variable actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar.

r: relación.

x: variable nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar.

y: variable actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar.

3.6. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

POBLACIÓN MUESTRAL

La población estuvo constituida por 47 familiares, pertenecientes a 9 usuarios beneficiarios de la ESPCT de la Microred de Santa Ana. (Constituido por: C.S. Santa Ana, C.S San Cristóbal, P.S pueblo Libre, P.S Pampachacra y por el P.S Antacocha).

3.7. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se tendrá en cuenta los siguientes pasos:

- Estructuración de los instrumentos de recolección de datos.
- Validación subjetiva de los instrumentos de recolección de datos a través de opinión de expertos.
- Procesamiento de la Validez y confiabilidad.
- Reestructuración definitiva de los instrumentos de recolección de datos.
- Coordinación con la jefatura de la Microred de Santa Ana.
- Se coordinó con la licenciada encargada de la ESPCT.
- Con el apoyo de la encargada de la ESPCT el cronograma de actividades respectivo para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.
- Aplicación del instrumento de recolección de datos previa coordinación con el responsable de la ESPCT y los familiares de los usuarios con tuberculosis de la Microred de Santa Ana.
- Organización de los datos recolectados en el análisis estadístico correspondiente.

3.8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

En el procesamiento y análisis de datos que se utilizó fue el paquete estadístico IBM SPSS statics Vers. 22.0, Hoja de cálculo de Microsoft Office Excel 2013, tomando en cuenta que los datos obtenidos son variables cuantitativas y cualitativas.

Se utilizaron las técnicas estadísticas:

A. Estadística descriptiva: Es el estudio que incluye la obtención, organización, presentación y descripción de datos con el objeto de describir en forma apropiada las diversas características de dicho conjunto, incluyendo para cada variable la distribución de frecuencias (las distribuciones reciben los calificativos de

absolutas, porcentuales y acumuladas), las medidas de tendencia central (moda, mediana y media.) y las medidas de la variabilidad (el rango, la desviación estándar y la varianza). ⁽²⁵⁾

B. Estadística inferencial: Es la metodología tendente de hacer descripciones, predicciones, comparaciones y generalizaciones de una población estadística a partir de la información contenida en una muestra. Utiliza resultados obtenidos mediante la estadística descriptiva y se apoya fuertemente en el cálculo de probabilidades. ⁽²⁵⁾

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS (estadística descriptiva)

Para la descripción e interpretación de datos obtenidos luego de la aplicación de los instrumentos de medición sobre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la ESPCT de la Microred de Santa Ana.

Se organizaron los datos recolectados para su representación haciendo uso del paquete estadístico IBM SPSS Statistics para Windows Vers. 22.0 y Microsoft Office-Excel 2013; tomando en cuenta que los datos obtenidos son variables cualitativas. Es así, que; en el capítulo se muestra la representación de los datos en tablas y gráficos estadísticos. Para la contrastación de hipótesis se utilizó la estadística inferencial; a través de la prueba estadística de chi – cuadrada con un nivel de confianza de 95% y, significancia del 5%.

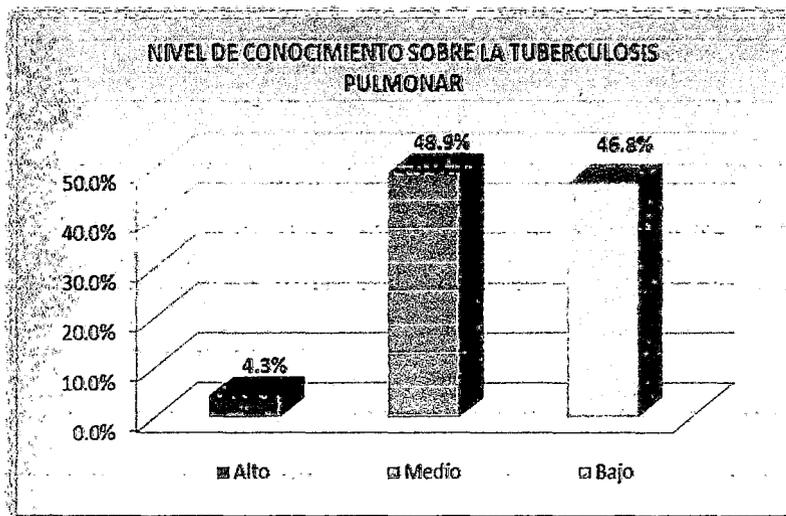
TABLA N° 01

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCION Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA - HUANCVELICA 2014.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR	fi	f%
Alto	2	4.26%
Medio	23	48.94%
Bajo	22	46.81%
Total	47	100.00%

Fuente: Cuestionario del nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar aplicado, 2014.

GRÁFICO N° 01



Fuente: Tabla N° 01

En el presente gráfico se observa, que el 48.9% de los familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis, tienen un nivel de conocimiento medio o regular sobre la tuberculosis pulmonar, el 46.8% tienen un nivel de conocimiento bajo y el 4.3 % tienen un nivel de conocimiento alto.

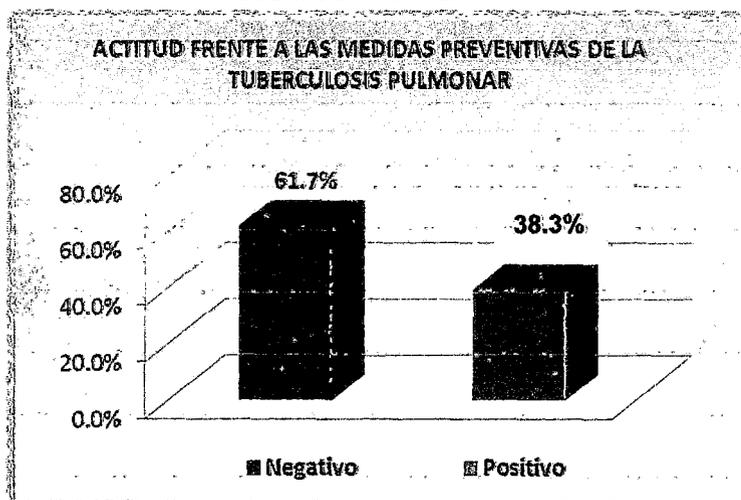
TABLA N° 02

**ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA
TUBERCULOSIS PULMONAR EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA
ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA
TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA -
HUANCAVELICA 2014.**

ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR	fi	f%
Negativo	29	61,7%
Positivo	18	38,3%
Total	47	100.00%

Fuente: Escala tipo Likert de la actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar aplicado, 2014.

GRÁFICO N° 02



Fuente: Tabla N° 02

En el presente gráfico se observa, que el 61.7% de los familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis, tienen una actitud negativa frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar y el 38.3% tienen una actitud positiva.

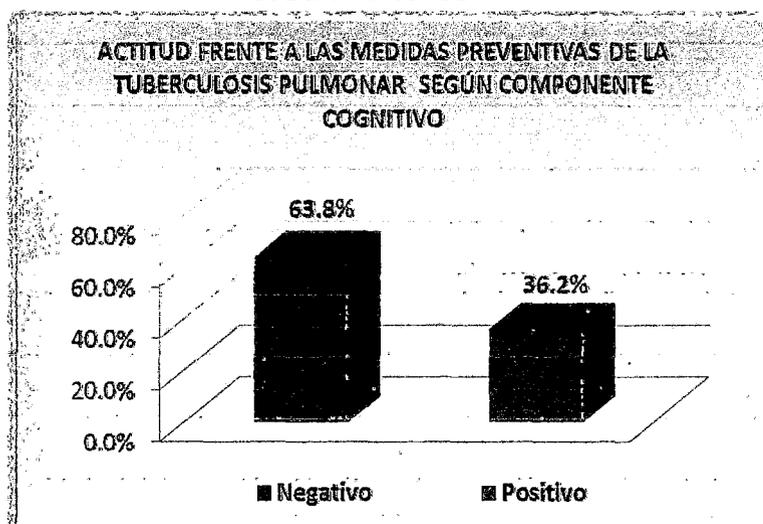
TABLA N° 03

ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN COMPONENTE COGNITIVO EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA - HUANCVELICA 2014.

ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN COMPONENTE COGNITIVO	fi	f%
Negativo	30	63.8%
Positivo	17	36.2%
Total	47	100%

Fuente: Escala tipo Likert de la actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar aplicado, 2014.

GRÁFICO N° 03



Fuente: Tabla N° 03

En el presente gráfico se observa, que el 63.8% de los familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis, en el componente cognitivo de la actitud es negativa frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar y el 36.2% en el componente cognitivo de la actitud es positiva.

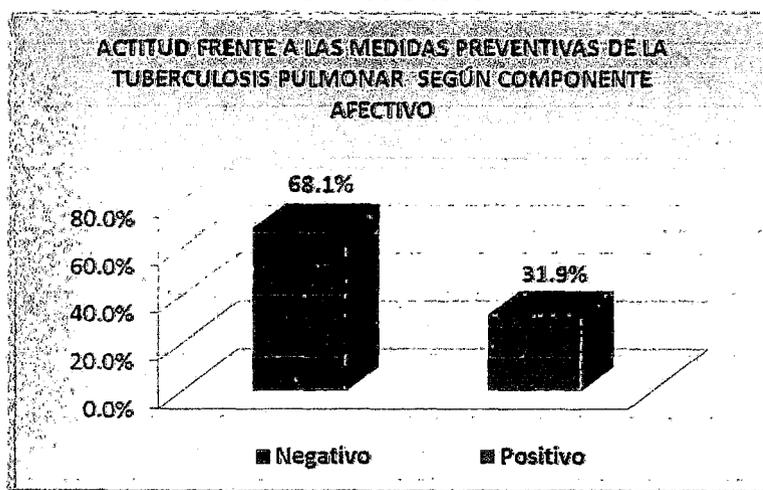
TABLA N° 04

ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR COMPONENTE AFECTIVO EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA - HUANCVELICA 2014.

ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR COMPONENTE AFECTIVO	fi	f%
Negativo	32	68,1%
Positivo	15	31,9%
Total	47	100%

Fuente: Escala tipo Likert de la actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar aplicado, 2014.

GRÁFICO N° 04



Fuente: Tabla N° 04

En el presente gráfico se observa, que el 68.1% de los familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis, en el componente afectivo de la actitud es negativa frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar y el 31.9% en el componente afectivo de la actitud es positiva.

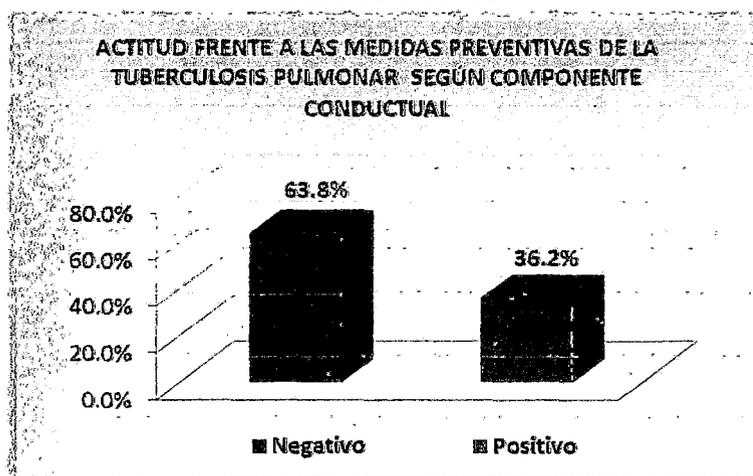
TABLA N° 05

ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR COMPONENTE CONDUCTUAL EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA - HUANCVELICA 2014.

ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR COMPONENTE CONDUCTUAL	fi	f%
Negativo	30	63.8%
Positivo	17	36.2%
Total	47	100,00%

Fuente: Escala tipo Likert de la actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar aplicado, 2014.

GRÁFICO N° 05



Fuente: Tabla N° 05

En el presente gráfico se observa, que el 63.8% de los familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis, tienen una actitud negativa frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar y el 36.2% tienen una actitud positiva.

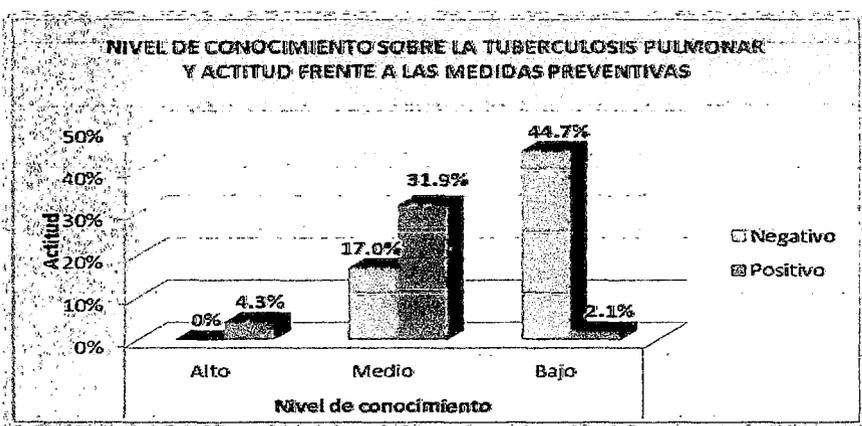
TABLA N° 06

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR Y ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCION Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA - HUANCAVELICA 2014.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR	ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR			
	Negativo		Positivo	
	fi	f%	fi	f%
Alto	0	0.0%	2	4.3%
Medio	8	17.0%	15	31.9%
Bajo	21	44.7%	1	2.1%
Total	29	61.7%	18	39.3%

Fuente: Cuestionario del nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar aplicado, 2014. Escala tipo Likert de la actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar aplicado, 2014.

