



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**INFORME DE TESIS**

“Relación entre Nivel de Conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y Actitud hacia el Tratamiento - Usuario Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011”

**Para obtener el Título Profesional de:**

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**Autores:**

**BACH. Rolando Pérez Villacorta.**

**BACH. Adrian Miranda Lozano.**

**Asesora:**

**Lic. M.Sc. Juanita Olga López Llontop**

Tarapoto - Perú

2012

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TESIS**

“Relación entre Nivel de Conocimientos sobre Tuberculosis Pulmonar y Actitud hacia el Tratamiento – Usuario Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011”

**JURADO CALIFICADOR:**

-----  
Presidente

Mcbigo. M.Sc. Heriberto  
Arévalo Ramírez.

-----  
Miembro

Obsta. Mg. Pedro  
Vargas Rodríguez.

-----  
Miembro

Obsta. M.Sc. Ángel  
Delgado Ríos

## **DEDICATORIA**

Con profundo cariño y eterna gratitud a Dios por regalarnos la vida, porque es el ser quien siempre está a nuestro lado aunque todo el mundo nos hubiese abandonado.

A mi querida MADRE y familiares quienes desinteresadamente me brindaron su apoyo tanto económico, como moral, para así lograr mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí un excelente profesional.

### **ROLANDO.**

Este presente informe de tesis, lo dedico a mi querida MADRE, que con su esfuerzo, sacrificio, y su ayuda incondicional he podido culminar el presente informe de tesis que me permitirá optar mi título profesional, a mi PADRE, que es mi ejemplo a seguir, por su deseo de superación a pesar de las dificultades que presenta la vida.

A DIOS: Por dármele iluminación, salud y las fuerzas necesarias para culminar satisfactoriamente mi curso complementación modalidad tesis.

**ADRIAN.**

## AGRADECIMIENTO

### **A Dios.**

Por permitirnos llegar a este momento tan especial en nuestras vidas. Por los triunfos y los momentos difíciles que nos han enseñado a valorarte cada día más.

**A mis Familiares.** Gracias a todos mis tíos y tías que directamente nos impulsaron para llegar hasta este lugar, a todos nuestros familiares que nos resulta muy difícil poder nombrarlos en tan poco espacio, sin embargo ustedes saben quiénes son.

**A mis maestros.** Gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que nos transmitieron en el desarrollo de nuestra formación profesional, en especial: a la **Lic. M.Sc. Juanita Olga López Llontop**, y al docente en estadística Edwin Hernández Torres, por habernos guiado en el desarrollo de este trabajo y llegar a la culminación del mismo.

**A mis amigos.** Que gracias al equipo que formamos logramos llegar hasta el final del camino y que hasta el momento, seguimos siendo amigos

A la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN** y en especial a la Facultad de ciencias de la salud que nos dieron la oportunidad de formar parte de ellas.

Al **HOSPITAL II - 1 MOYOBAMBA** que nos abrió las puertas para realizar nuestro trabajo de investigación.

¡Gracias!

**Los Autores.**

## INDICE

	PAG.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
INDICE.....	iii
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vii
<b>CAPITULO I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>01</b>
1.1. CARACTERIZACION Y DELIMITACIONES DEL PROBLEMA.....	01
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA .....	04
1.3. OBJETIVOS.....	04
1.4. JUSTIFICACION .....	05
<b>CAPITULO II. MARCO TEORICO.....</b>	<b>08</b>
2.1. ANTECEDENTES.....	08
2.2. BASE TEORICA.....	15
2.3. DEFINICION CONCEPTUAL.....	40
<b>CAPITULO III. MARCO METODOLOGICO.....</b>	<b>42</b>
3.1. FORMULACION DE LA HIPOTESIS.....	42
3.2. IDENTIFICACION DE VARIABLES.....	42
3.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	42
3.4. TIPO DE ESTUDIO.....	45
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACION.....	45
3.6. POBLACION Y MUESTRA.....	46
3.7. PROCEDIMIENTOS Y RECOLECCION DE DATOS.....	47
3.8. METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	49

<b>CAPITULO IV. RESULTADOS.....</b>	<b>52</b>
<b>CAPITULO V. DISCUSION.....</b>	<b>63</b>
<b>CAPITULO VI. CONCLUSIONES.....</b>	<b>67</b>
<b>CAPITULO VII. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>68</b>
<b>CAPITULO VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>73</b>

## RESUMEN

El presente estudio se realizó para determinar la Relación entre Nivel de Conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y la Actitud hacia el Tratamiento del Usuario de la Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011”

El diseño del estudio es descriptivo correlacional de corte transversal, prospectivo. La muestra, no probabilística por conveniencia fue de 60 usuarios de la ESCTBC quienes cumplieron con los criterios de inclusión. Se empleo el método cuantitativo utilizando un cuestionario de veinte preguntas con 5 alternativas de respuesta que midieron el conocimiento en las dimensiones de medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis; y un test cuestionario de veinte preguntas con escala tipo Lickert, en las dimensiones de la actitud: hacia el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas con 3 alternativas de respuesta, para medir la actitud del usuario de la ESCTBC hacia el tratamiento. El procesamiento de los datos para el análisis estadístico descriptivo se efectuó en el programa Excel 2010, y el análisis para la comprobación de hipótesis con la prueba de correlación de PEARSON con el paquete estadístico SPSS 17.0

Los resultados demuestran que la mayoría de los pacientes con tuberculosis pulmonar presentan un nivel de conocimientos alto (76.3%) y medio (23.3%) sobre el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas, y una actitud de aprobación (88.3%) y una actitud indiferencia (11.7%) no encontrándose actitud de rechazo en ninguno de ellos. La prueba de correlación de pearson demuestran una relación directamente significativa ( $p=0.684$ ) que acepta nuestra hipótesis de estudio. **Conclusiones:** El nivel de conocimientos sobre medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento de la TBC (alto y medio) tiene una relación

significativa ( $p < 0.05$ ) con la actitud (de aceptación e indiferencia) hacia el tratamiento por el usuario de la Estrategia Sanitaria de TBC, por lo que se recomienda mantener y mejorar los módulos educativos para el usuario que ingresa a la ESCTBC, a fin de mejorar la actitud hacia ella.

**PALABRAS CLAVES:** Conocimientos, Actitudes, Estrategia Sanitaria de Control de la Tuberculosis.

## ABSTRACT

This study was undertaken to determine the relationship between level of knowledge on pulmonary tuberculosis and Attitude User Treatment of Tuberculosis Control Health Strategy - Hospital II-1 Moyobamba. July-December 2011"

The study design was descriptive correlational cross-sectional, prospective study. The sample, non-probabilistic convenience was 60 ESCTBC users who met the inclusion criteria. Quantitative method was employed using a questionnaire of twenty questions with 5 response options measuring knowledge in the dimensions of prevention, diagnosis and treatment of tuberculosis, and a test questionnaire of twenty questions with Lickert scale, dimensions the attitude: towards drug treatment, home care and preventive measures with 3 possible answers, to measure the user's attitude toward treatment ESCTBC. The processing of data for the descriptive statistical analysis was performed in Excel 2010, and analysis for hypothesis testing with Pearson correlation test with SPSS 17.0

The results show that the majority of patients with pulmonary tuberculosis have a high level of knowledge (76.3%) and medium (23.3%) of drug treatment, home care and preventive measures, and an attitude of approval (88.3%) and an attitude of indifference (11.7%) negative attitude not found in any of them. The Pearson correlation test showed a significant direct relationship ( $p = 0,684$ ) who accepts our study hypothesis. Conclusions: The level of knowledge about prevention, diagnosis and treatment of TB (high and medium) has a significant ( $p < 0.05$ ) with the attitude (of acceptance and indifference) to the treatment by the user of the Health Strategy TB, so it is recommended to maintain and improve educational modules for the user who enters the ESCTBC, in order to improve the attitude towards it.

**KEYWORDS:** Knowledge, Attitudes, Health Strategy for TB Control.

## CAPITULO I

### INTRODUCCIÓN

#### 1.1. Caracterización y Delimitaciones del problema

La Tuberculosis es una de las enfermedades infectocontagiosas de mayor incidencia en la población del mundo y un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, a nivel mundial cada año, 8 millones de personas se enferman con la tuberculosis pulmonar, y 2 millones de personas mueren de la enfermedad a escala mundial, el 98 % de ellos pertenecientes a países pobres (13).

“La Tuberculosis fue declarada en 1993 como una “emergencia sanitaria mundial” debido a su magnitud como problema de salud pública” (14).

En el 2006, los casos de tuberculosis pulmonar notificados fueron 20 533, la tasa de morbilidad fue de 77.4/100 000 habitantes, siendo el grupo etáreo de los adolescentes y adultos jóvenes los mayormente afectados y por tanto su capacidad de producción disminuida, situación alarmante en la economía del país, por lo cual es considerado un problema de salud pública surgiendo así la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis como respuesta a esta realidad, cuyo objetivo es brindar atención integral a la persona, familia y comunidad con riesgo a enfermar y morir por tuberculosis (15).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Tuberculosis En el 2008, tenía 9,4 millones de personas que contrajeron la enfermedad y 1,8 millones de estas personas fallecieron. Si consideramos que la tasa de crecimiento anual hasta el año 2008 fue de un 5.7%, entonces estimamos que el número infectados asciende a 11'100,762 millones de personas con Tuberculosis pulmonar en el mundo (16).

Frente a esta problemática la OMS, inicia una 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 2011-2015 presentado en octubre de 2010. Este nuevo plan señala por vez primera las lagunas de investigación que deberán colmarse para sacar al mercado pruebas de diagnóstico rápido de la enfermedad, regímenes terapéuticos más cortos y una vacuna plenamente eficaz. (16).

Asimismo, la OPS según estimaciones recientes refiere que “cada año mueren tres millones de personas a consecuencia de esta enfermedad y un tercio de la población se encuentra infectada por el bacilo tuberculoso”. (17).

En países desarrollados, entre el 50% y 60% de los usuarios no cumplen el tratamiento médico, cuya razón aún no encuentra una respuesta satisfactoria. El abandono al tratamiento es uno de los

factores más importantes que condicionan cepas más resistentes, lo que determina la transmisión prolongada de *M. Tuberculosis*; traduciéndose en aumento de la incidencia y mortalidad (18).

Este panorama es más crítico en el Perú 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, poca accesibilidad a los servicios de salud, deficiente educación para la salud y estrés social (15).

Situaciones similares se observa en los establecimientos de salud de San Martín y todo el país. En el Hospital II-1 Moyobamba existe un gran número de pacientes con tuberculosis pulmonar registrados en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis (18).

Con respecto al conocimiento y las actitudes; se dice que es la reproducción de la realidad en el cerebro humano, que se manifiesta bajo la forma de pensamiento y que en última instancia es determinado por la actividad práctica (12).

Teniendo presente que la educación 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 y que el conocimiento hace que los individuos identifiquen tempranamente las enfermedades y tengan mayor interés en tomar medidas al respecto, lo cual se traduce en que actuarán teniendo en cuenta las medidas preventivas. Asimismo la carencia de conocimientos y de información puede determinar el comportamiento equivocado y erróneas valorizaciones con respecto a la salud (12).

## **1.2. Formulación del Problema**

¿Cuál es la Relación entre el Nivel de Conocimientos sobre Tuberculosis Pulmonar y la Actitud de los Usuarios ESCTBC hacia el Tratamiento. Hospital II-1 Moyobamba. Julio – Diciembre 2011?

## **1.3. Objetivos**

### **- Objetivo general**

Determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y la actitud de los Usuarios ESCTBC hacia el Tratamiento. Hospital II-1 Moyobamba. Julio – Diciembre 2011.

### **- Objetivos específicos:**

- Identificar características socioeconómicas-demográficas de la población de estudio.
- Determinar el nivel de conocimientos sobre Tuberculosis pulmonar según dimensiones en la población de estudio.

- Determinar el tipo de actitud hacia el tratamiento de tuberculosis pulmonar que tienen los usuarios según dimensiones en la ESCTBC
- Describir la relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y la actitud de los Usuarios ESCTBC hacia el Tratamiento de tuberculosis pulmonar.

#### **1.4. Justificación**

En este marco, el estudio de investigación es relevante porque analiza un problema de salud pública, en el cual el enfermero cumple un rol protagónico dentro de la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis, donde en su mayoría se considera al usuario como un ente exclusivamente biológico y por lo tanto la actividad predominante es la administración del tratamiento farmacológico y desestiman la estrategia de la información, educación, comunicación en el cuidado que como persona integral debe tener todo usuario de salud.

Considerando que en la Región San Martín y específicamente la provincia de Moyobamba la incidencia de Tuberculosis Pulmonar es alta, la misma que se evidencia en los casos reportados por el Hospital II-1 Moyobamba, en la que reporta un caso que llamó nuestra atención: una paciente de 19 años en el primer trimestre de gestación, que recibía tratamiento antituberculoso en el esquema I, que fue contagiada por su madre con quien compartía un solo dormitorio más seis miembros de la familia, así como los utensilios

de hogar. Ella no cumplía con regularidad el tratamiento farmacológico porque refería sentirse cansada algunas veces, por lo cual no acudía al centro de salud agravando la enfermedad.

La tuberculosis es calificada como un problema de trascendencia social, fundamento epidemiológico que exige la participación efectiva de cada uno de los usuarios, sus familias y comunidad para su erradicación.

Así como el caso que vimos, en la ciudad de Moyobamba, en toda la región existen muchos casos que requieren una atención integral para un tratamiento efectivo.

Por lo que consideramos importante determinar el nivel de conocimientos sobre Tuberculosis Pulmonar que tienen las usuarias ESCTBC y la relación con la actitud hacia el tratamiento, este estudio permitirá conocer si se logran los objetivos protocolizados en el tratamiento terapéutico del componente educativo que el personal de Salud realiza en la estrategia Sanitaria de Control de la TBC, y si este componente educativo tiene efecto en la actitud de aceptación del usuario para su tratamiento.

Este proyecto es viable porque en el establecimiento de salud del MINSA-Moyobamba existe el programa ESCTBC con Base de Datos de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar, lo que permitiría recolectar la información necesaria para acceder al usuario.

Es pertinente porque mientras en el mundo la pobreza mantenga los índices que tiene, especialmente en los países latinoamericanos, donde la exclusión de los más pobres sigue siendo un determinante de la salud, no sólo habrá enfermedades emergentes sino también las reemergentes como la Tuberculosis, donde los indicadores por multidrogoresistencia se incrementan.

Es relevante, porque en el Departamento de San Martín y específicamente en Moyobamba, donde la prevalencia de multidrogoresistencia está vinculada al abandono del tratamiento.

Por lo antes expuesto, creímos de gran importancia determinar si el incremento en el conocimiento sobre la enfermedad dará como beneficio un cambio de actitud hacia una mejor aceptación del tratamiento, pese a sus reacciones y molestias planteándonos la siguiente pregunta.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1. Antecedentes

Según el estudio: Creencias y actitudes del personal de salud frente a la tuberculosis; con el objetivo de identificar las creencias y actitudes en relación a la TBC en trabajadores de la salud de una localidad de Bogotá, con la aplicación de un instrumento a 202 trabajadores de la salud durante el periodo de Marzo a Agosto de 2010. Resultados: Se encontró que el 32,0% de trabajadores considera la enfermedad transmisible hasta 2 a 3 semanas de iniciado el tratamiento. El 25,0% de los participantes refirieron que la enfermedad continúa siendo transmisible a pesar del tratamiento. El 48,5% de los trabajadores respondieron que se sentirían bien al atender a un paciente con TB y el 51,5% estarían indecisos y/o no se sentirían bien. Los datos preliminares verifican que persisten creencias y actitudes erróneas en relación a la TB, lo cual puede afectar la detección precoz y la adherencia al tratamiento (1).

En un trabajo de investigación realizado en Veracruz - México titulado: “Conocimiento de tuberculosis pulmonar en pacientes y sus contactos en Veracruz, México” con el objetivo: Conocer el nivel de conocimiento de la tuberculosis pulmonar tanto de los pacientes como de sus contactos, con una metodología de estudio tipo descriptivo-transversal, a partir de la aplicación de un instrumento a 69 pacientes con tuberculosis pulmonar. Y llegando a las siguientes conclusiones: “que la población tiene un

conocimiento medio sobre tuberculosis y su conocimiento en prevención es bajo (2).

