

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE A  
LA ENFERMEDAD DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES  
DE LA MICRORED CONO NORTE TACNA 2014

TESIS

Presentada por:

Bach. Marisol Isabel Choque Checalla

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD  
FRENTE A LA ENFERMEDAD DE TUBERCULOSIS  
PULMONAR EN PACIENTES DE LA MICRORED  
CONO NORTE TACNA 2014

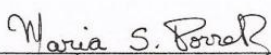
TESIS

Presentada por:

BACH. MARISOL ISABEL CHOQUE CHECALLA

Para optar el Título Profesional de:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

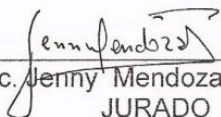
Aprobado por \_\_\_\_\_, ante el siguiente jurado



Mgr. Maria Porras Roque  
PRESIDENTA



Mgr. Carla Mori Fuentes  
JURADO



Lic. Jenny Mendoza Rosado  
JURADO



Mgr. Silvia Quispe Prieto  
ASESORA

### *DEDICATORIA*

*El presente trabajo está dedicado a Dios quien me dio la fortaleza para lograr la culminación de mi investigación.*

*A mis padres quienes me brindaron todo su apoyo de manera incondicional para así lograr mi meta.*

## AGRADECIMIENTOS

- ❖ *A mis padres que en todo momento me han apoyado.*
- ❖ *A la Magister Silvia Quispe Prieto por su asesoría y apoyo en la elaboración de esta investigación.*
- ❖ *A los profesionales de enfermería y a los pacientes que acuden al programa de Control de la Tuberculosis de los Centros de Salud de la Microred Cono Norte, que colaboraron desinteresadamente en la presente investigación.*

## ÍNDICE

**RESUMEN**

**ABSTRACT**

**INTRODUCCIÓN**

**Pág.**

### **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1. Fundamentos y formulación del problema 03

1.2. Objetivos 09

1.3. Justificación 10

1.4. Formulación de la hipótesis 11

1.5. Operacionalización de variables 12

### **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes de la investigación 15

2.2. Bases teóricas 26

2.3. Definición conceptual de términos 62

### **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1. Material y métodos 63

3.2. Población y muestra 63

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 65

3.4. Procedimientos de recolección de datos 69

3.5. Procesamiento de datos	70
<b>CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS</b>	
4.1. Resultados	71
4.2. Discusión	94
<b>CONCLUSIONES</b>	
<b>RECOMENDACIONES</b>	
<b>REFERENCIAS</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud frente a la enfermedad de Tuberculosis Pulmonar en pacientes de la Microred Cono Norte. El diseño del estudio es descriptivo, correlacional y de corte transversal, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia a los pacientes que acuden a la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis, durante el mes de Junio del 2014, quienes cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento dos cuestionarios, para medir el nivel de conocimiento y medir la actitud del paciente, para la relación entre variables se utilizó la prueba de Chi cuadrado. Los resultados obtenidos indicaron que el 59,09% presentó un nivel medio de conocimiento, obteniéndose un nivel bajo en la dimensión de conocimiento en el cuidado del hogar 45,45%; en cuanto a la actitud se obtuvo que el 81,82% presentó una actitud de aceptación hacia la enfermedad. Concluyendo que No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento con la actitud hacia la enfermedad de Tuberculosis Pulmonar, según prueba del Chi cuadrado ( $P= 0.833$ ;  $P> 0.05$ ).

**Palabras clave:** Conocimientos, Actitudes, Tuberculosis pulmonar.

## **ABSTRACT**

The present study was conducted to determine the relationship between the level of knowledge and attitude towards disease Pulmonary Tuberculosis in patients Microred Cono Norte. The study design was descriptive, correlational and cross-sectional, a non-probability sampling was used for convenience to patients attending the Health Strategy for Control and Prevention of Tuberculosis, during the month of June 2014, who met the inclusion criteria. The survey as an instrument Two questionnaires were used as art and to measure the level of knowledge and measure the patient's attitude to the relationship between variables the chi-square test was used. The results showed that 59.09% had a medium level of knowledge, yielding a low level in the dimension of knowledge in home care 45.45%; regarding the attitude was obtained 81.82% had an accepting attitude towards the disease. Concluding that there was no significant relationship between the level of knowledge attitude towards pulmonary tuberculosis disease, according to the chi-square test ( $P = 0.833$ ;  $P > 0.05$ ).

**Keywords:** Knowledge, Attitudes, Pulmonary Tuberculosis.

## INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis es una enfermedad infecciosa y muy contagiosa. Se transmite a través del aire y es causada por una bacteria llamada Bacilo de Koch, que ataca principalmente los pulmones, aunque también a otros órganos. Esta afección es curable y se puede prevenir (1).

En el 2012 el Perú ocupó el quinto lugar en incidencia de TB en América, luego de Haití, Surinam, Bolivia y Guyana; pero Primer lugar en América en notificar TB resistente, siendo en el Perú las diez regiones priorizadas: Lima, Callao, Lima provincias, Loreto, Madre de Dios, Ucayali, Tacna, Ica (3).

Consciente de esta problemática de salud, se decide realizar esta investigación, en donde el conocer el nivel de conocimiento y la actitud del paciente en relación a su tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y las medidas de prevención, servirá para mejorar las intervenciones de enfermería en lo que respecta a la función educativa y preventivo promocionales, con la finalidad de modificar conocimientos y actitudes a fin de fomentar la toma de conciencia de su propia salud y su responsabilidad social. Asimismo el tener un conocimiento más profundo de los niveles de conocimiento y la actitud del paciente, podría ayudar a

identificar y conocer temprana y oportunamente, aquellas determinantes que propician el abandono del tratamiento antituberculoso, para poder establecer una estrategia de intervención óptima.

El presente estudio está estructurado por IV capítulos, el capítulo I Planteamiento del problema, hace referencia a los fundamentos y formulación del problema, objetivos, justificación, formulación de la hipótesis y Operacionalización de variables. El capítulo II Marco Teórico, está conformado por los antecedentes de la investigación, bases teóricas y definición de términos. El capítulo III Metodología de la Investigación, está constituido por el material y métodos, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos y procesamiento de datos. En el capítulo IV se presentan los resultados y la discusión. Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones, y se adjuntan las referencias y anexos.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Fundamentos y formulación del problema**

La tuberculosis es causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, ésta afección es curable y se puede prevenir (1). Sin embargo continúa siendo un serio problema de salud pública en el país, afectando principalmente a los adultos jóvenes y más del 95% de los casos y las muertes se registran en los países en desarrollo. En el 2012, el mayor número de casos nuevos ocurrió en Asia y en África subsahariana, entre los casos notificados de tuberculosis pulmonar hubo unos 450 000 casos de tuberculosis multirresistente, casi el 50% de ellos correspondían a India, China y Federación de Rusia (2).

En el 2012 el Perú ocupó el quinto lugar en incidencia de TB en América, luego de Haití, Surinam, Bolivia y Guyana; pero Primer lugar en América en notificar TB resistente, siendo en el Perú las diez regiones priorizadas: Lima, Callao, Lima provincias, Loreto, Madre de

Dios, Ucayali, Tacna, Ica (3). En donde el Perú ha desarrollado una economía que ha generado consecuencias negativas como: subempleos, desempleos, bajo ingreso per cápita que genera pobreza extrema, los cuales son el origen de los múltiples factores que condicionan la permanencia del foco infeccioso de la enfermedad, como son: El déficit de saneamiento ambiental, hacinamiento, poca accesibilidad a los servicios de salud, deficiente educación para la salud y el estrés social. (4)

Tan importante como las consecuencias negativas que genera el país, es la situación del papel preponderante que cumple el paciente en los indicadores del panorama de esta enfermedad, tal como se evidencia en estudios realizados en países en desarrollo, demuestran falsas ideas entre los pacientes con tuberculosis, como en Pakistán, los pacientes que ya habían visitado a los proveedores de salud y habían iniciado su tratamiento antituberculoso mostraron falta de conocimiento de la enfermedad, y en Turquía, los pacientes expresaron su infelicidad y estrés como su principal causa de su enfermedad. También se reportó que la sensación de estar curados es el principal motivo de incumplimiento al tratamiento antituberculoso. En Zambia, el principal factor que conduce a la falta

de adherencia es que los pacientes comienzan a sentirse mejor (45,1%), y en Indonesia, sentirse mejor fue la razón más mencionada (47 %); teniendo en cuenta que los pacientes comienzan a sentirse bien después de sólo unas pocas semanas de tratamiento, una de las principales razones para explicar a los pacientes la importancia de completar el tratamiento, aunque no sientan la necesidad de hacerlo y se genere una falsa confianza de curación. (5)

Por otro lado en 43 estudios de investigación en países de ingresos altos , medios y bajos (EE.UU., Canadá, Portugal, España, Alemania, Singapur, Hong Kong, Nicaragua, Colombia, Perú, Brasil, y Chile), se encontraron resultados que indican que la tendencia a abandonar el tratamiento se incrementa fuertemente conforme aumenta la condición de indigencia, precariedad y marginalidad social, como en el caso de los desempleados o tienen empleos muy precarios, los analfabetos, las personas que viven en la calle o en residencias temporarias, los pacientes alcohólicos y los adictos a las drogas ilegales.(6)

Así mismo la estigmatización de la tuberculosis es una situación aún encontrada en la actualidad, en donde el exagerado

temor al contagio de la enfermedad lleva a una separación de la familia, lo que constituye un factor negativo para el tratamiento. Por lo que cobra mayor importancia la información acerca de la forma de contagio, su curación y cuidados extensivos al núcleo familiar. Así mismo la mayoría de los pacientes conocen o han escuchado historias de personas o familias completas que han muerto de tuberculosis, por lo que la gente no se acerca a ellas pensando que podrían “contaminarse”. (7)

Teniendo en cuenta estos estudios, las actitudes en los pacientes se presentan por deficientes conocimientos y la reducida información en relación a la tuberculosis, que determina un comportamiento equivocado y erróneo con respecto a esta enfermedad, que acrecientan las actitudes de indiferencia y en algunos casos el rechazo de los pacientes hacia el tratamiento y/o cuidados en el hogar por lo que se hace necesario que el profesional de Enfermería asuma un rol protagónico en la educación, prevención y control de esta enfermedad, requiriendo una Atención de Enfermería con un enfoque integral, social y cultural.