GRÁFICO N° 06



Fuente: Tabla N° 06

En el presente gráfico se observa, que el 46.8% de los familiares de los usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis, tienen un nivel de conocimiento bajo sobre la tuberculosis pulmonar pues el 44.7% tiene una actitud negativa frente a las medidas preventivas y el 2.1% que representa una actitud positiva. El 48.9%, tienen un nivel de conocimiento medio o regular, pues el 31.9% tiene una actitud positiva y el 17.0% que representa una actitud negativa. El 4.3% tienen un nivel de conocimiento alto, pues siendo un total de 4.3% que tienen una actitud positiva.

4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS (estadística inferencial)

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE PROPORCIÓN PARA UNA MUESTRA

4.2.1. Hipótesis Estadística:

Hipótesis Alternativa (H₁): Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.

H₁ = Variables relacionadas

Hipótesis Nula (H₀): No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.

H₀ = Independencia de variables

4.2.2. Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (γ):

(α) = 0,05 (5%); (γ) = 0,95 (95%)

4.2.3. Función o Estadística de Prueba

Comprende el cálculo del valor estadístico de prueba Chi - cuadrado obtenida a partir de la base de datos de las

variables en el (SPSS v22.0) y su ubicación en la tabla de distribución del Chi - cuadrado.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,882 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	24,701	2	,000
Asociación lineal por lineal	20,051	1	,000
N de casos válidos	47		
Intervalo de confianza para la media al 95%			

Valores obtenidos del cálculo del valor estadístico de prueba Chi - cuadrado en el SPSS v22.0.

- Grados de libertad = 2
- Chi cuadrado de prueba = 20.882

4.2.4. Región crítica o de rechazo de la hipótesis nula:

Tabla de la distribución Chi-cuadrado

g=grados de libertad p=área a la derecha

El valor x de la tabla cumple que para X es chi-cuadrado con g grados de libertad $P(X > x) = p$

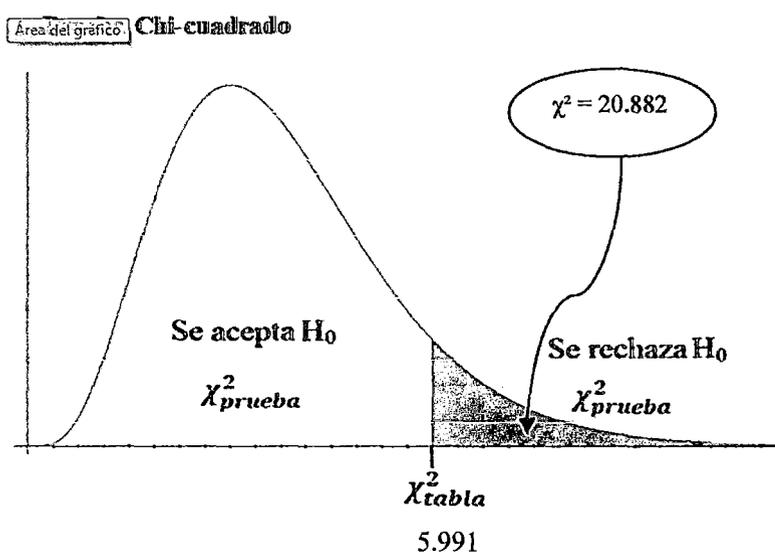
#	0.001	0.025	0.05	0.1	0.25	0.5	0.75	0.9	0.95	0.975	0.999
1	10.827	5.024	3.841	2.706	1.323	0.455	0.102	0.016	0.004	0.001	0
2	13.815	7.378	5.991	4.605	2.773	1.386	0.575	0.211	0.103	0.051	0.002
3	16.266	9.348	7.815	6.251	4.108	2.366	1.213	0.584	0.352	0.216	0.024
4	18.466	11.143	9.488	7.779	5.385	3.357	1.923	1.064	0.711	0.484	0.051
5	20.515	12.832	11.07	9.236	6.626	4.351	2.675	1.61	1.145	0.631	0.21
6	22.457	14.449	12.592	10.645	7.841	5.348	3.455	2.204	1.639	1.237	0.381
7	24.321	16.013	14.067	12.017	9.037	6.346	4.255	2.833	2.167	1.69	0.599
8	26.124	17.535	15.507	13.362	10.219	7.344	5.071	3.49	2.733	2.18	0.857
9	27.877	19.023	16.919	14.684	11.389	8.343	5.889	4.168	3.325	2.7	1.152
10	29.588	20.483	18.307	15.987	12.549	9.342	6.737	4.865	3.94	3.247	1.479
11	31.264	21.92	19.675	17.275	13.701	10.341	7.584	5.578	4.575	3.818	1.834
12	32.909	23.337	21.026	18.549	14.845	11.34	8.438	6.304	5.226	4.404	2.214
13	34.527	24.736	22.362	19.812	15.984	12.34	9.299	7.041	5.892	5.039	2.617
14	36.124	26.119	23.685	21.064	17.117	13.339	10.165	7.79	6.571	5.629	3.041
15	37.698	27.488	24.996	22.307	18.245	14.339	11.037	8.547	7.261	6.262	3.483

Con lectura en la tabla de la distribución de Chi - cuadrado con la intersección de los grados de libertad que es equivalente a 2 obtenida a partir de la base de datos de las variables en el (SPSS v22.0) .y nivel de significancia de (α) = 0,05 (5%); Obteniendo así un valor de 5.991 de la tabla, para su posterior validación de hipótesis.

4.2.5. Valor Calculado

Los datos son:

- χ^2 tabla = 5.991. Obtenido de tabla de distribución del Chi - cuadrado
- χ^2 prueba = 20.882. Obtenida a partir de la base de datos de las variables en el (SPSS v22.0) y su ubicación en la tabla de distribución del Chi – cuadrado.



La prueba de Chi - cuadrado requiere la comparación del valor del χ^2 prueba con el χ^2 tabla. Si el valor estadístico de prueba es menor que el valor tabular, la hipótesis nula es aceptada, caso contrario, H_0 es rechazada.

Un valor estadístico de χ^2 prueba menor que el valor crítico χ^2 tabla o igual a él se considera como prueba de la variación casual en donde H_0 es aceptada.

4.2.6. Decisión Estadística:

Sabemos que:

$$\chi^2 \text{ tabla} < \chi^2 \text{ prueba}$$

$$5.991 < 20.882$$

Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula a favor de la hipótesis alternativa, al 5% de significancia estadística.

Con estos resultados, se concluye que existe evidencia suficiente para afirmar que en los familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica, existe relación entre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas.

4.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los familiares que constituyen un soporte para el paciente que acude a la ESPCT, por lo que tienen un mayor riesgo a enfermar de tuberculosis debido a que presentan una relación más estrecha con este. En los resultados de esta investigación se evidencia que el 4.3% tienen un nivel de conocimiento alto sobre la tuberculosis pulmonar, el 48.9% medio y el 46.8% bajo. Pues el grado de instrucción, ocupación, la edad y el sexo que el familiar presenta mostro asociación estadística con en el nivel de conocimiento que poseen.

Los cuales se corrobora con el trabajo: Conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente Lima - 2009. Concluyendo que el 82.9% de los pacientes obtuvo un conocimiento adecuado sobre la transmisión de la tuberculosis, el 51.4% obtuvo un conocimiento adecuado sobre las medidas preventivas y el 60% fue catalogado con una actitud adecuada con respecto a su enfermedad. La mayoría de pacientes presentó un nivel adecuado de conocimiento sobre la transmisión de la tuberculosis, existiendo una infravaloración de este conocimiento, En contraparte, encontramos una sobrevaloración del conocimiento sobre las medidas preventivas y aproximadamente sólo la mitad de los pacientes presentó un nivel adecuado de este conocimiento. La actitud de los pacientes con respecto a su enfermedad fue adecuada en la mayoría de casos. No se encontró diferencia significativa del nivel de conocimiento y actitudes de los pacientes por sexo y grado de instrucción. ⁽¹⁰⁾ los resultados de este antecedente de estudio difieren de los resultados obtenidos en la investigación, puede ser debido a que se realizó directamente con los usuarios con tuberculosis multidrogorresistente, que de una manera u otra están más familiarizados con la permanencia de la enfermedad.

Por otro lado según los resultados obtenidos muestran que un 61.7% de los familiares tienen una actitud negativa frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar y el 38.3% una actitud positiva. En el componente cognitivo de la actitud el 63.8% es negativa frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar y el 36.2% es positiva; en el componente afectivo de la actitud el 68.1% es negativa frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar y el 31.9% es positiva; en el componente conductual de la actitud el 63.8% es negativa frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar y el 36.2% es positiva. Pues el grado de instrucción, ocupación, la edad y el sexo que el familiar presenta influyen en la actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar. Lo cual se corrobora con el trabajo: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en indígenas zenúes y habitantes de una zona rural colombiana 2012, concluyendo que en conocimientos, un 76% mostró un grado satisfactorio; en las actitudes, un 77% fue insatisfactorio y un 48% presentó buenas prácticas. No se halló asociación estadística de los CAP con el sexo ni con las creencias religiosas; en la etnia se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos y las prácticas; la edad demostró asociación estadística con los conocimientos y la escolaridad evidenció asociación con las prácticas, concluyendo en que se observó un adecuado conocimiento sobre tuberculosis, en tanto que las actitudes y las prácticas fueron insatisfactorias; los principales factores asociados con los CAP fueron etnia, edad y escolaridad. ⁽⁹⁾ Estos resultados se asemejan a los resultados obtenidos en el estudio realizado. Con la diferencia de que en la investigación que se realizó si existe relación estadística entre los factores asociados y la actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar.

Con respecto a la relación entre variables de nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y actitud frente a las medidas preventivas, según los resultados obtenidos: El 46.8%, tiene un nivel de conocimiento bajo sobre la tuberculosis pulmonar de modo que el 44.7% tiene una actitud negativa y el 2.1% una actitud positiva. El 48.9%, tienen un nivel de conocimiento medio o regular, de manera que el 31.9% tiene una actitud positiva y el 17.0% una actitud negativa. El 4.3% tienen un nivel de conocimiento alto, siendo en total el 4.3% que tienen una actitud positiva. Por lo que existe relación significativa entre estas variables. Pues el grado de instrucción, ocupación, la edad y el sexo que el familiar presenta mostro asociación estadística con en el nivel de conocimiento y por lo tanto en sus actitudes. Al aplicar la prueba de chi - cuadrado, fue aprobada la hipótesis alterna, es decir que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la ESPCT. Se corrobora con el trabajo: Relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre medidas preventivas frente a la tuberculosis pulmonar en escolares del nivel secundario de la Institución Educativa Manuel A. Odria del distrito de Ciudad Nueva Tacna 2012. Obteniendo como resultados que existe relación entre variables, el nivel de conocimiento de los adolescentes es regular con un 52,6%, seguido de 35,1% con un nivel de conocimientos alto frente a un nivel de conocimientos bajo con un 12,3%, las actitudes positivas con un 70,6% frente a un 29,4% de escolares que practican actitudes negativas. ⁽¹¹⁾

Asimismo se respalda con las teorías: Teoría del Modelo de Sistemas Conductuales, en donde el individuo trata de mantener un sistema balanceado, pero la interacción ambiental puede ocasionar inestabilidad y problemas de salud. Un estado de desequilibrio o inestabilidad da por resultado la necesidad de acciones de

enfermería, y las acciones de enfermería apropiadas son responsables del mantenimiento o restablecimiento del equilibrio y la estabilidad del sistema de comportamiento. Enfermería es una fuerza reguladora externa que actúa para preservar la organización e integración del comportamiento del paciente en un nivel óptimo bajo condiciones en las cuales el comportamiento constituye una amenaza para la salud física o social, o en las que se encuentra una enfermedad. ⁽¹⁴⁾ Para lo cual la principal función del personal de salud es fortalecer el conocimiento a través de las diferentes estrategias de intervención multisectorial y de este modo mejorar la actitud frente a las medidas preventivas de la población y que este ponga en práctica en su vida cotidiana, con la finalidad de prevenir nuevos casos.

CONCLUSIONES

- Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica.
- Se identificó que los familiares, tienen un nivel de conocimiento medio y bajo sobre la tuberculosis pulmonar en mayor porcentaje, pues el grado de instrucción, ocupación, edad y el sexo que el familiar presenta, influyen en el nivel de conocimiento que poseen.
- Se identificó respecto al componente cognitivo de la actitud, que es negativa en mayor porcentaje frente a las medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana -Huancavelica.
- Se identificó respecto al componente afectivo de la actitud, que es negativa en mayor porcentaje frente a las medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana -Huancavelica.
- Se identificó respecto al componente conductual de la actitud, que es negativa en mayor porcentaje frente a las medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica.