En Nicaragua también se realizó un trabajo titulado “Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo”, cuyo objetivo fue: Identificar factores relacionados con el abandono (deserción) del tratamiento de la tuberculosis en centros de salud de los departamentos de Managua y Matagalpa, en Nicaragua. Métodos. Se diseñó un estudio de casos y testigos pareados por edad y por municipio de tratamiento. Se seleccionaron como casos 251 pacientes mayores de 15 años que abandonaron el tratamiento antituberculoso y como testigos pacientes que concluyeron la farmacoterapia, durante el periodo de enero de 1998 a diciembre de 2001. Se obtuvieron datos de aspectos demográficos y socioeconómicos, hábitos de vida y características de la atención. Las variables se seleccionaron y agruparon utilizando un modelo teórico jerarquizado. Por medio de un análisis de regresión logística condicional, se estimó la razón de posibilidades, con un intervalo de confianza de 95%. dandonos los siguientes resultados. Son factores de riesgo de abandono de la farmacoterapia antituberculosa: sexo masculino (OR: 2,51; IC 95%: 1,63 a 3,94), residencia inestable o en la calle (OR: 3,08; IC 95%: 1,57 a 6,49), cambio de domicilio durante el tratamiento (OR: 4,22; IC95%: 2,06 a 9,93), consumo de bebidas alcohólicas (OR: 5,25; IC95%: 2,43 a 12,94), uso de drogas ilícitas (OR: 5,25; IC95%: 2,43 a 12,94), dificultad de acceso a los servicios de salud (OR: 2,64; IC95%: 1,39 a 5,29) y un concepto negativo de la atención recibida (OR: 5,33; IC95%: 1,52 a

28,56). Llegando a la Conclusión. Es indispensable establecer en los servicios de salud medidas que contribuyan a abatir el riesgo de abandono. Es importante recuperar la participación social del sector de la salud mediante acciones de enseñanza a los usuarios que acuden a dicho servicio (3).

Otro estudio realizado en México titulado: La tuberculosis pulmonar en un grupo de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Un enfoque antropológico, con el objetivo de Conocer las causas que influyen en los enfermos para aceptar o rechazar la enfermedad y el tratamiento y, de esta manera proponer una actitud hacia ellos. (4).

Material y métodos: Se entrevistaron a 50 pacientes con tuberculosis pulmonar, hombres y mujeres que estuvieron internados en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en un período de ocho meses; además, se analizaron los datos contenidos en la Hoja de referencia de tuberculosis y el estudio antropológico de esos enfermos. Para conocer la situación de la tuberculosis en el nivel nacional y mundial, se revisaron los datos estadísticos y epidemiológicos. Resultados: Los conceptos e impresiones de salud, enfermedad y tuberculosis se obtuvieron a través de las entrevistas con los usuarios, como también la actitud ante la enfermedad crónica. Conclusiones: Existe una idea generalizada en los usuarios de no haber recibido anteriormente una atención médica correcta y, que los responsables de la salud deben mejorar la comunicación con la población en cuanto a las medidas de prevención y control de la tuberculosis (4).

En Lima también realizaron un estudio titulado “Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el centro de salud “Tablada de Lurín” Noviembre - Diciembre 2005, cuyo objetivo es: Conocer la atención Integral a la persona y familia en riesgo a enfermar y morir por tuberculosis (MINSA, 2001) el estudio es de nivel aplicativo tipo cuantitativo, el método es el Descriptivo de corte transversal, la población en estudio estuvo conformado por los familiares de todos los pacientes que pertenecen al esquema de Retratamiento de Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente (TB MDR) que está compuesta por 16 familiares (uno por paciente); en conclusión: al realizar el Análisis de los Datos Recogidos mediante la aplicación de la Escala Lickert se pudo encontrar que: Existe un porcentaje (62.5%) considerable que tiene una actitud de aceptación seguido de una actitud de indiferencia de 37.5% y 0% de una actitud de rechazo, hacia el Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar; con un porcentaje significativo de dirección positiva (100%) relacionados a aspectos clínicos para el diagnóstico y tratamiento (5).

Por otro lado en la Región de Salud Tacna también se realizó un trabajo titulado: “Impacto de un programa educativo, en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, con respecto a la incidencia de tuberculosis, en zonas de alto riesgo epidemiológico”; cuyo objetivo es determinar cuál es el impacto de un programa Educativo en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población en zonas de alto riesgo epidemiológico, material y métodos: Es un estudio cuasi-experimental con grupo control, con aplicación de encuesta pre y post

intervención. (Medición de incidencia) La población en estudio estuvo constituida por dos distritos de alto riesgo epidemiológico, asignando aleatoriamente la población a ser intervenida con el programa educativo como grupo experimental y sin programa educativo como grupo control. Para la selección de la muestra se realizó por el método probabilístico por conglomerados, bietápico, con intervalo, considerando a la familia como unidad básica de estudio, se consignaron como variables dependiente; el nivel de conocimientos, actitud hacia la enfermedad y prácticas que realiza la población respecto a la tuberculosis, como variables confusoras y clasificatorias; las variables demográficas. Se formuló como propuesta de solución un programa de intervención educativo integral y contó como herramientas los conceptos de Información, Comunicación y Educación con trabajo multisectorial y multidisciplinario de la población llegando a los siguientes resultados: El grupo experimental mostró valores significativamente más altos que el grupo control en las tres variables con un cambio porcentual promedio de +8.5. Se realizó comparación y diferencia de medias de entrada y salida de las tres variables dependientes, confirmando que existe una diferencia significativa en los promedios con un  $p < 0.01$ . Concluyendo que estos resultados nos demuestran que un programa educativo con planes y estrategias de comunicación, información y educación coherentes si logran aumentar el nivel de conocimientos, modifican hacia una actitud positiva y mejora las prácticas de la población hacia el logro de estilos de vida saludables. Respecto a la Incidencia podemos concluir la intervención indica un efecto (6).

Al igual que en el Callao - Perú realizaron un estudio titulado :”Factores socioculturales e institucionales que influyen en el control de los contactos de los pacientes con tuberculosis pulmonar: Centro de Salud Manuel Bonilla – Callao”, con el objetivo de determinar los factores socio-culturales e institucionales que influyen en el control y despistaje de la enfermedad. Por ello se realizó un estudio descriptivo de corte transversal que consistió en el diseño y aplicación de una entrevista a un total de 140 contactos entre 15 y 49 años a través de una visita domiciliaria, cuyo resultado demostró que del total de contactos sólo el 60.7% asistieron al control de despistaje de la enfermedad, siendo el sexo femenino (38.6%) las que más asistieron al control. Los de sexo masculino sólo acuden el 22.1%, del grupo de desocupados sólo asistió el 18.6%; el grado de instrucción superior tuvo menor porcentaje de inasistencia; el nivel de conocimiento es de regular (47,1%) a malo (30%) aquellos que no recibieron información sobre el despistaje asistieron en menor porcentaje. Concluyendo que el sexo, la edad, la desocupación; así como el nivel de conocimiento de la enfermedad y la información sobre despistaje a través de la visita domiciliaria, influyen en la detección y tratamiento de los contactos, comprobándose que hay asociación entre los factores socio-culturales e institucionales y el control de contactos en el Programa Control TBC (7).

En Rímac – Perú, también encontramos un estudio titulado Factores personales que influyen en el despistaje de tuberculosis pulmonar, en los contactos: Centro de Salud Villacampa – Rímac cuyo objetivo fue determinar y analizar los factores personales identificados y proporcionar

medidas correctivas que eviten la resistencia de los contactos a las actividades de despistaje. Se realizó un estudio transversal descriptivo sobre los factores personales que influyen en el despistaje de Tuberculosis Pulmonar, a un total de 132 contactos entre 13 a 25 años de edad. Se aplicó la encuesta a través de una visita domiciliaria, que recogió información sobre antecedentes de la enfermedad, costumbres, conocimientos y creencias. El resultado demostró que del total de contactos: sólo el 27% (36) asistieron al control o despistaje de la enfermedad, el 19.04% (12) fueron de sexo masculino y de sexo femenino el 34.7% (24). Los que poseen grado de instrucción bajo, el nivel de conocimiento es malo 83.33%. Las causas de inasistencia al despistaje fueron: 47.27% habían restado importancia a la enfermedad, carencia de medios económicos 15.9%, por razón de vergüenza a la enfermedad 13.3% y el 11.5% por temor al trato poco acogedor del personal del Centro de Salud (8).

Otro estudio encontrado en Lima titulado “Conocimientos acerca de la Tuberculosis Pulmonar que tienen los Familiares de los Pacientes Registrados en el Programa de Control de Tuberculosis del Centro de Salud “Conde la Vega Bajo – Cercado de Lima” con el objetivo de determinar cuál es el nivel de conocimientos que tienen los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar acerca de la tuberculosis pulmonar. Utilizó el método de estudio descriptivo de corte transversal en una población de 29 personas, llegando a la siguiente conclusión:

“Los conocimientos que tienen los familiares acerca de la enfermedad, tratamiento farmacológico, profilaxis y cuidados en el hogar de manera

global es de medio a bajo, lo que limita a que ellos brinden una atención óptima al enfermo, lo que incidirá negativamente en la recuperación del usuario” (9).

Los trabajos de investigación expuestos anteriormente demuestran que existe relación porcentual entre el nivel de conocimientos y las actitudes, lo cual incide positiva o negativamente en la recuperación del usuario. Estos antecedentes contribuyeron con la elaboración de la hipótesis de investigación (9).

## **2.2. Bases Teóricas.**

Definimos la tuberculosis pulmonar como una infección bacteriana causada por el *Mycobacterium Tuberculosis*, también llamado Bacilo de Koch, que es un bastoncito de 2 a 4 micras de longitud y 3 micras de espesor (15).

Su transmisión es a través de los microorganismos que son transportados en gotitas por el aire de 1 a 5 metros, la vía principal de entrada es la vía aérea, a través de la inhalación, la cual se produce cuando el enfermo bacilífero tose, conversa, estornuda o ríe y lanza al exterior aerosoles que contienen la bacteria penetrando hasta los bronquios y alvéolos donde pueden ocasionar la enfermedad dependiendo de las defensas del huésped, el tamaño del inocuo y su virulencia (15).

La tuberculosis es una enfermedad que afecta principalmente a la población con menos recursos, así mismo, existen ciertas condiciones que favorecen su presencia entre las cuales tenemos como más relevantes el hacinamiento y la desnutrición debido a que esta última llega a producir numerosas alteraciones metabólicas afectando también su mecanismo inmunológico y como consecuencia, son más susceptibles de adquirir enfermedades infecciosas (15).

Tras la exposición inicial, se desarrolla una infección tuberculosa localizada, que en la mayoría de los casos cicatriza de forma espontánea. Queda una lesión calcificada (nódulo de Ghon), y la enfermedad clínica puede aparecer muchos años más tarde (15).

Entre las personas con mayor riesgo de tuberculosis se incluyen las inmunocomprometidas, por ejemplo las infectadas por VIH, las que viven bajo condiciones de hacinamiento, por ejemplo en barrios pobres, cárceles, asilos y refugios para desamparados y los adictos a las drogas intravenosas, alcohólicas, desnutridos o ancianos. Además los que viven en contacto íntimo con un afectado por tuberculosis activa es más probable que se contagien y desarrollen la enfermedad. Ello implica en parte la mayor incidencia de tuberculosis de poblaciones pobres y hacinadas (15).

**Manifestaciones clínicas para el Diagnóstico.**

Los síntomas de la enfermedad varían entre unos usuarios y otros, dependiendo de la extensión de la enfermedad. El síntoma más habitual de la tuberculosis pulmonar es la tos. Al principio, la tos puede ser no productiva, pero si la enfermedad progresa sin tratamiento se convierte en productiva, con expectoración hemoptisis, pero la hemorragia sólo se observa en la enfermedad cavitaria extensa. Cuando se afecta el tejido pulmonar próximo a la pleura, aparecerá dolor torácico de tipo pleurítico. Ese dolor suele ser agudo y empeora con la respiración profunda o con la tos. Los enfermos con enfermedad extensa presentan síntomas sistémicos, por ejemplo fiebre, sudores nocturnos, malestar general, pérdida de peso, anorexia y fatiga (9).

**Exámenes diagnósticos:** el diagnóstico de la tuberculosis descansa en diferentes pilares de diferente importancia clínica: la baciloscopía, a través de la muestra de esputo y la radiología.

**Baciloscopía:** la baciloscopía 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 baciloscopía se confirma con una especificidad del 100% (9).

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 (15).

**Radiología (radiografía torácica):** la radiografía de tórax es el método más sensible para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar ya que certifica, con la baciloscopía, 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 (15).

**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 (15).

### **Tratamiento de la Tuberculosis**

Los medicamentos esenciales más utilizados por el CCT del Ministerio de Salud son: Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, Estreptomicina y Etambutol (15).

Se tienen en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosos: capacidad bactericida, capacidad esterilizante y capacidad de prevenir la resistencia (15).

Los medicamentos antituberculosos poseen estas propiedades en grados diferentes. La isoniacida, rifampicina y pirazinamida son los medicamentos bactericidas más potentes, activos contra todas las poblaciones de bacilos tuberculosos. La isoniacida actúa sobre poblaciones de multiplicación continua; la rifampicina interfiere con la duplicación del material genético del *Mycobacterium tuberculosis*, la pirazinamida es activa en medio ácido contra los bacilos que se encuentran en el interior de los macrófagos. Debido al hecho de que estos tres medicamentos (isoniacida, rifampicina y pirazinamida) pueden eliminar al bacilo en cualquier localización extra o intracelular. Se les conoce como el núcleo básico del tratamiento antituberculoso (15).

La estreptomicina tiene también propiedades bactericidas contra ciertas poblaciones de bacilos tuberculosos, y es activa contra los que se encuentran en fase de multiplicación extracelular rápida.

El etambutol es un fármaco bacteriostático que se asocia a medicamentos bactericidas más potentes para evitar la emergencia de bacilos resistentes (15).

El tratamiento farmacológico acortado ha demostrado ser una de las intervenciones sanitarias altamente eficaces en el control de la tuberculosis (15).

Para que esto suceda es importante que los medicamentos que conforman el arsenal terapéutico sean utilizados de manera racional a través de un programa de lucha contra la enfermedad integrado al conjunto de acciones de salud en todos sus niveles (15).

Las condiciones esenciales que debe cumplir la quimioterapia acortada son:

- Tratamientos con asociación de medicamentos de alta eficacia que eviten la selección de mutantes resistentes y, por lo tanto, la aparición de fracasos.
- Tiempo suficiente de tratamiento y con el menor número de tomas que asegure un bajo porcentaje de recaídas.
- Reacciones adversas mínimas que permita ser más aceptable por parte de los enfermos.
- Administración de medicamentos bajo estricta supervisión que garantice el cumplimiento del tratamiento. Este es el factor más importante para la curación de todas las personas enfermas, lo cual es la base del programa de control.

Debido a las connotaciones sociales de la tuberculosis y el alto costo de los medicamentos, el estado garantiza el acceso al tratamiento a todos los enfermos con tuberculosis de este mal y la gratuidad del mismo (17).

La eficacia terapéutica se establece mediante examen mensual de muestra de esputo, hasta que se hacen negativas. Hacia el final del tercer mes de tratamiento, el 90% de los esputos positivos se habrán convertido en negativos para M. Tuberculosis. La eficacia terapéutica depende en gran medida de la voluntad y la capacidad del usuario para tomar los medicamentos de una forma regular, según lo prescrito. La toma esporádica de la medicación se asocia con fracaso terapéutico y desarrollo de cepas de M. Tuberculosis resistentes a los fármacos. Los ciclos terapéuticos más cortos a mayores tasas de recidiva (17).