En nuestro contexto los pacientes registrados según estadísticas de la Dirección Regional de Salud Tacna, a cargo de la Lic. María Luisa Carpio de Sánchez, responsable de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis, señaló que el 44% de los distritos del departamento registran casos de tuberculosis pulmonar BK positivo, asimismo los adultos comprendidos entre las edades de 20 a 40 años de edad, concentran, el mayor número de casos. (8)

En el 2013 se registraron un total de 475 casos de TBC y 16 muertes a causa de esta enfermedad, entre los cuales se encontraba un joven y adultos mayores en su mayoría. Asimismo los distritos que concentran el mayor número de casos en el 2014 son: Los distritos de Gregorio Albarracín, Alto de la Alianza y Ciudad Nueva los más afectados. (9)

De acuerdo a lo señalado por la Lic. María Luisa Carpio de Sánchez, responsable de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis, los Distritos de Ciudad Nueva y Alto De La Alianza, que forman el Cono Norte de la Provincia de Tacna, tienen una alta tasa de incidencia de Tuberculosis Pulmonar y en el

mapa epidemiológico se ubica en el estrato de alto riesgo; el manejo de ésta problemática de Salud Pública requiere que el profesional de enfermería brinde una atención holística, que vaya más allá de un enfoque biologista aún fuerte en nuestra profesión, donde se considere las actitudes y los conocimientos que presentan los pacientes con Tuberculosis Pulmonar, este último citado reviste de importancia porque se conoce el contexto en el que viven los pacientes con Tuberculosis Pulmonar es de desventaja social, lo que aunado a la desinformación o falta de conocimientos sobre la enfermedad y actitudes no favorables representan un riesgo en la efectividad de las intervenciones de enfermería, a quien le corresponde un rol protagónico en la recuperación del paciente, en la prevención y control de esta enfermedad.

Por lo expuesto se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la Relación entre el Nivel de Conocimiento y Actitud frente a la enfermedad de Tuberculosis Pulmonar en pacientes de la Microred Cono Norte Tacna 2014?

## **1.2. OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Determinar la relación entre el nivel de Conocimiento y Actitud frente a la enfermedad de Tuberculosis Pulmonar en pacientes de la Microred Cono Norte Tacna 2014.

### **Objetivos Específicos:**

- Caracterizar a la población de pacientes de la Microred Cono Norte de Tacna según datos sociodemográficos.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y las medidas de prevención de tuberculosis pulmonar que tienen los pacientes.
- Identificar el tipo de actitud hacia el tratamiento, cuidados en el hogar y las medidas de prevención de tuberculosis pulmonar que tienen los pacientes.

- Relacionar el nivel de conocimiento y actitud frente a la enfermedad de Tuberculosis Pulmonar en pacientes de la Microred Cono Norte.

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

Tacna es la cuarta región que cuenta con las más altas tasas de TBC, en donde se han registrado 475 casos de TBC, 12 casos de abandono al tratamiento farmacológico y 16 casos de recaídas en el año 2013 (9). Una de las causas que lleva al abandono del tratamiento es la irresponsabilidad de los pacientes, asimismo la desestimación de la información, educación y comunicación, como la calidad de la información brindada por los profesionales de salud, sumado a la poca atención que se pone en la actitud del paciente frente a su enfermedad, y que muchas veces determina el cumplimiento del cuidado de su salud, permitiendo garantizar que el paciente permanezca y cumpla con el tratamiento farmacológico de manera regular.(7)

Consciente de esta problemática de salud, se decide realizar esta investigación, en donde el conocer el nivel de conocimiento y la

actitud del paciente en relación a su tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y las medidas de prevención, servirá para mejorar las intervenciones de enfermería en lo que respecta a la función educativa y preventivo promocionales, con la finalidad de modificar conocimientos y actitudes a fin de fomentar la toma de conciencia de su propia salud y su responsabilidad social. Asimismo al tener un conocimiento más profundo de los niveles de conocimiento y la actitud del paciente, podría ayudar a identificar y conocer temprana y oportunamente, aquellas determinantes que propician el abandono del tratamiento antituberculoso, para poder establecer una estrategia de intervención óptima.

#### **1.4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

En el presente estudio de investigación se plantea la siguiente hipótesis:

Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitud frente a la enfermedad de Tuberculosis Pulmonar en pacientes de la Microred Cono Norte Tacna 2014.

## 1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

- **Variable independiente**

Nivel de conocimiento del paciente con Tuberculosis Pulmonar

- **Variable dependiente**

Actitud del paciente con Tuberculosis Pulmonar

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Nivel de conocimiento del paciente con Tuberculosis Pulmonar	Grado de información adquirido o aprendido por los pacientes con tuberculosis sobre: Concepto, signos y síntomas, tratamiento farmacológico, Cuidados en el Hogar, Medidas de Prevención	<p><b>Tratamiento farmacológico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento</li> <li>• Ingesta</li> <li>• Tiempo</li> <li>• Importancia reacciones adversas</li> <li>• Resistencia bacteriana</li> </ul> <p><b>Cuidados en el hogar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad física</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Medidas de saneamiento</li> </ul> <p><b>Medidas de prevención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmisión</li> <li>• Examen de control</li> <li>• Prevención de contactos</li> <li>• Medidas de Protección en casa</li> </ul>	<p><b>Conocimiento:</b></p> <p>Alto: (31 – 40 p)</p> <p>Medio: (21 – 30 p)</p> <p>Bajo: (&lt; 20 p)</p>	Ordinal

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Actitud del paciente con tuberculosis pulmonar	Respuestas de la predisposición, tendencia o patrones de conducta establecidas, por parte de los pacientes con tuberculosis pulmonar hacia el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas.	<b>Actitud hacia el tratamiento farmacológico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento</li> <li>• Tiempo</li> <li>• Importancia reacciones adversas</li> </ul>	<b>Actitud</b> Aceptación: (38 – 45) Indiferencia: (30 – 37) Rechazo: (15 – 29)	Ordinal
		<b>Actitud hacia cuidados en el hogar</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad física</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Medidas de saneamiento</li> </ul>		
		<b>Actitud hacia medidas preventivas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmisión</li> <li>• Examen de control</li> <li>• Prevención de contactos</li> <li>• Medidas de protección en casa</li> <li>• Educación para la salud</li> </ul>		

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **Internacional**

- Domínguez J. et al. (2007)<sup>(10)</sup>, en su estudio “Conocimientos de tuberculosis pulmonar en pacientes y sus contactos en Veracruz, México”, cuyo objetivo fue evaluar en una muestra representativa de la población de la jurisdicción sanitaria N° VIII de los servicios de salud de Veracruz, México, el nivel de los conocimientos de la tuberculosis pulmonar tanto de los pacientes como de sus contactos y realizar en estos últimos un diagnóstico preliminar de tuberculosis pulmonar, empleando tres técnicas con diferentes fundamentaciones, concluyó que la información recibida por el paciente tiene un enfoque más curativo que preventivo, es insuficiente en cantidad y calidad y que la técnica de la reacción en cadena de polimerasa podría ser útil para el diagnóstico o seguimiento de contactos.

- Báez A. et al. (2008) <sup>(11)</sup>, en su estudio “Conocimientos de la Población acerca de la Tuberculosis Pulmonar Cuba 2008”, cuyo objetivo fue determinar el nivel general de conocimientos de la población sobre la Tuberculosis Pulmonar y su relación con las variables demográficas sexo, edad, y nivel de escolaridad, concluyó que predominó un nivel medio general de conocimientos sobre la enfermedad, con valores significativos en el sexo femenino, en personas de 45 a 50 años de edad y con niveles de escolaridad de preuniversitario y universitario.
  
- Arroyo L. et al. (2012) <sup>(12)</sup>, en su estudio “Conocimiento y Percepción sobre tuberculosis en el Municipio Habana Vieja”, cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento y percepción hacia la tuberculosis que tienen los pobladores de la Habana Vieja, e identificar las vías de obtención de la información sobre aspectos relativos a esta enfermedad, concluyó que la población de la Habana Vieja conoce de la existencia de la tuberculosis. Sin embargo, los conocimientos específicos sobre síntomas de la enfermedad y las formas de transmisión son insuficientes. Revertir esta situación requiere del fortalecimiento del papel de medios de comunicación masiva y la elaboración de estrategias de

comunicación locales que se ajusten a las características del territorio.

### **Nacional**

- Huaynates A. (2006) <sup>(13)</sup>, en su estudio “Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria control de la tuberculosis del Centro de Salud “San Luis”, Enero 2006”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes, concluyó que el nivel de conocimientos que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre el tratamiento farmacológico está entre medio y bajo (80%), poniendo en riesgo la continuidad del tratamiento y la recuperación del paciente. El nivel de conocimientos que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre los cuidados en el hogar está entre medio y bajo (80%), lo que quiere decir que no favorecerían la recuperación del paciente, respecto al nivel de conocimientos que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre las medidas preventivas, el 53% presentan un nivel de conocimientos bajo y el 40% un nivel de conocimientos medio; lo que favorece el

incremento de casos nuevos y limita la erradicación de la tuberculosis.

- Garayar N. (2007) <sup>(14)</sup>, en su estudio “Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes hacia el cuidado de los pacientes con tuberculosis en estudiantes de enfermería de la UNMSM, 2007”, cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y actitudes hacia el cuidado de los pacientes con tuberculosis en estudiantes de Enfermería, concluyó que existe relación poco significativa entre el nivel de conocimientos y las actitudes hacia el cuidado de los pacientes con tuberculosis en los estudiantes de Enfermería. El nivel de conocimientos que predominan en los estudiantes de Enfermería hacia el cuidado de los pacientes con tuberculosis en su mayoría es media.

Las actitudes que predominan en los estudiantes de Enfermería hacia el cuidado de los pacientes con tuberculosis en la gran mayoría son favorables.

- Antón R, Mezones E. (2007) <sup>(15)</sup>, en su estudio “Bajo nivel de conocimientos y actitud de rechazo hacia el tratamiento de tuberculosis”, cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre el nivel

de rechazo y el nivel de conocimientos en los pacientes adultos en tratamiento por tuberculosis pulmonar con esquema 1, en los Centros de Salud de las ciudades de Piura y Castilla – Región Piura; durante el mes de Marzo del 2007, concluyó que 44 de ellos eran varones, cuya edad promedio fue de 38,7+/- 4,16 años, número de años académicos aprobados por la población estudiada fue de 9,69 +/- 1,2 ; sin actividad laboral alguna 13, y una cantidad similar eran amas de casa, asimismo, cinco pacientes era VIH positivos y 26 se encontraba en la primera fase de tratamiento, en conclusión no se encontró asociación entre el nivel de conocimientos, la edad y el grado de instrucción en las edades antes mencionadas en las personas con bajo nivel de conocimientos, además tampoco se encontró asociación con el sexo, ocupación y la fase de tratamiento. En cuanto al nivel de conocimiento global, el nivel fue bajo. La indiferencia hacia el tratamiento fue la actitud más frecuente.