- 58
- Se determinó mediante la prueba de hipótesis de chi-cuadrado, con nivel de significancia del 5%, intervalo de confianza del 95%, en la comparación el valor de prueba mayor que el valor de tabla, se determina que se rechaza la hipótesis nula a favor de la hipótesis alterna. Por lo que existe relación entre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas.

RECOMENDACIONES

1. A la Facultad de Enfermería:

- Realizar descartes de tuberculosis de forma obligatoria a todos los estudiantes que van de prácticas a los diferentes establecimientos de salud, al inicio y al termino de estas.
- Promover y reforzar las prácticas comunitarias con mayor énfasis donde el estudiante de la Facultad de Enfermería, sea un principal actor social en desarrollo de la parte preventiva promocional de la tuberculosis pulmonar.

2. A la Dirección Regional de Salud Huancavelica:

- Brindar mayor presupuesto a la ESPCT, para la implementación en los diferentes establecimientos de salud, de ambientes de manejo del paciente con tuberculosis, como también de materiales de bioseguridad para el personal de salud, asimismo capacitar constantemente a los responsables del programa.
- Elaborar estrategias participativas o institucionales de intervención como: Programas educativos con un enfoque multisectorial, dirigidos a los pacientes, familias y comunidades sobre las medidas preventivas de la tuberculosis, y estilos de vida saludables, con el fin de prevenir nuevos casos en las familias y comunidades.

3. Al Centro de Salud Santa Ana:

- Disponer de un personal específico para la captación de sintomáticos respiratorios.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Comstock G. The International Tuberculosis Campaign: a pioneering venture in mass vaccination and research. 1ra ed. Los Angeles Clin Infect Dis; 1994.
2. Organización Mundial de Salud. Situación de la tuberculosis en el mundo. Panamá; 2014.
3. Ministerio de Salud. Situación de la tuberculosis en el Perú. Lima: Minsa; 2013.
4. Dirección de Estadística e Informática de la Dirección Regional de Salud Huancavelica. Reporte HIS. Huancavelica como departamento y distrito; 2009 – 2013.
5. Ortiz Espinar, O. Estrategia Sanitaria de la Prevención y Control de la Tuberculosis - Dirección Regional de Salud. Huancavelica; 2014.
6. Dirección de Estadística e Informática de la Microred Santa Ana. Reporte HIS. Huancavelica; 2009 – 2013.
7. Kerlinger F, Lee H. Investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales. 4ta ed. México DF: McGraw - Hill/Interamericana; 2009.
8. Instituto Peruano de Economía. Cifras de inversión en gastos por tratamiento de tuberculosis. Lima; 2013.
9. Cardona Arias, Jaiberth Antonio, Hernández Petro, Angélica María. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en indígenas zenúes y habitantes de una zona rural colombiana 2012. Rev Cienc Salud 2013; 11 (2): 159-173.
10. Laurente J, Remuzgo F, Gallardo J, Taype L, Huapaya J, Carrillo J, et al. Conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente. Lima - Perú 2009.
11. Factor C. Relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre medidas preventivas frente a la tuberculosis pulmonar en escolares del nivel secundario de la Institución Educativa Manuel A. Odría del distrito

- de Ciudad Nueva Tacna 2012. [Tesis para optar el grado de licenciada]. Tacna; publicado Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013.
12. Felipe Castellanos M, Quino Antesana D. Autocuidado que practican los usuarios que reciben tratamiento antituberculoso en el Centro de Salud Santa Ana. [Tesis para optar el grado de licenciada]. Huancavelica: publicado Universidad Nacional de Huancavelica; 2013.
 13. Ccora R, Meza C. Comportamiento epidemiológico y clínico de la tuberculosis en pacientes atendidos en el Centro de Salud Santa Ana. [Tesis para optar el grado de licenciada]. Huancavelica: publicado Universidad Nacional de Huancavelica; 2013.
 14. Marriner A. Modelos y Teorías de Enfermería. 4ta ed. HARCOURT BRACE. España; 1999.
 15. Cisneros G. Fanny Introducción a los Modelos y Teorías de Enfermería [sitio web]. Paris; 2002 [Consultado 8 de enero de 2014] disponible en: <http://www.bnm.me.gov.ar/cgi-bin/wxis.exe/opac/?IsisScript=opac/opac.xis&db=BINAM&tb=aut&src=link&query=WALLON,%20HENRI&cantidad=&formato=&sala=1>
 16. Wallon H. Psicología aplicada. Buenos Aires: Librería Hachette; 1999.
 17. Ortego Maté M, López González S, Álvarez Trigueros M. Tema Las actitudes I. Ciencias psicosociales 2011; 28(05): 3-5.
 18. Hernandez R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 5ta ed. México D.F.: Mc Graw - Hill Interamericana; 2010.
 19. Ramírez Rivera N, Cocotle Ronzón B, Méndez Pérez A., Arenas Benhumea J. Mycobacterium tuberculosis su pared celular y la utilidad diagnóstica de las proteínas 16 y 38 kDa. Departamento de Patología experimental 2006; 46(12): 16-18.
 20. Lozano J. Patogenia, diagnóstico y tratamiento de tbc[sitio web]. Bogota; 2008 [Consultado 18 de enero de 2014] disponible en <http://www.doymafarma.com>
 21. Norma Técnica. Directiva sanitaria para la notificación de casos en la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis. Lima; 2013.

22. Dieterich H. Nueva Guía para la Investigación Científica. México D.F.: Ariel; 2006.
23. Carrasco S. Metodología de la investigación científica. Perú: 1ra ed. San Marcos; 2005
24. Centty D. Manual Metodológico para el Investigador Científico. Consultores NM-I, editor. Arequipa: UNSA - Facultad de Economía; 2006.
25. Gonzales C, Lavin Y, Lorenzo C. Metodologia de la Investigacion Cientifica para las Ciencias Tecnicas: Analisis y Procesamiento de Datos y Presentacion de Resultados. 3ra ed. Cuba - Universidad de Matanzas; 2011.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Wyngaarden J. Tratado de Medicina Interna. Tomo II. Edición 16ª. Editorial. Sheldon Wolf Pág. 1829.
- Cotran, Kumar, Robbins. Patología Estructural y Funcional. España: Edición 4ª (Vol1). Editorial Mc Graw-Hill Págs.448; 449; 450. 2000.
- Harrison F. Principios de Medicina Interna. Edición 13ª Editorial Mc Graw Will .Págs.1083; 1084.
- Mosby, Pocket. Diccionario de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. Edición 4ª. Editorial Elsevier. Págs. 5; 75 83; 103; 725; 1335; 1417.
- Restrepo, Restrepo, Botero, Trujillo. Enfermedades infecciosas. Medellín – Colombia: Edición 4ª. Pág. 164; 165.
- Robbins. Patología Estructural y Funcional. Edición 6ª. Editorial Saunders. Pág. 435.

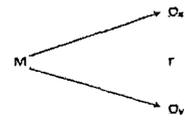
ANEXOS

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR Y ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCION Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA - HUANCVELICA 2014.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN									
<p>PREGUNTA GENERAL ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014?</p> <p>PREGUNTAS ESPECÍFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar en familiares usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014? • ¿Cómo es el componente cognitivo de la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de 	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014. • Identificar el componente cognitivo de la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de 	<p>HIPÓTESIS GENERAL Hi: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • El nivel de conocimiento es bajo sobre las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014. • El componente cognitivo de la actitud es negativa frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014. 	<p>1. TIPO DE INVESTIGACIÓN: El presente trabajo es de tipo no experimental - observacional.</p> <p>2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Correlacional.</p> <p>3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN: Inductivo, deductivo, estadístico, analítico y bibliográfico.</p> <p>4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</p> <table border="1" data-bbox="1297 893 1862 1233"> <thead> <tr> <th>VARIABLE</th> <th>TÉCNICA</th> <th>INSTRUMENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar.</td> <td>Encuesta.</td> <td>Cuestionario</td> </tr> <tr> <td>Actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar.</td> <td>Observación.</td> <td>Escala tipo Likert.</td> </tr> </tbody> </table>	VARIABLE	TÉCNICA	INSTRUMENTO	Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar.	Encuesta.	Cuestionario	Actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar.	Observación.	Escala tipo Likert.
VARIABLE	TÉCNICA	INSTRUMENTO										
Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar.	Encuesta.	Cuestionario										
Actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar.	Observación.	Escala tipo Likert.										

<p>Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo es el componente afectivo de la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014? • ¿Cómo es el componente conductual de la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014? 	<p>Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el componente afectivo de la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014. • Identificar el componente conductual de la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014. 	<ul style="list-style-type: none"> • El componente afectivo de la actitud es negativa frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014. • El componente conductual de la actitud es negativo frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014. 	<p>5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: El Diseño de Investigación No Experimental Transversal y correlacional.</p> <p>Esquema:</p>  <pre> graph LR M --> D1 M --> D2 D1 --- r --- D2 </pre> <p>Dónde:</p> <p>M: muestra de familiares de los usuarios registrados en el programa de la ESPCT.</p> <p>O1: observaciones a la variable Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar.</p> <p>O2: observaciones a la variable actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar.</p> <p>r: relación.</p> <p>x: variable Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar.</p> <p>y: variable actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar.</p> <p>6. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO</p> <ul style="list-style-type: none"> • POBLACION MUESTRAL: constituida por 47 familiares. <p>7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS: Estadística descriptiva e inferencial. Paquete estadístico IBM SPSS statics Vers. 22.0, Hoja de cálculo de Microsoft Office Excel 2013.</p>
--	--	--	--



ANEXO N° 02
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
“Año de la Promoción de la Industria Responsable y del compromiso climático”
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creada por Ley N° 25265)
FACULTAD DE ENFERMERÍA



NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORRED DE SANTA ANA - HUANCAVELICA 2014.

I. PRESENTACIÓN

Señor (a): Soy egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica y estoy realizando un estudio acerca de la relación entre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios con tuberculosis.

Este cuestionario es totalmente anónimo y no le tomará más de 15 minutos de su tiempo en contestar. Le pido sinceridad en sus respuestas, ya que son totalmente anónimas y totalmente confidenciales.

II. DATOS GENERALES

- Edad:
- Sexo: Masculino () Femenino ()
- Grado de instrucción:.....
- Sabe: leer () escribir () ninguno ()
- Lugar de nacimiento:.....
- Distrito.....
- Domicilio:.....
- Hace cuánto tiempo vive en esta comunidad:.....
- Ocupación:.....
- Padece alguna enfermedad: si () no () cual.....
- Lo han vacunado de la tuberculosis en el brazo: si () no ()
- Consume bebidas alcohólicas: si () no () frecuencia.....
- ¿Alguien de su familia tiene tuberculosis: Si () No ()
 ¿Quién?.....Edad:.....Localización:.....
- Su casa es: Propia () Alquilada () Otros:.....
- Cuántas habitaciones tiene:.....

- Cuántas personas viven en su casa:.....
- Hace cuánto tiempo convive con el enfermo:.....
- Comparte la habitación de dormir con el familiar con tuberculosis:.....
.....
- Cuenta con servicios básicos de:
Agua () Desagüe () Luz () Ninguno ()
- Tiene niños en el hogar: Si () No () cuántos niños.....
- Hay gestantes en el hogar: Si () No ()
- Hay adultos mayores en su hogar: Si () No ()
- Le han realizado algún examen de esputo: Si () No ().....

III. INSTRUCCIONES:

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

1. Qué es la Tuberculosis Pulmonar?

- 1) Es un resfrió.
- 2) Es una enfermedad que ataca al estómago.
- 3) Es una enfermedad muy contagiosa y ataca preferentemente a los pulmones.
- 4) Es una enfermedad que no tiene cura.
- 5) Desconoce.

2. ¿Cómo se contagia la tuberculosis pulmonar?

- 1) Por contacto con la sangre de otra persona.
- 2) Por el agua con bacterias que bebemos.
- 3) Gotitas de saliva que el enfermo elimina al hablar, toser o estornudar
- 4) Al saludar a una persona que tenía tuberculosis el año pasado.
- 5) Desconoce.

3. Las enfermedades respiratorias son fáciles de contagiarse cuando:

- 1) Existe muchos rayos solares.
- 2) El cuarto no está ventilado iluminado y limpio.
- 3) Existe abundantes moscas.
- 4) Duermo solo.
- 5) Desconoce.

4. ¿Qué síntomas presenta una persona con tuberculosis pulmonar?

- 1) Dolor de cabeza, estomago, muscular, poco apetito, náuseas y vómitos.
- 2) Sudoración por las noches, cansancio, tos con flema por más de 7 días, falta de apetito.
- 3) Diarrea, vómitos, nauseas, dolor de cabeza y dolor muscular.
- 4) Dolor de los huesos, ojos, cabeza, musculares y nauseas.
- 5) Desconoce.

2/1

17. ¿El lavado de manos es importante para prevenir enfermedades?

- 1) No
- 2) En algunas oportunidades.
- 3) En determinado momento.
- 4) Si
- 5) Desconoce.