El **tratamiento farmacológico** considera dos fases:

- Comienzo con una primera fase diaria de ataque intensivo para reducir rápidamente la población bacilar inicial y prevenir la resistencia (fase bactericida).
- Continuación con una segunda fase de consolidación (bisemanal) por tiempo suficiente para la eliminación de los bacilos persistentes y evitar las recaídas (fase esterilizante).

Las **reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFAS)** más frecuentes son: náuseas, dolores gástricos, insomnio, euforia, síndrome gripal y anorexia, pero se presentan otras reacciones que se presenta en el siguiente cuadro:

FÁRMACO	RAFA COMÚN
Estreptomina	Daño auditivo y vestibular, dolor en el lugar de inyección, parestesias.
Isoniacida	Neuropatía periférica, hepatitis
Rifampicina	Anorexia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, hepatitis, dolor anaranjado de secreciones
Etambutol	Neuritis óptica.
Pirazinamida	Dolor articular, hepatitis

- En relación al tratamiento farmacológico, existen cuatro esquemas de tratamiento antituberculoso, el esquema de tratamiento uno está indicado para personas diagnosticadas por primera vez con tuberculosis pulmonar, el cual tiene una duración de 6 meses, está dividido en 2 fases, la primera fase dura 2 meses y es aquella en la que se trata con más fuerza a la enfermedad, durante esta etapa se toman pastillas a diario excepto domingos y feriados.
- A continuación se detalla el esquema de tratamiento uno y esquema de tratamiento dos incluidos en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis:

**TRATAMIENTO ESQUEMA UNO****Duración: 6 meses (82 días)****Indicado: para todas las formas de tuberculosis (pacientes nuevos)**

FASES	DURACIÓN	FRECUENCIA	MEDICAMENTOS Y DOSIS	TOTAL POR ENFERMO
1ra	2 meses (50 dosis)	Diario, excepto domingo y feriados	Etambutol x 400mg (3 tabletas) Isoniacidax100mg (3 tabletas) Rifampicinax300mg (2 cápsulas) Pirazinamidax500mg (3 tabletas)	E.x400mg=150 tabletas H.x100mg=406 tabletas R.x300mg=164 tabletas Zx500mg=150 tabletas
2ra	4 meses (32 dosis)	Dos veces por semana	Isoniacidax100mg (8 tabletas) Rifampicinax300mg (2 cápsulas)	

**TRATAMIENTO ESQUEMA DOS****Duración: 8 meses (115 días)****Indicado: para todas las formas de tuberculosis (pacientes con recaídas y abandonos recuperados por una o más veces)**

FASES	DURACIÓN	FRECUENCIA	MEDICAMENTOS Y DOSIS	TOTAL POR ENFERMO
1ra	2 meses (50 dosis)	Diario, excepto domingo y feriados	Etambutolx400mg (3 tabletas) Isoniacidax100mg (3 tabletas) Rifampicinax300mg (2 cápsulas) Pirazinamidax500mg (3 tabletas) 1ra Estreptomicina (1gr)	E.x400mg=150 tabletas H.x100mg=406 tabletas R.x300mg=164 tabletas Zx500mg=150 tabletas Sx1gr=50 amp
	1 mes (25 dosis)	Diario , excepto domingos y feriados	Rifampicina x 300mg (2 cápsulas) Isoniacida x 100mg (3 tabletas) Pirazinamidax500 mg (3 tabletas) Etambutol x 400mg (3 tabletas)	
2da	4 meses (32 dosis)	Dos veces por semana	Isoniacidax100mg (8 tabletas) Rifampicinax300mg (2 cápsulas) Etambutol x 400mg (6 tabletas)	

**Prevención de la tuberculosis:** tiene como finalidad evitar la infección por tuberculosis y en caso de que esta se produzca, tomar medidas para evitar el paso de infección a enfermedad. Las medidas preventivas están dirigidas a evitar la diseminación del Bacilo de Koch (15).

Las principales medidas preventivas son:

**Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la tuberculosis pulmonar frotis positivo:** la medida preventiva más eficaz para evitar el contagio eliminando las fuentes de infección presentes en la comunidad a través de la detección, el diagnóstico precoz y el tratamiento completo de los casos de tuberculosis pulmonar frotis positivo (15).

**Vacunación BCG:** la vacuna BCG (Bacilo de Calmette – Guerin) es una vacuna viva y atenuada obtenida originalmente a partir del Mycobacterium bovis. Su aplicación tiene como objetivo provocar la respuesta inmune útil que reduce la morbilidad tuberculosa post-infección primaria.

La vacuna BCG se aplica gratuitamente a los recién nacidos. Su importancia radica en la protección que brinda contra las formas graves de tuberculosis infantil, especialmente la meningoencefalitis tuberculosa y la tuberculosis miliar en la población menor de 5 años.

**Control de contactos:** se denomina contactos a las personas que conviven con el enfermo de tuberculosis. La actividad de control tiene por objetivo detectar casos de tuberculosis entre los contactos y prevenir el riesgo de enfermar. El examen de los contactos de un enfermo tiene carácter prioritario

porque son las personas que han estado expuestas al contagio y tienen mayor posibilidad de haberse infectado recientemente y desarrollar la enfermedad.

**Quimioprofilaxis:** es la administración de isoniacida a los contactos de pacientes menores de 15 años ya a pacientes con infección por VIH sin evidencia de tuberculosis. Su objetivo específico es prevenir y/o disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa en los infectados. .La organización y cumplimiento de la quimioprofilaxis estará bajo responsabilidad de enfermería.

**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:

**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.

**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.

**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 o simplemente agua.
- 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*.

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 (15).

**Dentro de las medidas preventivas para evitar el contagio tenemos:**

- El paciente al momento de toser debe taparse la boca y nariz con un papel o con la antebrazo y luego lavárselas.
- El papel utilizado embolsarlo y luego desecharlo.
- Ventilar el cuarto donde duerme el enfermo, abrir las ventanas para que ingresen los rayos solares que emiten radiaciones ultravioletas, las cuales destruyen al Bacilo de Koch.
- Que el paciente duerma solo en una habitación y de no ser posible, solo en una cama mientras sea BK positivo.
- Limpiar el polvo de los muebles con trapo húmedo y trapear el piso con desinfectante o simplemente agua.
- Mantener una nutrición balanceada.

En relación al ROL DE LA ENFERMERA EN EL COMPONENTE DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS es responsabilidad de la enfermera, la atención integral e individualizada dirigida al paciente, su familia y la comunidad y pone énfasis en la educación, control y seguimiento del enfermo con tuberculosis y sus contactos, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbimortalidad por tuberculosis. Entre las actividades de enfermería en el seguimiento de casos están:

- **Entrevista de enfermería:** es una de las actividades de la atención integral e individualizada, debe realizarse con calidad y calidez a la persona enferma de tuberculosis y su familia, con fines de educación, control, y seguimiento. Tiene como objetivos educar al paciente y su

familia sobre la enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado y la baciloscopía de control mensual, contribuir a la adhesión del paciente al tratamiento mediante una buena comunicación, indagar sobre antecedentes de tratamiento. Contribuir a un adecuado seguimiento de casos y estudio de contactos e identificar en el paciente conductas de riesgo a fin de realizar un trabajo de consejería. Realiza tres entrevistas: la primera al iniciar el tratamiento, la segunda se realiza al terminar la primera fase del tratamiento para controlar la evolución del paciente, los exámenes y análisis de la tarjeta de tratamiento y la tercera se realiza al término del tratamiento con la finalidad de recomendar al paciente que si en caso presenta sintomatología respiratoria acuda al establecimiento de salud. Se realizan otras entrevistas si el paciente no acude al establecimiento de salud para recibir su tratamiento, en caso de reacciones adversas a los fármacos antituberculosos, completar el estudio de contactos, si el paciente va a cambiar de domicilio.

- **Visita domiciliaria:** esta actividad consiste en acudir al domicilio del enfermo de tuberculosis con la finalidad de educar al paciente y su familia.

Deberá dentro de las primeras 48 horas de realizado el diagnóstico. Tiene como objetivos educar al paciente y su familia, identificar problemas de salud y brindar alternativas de solución, contribuir al éxito del tratamiento antituberculoso recuperando al paciente inasistente, completar el seguimiento de los casos en tratamiento y optimizar el control de contactos.

- **Organización y administración del tratamiento:** es responsable de garantizar la correcta administración del tratamiento antituberculoso. El tratamiento es estrictamente supervisado y ambulatorio. El personal de enfermería se asegurará de que el paciente ingiera los medicamentos en una sola toma al día en todos los servicios de salud. La adhesión del enfermo al tratamiento depende en gran parte de la relación establecida entre el paciente, el personal de enfermería que lo administra y el establecimiento de salud.
- **Uso del tarjetero:** el personal de enfermería debe implementar un sistema de tarjetero.
- **Referencia y contrarreferencia:** la referencia se realiza cuando un establecimiento de menor complejidad envía al paciente a otro de mayor complejidad para resolver un problema de diagnóstico y tratamiento. La contrarreferencia consiste en el informe de la actividad realizada, en el cual se sugiere el diagnóstico o manejo terapéutico del paciente con tuberculosis cuando retorna de un establecimiento de mayor complejidad. Ambas actividades serán monitoreadas por el personal de enfermería.
- **Derivación y transferencia a otros establecimientos:** constituye el reflejo operativo de la capacidad de organización, comunicación y coordinación del programa. La derivación se realiza cuando el paciente es diagnosticado en un establecimiento de salud que no se encuentra dentro de su zona de vivienda o de trabajo y es enviado al

establecimiento de salud más cercano a su domicilio a fin de garantizar el tratamiento supervisado. La transferencia se realiza cuando un paciente con tuberculosis que es ingresado y notificado en un establecimiento de salud, solicita ser atendido en otro por cambio de domicilio o trabajo.

**Administración de quimioprofilaxis:** consiste en la administración de isoniacida a personas con riesgo de desarrollar una tuberculosis

En cuanto la definición a La **Estrategia Sanitaria de Control de la Tuberculosis ESCTBC** 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 (15).

En el Perú, la ESCTBC cuenta con los medios técnicos de diagnóstico accesibles y esquemas de tratamiento de alta eficacia para afrontar con éxito el desafío de este grave problema de salud pública, en el contexto de un país con recursos limitados (15).

## CONOCIMIENTO

Así mismo, para el sustento científico del presente estudio se consideró necesario la revisión exhaustiva de la base teórica.

La mayoría de autores concuerdan en definir al **CONOCIMIENTO** como 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 (17).

El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa 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. El aprendizaje se lleva a cabo básicamente a través de dos formas: la informal, mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad y suele completarse con otros medios de información y la formal que viene a ser aquella que se imparte en el sistema educativo que incluye al nivel inicial, primario, secundario y terciario donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular (17).

Hoy en día está claro que el conocimiento es la reproducción de la realidad en el cerebro humano, que se manifiesta bajo la forma de pensamiento y que en última instancia es determinado por la actividad práctica (17).

La actividad del conocimiento es una inmersión en la realidad con el propósito de reflejarla o modelarla para dominarla y adecuarla a las necesidades humanas, por eso es que el saber avanza de la ignorancia al conocimiento, de la superficie a la esencia de los fenómenos, del rango al conjunto, de lo particular a lo general, del hecho a la ley (17).

### **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 (17).

**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 (17).

**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 (17).

Es en el caso específico de la tuberculosis, una enfermedad que afecta principalmente a aquellas personas con menor acceso a los medios informativos debido a los escasos recursos económicos con que cuenta,

se requiere la participación de cada una de las personas, todo ello se conseguirá con previo conocimiento sobre la enfermedad: concepto, signos y síntomas, su tratamiento, su transmisión y las medidas preventivas; todo ello en relación a los cuidados que deben realizar (17).

## **ACTITUDES**

Existen muchas definiciones.

“Como variables intercurrentes, directamente inferibles, observables y que constituyen una organización cognoscitiva duradera; incluyen un componente afectivo a favor o en contra de un determinado objeto y predisponen a la acción”. Debido a que nuestras evaluaciones de los objetos de actitud pueden ser favorables, neutrales o desfavorables, se dice que las actitudes tienen una dirección positiva, neutral o negativa, y que, en la medida en que difieren de dirección, las actitudes también difieren en su intensidad, reflejando si su directriz es débil o fuerte.” (10).

Otro autores definen como “predisposiciones de un sujeto para aceptar o rechazar un determinado objeto, fenómeno, situación, u otro sujeto; y que puede ayudar a predecir la conducta que el sujeto tendrá frente al objeto actitudinal. Las actitudes son susceptibles de ser modificadas por ser relativamente estables” (11).

En otras definiciones encontramos a la actitud “como una disposición a comportarnos de una determinada manera. Así, si valoramos alguna

situación como negativa, lo más probable es que intentemos evitarla, lo contrario ocurriría con la valoración positiva”.” (12).

También se define el término actitud como la “... suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico,” (19).

Finalmente, basándose en las definiciones citadas, así como de otros autores, se puede concluir que la mayoría de autores consideran que las actitudes son predisposiciones a actuar en una determinada forma frente a una situación social, como sucede en la actitud de los usuarios del programa ESCTBC frente al tratamiento de la enfermedad que conlleva a una respuesta evaluativa sea con una tendencia de acercamiento o evitación o como favorable o desfavorable hacia las, tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas de prevención. (12).

La actitud con direccionalidad positiva o negativa del tratamiento farmacológico está condicionada al conocimiento o experiencia anterior que tiene el usuario a las reacciones adversas de los fármacos y a otras condiciones individuales biológicas.

La actitud con direccionalidad positiva o negativa frente a los cuidados en el hogar va a depender no solo del conocimiento adquirido en la educación sanitaria, sino de los aprendizajes tradicionales en la familia y

comunidad. Asimismo las medidas preventivas tienen la misma condición.

La actitud puede clasificarse de la siguiente manera:

- **Aceptación:** consiste en “estar de acuerdo” con lo que se realiza, es decir, el sujeto muestra cierta tendencia de acercamiento hacia el objeto; generalmente esta unido con los sentimientos de apoyo, estimulación, ayuda y comprensión, lo cual predispone a la comunicación y la interacción humana (12).

- **Rechazo:** es cuando el sujeto evita el objeto, motivo de la actitud, se presenta el recelo, la desconfianza y en algunos casos la agresión y frustración que generalmente lleva a la persona a un estado de tensión constante (12).

- **Indiferencia:** es un sentimiento de apatía, el sujeto no muestra aceptación ni rechazo al objeto, prevalece el desinterés, la rutina y en muchos casos el aburrimiento (12).

La escala de medición de actitud analiza los pensamientos y sentimientos de la persona hacia los hechos ya especificados por lo cual se eligió la escala de Lickert para medir la variable de actitud hacia el tratamiento del usuario del ESCTBC.

### **Escala de Lickert.**

La escala de Lickert mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares. Se le conoce como escala sumada debido a que la puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem (19).

La unidad de análisis que responde a la escala marcará su grado de aceptación o rechazo hacia la proposición expresada en el ítem. Los ítems por lo general tienen implícita una dirección positiva o negativa (19).

La escala se ha construido en función a 20 ítems que reflejan una actitud positiva o negativa acerca del tratamiento farmacológico, medidas preventivas y cuidados en el hogar. Cada ítem está estructurado con tres alternativas de respuesta modificada, teniendo en cuenta la puntuación que reciba cada respuesta.

#### **En caso positivo**

**A:** de acuerdo 3 puntos

**I:** indeciso 2 puntos

**D:** en desacuerdo 1 punto

#### **En caso negativo**

**A:** de acuerdo 1 punto

**I:** indeciso 2 puntos

**D:** en desacuerdo 3 puntos

Dando una clasificación siguiente:

( ) Aceptación: 51 - 60 puntos

( ) Indiferencia: 41 - 50 puntos

( ) Rechazo: 20 - 40 puntos

Los autores en general consideran que las actitudes tienen tres componentes: el cognoscitivo, el afectivo y el conductual.

En relación al **componente cognoscitivo** se puede definir como el conjunto de todas las creencias que un individuo tiene acerca de un objeto determinado, los conocimientos que se hallan incluidos en este sistema, son juicios de valor e implica una valoración positiva o negativa.