- Bravo E. (2008) <sup>(16)</sup>, en su estudio “Actitudes del paciente con tuberculosis hacia sus condiciones de multidrogorresistente en el Centro de Salud Fortaleza Lima Perú 2008”, cuyo objetivo fue determinar las actitudes de los pacientes con TBC hacia su

condición de multidrogorresistente en el Centro de Salud Fortaleza, concluyó que existe un porcentaje significativo de un 70% de los pacientes con tuberculosis multidrogorresistente que tienen una actitud medianamente favorable o indiferencia hacia su condición de multidrogorresistente debido a que presenta actitudes medianamente favorables en el componente cognoscitivo, afectivo y conductual que repercuten en la intensidad de sus actitudes hacia su condición.

- Crispín V. et al. (2008) <sup>(17)</sup>, en su estudio “Factores asociados a la incidencia de tuberculosis en un Centro de Salud Urbano Marginal de Lima 1999-2008”, cuyo objetivo fue determinar los factores epidemiológicos y sociales asociados a la tuberculosis en un Centro de Salud urbano marginal desde Enero 1999 hasta Diciembre 2008, concluyó que la incidencia de tuberculosis es alta predominando la forma pulmonar con baciloscopia positiva, siendo el 55% varones y 45% mujeres, afectando en gran medida a la población joven; 90% de los pacientes fueron curados al recibir el tratamiento, la mayoría de pacientes tenían familia mayor a 5 miembros y eran amas de casa, estudiantes, obreros o desocupados.

- Tacuri M. (2009) <sup>(6)</sup>, en su estudio “Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera El Agustino, 2009”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud “Primavera” El Agustino, concluyó que el nivel de conocimientos sobre el tratamiento de la tuberculosis que tienen los pacientes con tuberculosis en la mayoría es de nivel medio, coincidentemente el nivel de conocimientos sobre tratamiento farmacológico así como el conocimiento de las indicaciones de seguimiento se ubica en la mayoría en el nivel medio.
- Laurente J. et al. (2010) <sup>(18)</sup>, en su estudio “Conocimientos y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente”, cuyo objetivo fue describir el nivel de conocimiento y actitud acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente, concluyó que el 82,9% tuvo un conocimiento adecuado; 51,4% obtuvo conocimiento adecuado sobre las medidas preventivas y el 60% fue catalogado con una

actitud adecuada con respecto a la enfermedad respecto a transmisión.

- Oré M. (2011) <sup>(19)</sup>, en su estudio “Nivel de conocimientos sobre tuberculosis entre los pacientes en sala de espera, Centro de Salud “Punchauca”, Carabayllo, Lima- Perú”, cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos sobre la tuberculosis de la población que acude al centro de salud Punchauca, concluyó que el 90,8% de las personas encuestadas tienen conocimiento de la existencia de la enfermedad Tuberculosis, pero este conocimiento es escaso ya que al hacerle las otras preguntas del cuestionario demostraron tener un concepto erróneo de la enfermedad.
- Pérez R, Miranda A. (2011) <sup>(20)</sup>, en su estudio “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”, cuyo objetivo fue 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, concluyó que existe relación directa positiva entre el nivel de conocimientos sobre

tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes, (0.684:  $r > 0$ ). 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 más predominante es: desempleados en un 41,7%. El nivel de conocimientos que tienen los usuarios sobre tuberculosis pulmonar de manera global es alto (76,7%), lo que favorece a que ellos tomen decisiones acertadas en relación a la enfermedad. 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.

- Negrete A. (2011) <sup>(21)</sup>, en su estudio “Autoestima y Actitudes al tratamiento de los pacientes de 15 a 49 años con Tuberculosis Pulmonar en el Centro De Salud Micaela Bastidas 2011”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de autoestima y las actitudes al tratamiento de los pacientes de 15 a 49 años con tuberculosis pulmonar en el Centro De Salud Micaela Bastidas,

concluyó que el mayor porcentaje de pacientes tenían actitudes medianamente favorables.

### **Local**

- Capacute K. (2012) <sup>(22)</sup>, en su estudio “Relación entre el nivel de conocimiento de Tuberculosis Pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Microred Cono Sur Tacna 2012”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento de Tuberculosis Pulmonar y la actitud hacia el tratamiento farmacológico de los pacientes de la Microred Cono Sur Tacna, concluyó que existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre Tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento farmacológico de los pacientes atendidos en la Microred Cono Sur de Tacna, en donde el conocimiento en tratamiento farmacológico fue de nivel medio (53,85%); en cuidados en el hogar fue el nivel bajo (50,77%) y sobre medidas de prevención fue el nivel medio (38,46%). Y la actitud fue de indiferencia hacia el tratamiento farmacológico (50,77%) en los pacientes con tuberculosis pulmonar.

- Factor E. (2012) <sup>(23)</sup>, en su estudio “Relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre medidas preventivas frente a la tuberculosis pulmonar en escolares del nivel secundario de la Institución Educativa Manuel A. Odría del distrito de Ciudad Nueva Tacna 2012”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre medidas preventivas frente a la Tuberculosis Pulmonar en escolares del nivel secundario de la Institución Educativa Manuel A. Odría, concluyó que existe relación altamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud que tiene los escolares, en donde el conocimiento de los escolares del nivel secundario sobre medidas preventivas frente a la Tuberculosis Pulmonar, un gran porcentaje es de nivel regular, con mínimo porcentaje de nivel bajo. Con respecto al tipo de actitud de los escolares sobre medidas preventivas frente a la tuberculosis pulmonar un gran porcentaje presenta actitud positiva y un mínimo porcentaje presenta actitud negativa.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **CONOCIMIENTO**

Es el proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica». Rosental & Iudin (24)

Henry Wallon, refiere que son datos e informaciones empíricas sobre la realidad y el propio individuo, es decir, conocimientos inmediatos situacionalmente útiles de tipo hábito y costumbres que hace factible la regulación conductual y el ajuste del individuo en un momento dado. (25)

Bunge Mario, define el conocimiento como “Un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos e inexactos, calificándolas en conocimiento científico y ordinario o vulgar”. Siendo conocimiento científico aquellos probados y demostrados, y conocimiento ordinario o vulgar

aquellos que son inexactos productos de la experiencia y que falta probarlo o demostrarlo. (26)

La mayoría de los autores definen al conocimiento como la suma de hechos, principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje.

## **TIPOS DE CONOCIMIENTO**

Se pueden distinguir cuatro tipos de conocimiento; cotidiano, técnico, empírico y científico. (27)

- El conocimiento cotidiano es el que se encuadra dentro de los quehaceres que el ser humano lleva a cabo en su día a día. Esta actividad ha servido para acumular múltiples y valiosas experiencias que se han transmitido de generación en generación. Son respuestas a necesidades vitales que ofrecen resultados útiles y prácticos.

- El conocimiento técnico es fruto de la experiencia. Su origen está en la experimentación que termina dando una respuesta universal que se aplica y circunscribe a otros objetivos similares.
- El conocimiento empírico está basado en el saber popular. Se obtiene por azar mediante múltiples y variadas tentativas. Carece de métodos o técnicas, adquiere forma a partir de lo aparente, es sensitivo y escasamente preciso.
- El conocimiento científico, a través del procedimiento empírico, trasciende el fenómeno para conocer las causas y leyes que lo rigen. Es metódico y sistemático, ya que el objetivo se alcanza mediante el conocimiento de las leyes y principios que lo rigen.

## **NIVELES DEL CONOCIMIENTO**

Los niveles de conocimiento considerados para la evaluación de los pacientes son los siguientes:

- Conocimiento bajo: Carencia o deficiencia de información cognitiva sobre tuberculosis pulmonar.

- Conocimiento medio: Posee relativa información cognitiva sobre tuberculosis pulmonar.
- Conocimiento alto: Posee una adecuada información cognitiva sobre tuberculosis pulmonar. (22)

## **LA TUBERCULOSIS PULMONAR**

Es una enfermedad infecciosa y muy contagiosa. Se transmite a través del aire y es causada por una bacteria llamada Bacilo de Koch, que ataca principalmente los pulmones, aunque también a otros órganos. (28)

Las bacterias de la TBC se transmiten a través del aire. Cada vez que una persona infectada con TBC habla, escupe, tose o estornuda elimina los microbios o bacterias de la TBC que se encuentran en sus vías respiratorias; en estas circunstancias, estos microorganismos pueden ser aspirados por una persona sana que se encuentre en contacto frecuente con un enfermo de TBC y contagiarse.

El hogar como el lugar de trabajo son los espacios donde un individuo mantiene contacto frecuente con otras personas y es precisamente en estos lugares donde se puede adquirir la enfermedad. (29)

## **SÍNTOMAS**

- Tos con flema por más de 15 días
- Debilidad y cansancio
- Pérdida de peso
- Pérdida de apetito
- Fiebre /sudores nocturnos

## **DIAGNÓSTICO DE TBC**

Los pacientes que presenten algunos de los síntomas descritos anteriormente, deberán acercarse al Centro de Salud para ser evaluados por personal médico.

### Métodos de diagnóstico:

- Prueba cutánea de la tuberculina: También conocida como Método de Mantoux en honor al científico Charles Mantoux que introdujo esta prueba en 1908. Consiste en aplicar debajo de la piel del brazo una sustancia inofensiva llamada “tuberculina”, esta sustancia es un derivado proteico purificado del cultivo del *Mycobacterium tuberculosis* (de ahí el nombre PPD, que es otra denominación de esta prueba), y dos días más tarde el personal de salud deberá evaluar los resultados.
- Radiografía de tórax: Es una prueba esencial y de gran utilidad en el diagnóstico de la TB, valora la extensión de la enfermedad pulmonar, su evolución y sus secuelas.
- Examen del esputo o baciloscopia: Es la principal forma de diagnosticar TB. Consiste en tomar muestras de la expectoración con la finalidad de observar los bacilos que producen la enfermedad a través del microscopio. Estas muestras deberán ser depositadas en envases de plástico descartable, totalmente limpio, seco y de boca ancha. Se recomiendan dos muestras de esputo:
  - La primera muestra durante la consulta.