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

- 1) Realizar ejercicios físicos
- 2) No dejar de tomar las pastillas
- 3) Alimentarse en exceso
- 4) No ir a trabajar
- 5) Desconoce.

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

- 1) Radiografía de tórax
- 2) Análisis de esputo
- 3) Análisis de sangre
- 4) Examen de orina
- 5) Desconoce

¡Muchas gracias por su cooperación!



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
"Año de la Inversión para el Desarrollo Rural y la Seguridad Alimentaria"
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(Creada por Ley N° 25265)
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SOBRE LA
TUBERCULOSIS PULMONAR EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA
ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCION Y CONTROL DE LA
TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA - HUANCVELICA
2014.**

I. PRESENTACIÓN

Señor (a): Soy egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica y estoy realizando un estudio acerca de la relación entre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios con tuberculosis.

Este cuestionario es totalmente anónimo y no le tomará más de 15 minutos de su tiempo en contestar. Le pido sinceridad en sus respuestas, ya que son totalmente anónimas y totalmente confidenciales.

II. ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

A. COMPONENTE COGNITIVO (Lo que piensa) Es la representación o percepción de un objeto, evento o situación que tiene el individuo, que hace referencia a las convicciones, creencias, valores, ideas, expectativas e información.

N°	ÍTEMS	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO
1	Pienso que si tengo una buena alimentación mi cuerpo se hace más resistente a las enfermedades.			
2	No es importante que mi cuarto tenga ventanas y este iluminado y ventilado con tal de que esté limpio.			
3	Es recomendable tener separados la cocina y los dormitorios.			
4	No es necesario Lavarse las manos con agua y jabón después de cubrirse con la mano al estornudar o toser.			
5	Lavarse las manos con agua y jabón nos protege de contraer muchas enfermedades.			

6	No es importante recolectar la muestra de esputo para el diagnóstico de la tuberculosis			
7	Es recomendable realizarse un examen de radiografía de tórax para detectar la tuberculosis.			
8	Pienso que no es importante que me realicen exámenes de control cuando no tengo ningún malestar.			
9	Pienso que debemos proporcionar información al personal de salud sobre quiénes y cuántos integran nuestra familia para que nos oriente acerca de la tuberculosis.			
10	Pienso que el apoyo que se debe de brindar al familiar con tuberculosis tiene que ser mínimo pues él debe de enfrentar por si solo la enfermedad.			

B. COMPONENTE AFECTIVO (Lo que siente) Es el sentimiento y emociones a favor o en contra hacia un objeto social, sentirse bien o mal cuando se piensa en algo. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo.

N°	ÍTEMS	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO
1	Siento que si me alimento bien no me protejo de enfermarme de tuberculosis.			
2	Me siento tranquilo(a) porque siempre trato que mi familia consuma alimentos que sean saludables y naturales.			
3	Siento que no es importante que los cuartos tengan que estar iluminados, ventilados y limpios.			
4	Me siento bien al lavarme las manos con agua y jabón después de cubrirme con la mano al estornudar o toser.			
5	Me siento bien al lavarme las manos con agua y jabón así evito contraer muchas enfermedades.			
6	Siento que no es importante que me realicen exámenes de control si no tengo ningún malestar.			
7	Me siento seguro(a) al realizarme un examen de radiografía de tórax para el descarte de tuberculosis.			
8	Me desagrada recolectar la muestra de esputo porque es muy forzoso y doloroso.			
9	Siento que debemos proporcionar información al personal de salud sobre quiénes y cuántos integran nuestra familia			

	para que nos oriente acerca de la tuberculosis.			
10	Siento que el familiar con tuberculosis debe de enfrentar por sí solo la enfermedad porque es quien se enfermó y el cambio debe ser más de él.			

C. COMPONENTE CONDUCTUAL, REACTIVO (lo que hago) Es el comportamiento actual de la persona, es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud.

Nº	ÍTEMS	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO
1	Siempre priorizo mi alimentación que es lo más importante porque estoy expuesto a enfermarme.			
2	De vez en cuando consumo carne, menestras, cereales, leche, frutas y verduras 3 veces a la semana.			
3	Me alimento regularmente en el horario adecuado.			
4	A veces no abro la ventana ni la puerta porque hace mucho frio y entra polvo a la casa.			
5	Siempre trato de tener una buena ventilación e iluminación en mi cuarto.			
6	De vez en cuando me lavo las manos después de cubrirme con la mano al estornudar o toser.			
7	A veces me lavo las manos antes de ingerir mis alimentos y después de ir al baño.			
8	No me realizaría ningún exámen de control si no tengo ningún malestar.			
9	Si no tendría un familiar con tuberculosis no recolectaría la muestra de esputo.			
10	Colaboro en proporcionar información al personal de salud sobre quiénes y cuántos integran nuestra familia para que nos oriente acerca de la tuberculosis.			

¡Muchas gracias por su cooperación!



ANEXO N°3



VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN CUESTIONARIO PARA MEDIR NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TUBERCULOSIS PULMONAR

El presente instrumento de recolección de datos se proyecta medir la variable en su nivel operacional para conseguir los resultados esperados planteados en la relación: Problema – Objetivo.

La respuesta de los cinco jueces sobre el cuestionario, se analizan en el siguiente cuadro:

Todas las respuestas favorables “Si” tiene un punto, y la respuesta “No” tiene cero puntos.

COEFICIENTE DE VALIDEZ DE V DE AIKEN

ITEMS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	Jur 1	Jur 2	Jur 3	Jur 4	Jur 5	N° acuerdos	V de Aiken	p	Decisión
ITEM 1	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 2	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 3	Claridad en la redacción	0	1	1	0	1	3	0.60	>0.05	No válido
	Coherencia interna	0	1	1	0	1	3	0.60	>0.05	No válido
	Inducción a las respuestas	0	1	1	0	1	3	0.60	>0.05	No válido
	Lenguaje adecuado	0	1	1	0	1	3	0.60	>0.05	No válido
	Mide lo que pretende	0	1	1	0	1	3	0.60	>0.05	No válido
	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido

ITEM 4	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 5	Claridad en la redacción	0	1	1	0	1	3	0.60	>0.05	No válido
	Coherencia interna	0	1	1	0	1	3	0.60	>0.05	No válido
	Inducción a las respuestas	0	1	1	0	1	3	0.60	>0.05	No válido
	Lenguaje adecuado	0	1	1	0	1	3	0.60	>0.05	No válido
	Mide lo que pretende	0	1	1	0	1	3	0.60	>0.05	No válido
ITEM 6	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 7	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 8	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 9	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 10	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido

ITEM 11	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 12	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 13	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 14	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 15	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 16	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 17	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido

ITEM 18	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 19	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 20	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 21	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido

Decisión:

Valido: si el valor del coeficiente V Aiken es \geq a 0,8

No valido: si el valor del coeficiente V Aiken es $<$ a 0,8

Formula de V Aiken

$$V = \frac{S}{(N(C - 1))}$$

Dónde:

S = sumatoria de los valores (valor asignado por el juez)

N = número de jueces

C = constituye el número de valores de la escala, en este caso 2. (si,no)

Por lo que los valores hallados con el coeficiente V Aiken, donde el valor mínimo es de 0.6 en dos ítems, los cuales son considerados como no válidos por lo que se eliminan. Los ítems restantes obtuvieron un valor \geq a 0,8 que por tanto se consideran válidos y por lo que no se eliminan.

Logrando una aceptación general del 96.19% del cuestionario para medir nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar.



VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN ESCALA TIPO LIKERT PARA MEDIR LA ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

El presente instrumento de recolección de datos se proyecta medir la variable en su nivel operacional para conseguir los resultados esperados planteados en la relación: Problema – Objetivo.

La respuesta de los cinco jueces sobre el cuestionario, se analizan en el siguiente cuadro:

Todas las respuestas favorables “Si” tiene un punto, y la respuesta “No” tiene cero puntos.

COEFICIENTE DE VALIDEZ DE V DE AIKEN

ITEMS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	Jur 1	Jur 2	Jur 3	Jur 4	Jur 5	N° acuerdos	V de Aiken	p	Decisión
ITEM 1	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 2	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 3	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido

ITEM 4	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 5	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 6	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 7	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 8	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 9	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 10	Claridad en la redacción	1	1	0	1	1	4	0.80	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	0	1	1	4	0.80	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	0	1	1	4	0.80	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	0	1	1	4	0.80	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	0	1	1	4	0.80	0.001	Válido
ITEM	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido

11	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 12	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 13	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 14	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 15	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 16	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 17	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido

ITEM 18	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 19	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 20	Claridad en la redacción	1	1	0	1	1	4	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	0	1	1	4	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	0	1	1	4	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	0	1	1	4	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	0	1	1	4	1.00	0.001	Válido
ITEM 21	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 22	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 23	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 24	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido

	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 25	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 26	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 27	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 28	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 29	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
ITEM 30	Claridad en la redacción	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Coherencia interna	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Inducción a las respuestas	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Lenguaje adecuado	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido
	Mide lo que pretende	1	1	1	1	1	5	1.00	0.001	Válido

Decisión:

Valido: si el valor del coeficiente V Aiken es \geq a 0,8

No valido: si el valor del coeficiente V Aiken es $<$ a 0,8

Formula de V Aiken

$$V = \frac{S}{(N(C - 1))}$$

Dónde:

S = sumatoria de los valores (valor asignado por el juez)

N = número de jueces

C = constituye el número de valores de la escala, en este caso 2. (si, no)

Por lo que los valores hallados con el coeficiente V Aiken, donde los valores obtenidos son de \geq a 0,8 que por tanto se consideran válidos y por lo que no se eliminan.

Logrando una aceptación general del 99.33% de la escala tipo Likert para medir la actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar.

ANEXO N° 04:

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La confiabilidad del instrumento de medición (**Cuestionario**) se establece por medio del método del Índice de Consistencia Interna (**Alfa de Cronbach**).

Formula de Alfa de Cronbach.

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{sum}^2} \right)$$

Dónde:

k : Es el número de ítems de la prueba = 19

S_i² : Es la varianza de los ítems (desde 1...i) = 2.695

S_s²_{um} : Es la varianza de la prueba total = 12.586

El número de ítems (o longitud de la prueba) y la proporción de varianza total de la prueba debida a la covarianza entre sus partes (ítems). Ello significa que la fiabilidad depende de la longitud de la prueba y de la covarianza entre sus ítems.

Remplazando valores:

$$\alpha = \left(\frac{19}{19-1} \right) \left(1 - \frac{2.695}{12.586} \right)$$

$$\alpha = 0.8295328142$$

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La confiabilidad del instrumento de medición (**escala tipo Likert**) se establece por medio del método del Índice de Consistencia Interna (**Alfa de Cronbach**).

Formula del Alfa de Cronbach.

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{sum}^2} \right)$$

Dónde:

k : Es el número de ítems de la prueba = 30

S² : Es la varianza de los ítems (desde 1...i) = 17.98

S_{s²um} : Es la varianza de la prueba total = 147.781

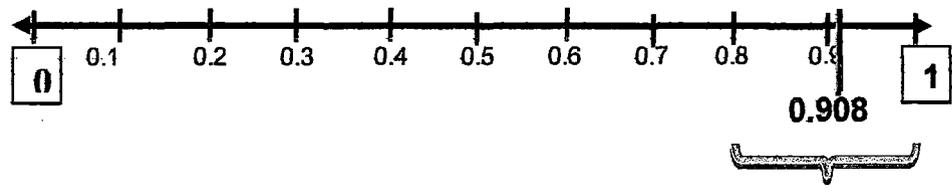
El número de ítems (o longitud de la prueba) y la proporción de varianza total de la prueba debida a la covarianza entre sus partes (ítems). Ello significa que la fiabilidad depende de la longitud de la prueba y de la covarianza entre sus ítems.

Remplazando valores:

$$\alpha \left(\frac{30}{30-1} \right) \left(1 - \frac{17.98}{147.781} \right)$$

$$\alpha = 0.9086208413$$

CONFIABILIDAD



Muy Baja Baja Regular Aceptable Elevada

0% de confiabilidad
 En la medición
 (La medición está
 Contaminada de error)

100% de
 confiabilidad
 en la
 medición
 (no hay error)

CONCLUSION:

El coeficiente de confiabilidad *índice de consistencia interna alfa de cronbach* = 0,91 (91%); indica una aceptable confiabilidad.

Esto demuestra que el instrumento del proyecto de investigación es fiable esto hará que las mediciones que se realizara sobre la actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana, sean estables y consistentes.