Según Rodríguez:

“... En el componente cognoscitivo puede también influir las creencias de un sujeto acerca de las maneras adecuadas o inadecuadas de responder ante un objeto” (10).

Respecto al **componente afectivo** este se refiere a las emociones, los sentimientos vinculados a un determinado objeto es vivenciado como placentero o displacentero.

Es esta carga emotiva la que dota a las actitudes de un carácter motivacional e insistente (10).

**Componente reactivo o conductual:** incluye toda inclinación a actuar de una manera determinada ante un objeto de dicha actitud, si es favorable se sentirá dispuesto a mantenerlo, ayudarlo, si es negativa dicha actitud tenderá más bien a rechazarlo (10).

**Características de los componentes:**

Los componentes de las actitudes poseen dos características básicas que son: la dirección e intensidad (10).

“...Que la dirección de las actitudes pueden ser favorables o desfavorables, y que siempre va acompañada de la intensidad de la misma, es decir por la polarización de sentimientos (débil o fuerte) que entraña la actitud expresada.” (10).

**2.3. Definición conceptual**

- ❖ **Conocimiento:** es el conjunto de ideas e información que refieren tener los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas que se obtendrá a través de un cuestionario y se valorará en alto, medio y bajo.
- ❖ **Actitudes:** es la predisposición de aceptación, rechazo e indiferencia que refieren tener los pacientes con tuberculosis pulmonar hacia el tratamiento que se obtendrá a través de la escala tipo Lickert modificada.
- ❖ **Paciente:** es la persona con diagnóstico de tuberculosis pulmonar mayor de 15 años registrado en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis.

- ❖ **Usuario:** Persona enferma que es atendida por un médico en determinado servicio.
  
- ❖ **Tuberculosis pulmonar:** es una enfermedad infectocontagiosa causada por el Bacilo de Koch y que ataca a los pulmones.
  
- ❖ **Tratamiento:** es el conjunto de acciones relacionadas con el tratamiento farmacológico los cuidados en el hogar y las medidas preventivas, y tiene como finalidad la recuperación del paciente y evitar el contagio.
  
- ❖ **ESCTBC:** Letras en siglas que significa Estrategia Sanitaria, Control de Tuberculosis.
  
- ❖ **Hospital II-1:** Es el nivel de categorización que reciben algunos hospitales, como es en el caso del hospital Moyobamba.

## CAPITULO III

### MARCO METODOLOGICO

#### 3.1. Formulación de la hipótesis

“La relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento - Usuarios de la ESCTBC - Hospital II- 1 Moyobamba. Julio – Diciembre 2011 es significativo”

#### 3.2. Identificación de variables

❖ **Variable independiente**

- ❖ Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar

❖ **Variable dependiente**

- ❖ Actitud hacia el tratamiento.

#### 3.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p><b>V.I.</b></p> <p>Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar</p>	<p>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 de los usuarios con la enfermedad de tuberculosis pulmonar.</p>	<p>Grado de información adquirido o aprendido por los usuarios con tuberculosis de la ESCTBC sobre: Concepto, signos y síntomas, tratamiento farmacológico, Cuidados en el Hogar, Medidas de Prevención</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concepto</li> <li>- signos y síntomas</li> <li>- tratamiento farmacológico</li> <li>- Cuidados en el Hogar</li> <li>- Medidas de Prevención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de enfermedad, Forma de contagio</li> <li>- Tos, Características de los síntomas de la tbc</li> <li>- Medicamento, ingesta, dosis, importancia, reacciones adversas, resistencia bacteriana.</li> <li>- Actividad física, alimentación.</li> <li>- Transmisión, examen de control, prevención de contactos, medidas de protección en casa y comunidad.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Clasificación:</b></p> <p style="text-align: center;">Alto:(31 – 40 p) Medio(21 – 30 p) Bajo(&lt; 20 p)</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p><b>V.D.</b></p> <p>Actitud hacia el tratamiento</p>	<p>Es la predisposición organizada de actuar, pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma frente a al tratamiento de la tuberculosis.</p>	<p>Respuestas de la Predisposición, tendencia o patrones de conducta establecidas, por parte de los usuarios con tuberculosis pulmonar hacia el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actitud hacia el tratamiento farmacológico.</li> <li>- Actitud hacia cuidados en el hogar.</li> <li>- Actitud hacia medidas preventivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medicamento, ingesta, dosis, importancia, reacciones adversas, resistencia bacteriana.</li> <li>- Actividad física, alimentación.</li> <li>- Transmisión, examen de control, prevención de contactos, medidas de protección en casa y comunidad.</li> </ul> <p><b>Clasificación:</b>  Aceptación: (51 – 60)  Indiferencia: (41 – 50)  Rechazo: (20– 40)</p>

### 3.4. TIPO DE ESTUDIO

Se utilizó un estudio básico de Nivel descriptivo; con enfoque cuantitativo.

Con un diseño observacional, descriptivo correlacional, prospectivo de corte transversal.

**Descriptivo** porque permitió describir o detallar la situación de las variables tal y como se presentaron.

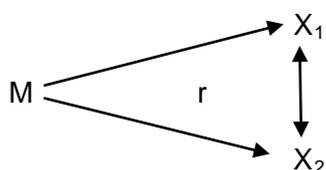
**Correlacional:** permitió correlacionar las variables causa efecto

**Transversal** porque se estudiaron las variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

### 3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó el diseño descriptivo correlacional:

El diseño de investigación es descriptivo - correlacional.



Donde:

M: representó la muestra conformada por los usuarios registrados en el programa de la ESCTBC.

X1: fueron las observaciones realizadas al Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar en la muestra.

X2: fueron las observaciones realizadas al tipo de Actitud hacia el tratamiento.

r: representó la Relación entre nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y el tipo de actitud hacia el tratamiento.

### **3.6. POBLACIÓN Y MUESTRA.**

#### **3.6.1. Universo o población blanco.**

Usuarios del hospital II-1 Moyobamba

#### **3.6.2. Población.**

La población considerada para el estudio estuvo conformada por 60 usuarios con diagnóstico de tuberculosis pulmonar pertenecientes al esquema de tratamiento 1 y 2, que están registrados en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis (ESCTBC) del “Hospital II-1 Moyobamba.”.

#### **3.6.3. Muestra.**

Estuvo conformada por el 100% de la población (60), muestra no probabilística por conveniencia, que cumplan con los criterios de inclusión.

#### **3.6.4. Criterios de inclusión:**

- Usuario con diagnóstico de tuberculosis pulmonar perteneciente al esquema de tratamiento 1 y 2.
- Usuarios registrados en el tratamiento fase 1 y 2 y son controlados en el programa
- Mayores de 15 años
- Persona alfabeta
- Que acepta voluntariamente a participar en el estudio

### **3.6.5. Criterios de exclusión:**

- Usuario perteneciente a los demás esquemas de tratamiento.
- Menores de 15 años.
- Persona analfabeta.
- Que no acepta participar voluntariamente al estudio.

### **3.6.6. Principales fuentes de información**

Usuario con diagnóstico de tuberculosis pulmonar perteneciente al esquema de tratamiento 1 y 2 del hospital II-1 Moyobamba

### **3.6.7. Unidad de análisis.**

Un usuario con diagnóstico de tuberculosis pulmonar registrados en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis del “Hospital II-1 Moyobamba.”.

## **3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de la información de los datos que fueron necesarios para la tabulación de los datos y elaboración de este proyecto de estudio se procedió del siguiente modo:

1. Se verificó los recursos humanos, económicos y que nos faciliten y que estén disponibles para realizar el estudio.
2. Se solicitó la cooperación de un asesor especializado en el trabajo de investigación.
3. Se elaboró la ficha tipo cuestionario para la respectiva recolección de datos.

4. Se procedió a la ejecución del proyecto de investigación realizando lo siguiente:
5. Se presentó una solicitud al director y también al responsable del área de transmisibles del hospital II-1 Moyobamba, quienes manejan la estrategia sanitaria de control de la tuberculosis, para que nos acceda el premo de poder proceder con nuestra investigación.
6. Después de la aceptación de la solicitud se procedió a seleccionar la muestra (usuarios Registrados en la ESCTBC del Hospital II-1 Moyobamba) para el estudio correspondiente.
7. La muestra también consto de usuarios que han concluido el tratamiento fase 1 y 2 pero que son controlados en el programa, para lo cual se realizo un seguimiento en sus respectivos domicilios
8. Se aplico un cuestionario que midió el nivel de conocimiento sobre el tratamiento de la tuberculosis pulmonar y también se aplico un test que midió la actitud hacia el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, a cada usuario seleccionado, la misma que duro aproximadamente 20 minutos cada una.
9. Posteriormente se tabularon los datos obtenidos y análisis de resultados con el apoyo de paquetes estadísticos (SPSS 17,0), mediante: Un procesamiento de datos que se realizo de manera computarizada empleando una computadora Pentium IV.

Utilizando el siguiente software:

- Procesador de texto Microsoft Word XP
- Microsoft Excel XP

### 3.8. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el presente estudio se utilizó la técnica de la encuesta y la entrevista.

Se utilizó un instrumento consistente en un cuestionario de 20 preguntas, con el objetivo de medir los conocimientos sobre tuberculosis pulmonar que tienen los usuarios registrados en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis. Estuvo constituido por 02 preguntas concerniente al conocimiento de la tuberculosis, 07 preguntas acerca del tratamiento farmacológico, 01 pregunta referida a signos y síntomas, 03 preguntas sobre de cuidados en el hogar y 07 preguntas acerca de medidas preventivas, Lo cual permitió categorizar el nivel de conocimientos en tres: alto, medio y bajo (Ver anexo C), utilizando la técnica de percentiles, quedando de la siguiente manera.

- Nivel de conocimientos alto: 31\_ 40 puntos
- Nivel de conocimientos medio: 21 \_ 30 puntos
- Nivel de conocimientos bajo: < 20 puntos

Para medir las actitudes hacia el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas que tienen los usuarios. Se aplicó un Test-cuestionario, valorada con la escala tipo Lickert modificada. La cual estuvo conformada por 10 preguntas sobre medidas preventivas, 06 preguntas acerca de tratamiento farmacológico y 04 preguntas pertenecientes a cuidados en el hogar, el cual permitió determinar en tres categorías: aceptación, indiferencia y rechazo. (Ver anexo D), así tenemos:

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

Teniendo en cuenta la puntuación que reciba cada respuesta ya sea positiva o negativa tuvo las siguientes puntuaciones

**En caso positivo**

**A:** de acuerdo 3 puntos

**I:** indeciso 2 puntos

**D:** en desacuerdo 1 punto

**En caso negativo**

**A:** de acuerdo 1 punto

**I:** indeciso 2 puntos

**D:** en desacuerdo 3 puntos

## **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS**

Los instrumentos han sido sometidos a juicio de expertos para su validez, participaron profesionales que laboran en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis y el área de investigación, cuyas opiniones, recomendaciones y sugerencias, nos sirven a contribuir para mejorar los instrumentos.

### **3.8.1. Plan de tabulación y análisis de datos.**

Para el procesamiento de datos se vaciaron los resultados de los instrumentos en una base de datos Excel 2011.

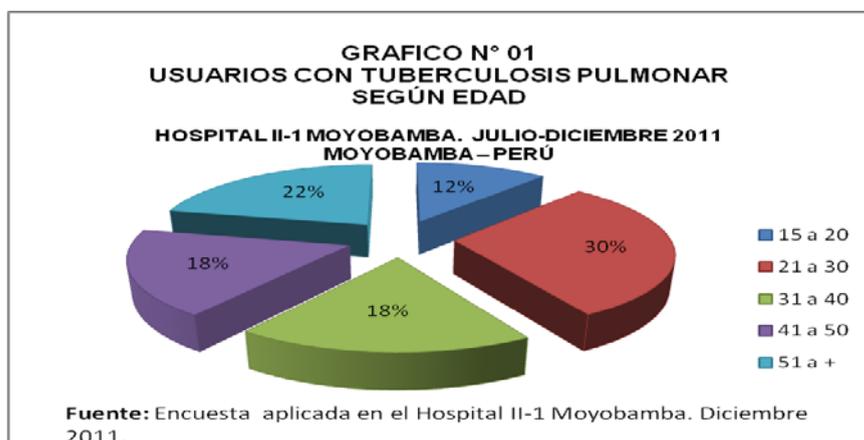
Posteriormente se elaboraron los cuadros estadísticos y los gráficos pertinentes, los cuales nos sirvieron para la realización del análisis e interpretación de los datos obtenidos.

Por lo tanto se realizó un análisis de interpretación descriptiva para determinar la media, media aritmética, rango y desviación estándar para describir los resultados y la elaboración de tablas simples, de doble entrada y gráficos.

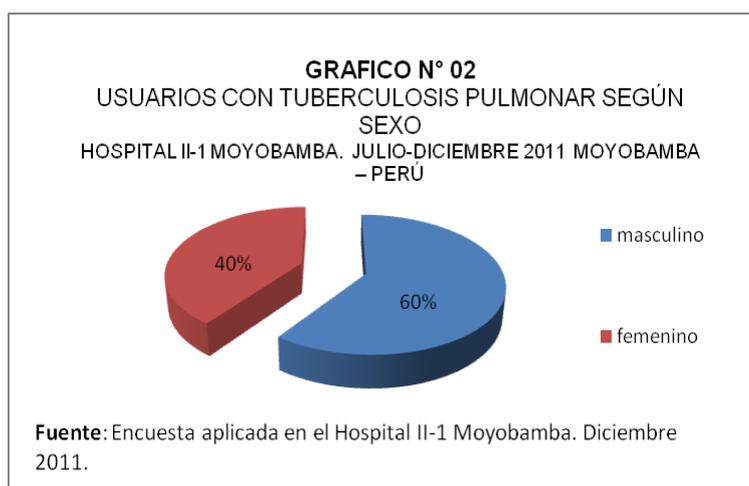
Asimismo, se utilizó la estadística inferencial a través del software estadístico SPSS 17,0 para determinar si existe relación estadísticamente significativa entre la variable nivel de conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y la Actitud frente a su tratamiento, a través de las pruebas paramétricas chi cuadrado (t de student) con un nivel de significancia  $< 0,05$ .