- La segunda muestra al día siguiente, apenas el paciente se despierta en la mañana.
- El cultivo del esputo: Es una prueba más sensible. Está indicada en personas que tienen sospecha de TB pero cuya baciloscopia resultó negativa, o cuando a pesar de recibir el tratamiento para TB, el cuadro clínico evoluciona desfavorablemente o el BK en esputo no negativiza en el tiempo requerido.(30)

## **TRATAMIENTO**

Toda persona afectada por tuberculosis debe recibir atención integral en el Establecimiento de Salud durante todo su tratamiento que incluye: atención médica, atención por enfermería, asistencia social, psicológica, salud sexual y reproductiva, evaluación nutricional y exámenes auxiliares basales. (31)

### **1. Esquemas de tratamiento para tuberculosis**

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

El esquema de tratamiento inicial debe ser ratificado o modificado dentro de los 30 días calendario de haberse iniciado, de acuerdo a los resultados de las pruebas de sensibilidad rápidas a isoniacida y rifampicina.

Los esquemas de tratamiento antituberculosos se establecen de acuerdo al perfil de sensibilidad a isoniacida y rifampicina por prueba de sensibilidad rápida.

## **2. Factores de riesgo para tuberculosis resistente a medicamentos**

Los principales factores de riesgo para tuberculosis resistente son:

- Fracaso a esquema con medicamentos de primera línea.
- Contacto de caso confirmado de tuberculosis resistente.
- Recaída dentro de los siguientes 6 meses de haber sido dado de alta de un esquema con medicamentos de primera línea.
- Recaída luego de haber sido dado de alta con medicamentos de segunda línea.

- Personas privadas de su libertad y residentes de albergues, comunidades terapéuticas, entre otros.
- Antecedente de tratamiento múltiple (más de dos episodios previos de tuberculosis).
- Antecedentes de irregularidad al tratamiento, abandono o terapia no supervisada.
- Contacto con persona que falleció por tuberculosis.
- Comorbilidades: diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, tratamiento inmunosupresor, otros y coinfección con VIH.
- Trabajadores y estudiantes de la salud.

Si el paciente cumple con uno de los criterios mencionados en los factores de riesgo para tuberculosis resistente, la ESPCT del Establecimiento de Salud debe garantizar lo siguiente:

- Obtener una muestra de esputo y asegurar el procesamiento de la prueba de sensibilidad rápida y/o prueba de sensibilidad convencional.
- Referir al paciente para evaluación al médico consultor.

- Iniciar el esquema de tratamiento para tuberculosis sensible en aquel paciente que se encuentra clínicamente estable y tienen en proceso su prueba de sensibilidad rápida.

Si el resultado de la prueba de sensibilidad rápida demuestra tuberculosis resistente se debe modificar el esquema, dentro de los 30 días calendarios.

En los pacientes con factores de riesgo para tuberculosis resistente y/o deterioro clínico radiológico y en quienes no se puede esperar el resultado de la prueba de sensibilidad rápida o convencional para iniciar tratamiento, la indicación del esquema estará a cargo del médico consultor.

### **3. Esquema para tuberculosis sensible:**

Indicación para pacientes con tuberculosis sin infección por VIH/SIDA:

- Pacientes con tuberculosis pulmonar frotis positivo o negativo.

- Pacientes con tuberculosis Extra pulmonar, excepto compromiso miliar, SNC y osteoarticular.
- Pacientes nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados).

### Esquema para adultos y niños:

- Primera fase: 2 meses (HREZ) diario (50 dosis).
- Segunda fase: 4 meses (H<sub>3</sub>R<sub>3</sub>) tres veces por semana (54 dosis).

### Dosis de medicamentos antituberculosos de primera línea para personas de 15 años a más

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

Rango de dosis de medicamentos entre paréntesis

Tanto en la primera fase como en la segunda fase la dosis máxima no debe exceder lo dispuesto en la tabla antes señalada.

En la primera fase se debe administrar 50 dosis diarias (de lunes a sábado) por dos meses.

En la segunda fase se debe administrar 54 dosis tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado) por 4 meses. (31)

## REACCIONES DE ADVERSAS DE LOS FÁRMACOS

Las reacciones adversas más importantes de los fármacos antituberculosos. (30)

<b>FÁRMACO</b>	<b>REACCIÓN ADVERSA FRECUENTE</b>	<b>REACCIÓN ADVERSA INFRECUENTE</b>
Isoniacida	Neuropatía periférica, hepatitis	Erupción cutánea, urticaria, hipersensibilidad,

		convulsiones, depresión del sistema nervioso central, psicosis, agranulocitosis, trombocitopenia, anemia hemolítica, artralgias, epigastralgia, neuritis óptica.
Rifampicina	Anorexia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, hepatitis, secreciones corporales de color anaranjado (lagrimas, orina, sudor, etc.)	Insuficiencia renal aguda, oliguria transitoria, shock, trombocitopenia, anemia hemolítica, hipersensibilidad, erupción cutánea, síndrome gripal, pancreatitis, ginecomastia.
Etambutol	Neuritis óptica	Dolor articular, hiperuricemia, neuropatía periférica, hepatitis, hipersensibilidad,

		disminución de agudeza visual, nauseas, vómitos, desorientación, alucinaciones.
--	--	---

## **CUIDADOS EN EL HOGAR**

Son los cuidados de salud que el paciente recibe en su hogar para el tratamiento de tuberculosis pulmonar, se detallan a continuación: (32)

- Medidas de saneamiento:
  - El cuarto de la persona con TBC debe ser exclusivo para él o ella. No se debe dormir en el mismo cuarto
  - El cuarto debe ser lo más amplio posible, bien ventilado, limpio, que le entre la luz del sol. Con ventanas amplias que permita que el aire del cuarto sea fluido.
  - El paciente debe toser siempre sobre papel descartable (papel higiénico o servilletas o pañuelos) evitando toser directamente al medio ambiente. La flema que produce debe colectarse en el papel y colocarse una bolsa de plástico que luego se cierra y se

elimina en la basura convencional. Si la flema se junta en la boca esta debe eliminarse en envase con tapa que contenga una solución de lejía al 1%, esto puede durar todo el día y luego descartarse por el desagüe sin problemas.

- En la alimentación debe ser variada, No tiene ningún alimento prohibido siempre y cuando su médico no le indique otra cosa. En vez de realizar sólo tres comidas abundantes a lo largo del día, hacerlo en 5 tomas. Es decir, coma la misma cantidad pero repartida en tomas más pequeñas. Si es preciso, antes de acostarse haga una última toma con algo ligero (leche con cereales, etc.).

Si cuando toma la medicación en ayunas tiene náuseas o vómitos, no beba los líquidos justo después de tomar las medicinas. Es preferible que coma en primer lugar el pan, las tostadas, la fruta o el yogur y deje para un poco más tarde el líquido. Para reforzar su alimentación, puede tomar alimentos que contengan mucha energía (ricos en calorías): pasas, orejones, natillas, flan, y si le sientan bien, frutos secos.

- 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.(32)

## **MEDIDAS DE PREVENCIÓN**

Tiene como finalidad evitar la diseminación del Bacilo de Koch. Las cuales son las siguientes:

- Ventilar los ambientes para evitar la concentración de gérmenes.
- Control de contactos: Se denomina contacto a las personas que conviven con la persona con tuberculosis. El control de contactos se define como la evaluación integral y seguimiento de estas personas. Tiene como objetivos: Prevenir la infección y el desarrollo de enfermedad además de detectar casos de tuberculosis entre los contactos.
- Exámenes de Control.
- Aplicar la vacuna BCG al recién nacido.

- Terapia preventiva con isoniacida en menores de 5 años que son contactos de caso índice con TB pulmonar, independientemente del resultado del frotis de esputo del caso índice y del resultado del PPD del menor. También en personas entre 5 y 19 años con PPD igual o mayor a 10mm y que son contactos de caso índice con TB pulmonar.(31)
- Educación y comunicación para la salud con la finalidad de influir y lograr estilos de vida saludables que disminuyan la transmisión de la infección en la comunidad.
- Participar activamente en la difusión de las actividades contra la TB en tu comunidad y Educación para la salud. (29)

## **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA PERSONA CON TUBERCULOSIS**

La atención de enfermería enfatiza la educación, control del tratamiento y seguimiento de la persona con tuberculosis y sus contactos, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbimortalidad por tuberculosis. (30)

## **Entrevista de Enfermería**

La entrevista de enfermería debe realizarse al inicio, al cambio de fase y al término de tratamiento.

Esta actividad debe ser registrada en el formato respectivo y en la tarjeta de tratamiento, con firma y sello del profesional que lo ejecuta.

### **Primera Entrevista:**

- Establecer un ambiente de cordialidad y privacidad.
- Se realiza cuando la persona con tuberculosis ingresa al tratamiento para informarle sobre su enfermedad y formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado, las baciloscopías de control mensual.
- Identificarse con la persona con tuberculosis y demostrarle apoyo para su curación.
- Identificar antecedentes de tratamiento y factores de riesgo para TB-MDR.

- Brindar educación sobre la enfermedad, el tratamiento que va a recibir en forma supervisada, los exámenes de control y las posibilidades de reacciones a los medicamentos, con palabras sencillas y utilizando material audiovisual: Rotafolio, afiches, folletos, etc.
- Informar a la persona con tuberculosis que en caso de ser hospitalizado deberá comunicar su diagnóstico para asegurar la continuidad del tratamiento.
- Orientar a la mujer en edad fértil sobre la importancia del uso de métodos anticonceptivos para evitar el embarazo durante el tratamiento. Considerar en el tratamiento que incluye Rifampicina el uso de métodos no hormonales.
- Brindar orientación nutricional.
- Llenado correcto y completo de todos los registros que incluye la atención del paciente.
- Inscribir a la persona con tuberculosis en el libro de registro y seguimiento de pacientes.
- Llenar la tarjeta de control de asistencia y administración de medicamentos.
- Realizar el censo de contactos y citarlos para el primer control, indagar si alguno de los contactos presenta síntomas

respiratorios, si la respuesta es afirmativa seguir el procedimiento de diagnóstico.

- Identificar a los niños menores de 15 años para la administración de quimioprofilaxis como grupo prioritario.
- Informar a la persona con tuberculosis sobre la visita domiciliaria, explicándole en forma clara y sencilla de ésta actividad.
- Verificar la firma del consentimiento informado.