ANEXO 5

BAREMOS O CATEGORIZACION DE VARIABLES

I. PUNTAJE GENERAL DE LA VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTO

ENCUESTADO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	TOTAL	VALOR	
N° 1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	20	medio
N° 2	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	21	medio
N° 3	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	8	medio
N° 4	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	9	medio
N° 5	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	7	medio
N° 6	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	6	bajo
N° 7	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	bajo
N° 8	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6	bajo
N° 9	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	bajo
N° 10	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	9	medio
N° 11	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	bajo
N° 12	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	5	bajo
N° 13	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	bajo
N° 14	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	bajo
N° 15	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	9	medio
N° 16	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	7	medio
N° 17	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	12	medio
N° 18	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	12	medio
N° 19	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5	bajo
N° 20	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	bajo
N° 21	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	bajo
N° 22	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	bajo
N° 23	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	11	medio
N° 24	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	bajo
N° 25	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	10	medio
N° 26	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	10	medio
N° 27	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	bajo
N° 28	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	bajo
N° 29	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	10	medio
N° 30	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	12	medio
N° 31	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	12	medio
N° 32	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	9	medio
N° 33	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	5	bajo
N° 34	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	13	alto
N° 35	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	15	alto
N° 36	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	10	medio
N° 37	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	6	bajo
N° 38	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	4	bajo
N° 39	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	8	medio
N° 40	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	7	medio
N° 41	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	bajo
N° 42	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	12	medio
N° 43	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	6	bajo
N° 44	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	5	bajo
N° 45	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	7	medio
N° 46	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	bajo
N° 47	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	6	bajo

Amplitud = Puntaje Máximo - Puntaje Mínimo

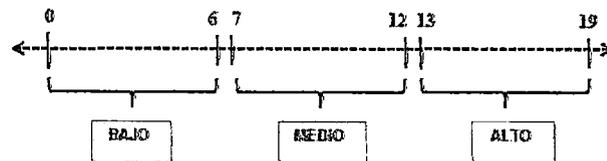
Amplitud = $19 - 0 = 19$

Numero de intervalos = 3 (bajo, medio y alto)

Tamaño de intervalo = (amplitud / número de intervalos)

Tamaño de intervalo = $(19/3) = 6.3 = 6$

- Puntaje Mínimo: 0
- Puntaje Máximo: 19
- Categorización:



2.1. PUNTAJE POR DIMENSIONES DE LA VARIABLE ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS

Amplitud = Puntaje Máximo - Puntaje Mínimo

Amplitud = 30 - 10 = 20

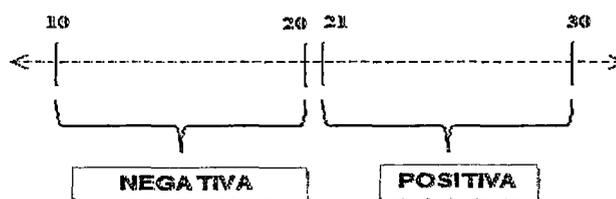
Numero de intervalos = 2 (positivo y negativo)

Tamaño de intervalo = (amplitud / número de intervalos)

Tamaño de intervalo = (20/2) = 10

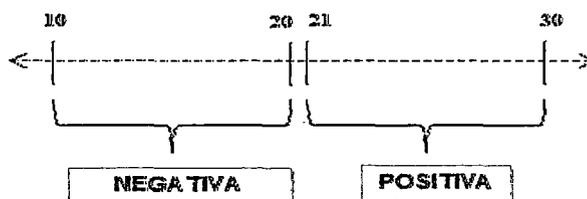
a. Actitud Cognitiva

- Puntaje Mínimo: 10
- Puntaje Máximo: 30
- Categorización:



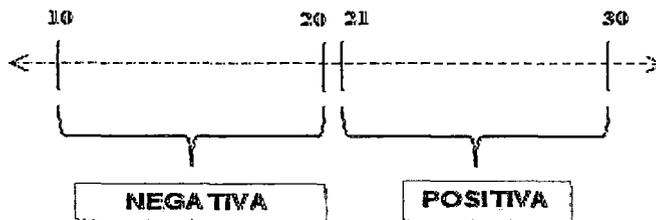
b. Actitud Afectiva

- Puntaje Mínimo: 10
- Puntaje Máximo: 30
- Categorización:



c. Actitud Conductual

- Puntaje Mínimo: 10
- Puntaje Máximo: 30
- Categorización:



ANEXO N° 06

CARACTERIZACIÓN DE LA UNIDAD DE ESTUDIO

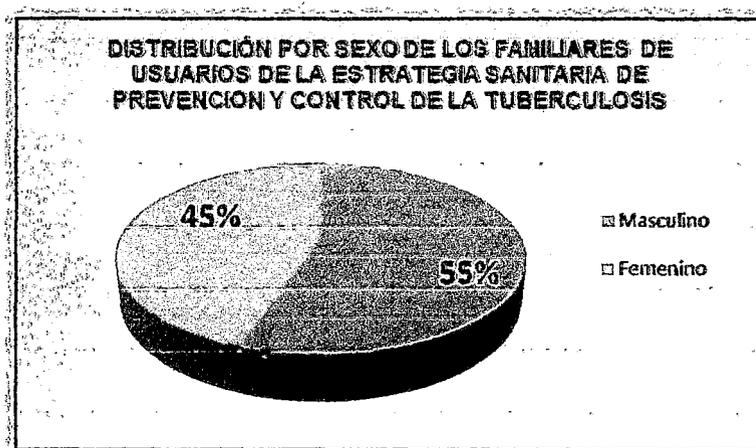
TABLA N° 07

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORRED DE SANTA ANA - HUANCAMELICA 2014.

SEXO	fi	f%
Masculino	26	55%
Femenino	21	45%
TOTAL	47	100%

Fuente: Instrumentos aplicados el 2014.

GRÁFICO N° 07



Fuente: Tabla N° 07

De un total de 47 unidades de estudio el 55% pertenecen al sexo masculino y un 45% al sexo femenino.

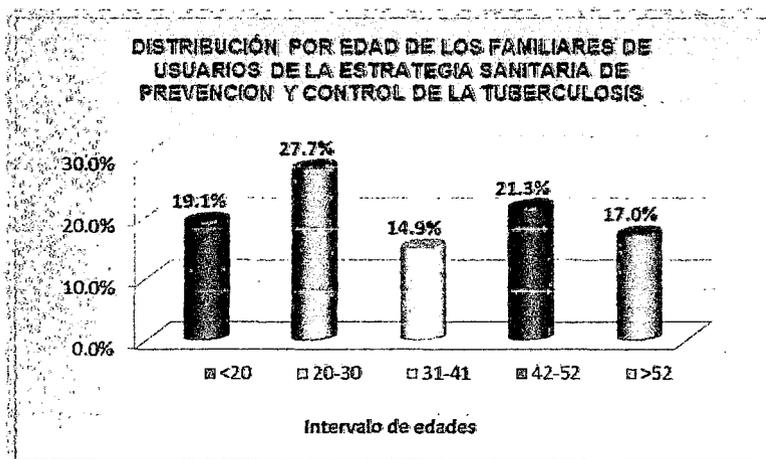
TABLA N° 08

DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA - HUANCVELICA 2014.

EDADES	fi	f%
<20	9	19.1%
20-30	13	27.7%
31-41	7	14.9%
42-52	10	21.3%
>52	8	17.0%
TOTAL	47	100%

Fuente: Instrumentos aplicados el 2014.

GRÁFICO N° 08



Fuente: Tabla N° 08

De un total de 47 unidades de estudio el 19.1% se encuentra en el intervalo de edades menores de 20 años y hasta los 15 años, 27.7% se encuentra en el intervalo de edades de 20 a 30 años representando el mayor porcentaje, el 14.9% se encuentra en el intervalo de edades de 31 a 41 años, el 21.3% se encuentra en el intervalo de edades de 42 a 52 años, el 17.0% se encuentra en el intervalo de edades mayores de 50 años.

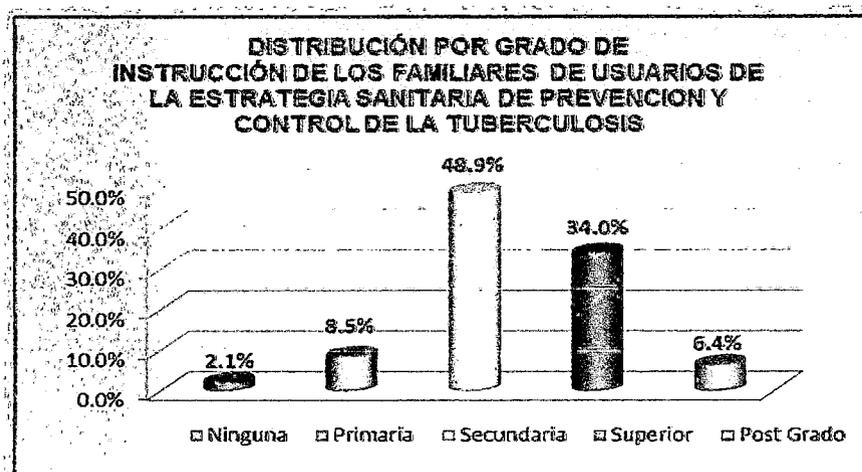
TABLA N° 09

DISTRIBUCIÓN POR GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA - HUANCVELICA 2014.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	fi	f%
Ninguna	1	2.1%
Primaria	4	8.5%
Secundaria	23	48.9%
Superior	16	34.0%
Post Grado	3	6.4%
TOTAL	47	100%

Fuente: Instrumentos aplicados el 2014.

GRÁFICO N° 09



Fuente: Tabla N° 09

De un total de 47 unidades de estudio el 2.1% representa a las personas que no cuentan con ningún grado de instrucción, 8.5% representa a las personas que cuentan con primaria, el 48.9% representa a las personas que cuentan con secundaria representando el mayor porcentaje, el 34.0% representa a las personas tienen estudio superior, 6.4% representa a las personas que tienen post grado.

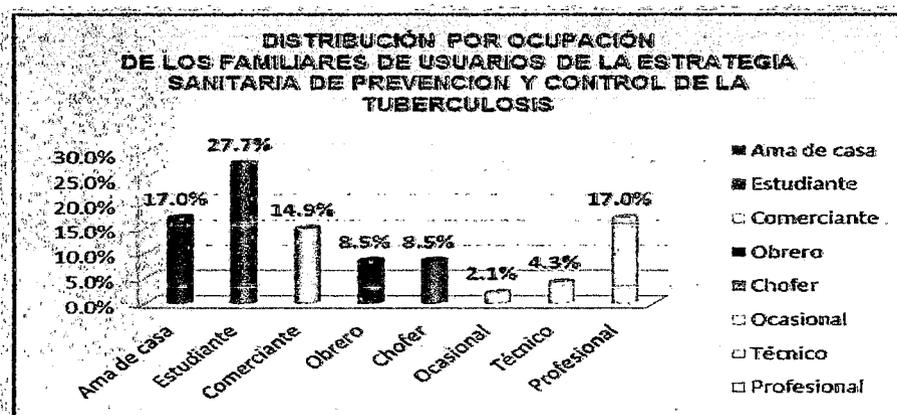
TABLA N° 10

**DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN
DE LOS FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA
ANA - HUANCAVELICA 2014.**

OCUPACIÓN	fi	f%
Ama de casa	8	17.0%
Estudiante	13	27.7%
Comerciante	7	14.9%
Obrero	4	8.5%
Chofer	4	8.5%
Ocasional	1	2.1%
Técnico	2	4.3%
Profesional	8	17.0%
Total	47	100%

Fuente: Instrumentos aplicados el 2014.

GRÁFICO N° 10



Fuente: Tabla N° 10

De un total de 47 unidades de estudio los que tienen de ocupación ama de casa representan un 17.0%, los que son estudiantes representan un 27.7%, los que son comerciantes representan un 14.9%, los que son obreros representan un 18.5%, los que son choferes representan un 8.5%, los que trabajan ocasionalmente representan un 2.1%, los que son profesionales técnicos representan un 4,3%, por último los que son profesionales representan un 17.0%.

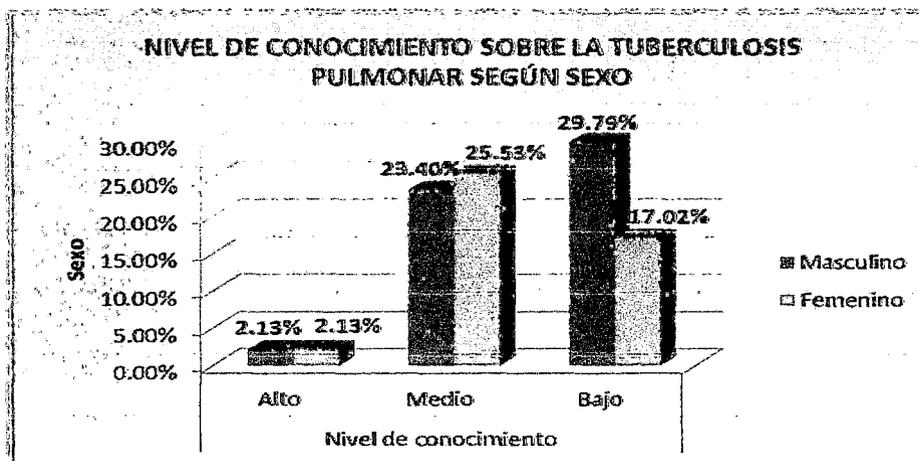
TABLA N° 11

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN SEXO EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA - HUANCVELICA 2014.