## CAPITULO IV.

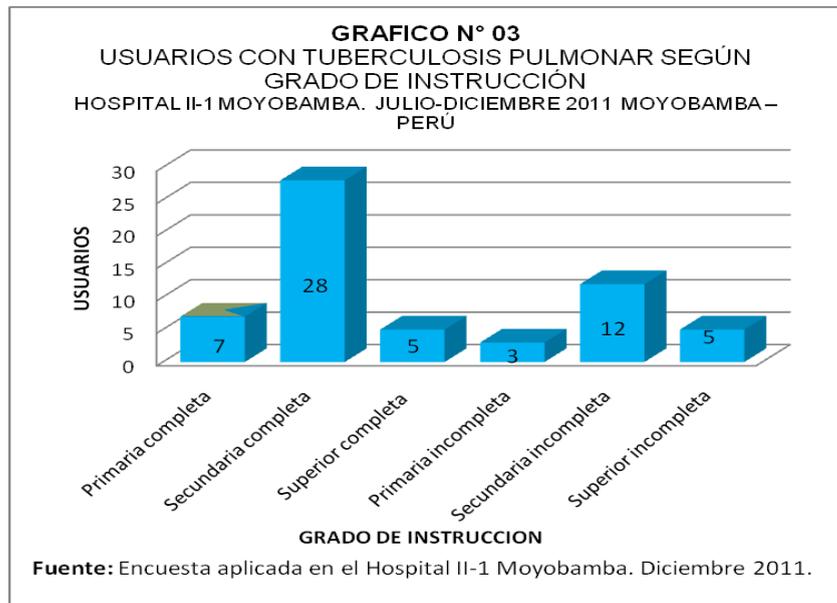
### RESULTADOS



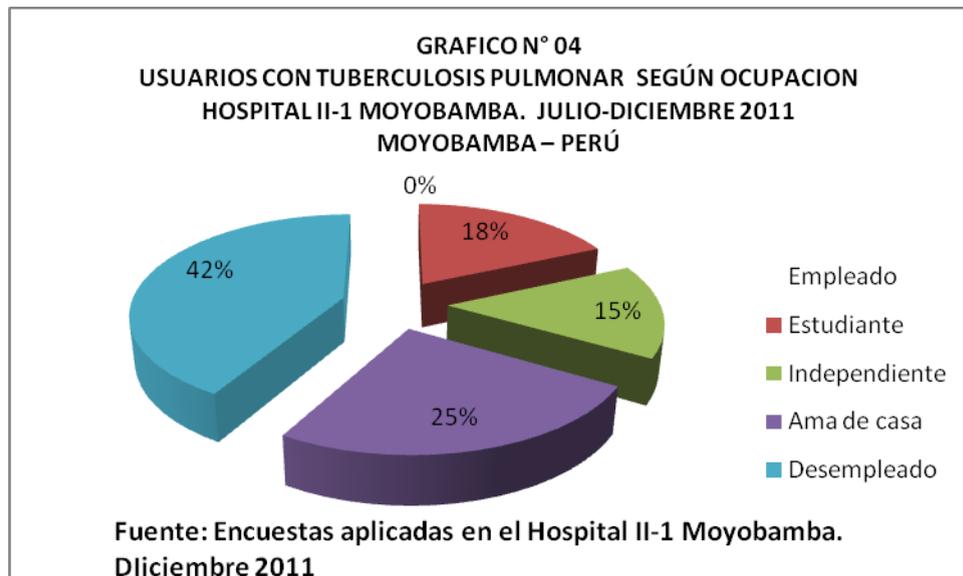
En el gráfico N° 1, se observa que el 30% (18) de los usuarios en estudio tienen una edad entre 21 a 30 años. Asimismo se observa que el 18,3% de los usuarios tienen una edad tanto entre 31 y 40 años como entre 41 y 50 años; es decir el 36,6% (22) entre los dos grupos etarios.



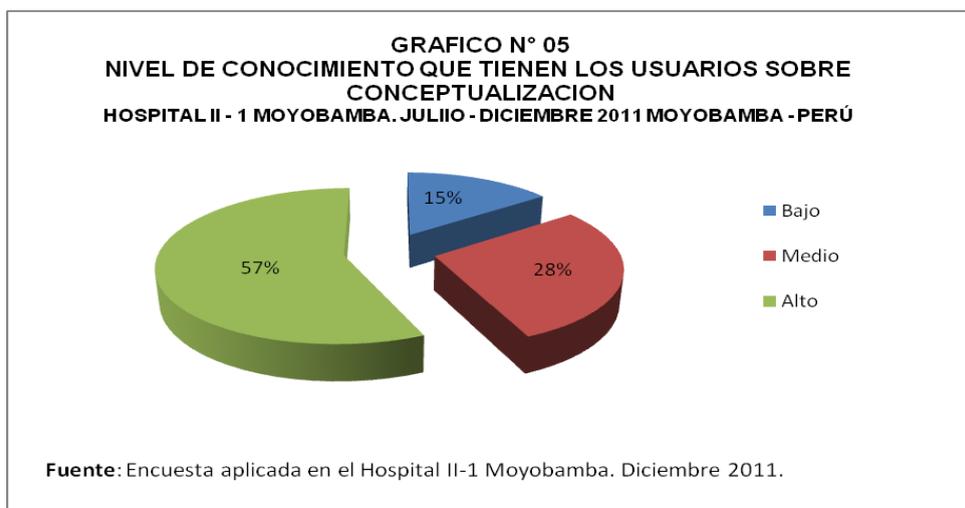
En el gráfico N° 2, observamos que el sexo masculino prevalece (60%) en la población usuaria y solo el 40% son del sexo femenino.



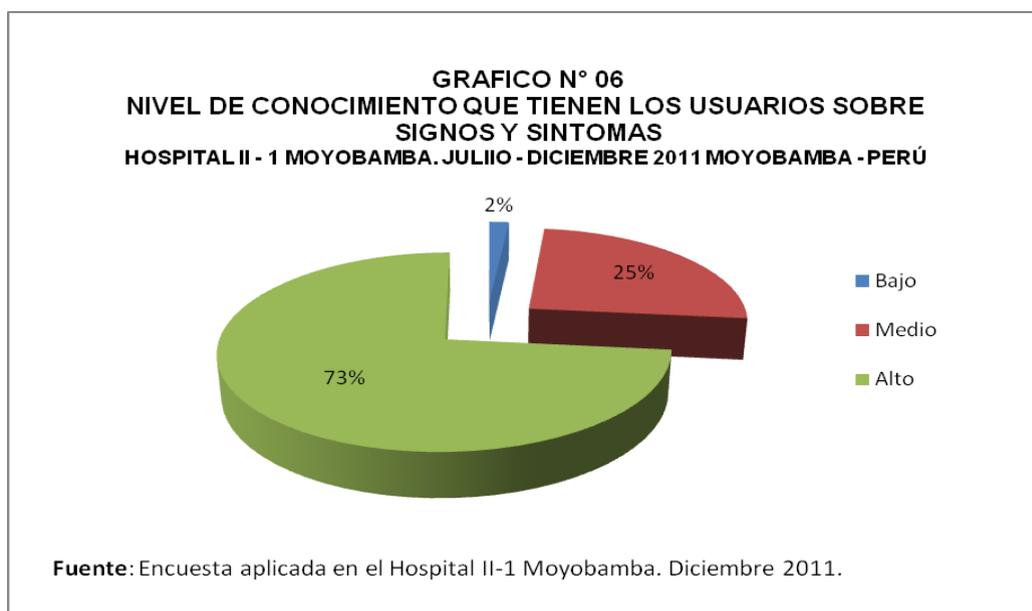
En el grafico N° 3, se observa que mayoritariamente la población tiene instrucción secundaria (66.7%), del cual el 46.7% (28) secundaria completa y el 20.0% (12) de los usuarios tienen secundaria incompleta.



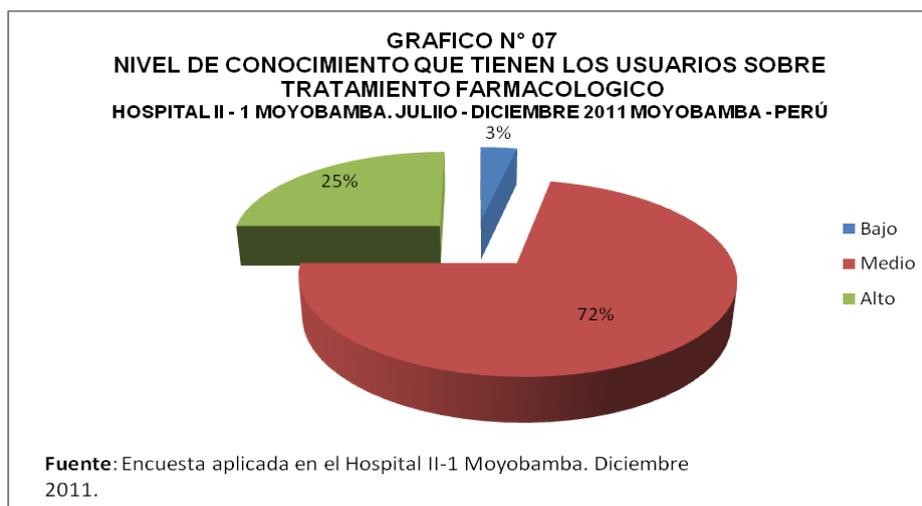
En el grafico N° 4, se observa que el 41.7% (25) de los usuarios en estudio se encuentran desempleados. Asimismo se observa que el 25.0% (15) de los usuarios son amas de casa.



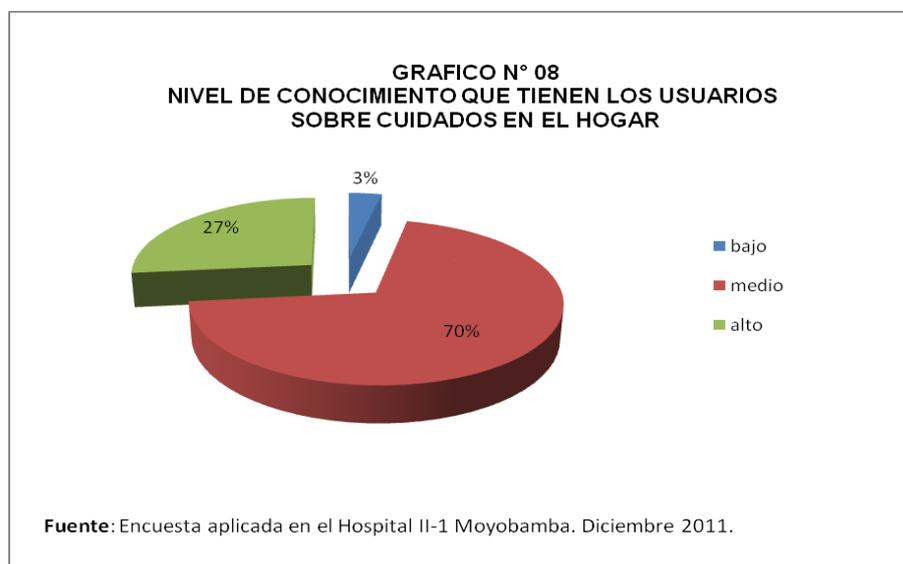
En el gráfico N°05 relacionado al “nivel de conocimiento que tienen los usuarios sobre conceptualización”, se evidencia que de un total de 100%, un 57% presentan un nivel de conocimiento alto y solo un 15% tienen un nivel de conocimiento bajo.



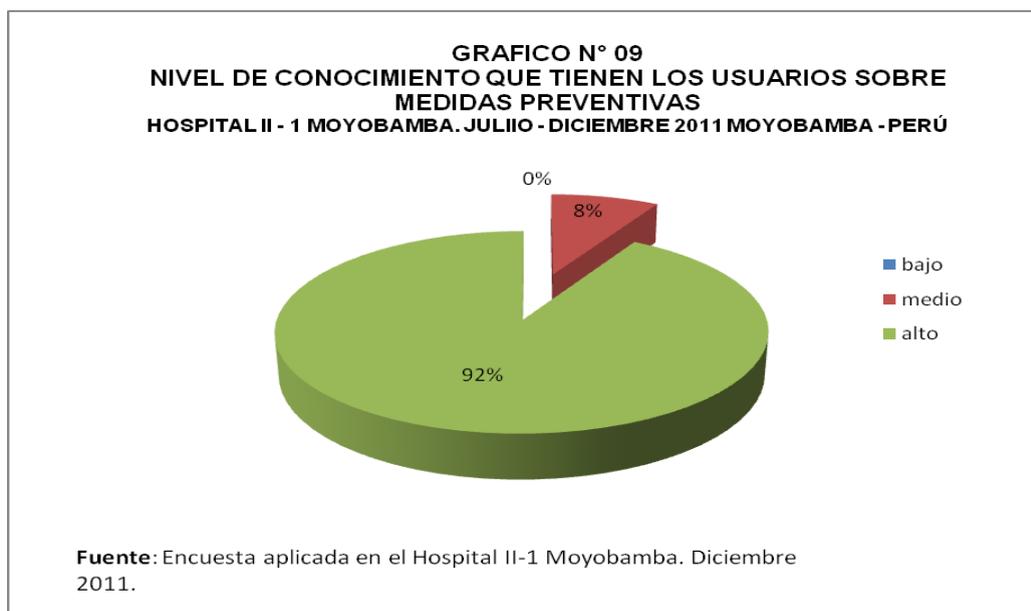
En el gráfico N°06 relacionado al “nivel de conocimiento que tienen los usuarios sobre signos y síntomas”, se evidencia que de un total de 100%, un 73% presentan un nivel de conocimiento alto, un 25% tienen un nivel de conocimiento medio y solo un 2% presenta un nivel de conocimiento bajo.



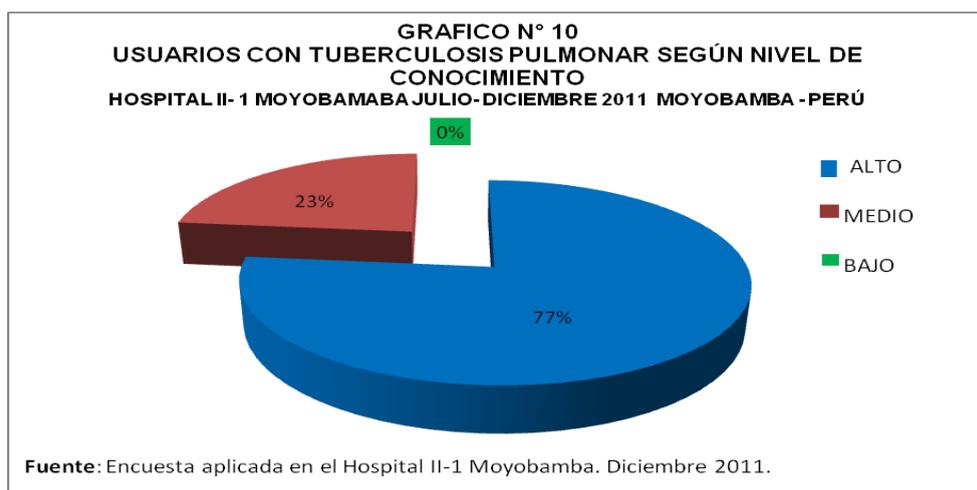
En el gráfico N°07 relacionado al “nivel de conocimiento que tienen los usuarios sobre tratamiento farmacológico”, se evidencia que de un total de 100%, un 72% presentan un nivel de conocimiento alto, un 25% tienen un nivel de conocimiento medio y solo un 3% presenta un nivel de conocimiento bajo.



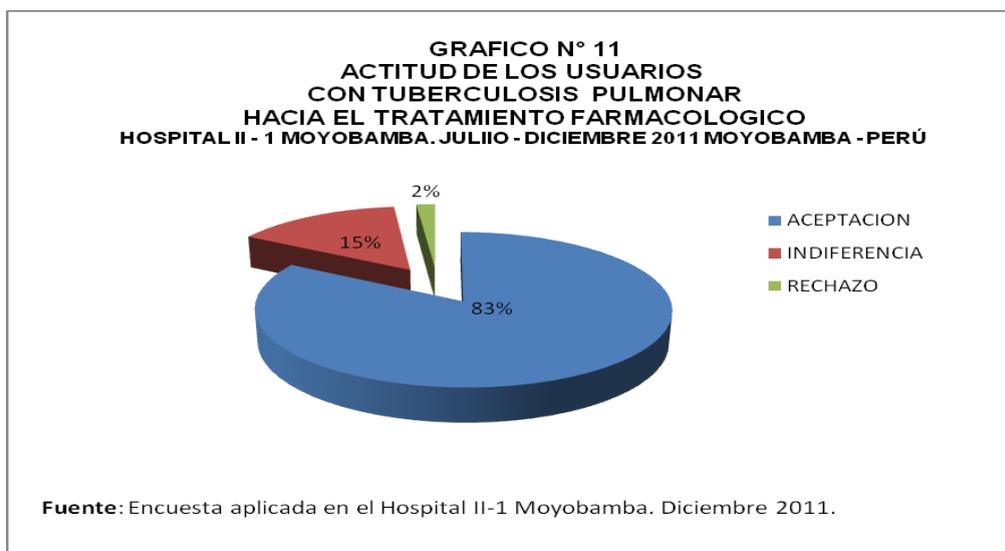
En el gráfico N°08 relacionado al “nivel de conocimiento que tienen los usuarios sobre cuidados en el hogar”, se evidencia que de un total de 100%, un 70% presentan un nivel de conocimiento alto, un 27% tienen un nivel de conocimiento medio y solo un 3% presenta un nivel de conocimiento bajo.