#### Segunda Entrevista:

- Se realiza al terminar la primera fase de tratamiento, para controlar la evolución de la persona con TBC, revisión y análisis de la tarjeta de tratamiento.
- Reforzar la importancia del cumplimiento del tratamiento en la fase intermitente y de las baciloscopías de seguimiento.
- Reforzar la educación sanitaria y aclarar posibles dudas. Es importante conocer algunos aspectos de su vida familiar y social, así como su opinión sobre la atención que recibe en el establecimiento de salud.

- Explicarle acerca de la conversión bacteriológica al final de la primera fase y la importancia de continuar su tratamiento hasta su curación.
- Coordinar el segundo control a los contactos.
- Orientar sobre la posibilidad de reacciones adversas a fármacos antituberculosos (prurito, dermatitis, ictericia, etc.).
- Coordinar y verificar la consulta médica de evaluación.

#### Tercera Entrevista:

- Se realiza al término del tratamiento
- Verificar el cumplimiento y resultado del último control bacilosκόpico.
- Coordinar y verificar la consulta médica de alta.
- Coordinar el tercer control de contactos.
- Registrar la condición de egreso, en el libro de registro de seguimiento y la tarjeta de tratamiento.
- Reforzar la autoestima de la persona que culmina el tratamiento satisfactoriamente y recomendarle que en caso de presentar sintomatología respiratoria él o sus familiares acudan al Establecimiento de Salud.

- Irregularidad e inasistencias al tratamiento.

### **Visita Domiciliaria**

Esta actividad consiste en acudir al domicilio de la persona con Tuberculosis con la finalidad de educar al paciente y familia. Deberá efectuarse dentro de las primeras 48 horas de realizado el diagnóstico.

#### **Objetivos:**

- Educar a la persona con tuberculosis y familia incorporándolos activamente en la recuperación de la persona con tuberculosis.
- Identificar problemas de salud y factores condicionantes, para brindar apoyo educativo en busca de solución.
- Verificar el censo y optimizar el control de contactos.
- Contribuir al éxito del tratamiento antituberculoso recuperando a la persona inasistente.

## **ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO**

La enfermera del Establecimiento de Salud es responsable de garantizar la correcta administración del tratamiento antituberculoso.

La adherencia al tratamiento depende en gran parte de la relación establecida entre la persona con tuberculosis, el personal de enfermería que lo administra y el Establecimiento de Salud.

- El tratamiento es estrictamente supervisado y ambulatorio.
- Administración de la terapia preventiva con isoniacida.

La terapia preventiva con isoniacida consiste en la administración de Isoniacida a personas con riesgo de desarrollar la Tuberculosis. La organización de la terapia preventiva con isoniacida es responsabilidad de Enfermería.

## **REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

La referencia consiste en el envío de una persona con TB a un establecimiento de mayor complejidad para resolver un problema de diagnóstico y/o tratamiento. La persona referida debe ir acompañada por un personal de salud, con la hoja de referencia correspondiente firmada por el médico tratante, en donde se debe detallar el problema diagnóstico y/o terapéutico, antecedentes de importancia, tratamiento recibido, principales resultados de laboratorio y exámenes de radiodiagnóstico que se considere necesario.

La Contrarreferencia consiste en el envío de una persona con tuberculosis luego de la evaluación en un establecimiento de mayor complejidad a su establecimiento de origen. Debe ir acompañada de la hoja de contrarreferencia correspondiente firmada por el médico que brindó la atención, en donde se debe detallar la evaluación realizada, el tratamiento indicado y las recomendaciones. Ambas actividades serán monitoreadas por la enfermera del Establecimiento de Salud. (30)

## **ACTITUD**

Thurstone: El concepto de actitud representa la suma de todas las indicaciones, sentimientos, prejuicios, tendencias, ideas, miedos y convicciones de una persona sobre un tema específico. (15)

Krench Y Crutchfield: Las actitudes son las creencias, sentimientos y tendencias hacia la acción de una persona respecto a los objetos, personas o ideas. (15)

Rosenberg y Horland: Refieren que las actitudes son predisponentes a responder a alguna clase de estímulos con ciertas clases de respuestas. Estas respuestas se especifican como cognitivas, afectivas y conductuales; siendo estos tres componentes que forman la actitud como un conjunto que mide antecedentes y la pre conducta. Es así que un enfermo actúa frente a su estado de salud de acuerdo a sus principios sociales, culturales, vínculos afectivos, etc. Y que los trae arraigado a lo largo de su existencia. (21)

Eagly y Chaiken: “La actitud es una tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una entidad (u objeto) concreto, con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad”. (33)

Milton Rokeach: “En términos operativos, en la investigación aplicada en Ciencias Sociales, generalmente se acepta que una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada”.(34)

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos a que hacen referencia.

Las actitudes son sólo un “indicador” de la conducta pero NO la conducta. Es por ello, que las mediciones de actitudes deben interpretarse como “síntomas “o como indicios y no como hechos.

## **CARACTERIZACIÓN DE LAS ACTITUDES**

Las actitudes de forma general podemos caracterizarla a través de los siguientes rasgos distintivos:

- Dirección: Es la dirección de la actitud que puede ser positiva o negativa.
- Magnitud: Es el grado favorable o desfavorable con el que se evalúa el objeto de la actitud.
- Intensidad: Es la fuerza del sentimiento asociada con la actitud.
- Centralidad: Se refiere a la preponderancia de la actitud como guía del comportamiento del sujeto.

## **COMPONENTES DE LAS ACTITUDES**

- Los Componentes Cognitivos incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del objeto de la actitud. Destaca en ellos, el valor que representa para el individuo el objeto o situación.
- Los Componentes Afectivos son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado, apenado)

- Los Componentes Conativos, muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, amén de la ambigüedad de la relación "conducta-actitud". Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes que incluye además la consideración de las intenciones de conducta y no sólo las conductas propiamente dichas.

Todos los componentes de las actitudes llevan implícito el carácter de acción evaluativa hacia el objeto de la actitud. De allí que una actitud determinada predispone a una respuesta en particular (abierta o encubierta) con una carga afectiva que la caracteriza. Frecuentemente estos componentes son congruentes entre sí y están íntimamente relacionados.

“La coexistencia de estos tres tipos de respuestas como vías de expresión de un único estado interno (la actitud), explica la complejidad de dicho estado y también que muchos autores hablen de los tres componentes o elementos de la actitud" (Morales (Coord.), 1999; 195). (34)

## FORMACIÓN DE ACTITUDES

Las actitudes surgen como producto de la interrelación sujeto-medio, en la que los prejuicios, costumbres, valores sociales y discriminación juegan un papel determinante. (34)

Distintos enfoques han explicado las génesis de las actitudes, entre los cuales se destacan:

- El enfoque cognoscitivo, expone que las actitudes se forman de acuerdo al precepto de la armonía y de la buena forma. Las actitudes básicas del ser humano se derivan de su experiencia personal, directa y temprana, que proporciona condiciones para la formación de actitudes positivas o negativas con carácter de estabilidad. Bajo este enfoque se destaca el papel del conocimiento o de la información en el desarrollo de actitudes.
- El enfoque funcionalista, explica la aparición de las actitudes por una razón pragmática: atender a determinadas funciones, especialmente a la satisfacción de alguna necesidad por parte del organismo

- El enfoque " Teoría del Refuerzo", sostiene que las actitudes se forman por el refuerzo o el castigo que aparece luego de una conducta determinada. Destaca en este enfoque la Teoría del Condicionamiento Emocional, término que representa al condicionamiento clásico en el que las respuestas condicionadas son reacciones emocionales, que se fundamenta en la premisa de que el ser humano tiene dos mentes, una que piensa y otra que siente.
- El enfoque de aprendizaje social o por imitación, sostiene que el ser humano, por su condición social, vive bajo la influencia de las actitudes, sentimientos y conductas de quienes le rodean.

En general, la formación de actitudes está altamente relacionada con la experiencia personal y social que cada individuo vive. (34)

### **CLASIFICACIÓN:**

La actitud puede clasificarse de la siguiente manera:

- a) Aceptación: Consiste en estar de acuerdo con lo que se realiza, es decir, el sujeto muestra cierta tendencia de acercamiento hacia el objeto; generalmente está unido con los sentimientos de apoyo, ayuda y comprensión.
- b) 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.
- c) 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 TÉCNICA MÁS CONOCIDA PARA MEDIR ACTITUDES POR ESCALA ES LIKERT**

Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de proposiciones o “juicios” ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se entrevista. Es decir, se presenta cada proposición o juicio que supuestamente miden la actitud hacia un único concepto subyacente, y se pide al entrevistado que “externalice” su “reacción” eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de respuesta de la

escala. A cada punto o categoría se le asigna un valor numérico, así un sujeto obtiene una puntuación respecto a “la afirmación o juicio” y al final se obtiene una puntuación final sumando las puntuaciones obtenidas con relación a todas las afirmaciones o juicios.(35)

## **TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM**

Para Orem la enfermería orienta sus acciones directamente al autocuidado, expresando que “El autocuidado es indispensable porque cuando se ausenta el autocuidado la enfermedad y la muerte se puede producir”; el autocuidado entonces, es un acto propio del individuo que sigue un patrón, una secuencia y cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, funcionamiento y desarrollo del ser humano.

Según Orem, el autocuidado no es innato, se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y dependen de las costumbres, creencias y prácticas habituales del grupo social al cual pertenece el individuo. Por lo tanto se requiere de enseñanza, la cual constituye una responsabilidad de todo profesional de salud,

donde la educación juega un papel importante, en la medida que permite a las personas hacer frente a los problemas de salud.

Considerando que Orem define al ser humano como un todo desde una visión holística en el que cada persona es una combinación única de factores físicos, cognitivos, emocionales y espirituales, en interrelación estrecha con su entorno cambiante y concede mucha importancia a la adaptación de este ser humano al mundo en el que vive; de ahí que existen varios tipos de autocuidado.  
(36)

## **TIPOS DE AUTOCUIDADO**

En la teoría de Dorothea Orem se consideran los requisitos de autocuidado siguientes:

- Autocuidado Universal: Llamado también necesidades de base, son comunes a todos los seres humanos durante todos los estadios de la vida, dan como resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas, son conocidos como demandas de autocuidado para la

prevención primaria, que comprenden: aporte suficiente de aire, agua y alimento. Suministro de cuidados asociados con los procesos de eliminación, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso, entre la soledad y la interacción social, evitar riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar, promover el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.