SEXO	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	Alto		Medio		Bajo	
	fi	f%	fi	f%	fi	f%
Masculino	1	2.13%	11	23.40%	14	29.79%
Femenino	1	2.13%	12	25.53%	8	17.02%
TOTAL	2	4.26%	23	48.93%	22	46.81%

Fuente: Cuestionario del nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar aplicado, 2014

GRÁFICO N° 11



Fuente: Tabla N° 11

En el presente gráfico se observa, que el 48.93% de los familiares de los usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis, compuesto por el 25.53% del sexo femenino y el 23.40% del sexo masculino, tienen un nivel de conocimiento medio o regular sobre la tuberculosis pulmonar. El otro 46.81% compuesto por el 29.79% del sexo masculino y el 17.02% del sexo femenino, tienen un nivel de conocimiento bajo. Por último el 4.26% compuesto por el 2.13% del sexo masculino y el 2.13% del sexo femenino, tienen un nivel de conocimiento alto.

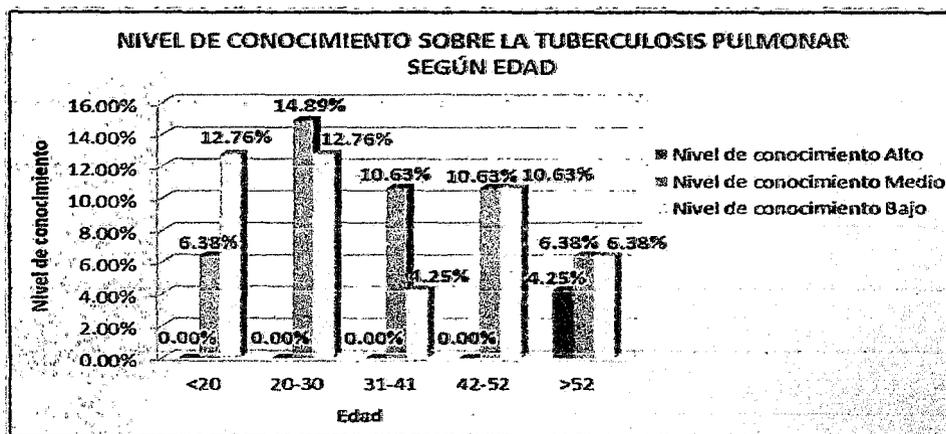
TABLA N° 12

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN EDAD EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA - HUANCVELICA 2014.

EDAD	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	Alto		Medio		Bajo	
	fi	f%	fi	f%	fi	f%
<20	0	0.00%	3	6.38%	6	12.76%
20-30	0	0.00%	7	14.89%	6	12.76%
31-41	0	0.00%	5	10.63%	2	4.25%
42-52	0	0.00%	5	10.63%	5	10.63%
>52	2	4.25%	3	6.38%	3	6.38%
TOTAL	2	4.25%	23	48.95%	22	46.78%

Fuente: Cuestionario del nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar aplicado, 2014.

GRÁFICO N° 12



Fuente: Tabla N° 12

En menores de 20 años el 6.38% tienen un conocimiento medio sobre la tuberculosis pulmonar y el 12.76% un conocimiento bajo. De 20 a 30 años, el 14.89% tienen un nivel de conocimiento medio y el 12.76% un conocimiento bajo. En el intervalo de 31 a 41 años, el 10.63% un conocimiento medio y el 4.25% un conocimiento bajo. En el intervalo de 42 a 52 años, el 10.63% un conocimiento medio y el 10.63% un conocimiento bajo. Por último en mayores de 50 años, el 4.25% un conocimiento alto y el 6.38% un conocimiento medio y el 6.38% un conocimiento bajo.

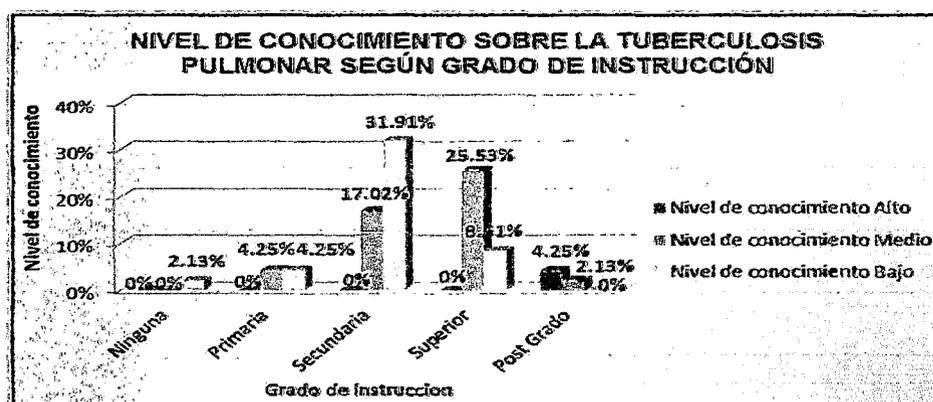
TABLA N° 13

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCION Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA - HUANCAVELICA 2014.

GRADO DE INSTRUCCION	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	Alto		Medio		Bajo	
	fi	f%	fi	f%	fi	f%
Ninguna	0	0.00%	0	0.00%	1	2.13%
Primaria	0	0.00%	2	4.25%	2	4.25%
Secundaria	0	0.00%	8	17.02%	15	31.91%
Superior	0	0.00%	12	25.53%	4	8.51%
Post Grado	2	4.25%	1	2.13%	0	0.00%
TOTAL	2	4.25%	23	48.93%	22	46.82%

Fuente: Cuestionario del nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar aplicado, 2014.

GRÁFICO N° 13



Fuente: Tabla N° 13

Los que no cuentan con ningún grado de instrucción, que es el 2.13% tienen un nivel de conocimiento medio sobre la tuberculosis pulmonar. Los que tienen primaria el 4.25% un conocimiento medio y el otro 4.25% un conocimiento bajo. Los que cuentan con secundaria, el 17.02% un conocimiento medio y el 31.91% un conocimiento bajo. Los que cuentan con superior, el 25.53% un conocimiento medio y el 8.51% un conocimiento bajo. Por último los que cuentan con post grado, el 4.25% un conocimiento alto y el otro 2.13% un conocimiento medio.

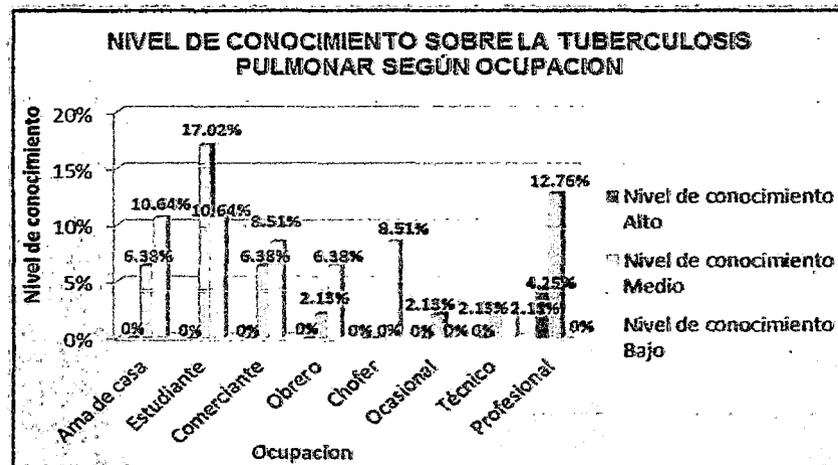
TABLA N° 14

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN OCUPACION EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCION Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORRED DE SANTA ANA - HUANCAVELICA 2014.

OCUPACIÓN	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	Alto		Medio		Bajo	
	fi	f%	fi	f%	fi	f%
Ama de casa	0	0.00%	3	6.38%	5	10.64%
Estudiante	0	0.00%	8	17.02%	5	10.64%
Comerciante	0	0.00%	3	6.38%	4	8.51%
Obrero	0	0.00%	1	2.13%	3	6.38%
Chofer	0	0.00%	0	0.00%	4	8.51%
Ocasional	0	0.00%	1	2.13%	0	0.00%
Técnico	0	0.00%	1	2.13%	1	2.13%
Profesional	2	4.25%	6	12.76%	0	0.00%
Total	2	4.25%	23	48.94%	22	46.81%

Fuente: Cuestionario del nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar aplicado, 2014

GRÁFICO N° 14



Fuente: Tabla N° 14

Los estudiantes tienen un nivel de conocimiento medio en mayor porcentaje, representando un 17.02%, seguido con el mismo nivel de conocimiento de los profesionales haciendo un 12.76%, mientras que los choferes solo poseen un nivel de conocimiento bajo con un 8.51%.

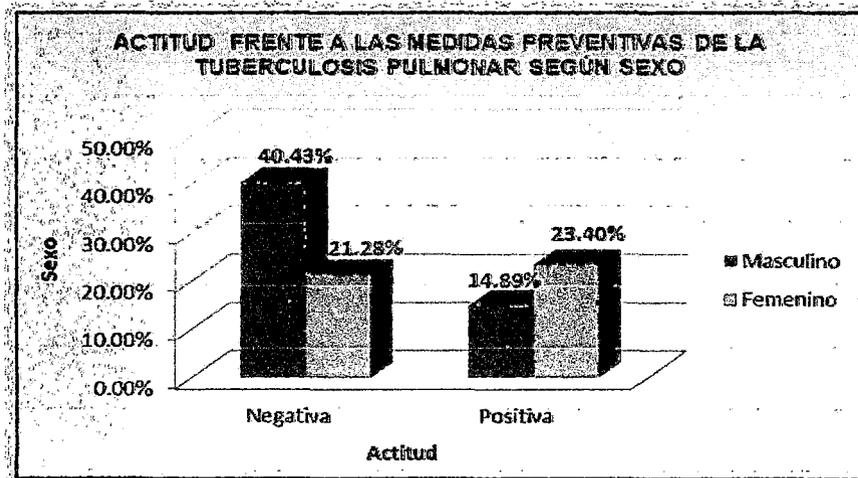
TABLA N° 15

ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN SEXO EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA - HUANCVELICA 2014.

SEXO	ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN SEXO			
	Negativa		Positiva	
	fi	f%	fi	f%
Masculino	19	40.43%	7	14.89%
Femenino	10	21.28%	11	23.40%
Total	29	61.70%	18	38.30%

Fuente: Escala tipo Likert de la actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar aplicado, 2014.

GRÁFICO N° 15



Fuente: Tabla N° 15

En el presente gráfico se observa: que en gran porcentaje del sexo masculino tienen una actitud negativa con un 40.43%, mientras que del sexo femenino tienen una actitud positiva en mayor porcentaje con un 23.40%, indicándonos que los del sexo femenino tienen una actitud positiva frente a los del sexo masculino.

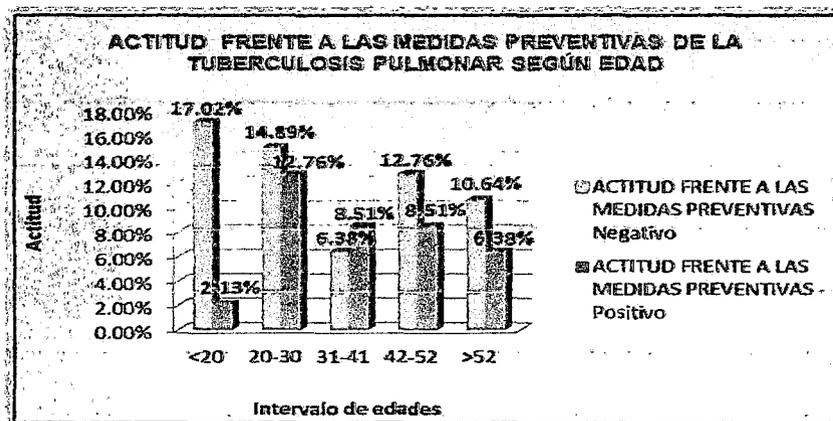
TABLA N° 16

ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN EDAD EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORRED DE SANTA ANA - HUANCAVELICA 2014.

EADADES	ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN EDAD			
	Negativa		Positiva	
	fi	f%	fi	f%
<20	8	17.02%	1	2.13%
20-30	7	14.89%	6	12.76%
31-41	3	6.38%	4	8.51%
42-52	6	12.76%	4	8.51%
>52	5	10.64%	3	6.38%
Total	29	61.70%	18	38.30%

Fuente: Escala tipo Likert de la actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar aplicado, 2014.

GRAFICO N° 16



Fuente: Tabla N° 16

En el presente gráfico se observa: En menores de 20 años tienen un actitud negativa en gran porcentaje con un 17.02%, mientras que en el intervalo de edades de 31 a 41 años a diferencia de los demás grupos etarios, presentan una actitud positiva en mayor porcentaje con un 8.51%.