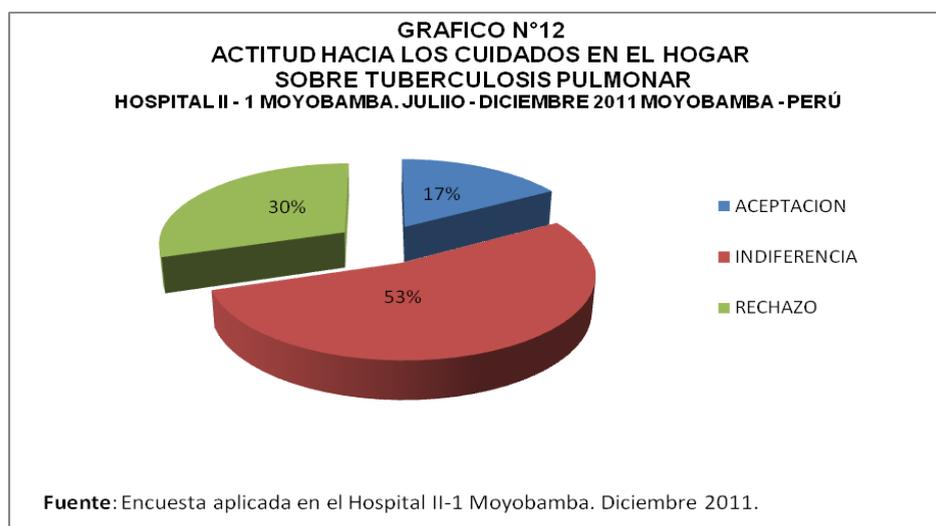
En el gráfico N°09 relacionado al “nivel de conocimiento que tienen los usuarios sobre medidas preventivas”, se evidencia que de un total de 100%, un 92% presentan un nivel de conocimiento alto, un 8% tienen un nivel de conocimiento medio y no evidenciándose ningún porcentaje en un nivel de conocimiento bajo.



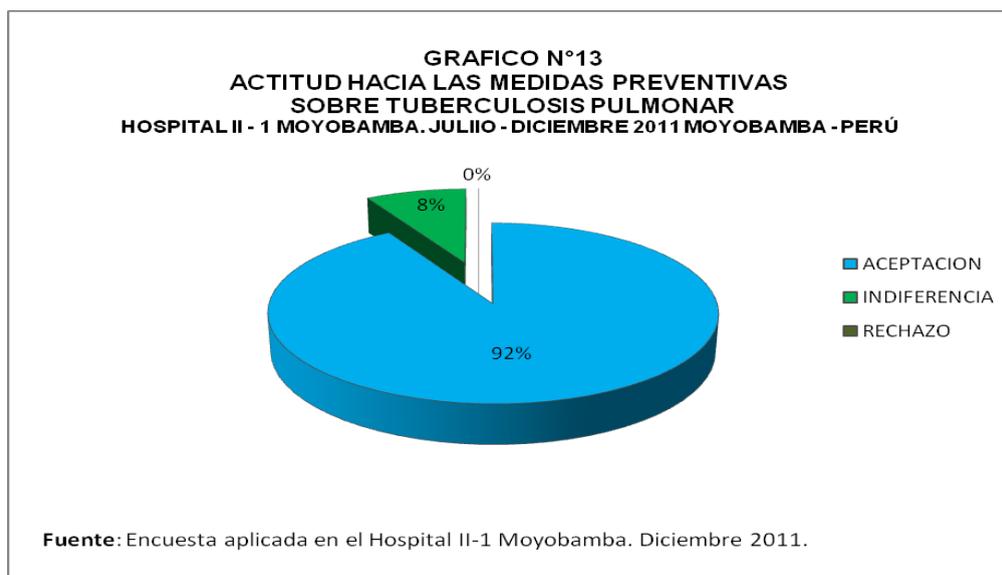
En el gráfico N° 10, se observa que el 76% (46) de los usuarios en estudio tienen un nivel de conocimiento alto. Asimismo se observa que el 23.3% (14) de los usuarios tienen un nivel de conocimiento medio; lo cual implica que ninguno de los usuarios en estudio obtuvo un nivel de conocimiento bajo.



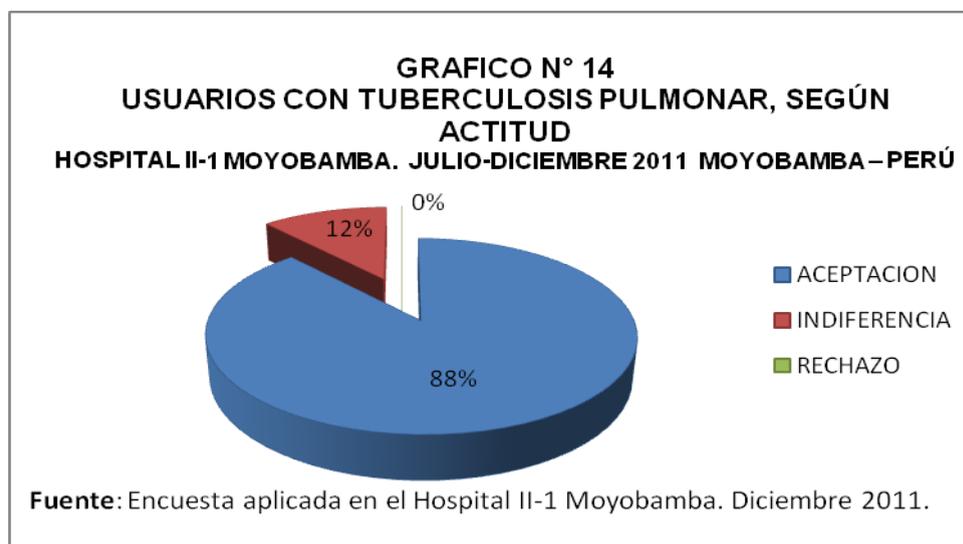
En el grafico N°11, relacionado a las “Actitudes que tienen los usuarios con tuberculosis pulmonar hacia el tratamiento farmacológico”, se evidencia que de un total de 100%, el 83% presentan una actitud de aceptación, un 15% presentan una actitud de indiferencia y solo 2% tienen una actitud de rechazo.



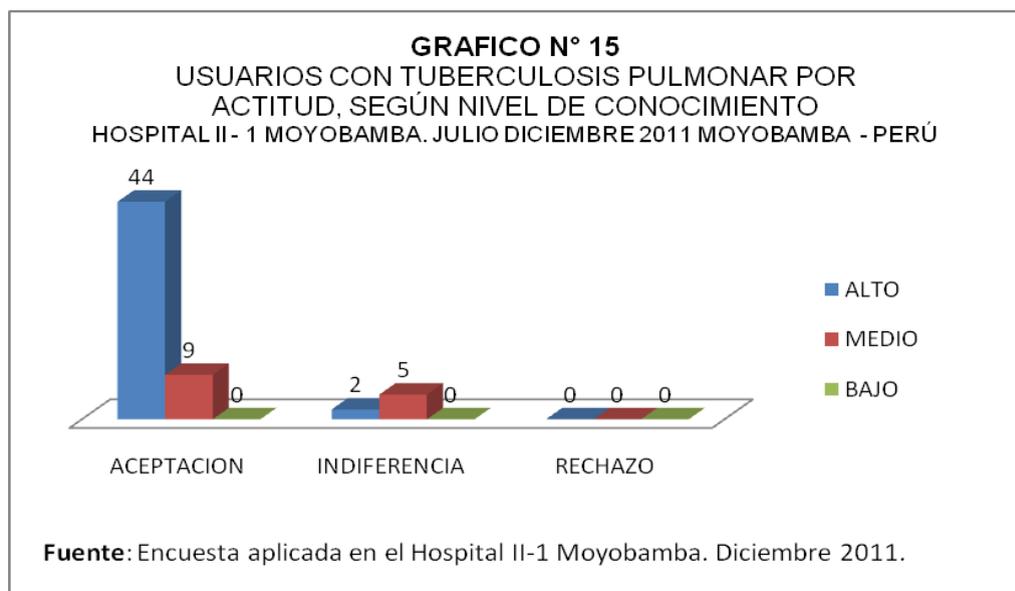
En el grafico N°12, relacionado a las “Actitudes hacia los cuidados en el hogar sobre tuberculosis pulmonar”, se evidencia que de un total de 100%, el 17% presentan una actitud de aceptación, un 53% presentan una actitud de indiferencia y un 30% tienen una actitud de rechazo.



En el grafico N°13 relacionado a las “Actitudes hacia las medidas preventivas sobre tuberculosis pulmonar”, se evidencia que de un total de 100%, el 92% presentan una actitud de aceptación, un 8% presentan una actitud de indiferencia y un 0% tienen una actitud de rechazo.



En el grafico N° 14, se observa que el 88.3% (53) de los usuarios en estudio tienen una actitud de aceptación. Asimismo se observa que el 11,7% (7) de los usuarios tienen una actitud de indiferencia; lo cual quiere decir que la actitud de rechazo no existió en nuestra población de estudio.



En el grafico N° 15, se observa que 73.4% (44) de los usuarios en estudio tienen una actitud de aceptación y se encuentra en un nivel de conocimiento alto. Asimismo se observa que 14.9% (9) de los usuarios tienen una actitud de aceptación y se encuentran en un nivel de conocimiento medio. Lo cual nos indica que existe una relación entre mas sea el nivel de conocimiento mejor será la actitud de los usuarios.

**CUADRO N° 16**  
**CORRELACIÓN DE PEARSON**

		NIVEL DE CONOCIMIENTO	ACTITUD
NIVEL DE CONOCIMIENTO	Correlación de pearson	1	.684**
	Sig. (2-colas)		.000
	N	60	60
ACTITUD	Correlación de pearson	.684**	1
	Sig. (2-colas)	.000	
	N	60	60

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0.01 (2-colas).

p = 0,00 menor a 0,01

**CUADRO N° 17**

Puntajes Obtenidos respecto A la Relación entre Nivel de Conocimientos sobre Tuberculosis Pulmonar y Actitud del Usuario hacia el Tratamiento en la Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011

Número de usuarios	Nivel de conocimientos		Actitud	
	valor cuantitativo	valor cualitativo	valor cuantitativo	valor cualitativo
1	36	ALTO	58	ACEPTACION
2	36	ALTO	58	ACEPTACION
3	33	ALTO	53	ACEPTACION
4	30	MEDIO	52	ACEPTACION
5	30	MEDIO	50	INDIFERENCIA
6	32	ALTO	54	ACEPTACION
7	36	ALTO	53	ACEPTACION
8	26	MEDIO	56	ACEPTACION
9	29	MEDIO	50	INDIFERENCIA
10	29	MEDIO	50	INDIFERENCIA
11	30	MEDIO	53	ACEPTACION
12	30	MEDIO	52	ACEPTACION
13	38	ALTO	58	ACEPTACION
14	36	ALTO	54	ACEPTACION
15	38	ALTO	58	ACEPTACION
16	36	ALTO	58	ACEPTACION
17	32	ALTO	54	ACEPTACION
18	40	ALTO	60	ACEPTACION
19	32	ALTO	52	ACEPTACION
20	30	MEDIO	50	INDIFERENCIA
21	30	MEDIO	52	ACEPTACION
22	38	ALTO	58	ACEPTACION
23	35	ALTO	56	ACEPTACION
24	34	ALTO	56	ACEPTACION
25	32	ALTO	53	ACEPTACION
26	33	ALTO	55	ACEPTACION
27	33	ALTO	55	ACEPTACION
28	36	ALTO	56	ACEPTACION
29	35	ALTO	52	ACEPTACION
30	31	ALTO	50	INDIFERENCIA
31	31	ALTO	52	ACEPTACION

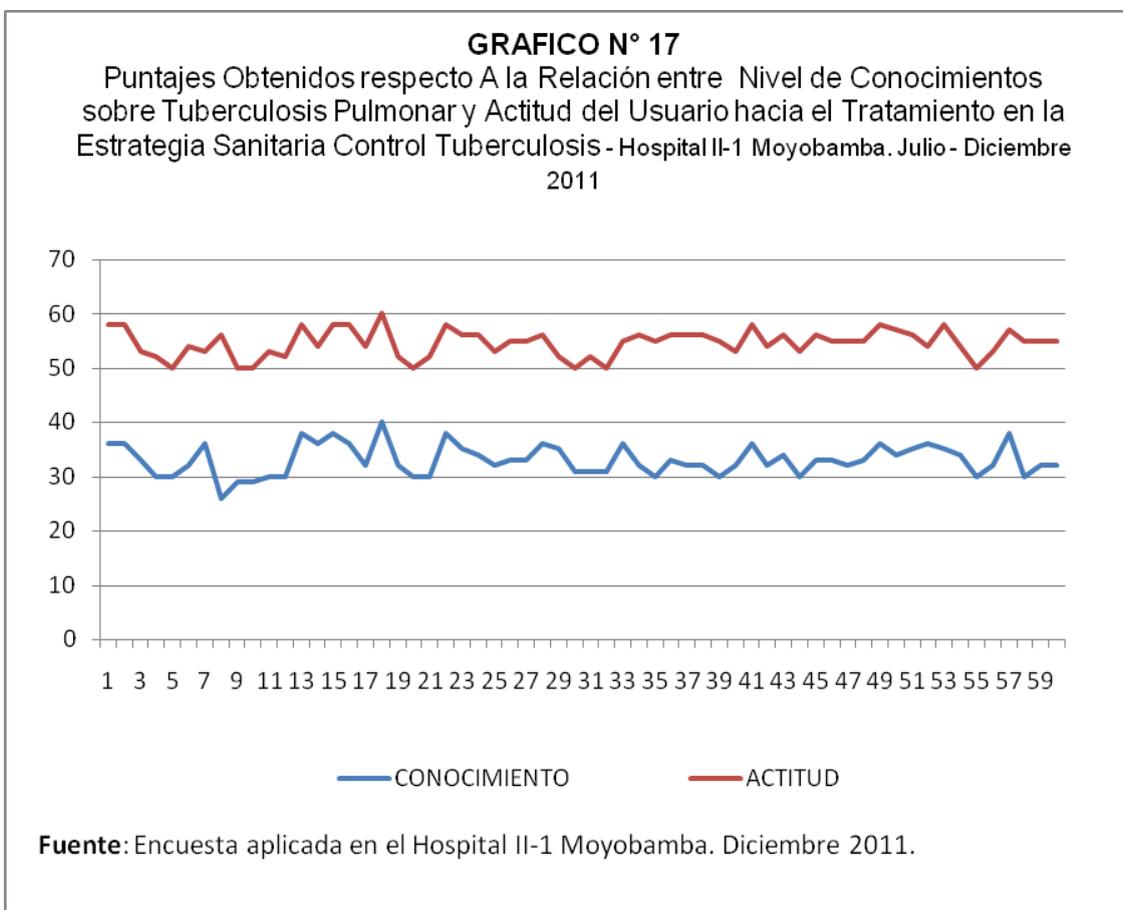
32	31	ALTO	50	INDIFERENCIA
33	36	ALTO	55	ACEPTACION
34	32	ALTO	56	ACEPTACION
35	30	MEDIO	55	ACEPTACION
36	33	ALTO	56	ACEPTACION
37	32	ALTO	56	ACEPTACION
38	32	ALTO	56	ACEPTACION
39	30	MEDIO	55	ACEPTACION
40	32	ALTO	53	ACEPTACION
41	36	ALTO	58	ACEPTACION
42	32	ALTO	54	ACEPTACION
43	34	ALTO	56	ACEPTACION
44	30	MEDIO	53	ACEPTACION
45	33	ALTO	56	ACEPTACION
46	33	ALTO	55	ACEPTACION
47	32	ALTO	55	ACEPTACION
48	33	ALTO	55	ACEPTACION
49	36	ALTO	58	ACEPTACION
50	34	ALTO	57	ACEPTACION
51	35	ALTO	56	ACEPTACION
52	36	ALTO	54	ACEPTACION
53	35	ALTO	58	ACEPTACION
54	34	ALTO	54	ACEPTACION
55	30	MEDIO	50	INDIFERENCIA
56	32	ALTO	53	ACEPTACION
57	38	ALTO	57	ACEPTACION
58	30	MEDIO	55	ACEPTACION
59	32	ALTO	55	ACEPTACION
60	32	ALTO	55	ACEPTACION
<b>MODA</b>	<b>-</b>	<b>ALTO</b>	<b>-</b>	<b>ACEPTACION</b>
<b>MEDIANA</b>	<b>33</b>	<b>-</b>	<b>55</b>	<b>-</b>
<b>PROMEDIO</b>	<b>33.03</b>	<b>-</b>	<b>54.57</b>	<b>-</b>
<b>D.S.</b>	<b>2.80</b>	<b>-</b>	<b>2.53</b>	<b>-</b>
<b>C.V.</b>	<b>8.49</b>	<b>-</b>	<b>4.63</b>	<b>-</b>

Según el cuadro N°17, muestra los valores cuantitativos y cualitativos obtenidos respecto a las variables de nivel de conocimiento y la actitud del usuario con tuberculosis pulmonar en el hospital II-1 Moyobamba. Observándose que es más

frecuente encontrar a los usuarios con tuberculosis pulmonar con un nivel de conocimiento alto y una actitud de aceptación.