- Autocuidado del desarrollo: Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Autocuidado en relación a la desviación de la salud: Cuando una persona a causa de su enfermedad o accidente se vuelve dependiente y pasa a la situación de receptor de cuidados, los cuales tienen como objetivos prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad, denominándoles demanda de autocuidado para la prevención secundaria.

Así tenemos los Sistemas de Cuidados de Enfermería; en el cual las enfermeras pueden atender a los individuos identificando tres tipos de sistemas:

- Sistema de compensación total, el paciente no tiene papel activo en los autocuidados (paciente grave o en estado de coma). El profesional de enfermería lleva a cabo el cuidado terapéutico del paciente. “Hacer por el otro”
- Sistema de compensación parcial, el paciente participa en los cuidados de higiene, el personal de enfermería ejecuta algunas medidas de autocuidado para el paciente, compensa las limitaciones para su autocuidado. “Hacer con el otro”
- Sistema de Apoyo Educativo, el paciente es capaz de llevar a cabo o aprender algunas medidas de autocuidado terapéutico pero que puede ser ayudado o prestado por otra persona (familiar, apoyo, guía, enseñanza). “Dejar hacer al otro”

El profesional de la salud busca estimular el cambio en las personas, de una actitud pasiva frente al cuidado de su salud a una más activa, lo cual implica que las personas tomen la iniciativa y actúen en busca del bienestar deseado; además se pretende lograr

cambios de hábitos, costumbres y actitudes frente al cuidado de la propia vida; para que esto se dé, se requiere internalizar la importancia de la responsabilidad y el compromiso que se tiene consigo mismo. (36)

### **2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS**

- **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.

- **ACTITUD:**

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 Likert modificada.

- **TUBERCULOSIS PULMONAR:**

Es una enfermedad infectocontagiosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, es una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. MATERIAL Y MÉTODOS**

El presente estudio utiliza un diseño de investigación descriptivo por considerarse el más apropiado a la naturaleza del problema y de corte transversal porque los datos serán recolectados en un momento determinado en el tiempo y Correlacional.

#### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población de estudio estuvo conformada por 55 pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis de los Centros de Salud pertenecientes a la Microred Cono Norte - Tacna; durante el mes de Junio del 2014, los Establecimientos de Salud son: Centro de Salud La Esperanza, Alto De La Alianza Y Ciudad Nueva.

La muestra fue de 44 pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar, el tipo de muestreo utilizado fue el no probabilístico, por conveniencia, el proceso de selección de las unidades muestrales se realizó teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

#### **Criterios de inclusión**

- Paciente con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar.
- Mayor de 15 años.

#### **Criterios de exclusión:**

- Paciente con diagnóstico de Multidrogo Resistente y Extremadamente Resistente (MDR y XMDR).
- Paciente que tenga una alta frecuencia de emigración.
- Pacientes complicados con comorbilidad (Diabetes, VIH/SIDA).

### 3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el presente estudio se utilizó la técnica de la encuesta, se utilizaron dos instrumentos elaborados por los autores Pérez R. y Miranda A. y modificados por la autora de la presente investigación, el primer instrumento se utilizó para medir el nivel de conocimiento y el segundo instrumento para medir la actitud utilizando la escala tipo Likert.

Instrumento N° 1: Tuvo como objetivo medir los conocimientos sobre Tuberculosis Pulmonar que tienen los pacientes, constituido por 07 preguntas acerca del tratamiento farmacológico, 03 preguntas sobre de cuidados en el hogar y 10 preguntas acerca de medidas preventivas. Lo cual permitió categorizar el nivel de conocimientos en tres: alto, medio y bajo, quedando de la siguiente manera.

(Anexo N° 01)

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

- Las preguntas que miden el conocimiento de tratamiento farmacológico son: 5,6,7,8,9,10,11, siendo la categorización de conocimientos en los siguientes niveles:
  - Nivel de conocimientos alto: 13\_ 14 puntos
  - Nivel de conocimientos medio: 7\_ 12 puntos
  - Nivel de conocimientos bajo: < 6 puntos
  
- Las preguntas que miden el conocimiento de cuidados en el hogar son: 12,14,15 siendo la categorización de conocimientos en los siguientes niveles:
  - Nivel de conocimientos alto: 5\_ 6 puntos
  - Nivel de conocimientos medio: 3 \_ 4 puntos
  - Nivel de conocimientos bajo: < 2 puntos
  
- Las preguntas que miden el conocimiento de medidas de prevención son: 1,2,3,4,13,16,17,18,19,20 siendo la categorización de conocimientos en los siguientes niveles:
  - Nivel de conocimientos alto: 17\_ 20 puntos
  - Nivel de conocimientos medio: 11\_ 16 puntos
  - Nivel de conocimientos bajo: < 10 puntos

Instrumento N° 2: Tuvo como objetivo medir las actitudes hacia el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas que tienen los pacientes. La cual estaba conformada por 05 preguntas sobre medidas preventivas, 06 preguntas acerca de tratamiento farmacológico y 04 preguntas pertenecientes a cuidados en el hogar, el cual permitirá determinar en tres categorías: (Anexo N° 02)

- Aceptación: 38\_45 puntos
- Indiferencia: 30\_ 37 puntos
- Rechazo: 15\_ 29 puntos

Se tomó en cuenta la puntuación que reciba cada respuesta sea positiva o negativa, tendrá 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

Para los cuales se realizó:

- La validez del contenido: El instrumento fue sometido a juicio de expertos por 04 profesionales, 02 profesionales de enfermería que labora en la estrategia sanitaria control de la tuberculosis, 01 docente de la universidad experta en el tema y 01 estadístico, cuyas sugerencias y recomendaciones contribuyeron en la mejora de los instrumentos, de acuerdo a la Estadística de fiabilidad se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,801. (Anexo N° 03 y 04)
- La confiabilidad: Se realizó una prueba piloto a 10 pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden a la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis, en el Puesto de Salud Ramón Copaja de la Microred Cono Norte, con el propósito de garantizar la confiabilidad del instrumento. Para la obtención de la confiabilidad se utilizó como estadístico el alfa de Cronbach

lográndose un nivel de confiabilidad de 0,601 determinando un nivel significativo de confiabilidad para el instrumento de actitud N° 02 y para el instrumento de conocimiento N° 01 se realizó mediante la prueba binomial para verificar la dificultad de la prueba de conocimientos, podemos afirmar que alrededor del 50 % de las preguntas presentan un grado de dificultad aceptable ( $p>0,05$ ) por lo tanto el instrumento de conocimientos es válido. (Anexo N° 05 y 06)

### **3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de los datos se procedió de la siguiente manera:

Se presentó las solicitudes a los gerentes de cada Establecimiento de Salud para obtener la autorización para aplicar los instrumentos a los pacientes que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis durante el mes de junio del 2014.

Se aplicó los dos instrumentos a todos los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar que cumplieron con los criterios

de inclusión. Antes de aplicar los instrumentos se les entrego el consentimiento informado, explicándoles que su participación en el estudio es de forma voluntaria y anónima.

### **3.5.PROCESAMIENTO DE DATOS**

Una vez concluido con la recolección de datos se codificaron y vaciaron a una base de datos en programa Excel de Microsoft Windows 2010; el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el software estadístico informativo Statical Package for the Social Sciences (SPSS) V. 20.0.

Para el análisis estadístico descriptivo se utilizó las frecuencias absolutas y frecuencias relativas simples, para el análisis de la relación de conocimientos y actitudes, se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado.

Para la presentación de los resultados se generaron tablas de contingencia y gráficos según corresponda a los objetivos planteados.

## **CAPÍTULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1.RESULTADOS**

Luego de aplicar los instrumentos de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados, los cuales son presentados en distribución de frecuencias y tablas de contingencia, respondiendo así a los objetivos e hipótesis planteadas.

**TABLA N° 01**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN DIMENSIONES**  
**EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA**  
**MICRORED CONO NORTE TACNA 2014**

<b>CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE</b>		<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SEXO</b>	Masculino	23	<b>52,27</b>
	Femenino	21	47,73
	Total	44	100,00
<b>EDAD</b>	Adolescente	5	11,36
	Adulto Joven	16	36,36
	Adulto	21	<b>47,73</b>
	Adulto Mayor	2	4,55
	Total	44	100,00
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	Primaria Completa	3	6,82
	Primaria Incompleta	6	13,64
	Secundaria Completa	18	<b>40,91</b>
	Secundaria Incompleta	4	9,09
	Superior Completa	6	13,64
	Superior Incompleta	7	15,91
	Total	44	100,00
<b>OCUPACIÓN</b>	Empleado	3	6,82
	Estudiante	11	25,00
	Independiente	15	<b>34,09</b>
	Ama De Casa	10	22,73
	Desempleado	5	11,36
	Total	44	100,00

Nota: Pacientes con Tuberculosis Pulmonar  
Fuente: Microred Cono Norte, Junio 2014  
Elaborado por: Pérez R, Miranda A. y modificado por la autora

## **DESCRIPCIÓN:**

En la presente tabla se observa las características de los pacientes según las dimensiones de sexo, edad, grado de instrucción y ocupación.

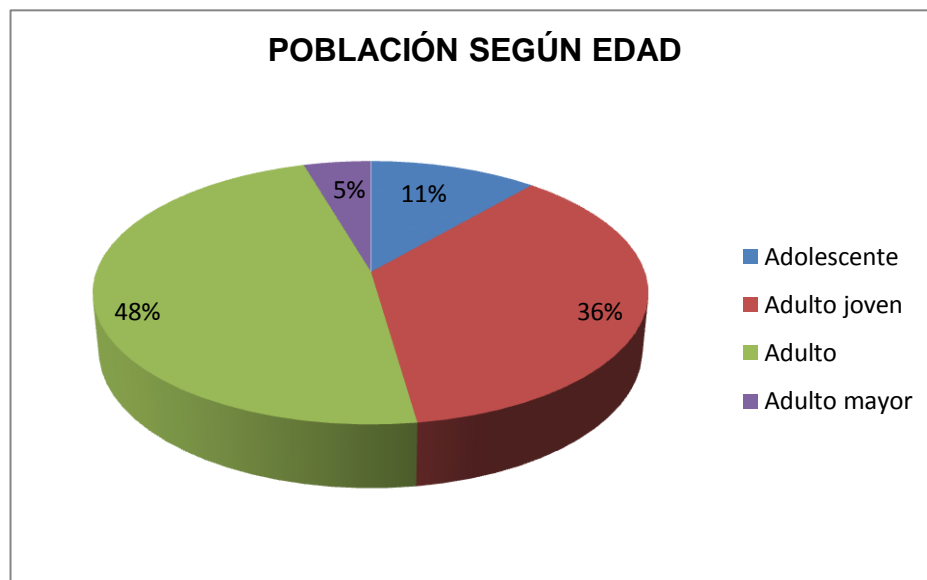
- En la dimensión sexo el 52,27% de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar pertenecen al sexo masculino y el 47,73% son del sexo femenino.
- En la dimensión de edad el 47,73% de los pacientes con tuberculosis Pulmonar pertenecen al grupo de adulto, seguidamente del 36,36% que pertenece al grupo de adulto joven, el 11,36% al grupo de adolescentes y el 4,55% al grupo de adulto mayor.
- En la dimensión de grado de instrucción el 40,91% de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar tienen estudio secundario completo, seguido del 15,91% con estudio superior incompleto, el 13,64% tienen superior completa y 6,82% tienen estudio primario completo.
- En la dimensión de ocupación el 34,09% de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar tienen una ocupación de independiente, seguido del 25,00% son estudiantes, el 22,73% son amas de casa y el 18,18% restante son empleados y desempleados.