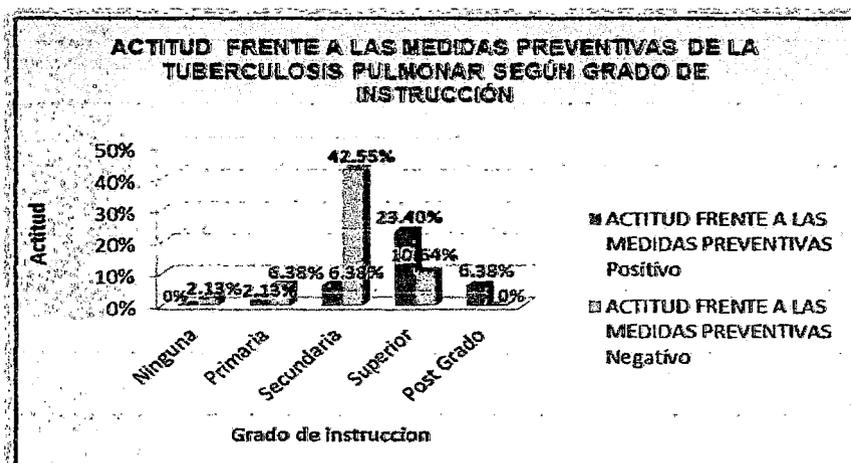
TABLA N° 17

ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA - HUANCVELICA 2014.

GRADO DE INSTRUCCION	ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN			
	Negativo		Positivo	
	fi	f%	fi	f%
Ninguna	1	2.13%	0	0.00%
Primaria	3	6.38%	1	2.13%
Secundaria	20	42.55%	3	6.38%
Superior	5	10.64%	11	23.40%
Post Grado	0	0.00%	3	6.38%
TOTAL	29	61.70%	18	38.30%

Fuente: Escala tipo Likert de la actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar aplicado, 2014.

GRÁFICO N° 17



Fuente: Tabla N° 17

En el presente gráfico se observa: Los que cuentan con secundaria, presentan una actitud negativa en mayor porcentaje representando un 42.55%, mientras que en su totalidad los que cuentan con post grado presentan un actitud positiva representando un 23.40%.

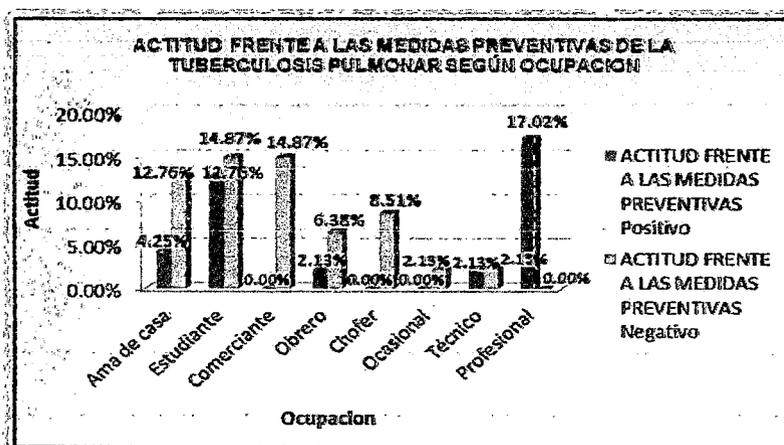
TABLA N° 18

ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN OCUPACION EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCION Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORRED DE SANTA ANA - HUANCVELICA 2014.

OCUPACIÓN	ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN OCUPACION			
	Negativo		Positivo	
	fi	f%	fi	f%
Ama de casa	6	12.76%	2	4.25%
Estudiante	7	14.87%	6	12.76%
Comerciante	7	14.87%	0	0.00%
Obrero	3	6.38%	1	2.13%
Chofer	4	8.51%	0	0.00%
Ocasional	1	2.13%	0	0.00%
Técnico	1	2.13%	1	2.13%
Profesional	0	0.00%	8	17.02%
Total	29	61.70%	18	38.30%

Fuente: Escala tipo Likert de la actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar aplicado, 2014.

GRÁFICO N° 18



Fuente: Tabla N° 18

En el presente gráfico se observa: que en su totalidad los profesionales presentan una actitud positiva en mayor porcentaje representando un 17.02%, mientras que en su totalidad los comerciantes presentan una actitud negativa en mayor porcentaje con un 14.87%.



ANEXO Nº 7



IMÁGENES

Aplicación de los instrumentos de recolección de datos a los familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica.



Aplicación de los instrumentos de recolección de datos a los familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica.



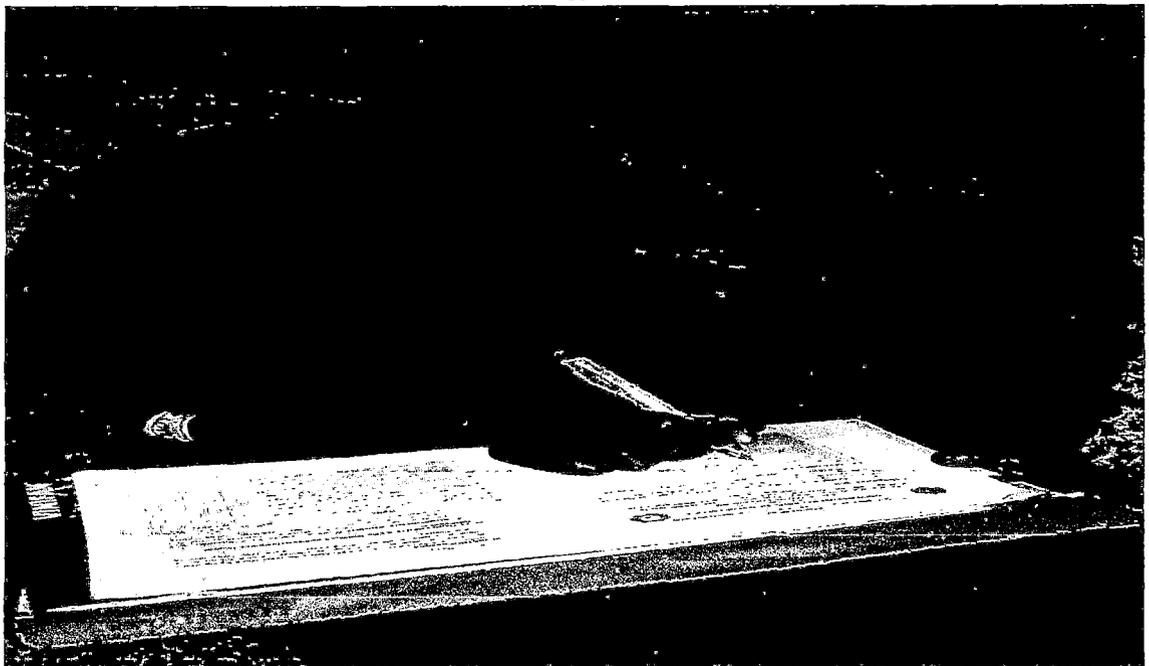
Aplicación de los instrumentos de recolección de datos a los familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica.



Aplicación de los instrumentos de recolección de datos a los familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica.



Aplicación de los instrumentos de recolección de datos a los familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica.



Aplicación de los instrumentos de recolección de datos a los familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica.



Aplicación de los instrumentos de recolección de datos a los familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica.



Aplicación de los instrumentos de recolección de datos a los familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica - firmando consentimiento informado.



ANEXO N° 08

REVISTA CIENTÍFICA DE ENFERMERÍA - RECIEEN

"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR Y ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA - HUANCAVELICA 2014"

"LEVEL OF KNOWLEDGE ON THE ATTITUDE AND PULMONARY TUBERCULOSIS PREVENTIVE MEASURES TO USERS OF FAMILY HEALTH STRATEGY FOR PREVENTION AND CONTROL OF TUBERCULOSIS OF SANTA ANA Microgrid - 2014 HUANCAVELICA"

Sintia ACOSTA HUIZA

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014.

Metodología: El tipo de investigación fue no experimental -observacional; nivel correlacional; diseño no experimental, transversal y correlacional; métodos inductivo, deductivo, estadístico, analítico y bibliográfico.

Resultados: La muestra fue de 47 familiares de los cuales el 46.8%, tiene un nivel de conocimiento bajo sobre la tuberculosis pulmonar de modo que el 44.7% tiene una actitud negativa y el 2.1% una actitud positiva. El 48.9%, tienen un nivel de conocimiento medio o regular, de manera que el 31.9% tiene una actitud positiva y el 17.0% una actitud negativa. El 4.3% tienen un nivel de conocimiento alto, siendo un total de 4.3% que tienen una actitud positiva.

Conclusion: Los familiares de los usuarios de la ESPCT que tienen conocimiento bajo, tienen una

actitud negativa en mayor porcentaje; los que tienen un nivel de conocimiento medio o regular tienen una actitud positiva en mayor porcentaje y los que tienen un conocimiento alto tienen una actitud positiva, por lo que existe relación significativa entre estas variables.

Palabras Claves: Conocimiento, Actitud, medidas preventivas, tuberculosis pulmonar.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the level of knowledge on pulmonary tuberculosis and attitude towards preventive measures in family members from the Health Strategy for Prevention and Control of Tuberculosis in Santa Ana Microred - Huancavelica 2014.

Methodology: The research was not experimental - observational; correlational level; non-experimental, cross-sectional and correlational design; inductive, deductive, statistical, analytical and bibliographic methods.

Results: The sample consisted of 47 families of which 46.8% have a low level of knowledge about pulmonary tuberculosis so that 44.7% have a negative attitude and positive 2.1%. 48.9% have a medium or regular knowledge, so that 31.9% have a positive attitude and 17.0% a negative attitude. 4.3% have a higher level of knowledge, being a total of 4.3% with a positive attitude.

Conclusion: The family ESNPCT users who have little knowledge, have a negative attitude to a greater percentage; those with a medium or regular knowledge have a positive attitude at a higher rate and those with a high knowledge have a positive attitude, so that there is significant relationship between these variables.

Keywords: Knowledge, Attitude, Preventive measures, pulmonary tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad transmisible, causa común de enfermedad y muerte en todo el mundo, producida por especies del género *Mycobacterium*. Aunque puede afectar prácticamente

a cualquier órgano, la forma más frecuente es la pulmonar. Se transmite de persona a persona por inhalación de aerosoles contaminados por el bacilo, que han sido eliminados por los individuos enfermos al toser, hablar o estornudar.

Convirtiéndose en un problema de salud pública y económica a nivel mundial y nacional. A pesar de los progresos logrados en las últimas décadas en la lucha contra esta enfermedad que aún persiste en el ser humano. En estos progresos ha influido decisivamente la creación de alianzas, el consenso en las políticas y estrategias para luchar contra esta enfermedad y la mejora de la planificación a nivel mundial, nacional y regional.

La Microred de Santa Ana, del distrito de Huancavelica comprendida por sus diferentes centros y puestos de salud, con población en la zona urbana y periurbana respectivamente, donde los casos de tuberculosis son significativos. Esto debido a que los estilos de vida de estas personas están condicionadas por algunos factores, entre ellos: desnutrición, hacinamiento, personas inmuno deprimidas, entre otras que afectan su calidad de vida, creando riesgos y algunas veces responsables de la transmisión esta enfermedad a miembros del grupo familiar y la comunidad.

El presente trabajo, nos permitirá acercarnos más a las condiciones en las que afrontan los familiares de los usuarios con tuberculosis esta enfermedad, por lo que los resultados permitirán a las autoridades comprometidas con la salud como la Microred de Santa Ana, DIRESA asumir estrategias a fin de desarrollar capacidades cognitivas, prácticas y actitudinales frente a esta enfermedad, reincidiendo en la promoción de salud para disminuir la incidencia de tuberculosis en nuestra población y mejorar la calidad de vida del poblador. El objetivo de este estudio es determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana - Huancavelica 2014, el tipo de investigación al que corresponde es el no experimental - observacional. El nivel de investigación es el correlacional y el método corresponde al inductivo, deductivo, estadístico, analítico y bibliográfico. El diseño bajo el cual se realizara la investigación es el no experimental, transversal y correlacional; la población está constituida por los familiares que conviven con el

usuario con tuberculosis pertenecientes a la Microred de Santa Ana de la ciudad de Huancavelica, la muestra lo constituirá los mismos familiares. Para una mejor comprensión el trabajo consta de cuatro capítulos que describimos a continuación; CAPITULO I: Planteamiento del problema. CAPITULO II: Marco de referencias. CAPITULO III: Marco metodológico. CAPITULO IV: Aspecto administrativo. También se encuentra la bibliografía y anexos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de investigación: El presente trabajo es de tipo no experimental - observacional.

Nivel de investigación: Correlacional.

Método de investigación: Inductivo, deductivo, estadístico, analítico y bibliográfico.

Técnica e instrumento de recolección de datos:

VARIABLE	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar.	Encuesta.	Cuestionario
Actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar.	Observación.	Escala tipo Likert.

Diseño de investigación:

El Diseño de Investigación No Experimental Transversal y correlacional.

Población muestral: constituida por 47 familiares.

Técnicas de procesamiento y análisis de datos:

Estadística descriptiva e inferencial. Paquete estadístico IBM SPSS statistics Vers. 22.0, Hoja de cálculo de Microsoft Office Excel 2013.

RESULTADOS

TABLA N° 01: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA - HUANCVELICA 2014.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR	fi	f%
Alto	2	4.26%
Medio	23	48.94%
Bajo	22	46.81%
Total:	47	100.00%

Fuente: Cuestionario del nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar aplicado, 2014.