También se observa que el puntaje promedio del nivel de conocimiento es 33.03 (alto nivel de conocimiento) y el puntaje promedio de la actitud es de 54.7 (actitud de aceptación)

La desviación estándar muestra la dispersión de los puntajes alrededor de su media y se observa en el nivel de conocimiento una dispersión de 2.80 proveniente de una población homogénea (8.49% de coeficiente de variación), y en la actitud presenta una dispersión de 2.53 que proviene también de una población homogénea y es demostrado en el resultado de coeficiente de variación (4.63%)



## CAPITULO V

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Los gráficos 1, 2, 3, y 4 nos muestran las características socio demográfica de nuestra población de estudio; en el gráfico N° 01, la edad predominante de nuestra población es de una población joven: 21 a 30 años (30%) y la población de 51 años (21.7%) deduciendo que son las poblaciones de mayor riesgo de contagio de la enfermedad, ya que los jóvenes por mayor exposición y los adultos mayores por su mayor vulnerabilidad, como se reafirma en los cuadros N° 18, 19 y 20 (ver anexos) en la que podríamos afirmar que la instrucción de secundaria completa e incompleta no da oportunidad a esta población joven para un trabajo estable que le permite generar un ingreso.

En el gráfico N° 02 y N° 03 observamos que el sexo masculino prevalece (60%) en la población usuaria y mayoritariamente tienen instrucción secundaria (66.7%), de donde el 46.7% secundaria completa y el 20.0% de los usuarios tienen secundaria incompleta, lo que evidenciaría un mayor conocimiento y comprensión de los aprendido ya que según la teoría la educación 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 y que el conocimiento hace que el individuo tome medidas hacia su salud y enfermedad.

En el gráfico N° 04, se observa que el 41.7% de los usuarios en estudio se encuentran desempleados., ninguno tiene empleo estable(0%), Asimismo se observa que el 25.0% de los usuarios son las amas de casa, lo cual justifica la presencia de la enfermedad ya que la mayoría es de bajos recursos y condiciona los riesgos de una inadecuada alimentación.

El gráficos N° 05, 06, 07, 08 y 09, muestran el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar según las dimensiones: donde se obtuvieron que el nivel de conocimiento sobre de conceptualización fue alto con un 57%, predominantemente, luego nivel de conocimientos sobre signos y síntomas se obtuvo un 73% de que corresponde a un nivel alto, y un 25% perteneciente a un nivel medio, luego se encontró en nivel de conocimiento sobre el tratamiento farmacológico que la mayoría de usuarios presenta un nivel medio con un 72%, también se encontró el nivel de conocimiento sobre cuidados en eh hogar registrándose un 70% de usuarios que tienen un nivel medio en esta dimensión y por último el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención se encontró un nivel alto con un 92%. Donde demuestran que generalizando los resultados en su total grafico N° 10, nos arrojan un nivel de conocimiento alto con un 76.7%, y medio en un 23.3%, por las características instruccionales (secundaria) y por la atención y consejería que brinda el personal del servicio al usuario ESCTBC., no encontrándose ninguno en un nivel bajo.

Nuestros resultados contrastan con los de **Araceli Mariscal** que en su estudio que mide el nivel de conocimiento a familiares de enfermos de TBC, encontró que la población tiene un conocimiento medio sobre tuberculosis y su conocimiento en prevención es bajo.

En el gráficos N° 11, 12 y 13, muestran la actitud del usuario hacia el tratamiento farmacológico de la tuberculosis pulmonar según las dimensiones: donde se obtuvieron que en la actitud hacia el tratamiento farmacológico se encontró un tipo de actitud de aceptación con un 83.3% y un 2% de rechazo, luego se obtuvo resultados sobre actitud sobre los cuidados en el hogar sobre tuberculosis pulmonar donde se encontró un tipo de actitud de aceptación con un 17% y un 53.5% del tipo de indiferencia, también se obtuvo resultados sobre actitud hacia las medidas preventivas sobre tuberculosis pulmonar donde se encontró un 92% del tipo de actitud de aceptación, y 0% de rechazo. Donde se demuestran que generalizando los resultados en forma total que se observa en el grafico N° 14, nos arrojan un tipo de actitud de aceptación con un 88.3% predominantemente, seguido de 11.7% de tipo de indiferencia, y no encontrándose ninguno en un tipo de actitud de rechazo, siendo una población joven, con necesidad primordial de una curación para poder laborar y sostenerse, por encontrarse desempleado o por ser un trabajador independiente.

Nuestro estudio tiene similares resultados al estudio de **Gladys Pilar Rojas Tello** que encontró en su población de estudio en Lima en el 2006 una actitud de aceptación del 62.5% seguido de una actitud de indiferencia 37.5% y 0% de una actitud de rechazo, hacia el Diagnostico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar; con un porcentaje significativo de dirección positiva (100%) relacionados a aspectos clínicos para el diagnostico y tratamiento.

En el gráfico N° 15 donde se cruzan las variables Nivel de conocimiento y Actitud hacia el tratamiento del los usuario, reafirmando con el cuadro N° 16 y N° 17 la relación significativa de ambas variables que confirmen o rechacen

nuestra hipótesis alternativa/nula, con la prueba de coeficiente de correlación de Pearson,(0.684), con un 99% de nivel de confiabilidad y un nivel de 0.01 de margen de error muestral; siendo  $r > 0$ , existe correlación directa positiva, lo que confirma nuestra hipótesis alterna y rechaza la hipótesis nula.

Asimismo la desviación estándar de 2.80 en conocimientos y 2.53 en actitud, muestran una direccionalidad positiva de la zona de aceptación. Un promedio de 33.03 (=40) en conocimientos y 54.57 (=60) en actitud muestran la homogeneidad de la muestra en la medición de ambas variables.

## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES

Luego de haber llevado a cabo el estudio se llegaron a las siguientes conclusiones generales:

1. Existe relación directa positiva entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes, (0.684:  $r > 0$ ).
2. Las características socio demográficas de nuestra población son: población joven adulta ( 21 a 30 años) en 30.0%, el sexo predominante fue el masculino ( 60%) , el grado de instrucción fue secundaria: secundaria completa en un 46.7% y secundaria incompleta 20.0%, la ocupación mas predominante es: desempleados en un 41.7%
3. El nivel de conocimientos que tienen los usuarios sobre tuberculosis pulmonar de manera global es de alto (76.7%), lo que favorece a que ellos tomen decisiones acertadas en relación a la enfermedad.
4. Las actitudes que tienen los pacientes hacia el tratamiento predominantemente son de aceptación (88.3%), lo que nos indica que los pacientes toman conciencia de la enfermedad y no abandonan el tratamiento farmacológico.

De manera específica se concluye:

El nivel de conocimientos que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre el tratamiento farmacológico está entre alto y medio (100%), lo cual estaría beneficiando al mejor manejo del tratamiento y la recuperación del usuario.

## **CAPITULO VII**

### **RECOMENDACIONES**

De los resultados obtenidos en el presente estudio se derivan las siguientes recomendaciones:

1. Realizar replica del estudio de tal forma que permita establecer comparaciones entre diferentes grupos poblacionales.
2. Abordar el estudio de investigación considerando la variable de prácticas del paciente en el tratamiento de tuberculosis desde una perspectiva cualitativa que permita identificar otros factores que influyen en una mejor evolución y disminución de la multidrogo resistencia.
3. A los profesionales de la salud, mejorar y actualizar permanentemente los módulos educativos para los pacientes del programa ESCTBC, usando diversas metodologías que permitan sensibilizar al usuario y familia.
4. A la dirección de salud que mantengan la estrategia sanitaria provisión de los recursos mínimos para el tratamiento y se evite el abandono por reacciones adversas, asimismo los planes de promoción y prevención ya que la TBC es una enfermedad que no está erradicada por completo dado sus factores de riesgo.

## CAPITULO VIII

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) García Alvarado, Carlos Andrés; Pedraza Moreno, Lina María; Cruz Martínez, Oscar Andrés; Muñoz Sánchez, Alba Idaly, Creencias y actitudes del personal de salud frente a la tuberculosis en una localidad, Bogotá abr. 43(1):57-61, 2011. [Citado 18 – 07 – 11] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=598118&indexSearch=ID>
- (2) Araceli Mariscal, Claudia Ramírez Palacios, Javier Fuentes Domínguez, Roberto Zenteno Cuevas; “Conocimiento de tuberculosis pulmonar en pacientes y sus contactos en Veracruz, México” 2007 [citado 20 – 07 – 11] disponible en: <http://132.248.9.1:8991/hevila/Altepepaktli/2007/vol3/no6/1.pdf>
- (3) Norma I. Soza Pineda, Susan M. Pereira y Mauricio L. Barreto, Abandono del tratamiento de la tuberculosis en (OPS) Nicaragua 2005 [citado 22 – 07 – 11] disponible en: [http://www.erevistas.csic.es/ficha\\_articulo.php?url=oai:publications.paho.org:6632&oai\\_iden=oai\\_revista107](http://www.erevistas.csic.es/ficha_articulo.php?url=oai:publications.paho.org:6632&oai_iden=oai_revista107)
- (4) Olvera Correa, Tonantzi; Barragán, Solís, Anabella; Olvera Castillo, Romualdo, La tuberculosis pulmonar en un grupo de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Un enfoque antropológico 14(2):99-104, 2001 [citado 24 – 07 – 11], disponible en:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=306532&indexSearch=ID>

**(5)** Rojas Tello, Gladys Pilar actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el centro de salud “Tablada de Lurín” noviembre - diciembre 2006 [citado 30 - 07 - 11], disponible en: [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/rojas\\_tg/html/index-frames.html](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/rojas_tg/html/index-frames.html)

**(6)** Castillo Loza Guadalupe; Zarate Isidro Nell; Güisa Bravo Iris: “Impacto de un programa educativo, en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, con respecto a la incidencia de tuberculosis, en zonas de alto riesgo epidemiológico” Tacna 2005, [citado 31 - 07 - 11], disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/pvigia/publicaciones/fondo%20concurable/tuberculosis/517programa%20educativo%202000.pdf>

**(7)** Peláez, Calderón, Factores socioculturales e institucionales que influyen en el control de los contactos de los pacientes con tuberculosis pulmonar: Centro de Salud Manuel Bonilla - Callao. (B.C.:08f2000: TL-579). (TL-579a) 1999, [citado 02 - 08 - 11] disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=339643&indexSearch=ID>

- (8) Castillo Paulino, Lidia Carmen, Factores personales que influyen en el despistaje de tuberculosis pulmonar, en los contactos: Centro de Salud Villacampa – Rímac (32 p. tab.) 1997 [citado 04 – 08 – 11], disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=309141&indexSearch=ID>
- (9) **BOJORQUEZ CH.** Cristina. Conocimiento acerca de la tuberculosis pulmonar que tiene los familiares de los pacientes registrados en el Programa de Control de Tuberculosis del Centro de Salud Conde de la Vega Bajo – Cercado de Lima. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. UNMSM. Lima-Perú.1995. [citado 06 - 08 – 11] disponible en: [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/huaynates\\_ca/pdf/huaynates\\_ca-TH.5.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/huaynates_ca/pdf/huaynates_ca-TH.5.pdf)
- (10) Rodríguez, A. (1993). Psicología social (4ta ed.). México D. F.: Trillas. [Citado: 13 - 08 – 2011] Disponible en: <http://www.prenatal.tv/lecturas/peru/PPEtesisIsabel.pdf>
- (11) Smith, E.R. y Mackie, D.M. (1997): Psicología Social. Madrid, Panamericana, 265-290; 331-347 [citado: 14 - 08 – 2011] disponible en: <http://www.prenatal.tv/lecturas/peru/PPEtesisIsabel.pdf>
- (12) López, F. y Fuertes, A. (1999). Para comprender la sexualidad. Navarra: EVD. Disponible en: [citado: 15 - 08 – 2011] <http://www.prenatal.tv/lecturas/peru/PPEtesisIsabel.pdf>

- (13) Julia Romero Fernández, “Estudio clínico-epidemiológico de la tuberculosis pulmonar”, Ciudad de la Habana, 2007 [citado 01 – 07 - 11], disponible en:  
<http://www.monografias.com/trabajos67/estudio-tuberculosis/estudio-tuberculosis2.shtml>
- (14) Neylim Blanco Hernández, Yaquelín Hernández Rodríguez y Miguel Ángel Carpio Martínez Tuberculosis en atención primaria de salud. Presentación de 2 casos diagnosticados en el área de salud “Mártires de Calabazar” Habana – Cuba 2006 [citado 04 – 07 – 11] disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22\\_3\\_06/mgi18306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_3_06/mgi18306.htm)
- (15) MINSA. Tuberculosis en el Perú. Informe 2000. Lima. Perú 2001
- (16) OMS. Un mundo sin tuberculosis 2010, [citado 10 - 07 – 11]. Disponible en: <http://www.who.int/tb/es/>
- (17) OPS. Condiciones de salud en las Américas”. Washington D.E. 1999.
- (18) Salazar Gonzales, Clara Lina, et.al. Factores de riesgo para el abandono al tratamiento contra la TBC en la Ciudad de Medellín .2001 (citado 14 – 07 - 11).Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/.../online/?>
- (19) Summers “Introducción a la metodología de la investigación” (p. 158). (1982) [citado 12 – 02 – 12] Disponible en:  
<http://www.eumed.net/libros/2006c/203/2k.htm>

**ANEXOS****Anexo "A"****CUESTIONARIO****Nivel de conocimientos**

N°:.....

**INTRODUCCIÓN:**

Buenos días, el presente cuestionario tiene como objetivo determinar los conocimientos que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas. Los resultados que se obtengan del presente estudio servirán para construir una propuesta en la que se manifieste la importancia de la generación de ideas innovadoras de información, educación y comunicación en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis. Les pido sinceridad en sus respuestas, ya que son totalmente anónimas.

Agradezco anticipadamente su colaboración.

**INSTRUCCIONES:**

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

**I. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE****1. Edad:**

15 a 20 ( )      21 a 30 ( )      31 a 40 ( )

41 a 50 ( )      51 a + ( )

**2. Sexo**

M ( )      F ( )

**3. Grado de instrucción**

- |                     |     |                       |     |
|---------------------|-----|-----------------------|-----|
| Primaria completa   | ( ) | Primaria incompleta   | ( ) |
| Secundaria completa | ( ) | Secundaria incompleta | ( ) |
| Superior completa   | ( ) | Superior incompleta   | ( ) |

**4. Ocupación:**

- |                |                   |                 |
|----------------|-------------------|-----------------|
| Empleado ( )   | Independiente ( ) | Desempleado ( ) |
| Estudiante ( ) | Ama de casa ( )   |                 |

**II. DATOS ESPECÍFICOS****1. Conoce Ud. Que la enfermedad tuberculosis es:**

- ( ) **Infectocontagiosa**
- ( ) Hereditaria
- ( ) Viral
- ( ) Desconocida
- ( ) No sabe

**2. Ud. Sabe que la tuberculosis se contagia por:**

- ( ) **El aire con microbios que respiramos**
- ( ) El agua con microbios que bebemos
- ( ) Las relaciones sexuales con pacientes con tuberculosis
- ( ) Compartir cubiertos, ropas u otros objetos con los pacientes con tuberculosis
- ( ) No sabe

3. ¿La tos, es uno de los síntomas de sospecha para tuberculosis, si es por:

- Más de 7 días sin flema
- Más de 15 días, con o sin flema**
- Más de 7 días con flema
- Más 10 días sin flema
- No sabe

4. ¿Cuál es la condición más saltante para que la persona se enferme con tuberculosis?