**GRÁFICO N° 1.1**  
**CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICA SEGÚN SEXO EN**  
**PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA**  
**MICRORED CONO NORTE TACNA 2014**



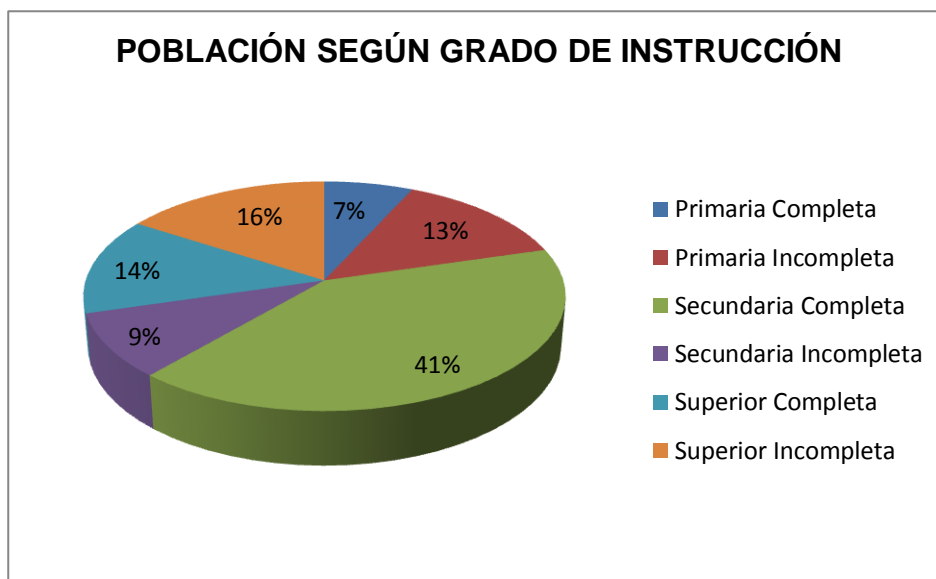
Nota: Pacientes con Tuberculosis Pulmonar  
Fuente: Microred Cono Norte, Junio 2014  
Elaborado por: Pérez R, Miranda A. y modificado por la autora

**GRÁFICO N° 1.2**  
**CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICA SEGÚN EDAD EN**  
**PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA**  
**MICRORED CONO NORTE TACNA 2014**



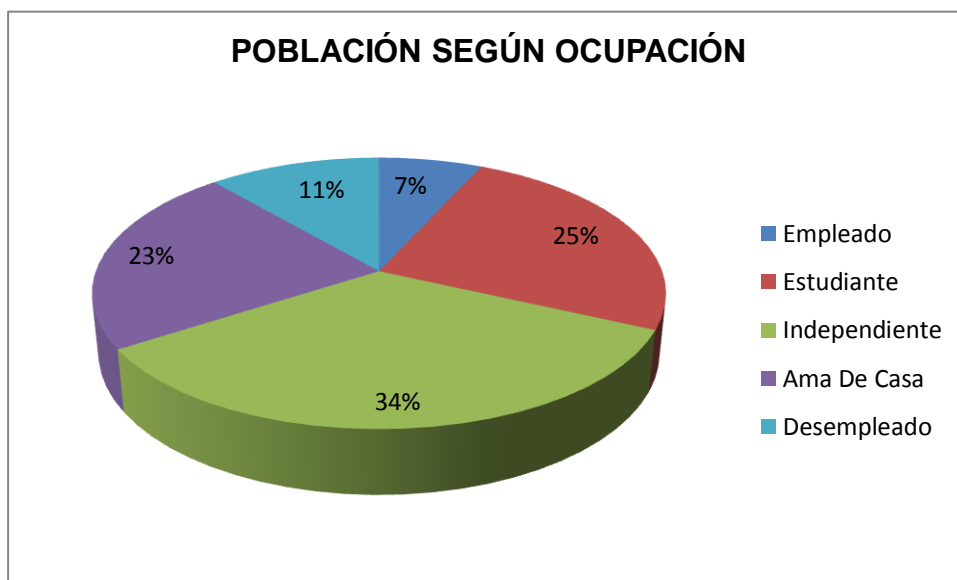
Nota: Pacientes con Tuberculosis Pulmonar  
Fuente: Microred Cono Norte, Junio 2014  
Elaborado por: Pérez R, Miranda A. y modificado por la autora

**GRÁFICO N° 1.3**  
**CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICA SEGÚN GRADO DE**  
**INSTRUCCIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS**  
**PULMONAR DE LA MICRORED CONO NORTE**  
**TACNA 2014**



Nota: Pacientes con Tuberculosis Pulmonar  
Fuente: Microred Cono Norte, Junio 2014  
Elaborado por: Pérez R, Miranda A. y modificado por la autora

**GRÁFICO N° 1.4**  
**CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICA SEGÚN OCUPACIÓN EN**  
**PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA MICRORED**  
**CONO NORTE TACNA 2014**



Nota: Pacientes con Tuberculosis Pulmonar  
Fuente: Microred Cono Norte, Junio 2014  
Elaborado por: Pérez R, Miranda A. y modificado por la autora

**TABLA N° 02**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE  
TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES DE LA  
MICRORED CONO NORTE TACNA 2014**

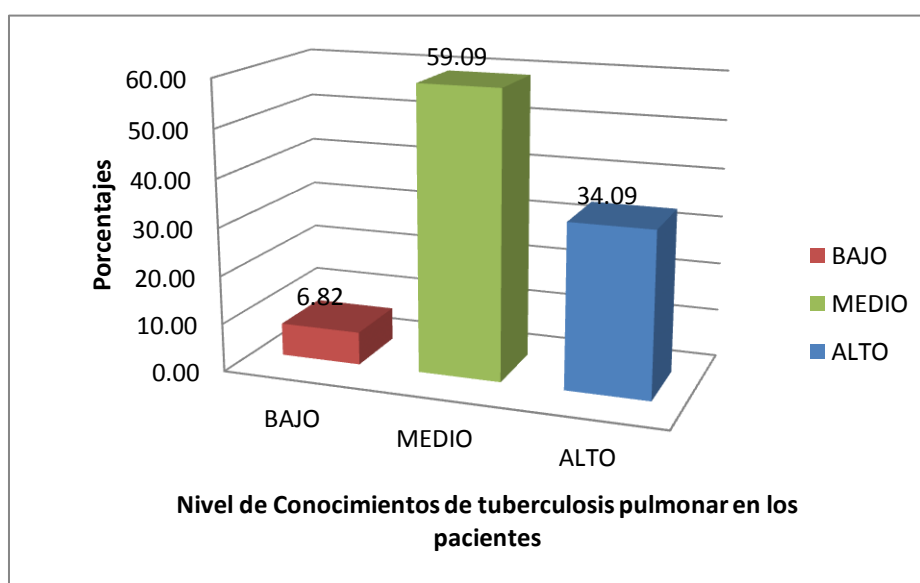
<b>NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE TUBERCULOSIS</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
BAJO	3	6,82
MEDIO	26	<b>59,09</b>
ALTO	15	34,09
TOTAL	44	100,00

Nota: Pacientes con Tuberculosis Pulmonar  
Fuente: Microred Cono Norte, Junio 2014  
Elaborado por: Pérez R, Miranda A. y modificado por la autora

**DESCRIPCIÓN:**

En la presente tabla se observa, que el 59,09 % de los pacientes de la Microred Cono Norte tienen un nivel de conocimiento medio, el 34,09% tiene un conocimiento alto y el 6,82% tiene un nivel de conocimiento bajo.

**GRÁFICO Nº 02**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE**  
**TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES DE LA**  
**MICRORED CONO NORTE TACNA 2014**



Nota: Pacientes con Tuberculosis Pulmonar  
Fuente: Microred Cono Norte, Junio 2014  
Elaborado por: Pérez R, Miranda A. y modificado por la autora

**TABLA N° 03**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TUBERCULOSIS PULMONAR**  
**POR DIMENSIONES EN PACIENTES DE LA MICRORED CONO**  
**NORTE TACNA 2014**

<b>CONOCIMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR</b>	<b>NIVEL DE CONOCIMIENTOS</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>DIMENSIONES</b>			
<b>Conocimiento del tratamiento farmacológico</b>	BAJO	3	6,82
	MEDIO	34	<b>77,27</b>
	ALTO	7	15,91
	Total	44	100,00
<b>Conocimiento en el cuidado del hogar</b>	BAJO	20	<b>45,45</b>
	MEDIO	19	43,18
	ALTO	5	11,36
	Total	44	100,00
<b>Conocimiento en medidas de prevención</b>	BAJO	4	9,09
	MEDIO	32	<b>72,73</b>
	ALTO	8	18,18
	Total	44	100,00

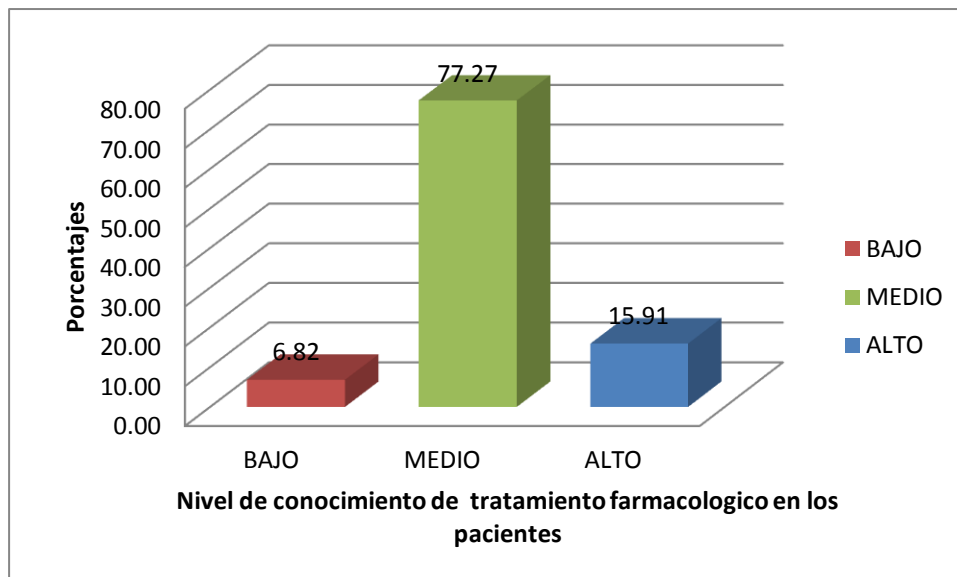
Nota: Pacientes con Tuberculosis Pulmonar  
Fuente: Microred Cono Norte, Junio 2014  
Elaborado por: Pérez R, Miranda A. y modificado por la autora

**DESCRIPCIÓN:**

En la presente tabla se observa el nivel de conocimientos según dimensiones, el conocimiento en el tratamiento farmacológico, en el cuidado del hogar y en medidas de prevención.