En el presente gráfico se observa, que el 48.9% de los familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis, tienen un nivel de conocimiento medio o regular sobre la tuberculosis pulmonar, el 46.8% tienen un nivel de conocimiento bajo y el 4.3 % tienen un nivel de conocimiento alto.

TABLA N° 02: ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA - HUANCVELICA 2014.

ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR	fi	f%
Negativo	29	61,7%
Positivo	18	39,3%
Total	47	100,00%

Fuente: Escala tipo Likert de la actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar aplicado, 2014.

En el presente gráfico se observa, que el 61.7% de los familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis, tienen una actitud negativa frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar y el 38.3% tienen una actitud positiva.

TABLA N° 03: ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN COMPONENTE COGNITIVO EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA - HUANCVELICA 2014.

ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN COMPONENTE COGNITIVO	fi	f%
Negativo	30	63,8%
Positivo	17	36,2%
Total	47	100%

Fuente: Escala tipo Likert de la actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar aplicado, 2014.

En el presente gráfico se observa, que el 63.8% de los familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis, en el componente cognitivo de la actitud es negativa frente a las medidas preventivas de la tuberculosis

pulmonar y el 36.2% en el componente cognitivo de la actitud es positiva.

TABLA N° 04: ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR COMPONENTE AFECTIVO EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA - HUANCVELICA 2014.

ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR COMPONENTE AFECTIVO	fi	f%
Negativo	32	68,1%
Positivo	15	31,9%
Total	47	100%

Fuente: Escala tipo Likert de la actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar aplicado, 2014.

En el presente gráfico se observa, que el 68.1% de los familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis, en el componente afectivo de la actitud es negativa frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar y el 31.9% en el componente afectivo de la actitud es positiva.

TABLA N° 05: ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR COMPONENTE CONDUCTUAL EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA - HUANCVELICA 2014.

ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR COMPONENTE CONDUCTUAL	fi	f%
Negativo	30	63,8%
Positivo	17	36,2%
Total	47	100,00%

Fuente: Escala tipo Likert de la actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar aplicado, 2014.

En el presente gráfico se observa, que el 63.8% de los familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis, tienen una actitud negativa frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar y el 36.2% tienen una actitud positiva.

TABLA N° 06: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR Y ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA - HUANCVELICA 2014.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR	ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR			
	Negativo		Positivo	
	fi	%	fi	%
Alto	0	0.0%	2	4.3%
Medio	8	17.0%	15	31.9%
Bajo	21	44.7%	1	2.1%
Total	29	61.7%	18	39.3%

Fuente: Cuestionario del nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar aplicado, 2014. Escala tipo Likert de la actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar aplicado, 2014.

En el presente gráfico se observa, que el 46.8% de los familiares de los usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis, tienen un nivel de conocimiento bajo sobre la tuberculosis pulmonar pues el 44.7% tiene una actitud negativa frente a las medidas preventivas y el 2.1% que representa una actitud positiva. El 48.9%, tienen un nivel de conocimiento medio o regular, pues el 31.9% tiene una actitud positiva y el 17.0% que representa una actitud negativa. El 4.3% tienen un nivel de conocimiento alto, pues siendo un total de 4.3% que tienen una actitud positiva.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Los familiares que constituyen un soporte para el paciente que acude a la ESPCT, por lo que tienen un mayor riesgo a enfermar de tuberculosis debido a que presentan una relación más estrecha con este. En los resultados de esta investigación se evidencia que el 4.3% tienen un nivel de conocimiento alto sobre la tuberculosis pulmonar, el 48.9% medio y el 46.8% bajo. Pues el grado de instrucción, ocupación, la edad y el sexo que el familiar presenta mostro asociación estadística con en el nivel de conocimiento que poseen. Los cuales se corrobora con el trabajo: Conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente Lima - 2009. Concluyendo que el 82.9% de los pacientes obtuvo un conocimiento adecuado sobre la transmisión de la tuberculosis, el 51.4% obtuvo un conocimiento adecuado sobre las medidas preventivas y el 60% fue catalogado con una actitud

adecuada con respecto a su enfermedad. La mayoría de pacientes presentó un nivel adecuado de conocimiento sobre la transmisión de la tuberculosis, existiendo una infravaloración de este conocimiento, En contraparte, encontramos una sobrevaloración del conocimiento sobre las medidas preventivas y aproximadamente sólo la mitad de los pacientes presentó un nivel adecuado de este conocimiento. La actitud de los pacientes con respecto a su enfermedad fue adecuada en la mayoría de casos. No se encontró diferencia significativa del nivel de conocimiento y actitudes de los pacientes por sexo y grado de instrucción. ⁽¹⁰⁾ los resultados de este antecedente de estudio difieren de los resultados obtenidos en la investigación, puede ser debido a que se realizó directamente con los usuarios con tuberculosis multidrogorresistente, que de una manera u otra están más familiarizados con la permanencia de la enfermedad.

Por otro lado según los resultados obtenidos muestran que un 61.7% de los familiares tienen una actitud negativa frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar y el 38.3% una actitud positiva. En el componente cognitivo de la actitud el 63.8% es negativa frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar y el 36.2% es positiva; en el componente afectivo de la actitud el 68.1% es negativa frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar y el 31.9% es positiva; en el componente conductual de la actitud el 63.8% es negativa frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar y el 36.2% es positiva. Pues el grado de instrucción, ocupación, la edad y el sexo que el familiar presenta influyen en la actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar. Lo cual se corrobora con el trabajo: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en indígenas zenúes y habitantes de una zona rural colombiana 2012, concluyendo que en conocimientos, un 76% mostró un grado satisfactorio; en las actitudes, un 77% fue insatisfactorio y un 48% presentó buenas prácticas. No se halló asociación estadística de los CAP con el sexo ni con las creencias religiosas; en la etnia se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos y las prácticas; la edad demostró asociación estadística con los conocimientos y la escolaridad evidenció asociación con las prácticas, concluyendo en que se observó un adecuado conocimiento sobre tuberculosis, en tanto que las actitudes y las prácticas fueron insatisfactorias; los principales factores asociados

con los CAP fueron etnia, edad y escolaridad. ⁽⁹⁾ Estos resultados se asemejan a los resultados obtenidos en el estudio realizado. Con la diferencia de que en la investigación que se realizó si existe relación estadística entre los factores asociados y la actitud frente a las medidas preventivas de la tuberculosis pulmonar.

Con respecto a la relación entre variables de nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y actitud frente a las medidas preventivas, según los resultados obtenidos: El 46.8%, tiene un nivel de conocimiento bajo sobre la tuberculosis pulmonar de modo que el 44.7% tiene una actitud negativa y el 2.1% una actitud positiva. El 48.9%, tienen un nivel de conocimiento medio o regular, de manera que el 31.9% tiene una actitud positiva y el 17.0% una actitud negativa. El 4.3% tienen un nivel de conocimiento alto, siendo en total el 4.3% que tienen una actitud positiva. Por lo que existe relación significativa entre estas variables. Pues el grado de instrucción, ocupación, la edad y el sexo que el familiar presenta mostro asociación estadística con en el nivel de conocimiento y por lo tanto en sus actitudes. Al aplicar la prueba de chi - cuadrado, fue aprobada la hipótesis alterna, es decir que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la ESPCT. Se corrobora con el trabajo: Relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre medidas preventivas frente a la tuberculosis pulmonar en escolares del nivel secundario de la Institución Educativa Manuel A. Odría del distrito de Ciudad Nueva Tacna 2012. Obteniendo como resultados que existe relación entre variables, el nivel de conocimiento de los adolescentes es regular con un 52,6%, seguido de 35,1% con un nivel de conocimientos alto frente a un nivel de conocimientos bajo con un 12,3%, las actitudes positivas con un 70,6% frente a un 29,4% de escolares que practican actitudes negativas. ⁽¹¹⁾

Asimismo se respalda con la teoría: Teoría del Modelo de Sistemas Conductuales, en donde el individuo trata de mantener un sistema balanceado, pero la interacción ambiental puede ocasionar inestabilidad y problemas de salud. Un estado de desequilibrio o inestabilidad da por resultado la necesidad de acciones de enfermería, y las acciones de enfermería apropiadas son responsables del mantenimiento o restablecimiento del equilibrio y la

estabilidad del sistema de comportamiento. Enfermería es una fuerza reguladora externa que actúa para preservar la organización e integración del comportamiento del paciente en un nivel óptimo bajo condiciones en las cuales el comportamiento constituye una amenaza para la salud física o social, o en las que se encuentra una enfermedad. ⁽¹⁴⁾ Para lo cual la principal función del personal de salud es fortalecer el conocimiento a través de las diferentes estrategias de intervención multisectorial y de este modo mejorar la actitud frente a las medidas preventivas de la población y que este ponga en práctica en su vida cotidiana, con la finalidad de prevenir nuevos casos.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Comstock G. The International Tuberculosis Campaign: a pioneering venture in mass vaccination and research. 1ra ed. Loa Angeles Clín Infect Dis; 1994.
2. Organización Mundial de Salud. Situación de la tuberculosis en el mundo. Panama; 2014.
3. Ministerio de Salud. Situación de la tuberculosis en el Perú. Lima: Minsa; 2013.
4. Dirección de Estadística e Informática de la Dirección Regional de Salud Huancavelica. Reporte HIS. Huancavelica como departamento y distrito; 2009 – 2013.
5. Ortiz Espinar, O. Estrategia Sanitaria de la Prevención y Control de la Tuberculosis - Dirección Regional de Salud. Huancavelica; 2014.
6. Dirección de Estadística e Informática de la Microred Santa Ana. Reporte HIS. Huancavelica; 2009 – 2013.
7. Kerlinger F, Lee H. Investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales. 4ta ed. Mexico DF: McGraw – Hill/Interamericana; 2009.
8. Instituto Peruano de Economía. Cifras de inversión en gastos por tratamiento de tuberculosis. Lima; 2013.
9. Cardona Arias, Jaiberth Antonio, Hernández Petro, Angélica María. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en indígenas zenúes y habitantes de una zona rural colombiana 2012. Rev Cienc Salud 2013; 11 (2): 159-173.
10. Laurente J, Remuzgo F, Gallardo J, Taype L, Huapaya J, Carrillo J, et al. Conocimiento y

- actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente. Lima - Perú 2009.
11. Factor C. Relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre medidas preventivas frente a la tuberculosis pulmonar en escolares del nivel secundario de la Institución Educativa Manuel A. Odría del distrito de Ciudad Nueva Tacna 2012. [Tesis para optar el grado de licenciada]. Tacna; publicado Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013.
 12. Felipe Castellanos M, Quino Antesana D. Autocuidado que practican los usuarios que reciben tratamiento antituberculoso en el Centro de Salud Santa Ana. [Tesis para optar el grado de licenciada]. Huancavelica: publicado Universidad Nacional de Huancavelica; 2013.
 13. Ccora R, Meza C. Comportamiento epidemiológico y clínico de la tuberculosis en pacientes atendidos en el Centro de Salud Santa Ana. [Tesis para optar el grado de licenciada]. Huancavelica: publicado Universidad Nacional de Huancavelica; 2013.
 14. Marriner A. Modelos y Teorías de Enfermería. 4ta ed. HARCOURT BRACE. España; 1999.
 15. Cisneros G. Fanny Introducción a los Modelos y Teorías de Enfermería [sitio web]. Paris; 2002 [Consultado 8 de enero de 2014] disponible en: <http://www.bnm.me.gov.ar/cgi-bin/wxis.exe/opac/?IsisScript=opac/opac.xis&dbn=BINAM&tb=aut&src=link&query=WALLON,%20HENRI&cantidad=&formato=&sala=1>
 16. Wallon H. Psicología aplicada. Buenos Aires: Librería Hachette; 1999.
 17. Ortego Maté M, López González S, Álvarez Trigueros M. Tema Las actitudes I. Ciencias psicosociales 2011; 28(05): 3-5.
 18. Hernandez R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 5ta ed. México D.F.: Mc Graw - Hill Interamericana; 2010.
 19. Ramírez Rivera N, Cocotle Ronzón B, Méndez Pérez A., Arenas Benhumea J. Mycobacterium tuberculosis su pared celular y la utilidad diagnóstica de las proteínas 16 y 38 kDa. Departamento de Patología experimental 2006; 46(12): 16-18.
 20. Lozano J. Patogenia, diagnóstico y tratamiento de tbc[sitio web]. Bogota; 2008 [Consultado 18 de enero de 2014] disponible en <http://www.doymafarma.com>
 21. Norma Técnica. Directiva sanitaria para la notificación de casos en la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis. Lima; 2013.
 22. Dieterich H. Nueva Guía para la Investigación Científica. México D.F.: Ariel; 2006.
 23. Carrasco S. Metodología de la investigación científica. Perú: 1ra ed. San Marcos; 2005
 24. Centty D. Manual Metodológico para el Investigador Científico. Consultores NM-I, editor. Arequipa: UNSA - Facultad de Economía; 2006.
 25. Gonzales C, Lavin Y, Lorenzo C. Metodología de la Investigación Científica para las Ciencias Técnicas: Análisis y Procesamiento de Datos y Presentación de Resultados. 3ra ed. Cuba - Universidad de Matanzas; 2011.