- Una mala alimentación**
- La falta de higiene
- El consumo de alguna comida contaminada
- El uso de los mismos cubiertos o vasos
- No sabe

5. ¿Conoce Ud. cuanto son los esquemas de tratamiento de la tuberculosis?

- 1     2     3     4     No sabe

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

- Aspirina, gravol, ampicilina, y etambutol
- Estreptomina, ampicilina, gravol y plidan
- Rifampicina, isoniazida, etambutol y pirazinamida**
- Furosemida, penicilina, gravol y aspirina
- No sabe

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

- ( ) Diarrea y dolor de estómago
- ( ) Vómitos y diarreas
- ( ) Náuseas y dolor de estómago
- ( ) **Náuseas y vómitos**
- ( ) No sabe

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

- ( ) Realizar ejercicios físicos
- ( ) **No dejar de tomar las pastillas**
- ( ) Alimentarse en exceso
- ( ) No ir a trabajar
- ( ) No sabe

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

- ( ) Disminuye
- ( ) Se mantiene igual
- ( ) Desaparece
- ( ) **Se extiende**
- ( ) No sabe

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

- Se vuelven débiles a los medicamentos
- Se vuelven resistentes a los medicamentos**
- Desaparecen
- Se mantienen igual
- No sabe

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

- Agua pura y mate
- Leche y jugos**
- Café y té
- Gaseosa y agua
- No sabe

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

- Harinas, verduras y frutas
- Carnes, productos lácteos y menestras**
- Verduras, frutas y carnes
- Productos lácteos, verduras y frutas
- No sabe

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

- Cubrirse la boca y mantenerse alejado**
- Cubrirse la boca y no hablar
- Cubrirse la boca y evitar hablar de frente
- Cubrirse la boca y hablar de frente
- No sabe

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

- Eliminarlo directamente al recipiente de basura
- Eliminarlo en una bolsa y luego quemarlo**
- Eliminarlo directamente en una bolsa plástico
- Eliminarlo en papel higiénico y echarlo en una bolsa plástica
- No sabe

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

- Continuar con las actividades diarias
- Disminuir sus actividades diarias**
- Incrementar sus actividades diarias
- No realizar ninguna actividad
- No sabe

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

- Iluminada y con poca ventilación
- Con poca iluminación y poca ventilación
- Con poca iluminación y ventilada
- Iluminada y ventilada**
- No sabe

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

- Radiografía de tórax
- Análisis de esputo**
- Análisis de sangre
- Examen de orina
- No sabe

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

- Asistir a la consulta médica**
- Asistir a la consulta nutricional
- Asistir a la consulta con la asistente social
- Asistir a la consulta psicológica
- No sabe

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

**Mensualmente**

Diariamente

Semanalmente

Quincenalmente

No sabe

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

Pastillas de rifampicina

**Pastillas de isoniazida**

Pastillas de estreptomina

Pastillas de pirazinamida

No sabe

## Anexo "B"

### CUESTIONARIO (escala de Lickert modificado)

#### Actitudes que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar hacia el tratamiento

Nº:.....

#### INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan una serie de enunciados con sus respectivas alternativas de respuesta

**A: de acuerdo**

**I: indeciso**

**D: en desacuerdo**

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

Enunciado	A	I	D
1. la tuberculosis es una enfermedad curable	X		

#### I. CONTENIDO

ENUNCIADO	A	I	D
1. Es necesario cubrirse la boca al toser o hablar con los demás?			
2. Consumir alimentos antes de tomar los medicamentos para TBC es importante para Ud.			
3. Recibe el tratamiento contra la tuberculosis porque es beneficioso para Ud.			

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

### Anexo "C"

## TÉCNICA DE PERCENTILES PARA CATEGORIZAR LA VARIABLE

### Nivel de conocimientos

Criterios para la clasificación de los niveles de conocimientos:

**1. Puntaje teórico:**

Mínimo: 0

Máximo: 40

**2. Recorrido (R):**

$$R = \text{Max} - \text{min}$$

$$R = 40 - 0 = 40$$

**3. Recorrido medio (R):**

$$R = R/2 = 40/2 = 20$$

**4. Mediana teórica (Me<sub>t</sub>):**

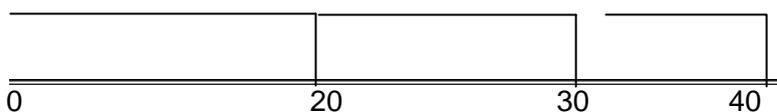
$$\text{Me}_t = \text{min} + R = \text{mx} - R$$

$$0 + 20 = 40 - 20 = 20$$

**5. Tercio Cuartil Teórico (TCT):**

$$\text{TCT} = R + \text{Me}_t / 2$$

$$20 + 10 = 30$$



**6. Clasificación:**

31 – 40: alto

21 – 30: medio

< 20: bajo

## Anexo "D"

## TÉCNICA DE PERCENTILES PARA CATEGORIZAR LA VARIABLE

Actitudes que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar hacia el  
tratamiento

Criterios para la clasificación de los niveles de actitudes:

## 1. Puntaje teórico:

Mínimo: 20

Máximo: 60

## 2. Recorrido (R):

$$R = \text{max} - \text{min}$$

$$R = 60 - 20 = 40$$

## 3. Recorrido medio (R):

$$R = R/2 = 40/2 = 20$$

4. Mediana teórica (Me<sub>t</sub>):

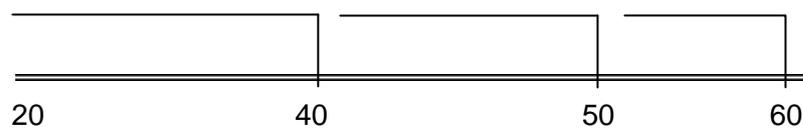
$$\text{Me}_t = \text{min} + R = \text{mx} - R$$

$$20 + 20 = 60 - 20 = 40$$

## 5. Tercio Cuartil Teórico (TCT):

$$\text{TCT} = R + \text{Me}_t / 2$$

$$20 + 30 = 50$$



## 6. Clasificación:

Aceptación: 51 – 60

Indiferencia: 41 – 50

Rechazo: 20 – 40

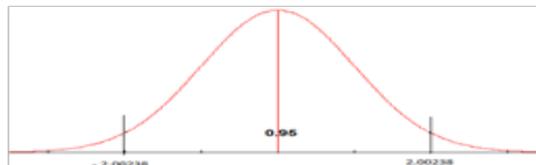
## Anexo "E"

**TABLA 13**  
**DISTRIBUCION t - STUDENT**

Ejemplo: Para  $v = 58$  grados de libertad y  $\alpha = 0.05$

$P[t < 2.00238] = 0.975$

$P[-2.00238 < t < 2.00238] = 1 - 0.05 = 0.95$



$v/\alpha$	0.70	0.60	0.50	0.40	0.30	0.20	0.10	0.05	0.02	0.01	0.001
1	0.5095	0.7265	1.0000	1.3764	1.9626	3.0777	6.3137	12.7062	31.8210	63.6559	636.578
2	0.4447	0.6172	0.8165	1.0607	1.3862	1.8856	2.9200	4.3027	6.9645	9.9250	31.5998
3	0.4242	0.5844	0.7649	0.9785	1.2498	1.6377	2.3534	3.1824	4.5407	5.8408	12.9244
4	0.4142	0.5685	0.7407	0.9410	1.1896	1.5332	2.1318	2.7765	3.7469	4.6041	8.6101
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
58	.	.	.	.	.	.	.	<b>2.00238</b>	.	.	.
59	.	.	.	.	.	.	.	2.00134	.	.	.
60	0.3872	0.5272	0.6786	0.8477	1.0455	1.2958	1.6706	2.0003	2.3901	2.6603	3.4602

Solución:

**Paso 1:** Como la hipótesis nula se postula que no existe asociación entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y la actitud del usuario hacia el tratamiento y la hipótesis alternativa niega esa afirmación.

$$H_0: \rho = 0$$

$$H_1: \rho \neq 0$$

**Paso 2:** Para el coeficiente de correlación muestral  $r = 0.953$  y tamaño de muestra 60, el valor de la estadística de prueba es:

$$T_c = \frac{0.953}{\sqrt{\frac{1 - 0.953^2}{58}}} = 7.14094213 = 7.14$$

**Paso 3:** Para encontrar la región crítica, se tiene en cuenta que  $\alpha = 0.05$ ,  $n = 60$  y  $\rho(t_{(58)} < t_{\text{teórico}}) = 0.975$ . En la tabla de student se encuentra el valor de  $t_{\text{teórico}} = 2.00238$ . La de rechazo de la hipótesis nula es el intervalo  $(-\infty, -2.00238) \cup (2.00238, \infty)$ .

**Paso 4:** como el valor de  $t_c = 7.14$  cae en la región de rechazo de la hipótesis nula, la decisión es aceptar la hipótesis de que existe relación entre nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y actitud del usuario hacia el tratamiento, a un nivel de significancia de 0.05

### Anexo "F"

**CUADRO N° 01**  
**USUARIOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR**  
**SEGÚN EDAD**  
 HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA. JULIO-DICIEMBRE 2011  
 MOYOBAMBA – PERÚ

Edades	N° de usuarios	%
15 a 20	7	11.7
21 a 30	18	30.0
31 a 40	11	18.3
41 a 50	11	18.3
51 a +	13	21.7
Total	60	100

**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital II-1 Moyobamba. Diciembre 2011.

### Anexo “G”

**CUADRO N° 02**  
**USUARIOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR**  
**SEGÚN SEXO**  
 HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA. JULIO-DICIEMBRE 2011  
 MOYOBAMBA – PERÚ

SEXO	N° de usuarios	%
Masculino	36	60.0
Femenino	24	40.0
Total	60	100.0

**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital II-1 Moyobamba. Diciembre 2011.

### Anexo “H”

**CUADRO N° 03**  
**USUARIOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN**  
**GRADO DE INSTRUCCIÓN**  
 HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA. JULIO-DICIEMBRE 2011 MOYOBAMBA –  
 PERÚ

Grado de instrucción	N° de usuarios	%
Primaria completa	7	11.7
Secundaria completa	28	46.7
Superior completa	5	8.3
Primaria incompleta	3	5.0
Secundaria incompleta	12	20.0
Superior incompleta	5	8.3
Total	60	100.0

**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital II-1 Moyobamba. Diciembre 2011.

**Anexo "I"**

**CUADRO N° 04**  
**USUARIOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR**  
**SEGÚN OCUPACION**  
 HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA. JULIO-DICIEMBRE 2011  
 MOYOBAMBA – PERÚ

Ocupación	N° de usuarios	%
Empleado	00	00.0
Estudiante	11	18.3
Independiente	9	15.0
Ama de casa	15	25.0
Desempleado	25	41.7
Total	60	100.0

**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital II-1 Moyobamba. Diciembre 2011.

**Anexo "J"****CUADRO N° 10**

**USUARIOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN NIVEL**  
**DE CONOCIMIENTO HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA. JULIO-**  
**DICIEMBRE 2011 MOYOBAMBA – PERÚ**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N° de usuarios	%
ALTO	46	76,7
MEDIO	14	23,3
BAJO	0	0
Total	60	100,0

fuentes: Encuesta realizada en el Hospital II-1 Moyobamba

### Anexo “K”

**CUADRO N° 14**  
**USUARIOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR,**  
**SEGÚN ACTITUD**  
 HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA. JULIO-DICIEMBRE 2011  
 MOYOBAMBA – PERÚ

Actitud	N° de usuarios	%
ACEPTACION	53	88.3
INDIFERENCIA	7	11.7
RECHAZO	0	0
Total	60	100.0

**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital II-1 Moyobamba. Diciembre 2011.

### Anexo “L”

**CUADRO N° 15**  
**USUARIOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR POR ACTITUD, SEGÚN NIVEL DE**  
**CONOCIMIENTO**

HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA. JULIO-DICIEMBRE 2011 MOYOBAMBA – PERÚ

Actitud	Nivel de Conocimiento						Total	
	Alto		Medio		bajo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Aceptación	44	73.4	9	14.9	0	0	53	88.3
Indiferencia	2	3.3	5	8.4	0	0	07	11.7
Rechazo	0	0	0	0	0	0	00	0
Total	46	76.7	14	23.3	0	0	60	100%

**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital II-1 Moyobamba. Diciembre 2011.

### Anexo "M"

**CUADRO N° 18**  
**USUARIOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR POR**  
**SEXO, SEGÚN EDAD**  
 HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA. JULIO-DICIEMBRE 2011  
 MOYOBAMBA – PERÚ

EDAD		SEXO		Total
		Masculino	Femenino	
15 a 20	cantidad	3	4	7
	%	42.9%	57.1%	100.0%
21 a 30	cantidad	14	4	18
	%	77.8%	22.2%	100.0%
31 a 40	cantidad	6	5	11
	%	54.5%	45.5%	100.0%
41 a 50	cantidad	5	6	11
	%	45.5%	54.5%	100.0%
51 a +	cantidad	8	5	13
	%	61.5%	38.5%	100.0%
Total	cantidad	36	24	60
	%	60.0%	40.0%	100.0%

**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital II-1 Moyobamba. Diciembre 2011.

### Anexo "N"

**CUADRO N° 19**  
**USUARIOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR POR GRADO DE INSTRUCCIÓN,**  
**SEGÚN EDAD**  
 HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA. JULIO-DICIEMBRE 2011 MOYOBAMBA – PERÚ

EDAD		GRADO DE INSTRUCCIÓN					Total	
		Primaria completa	Secundaria completa	Superior completa	Primaria incompleta	Secundaria incompleta		Superior incompleta
15 a 20	cantidad	00	2	00	1	3	1	7
	%	0.00%	7.1%	0.00%	33.3%	25.0%	20.0%	11.7%
21 a 30	cantidad	2	10	2	00	1	3	18
	%	28.6%	35.7%	40.0%	0.00%	8.3%	60.0%	30.0%
31 a 40	cantidad	00	6	1	00	3	1	11
	%	0.00%	21.4%	20.0%	0.00%	25.0%	20.0%	18.3%
41 a 50	cantidad	2	4	1	1	3	00	11
	%	28.6%	14.3%	20.0%	33.3%	25.0%	0.00%	18.3%
51 a +	cantidad	3	6	1	1	2	00	13
	%	42.9%	21.4%	20.0%	33.3%	16.7%	0.00%	21.7%
Total	cantidad	7	28	5	3	12	5	60
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital II-1 Moyobamba. Diciembre 2011.

## Anexo "O"

**CUADRO N° 20**  
**USUARIOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR POR OCUPACION, SEGÚN EDAD**  
 HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA. JULIO-DICIEMBRE 2011 MOYOBAMBA – PERÚ

EDAD		OCUPACION					Total
		Empleado	Estudiante	Independiente	Ama de casa	Desempleado	
15 a 20	cantidad	0	6	1	0	0	7
	%	0%	54.5%	11.1%	.0%	.0%	11.7%
21 a 30	cantidad	0	4	4	2	8	18
	%	0%	36.4%	44.4%	13.3%	32.0%	30.0%
31 a 40	cantidad	0	1	0	5	5	11
	%	0%	9.1%	.0%	33.3%	20.0%	18.3%
41 a 50	cantidad	0	0	3	4	4	11
	%	0%	.0%	33.3%	26.7%	16.0%	18.3%
51 a +	cantidad	0	0	1	4	8	13
	%	0%	.0%	11.1%	26.7%	32.0%	21.7%
Total	cantidad	0	11	9	15	25	60
	%	0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital II-1 Moyobamba. Diciembre 2011