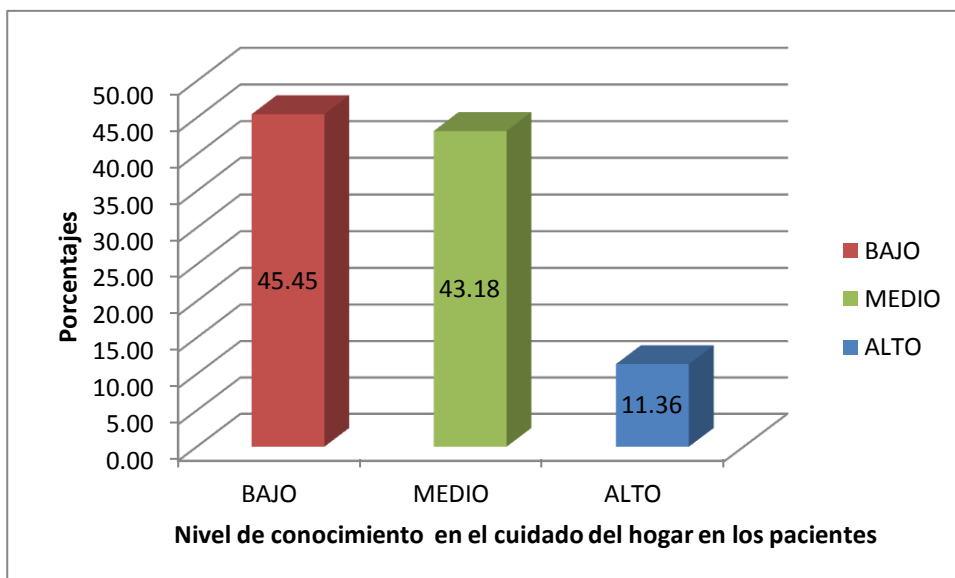
- En la dimensión de tratamiento farmacológico, el 77,27 % de los pacientes de la Microred Cono Norte tienen un nivel de conocimiento medio en dicha dimensión, el 15,91% tiene un conocimiento alto y el 6,82% tiene un nivel de conocimiento bajo en el mismo.
- En la dimensión del cuidado del hogar, el 45,45 % de los pacientes de la Microred Cono Norte tienen un nivel de conocimiento bajo en dicha dimensión, el 43,18% tiene un conocimiento medio y el 11,36% tiene un nivel de conocimiento alto en el mismo.
- En la dimensión de medidas de prevención, el 72,73% de los pacientes de la Microred Cono Norte tienen un nivel de conocimiento medio en dicha dimensión, el 18,18% tiene un conocimiento alto y el 9,09% tiene un nivel de conocimiento bajo en el mismo.

**GRÁFICO N° 3.1**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**  
**DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES DE LA**  
**MICRORED CONO NORTE TACNA 2014**



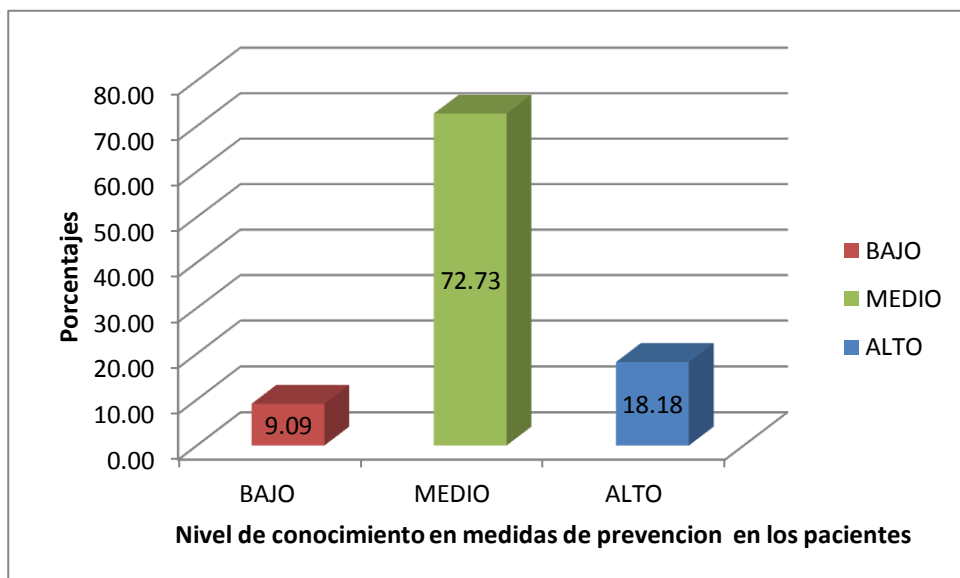
Nota: Pacientes con Tuberculosis Pulmonar  
Fuente: Microred Cono Norte, Junio 2014  
Elaborado por: Pérez R, Miranda A. y modificado por la autora

**GRÁFICO N° 3.2**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL CUIDADO DEL HOGAR DE**  
**TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES DE LA**  
**MICRORED CONO NORTE TACNA 2014**



Nota: Pacientes con Tuberculosis Pulmonar  
 Fuente: Microred Cono Norte, Junio 2014  
 Elaborado por: Pérez R, Miranda A. y modificado por la autora

**GRÁFICO N° 3.3**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE**  
**TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES DE LA**  
**MICRORED CONO NORTE TACNA 2014**



Nota: Pacientes con Tuberculosis Pulmonar  
Fuente: Microred Cono Norte, Junio 2014  
Elaborado por: Pérez R, Miranda A. y modificado por la autora

**TABLA N° 04**  
**ACTITUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE TUBERCULOSIS**  
**PULMONAR EN PACIENTES DE LA MICRORED CONO**  
**NORTE TACNA 2014**

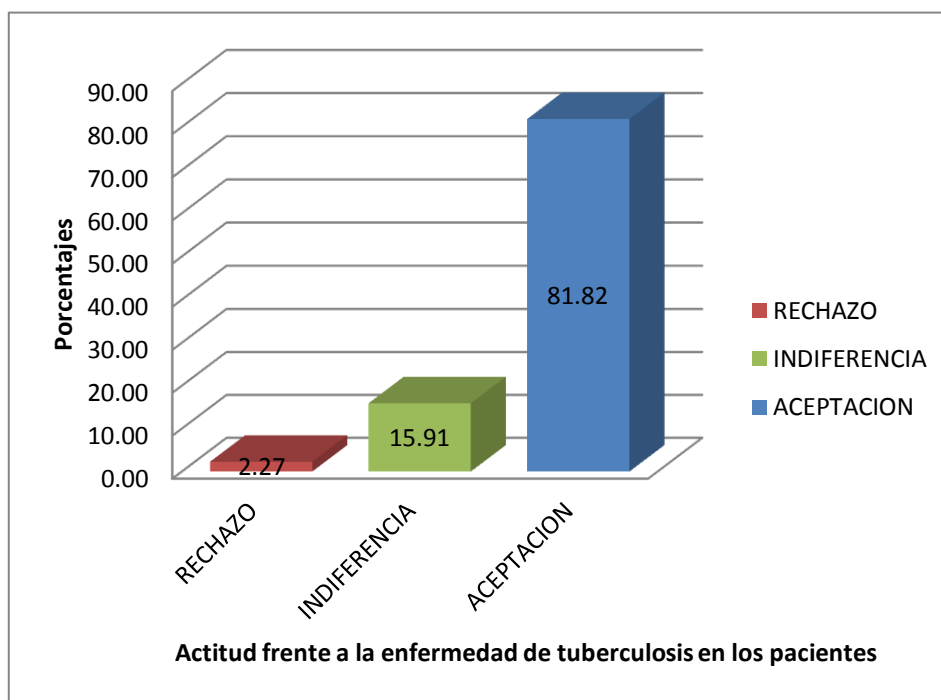
<b>ACTITUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE TUBERCULOSIS PULMONAR</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
RECHAZO	1	2,27
INDIFERENCIA	7	15,91
ACEPTACION	36	<b>81,82</b>
Total	44	100,00

Nota: Pacientes con Tuberculosis Pulmonar  
Fuente: Microred Cono Norte, Junio 2014  
Elaborado por: Pérez R, Miranda A. y modificado por la autora

**DESCRIPCIÓN:**

En la presente tabla se observa, que el 81,82% de los pacientes de la Microred Cono Norte tienen una actitud de aceptación hacia la enfermedad de tuberculosis pulmonar, el 15,91% tiene una actitud de indiferencia y el 2,27% tiene una actitud de rechazo.

**GRÁFICO N° 04**  
**ACTITUD FRENTE A LA ENFERMEDAD DE TUBERCULOSIS**  
**PULMONAR EN PACIENTES DE LA MICRORED CONO**  
**NORTE TACNA 2014**



Nota: Pacientes con Tuberculosis Pulmonar  
Fuente: Microred Cono Norte, Junio 2014  
Elaborado por: Pérez R, Miranda A. y modificado por la autora

**TABLA Nº 05**  
**ACTITUD SOBRE TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN**  
**DIMENSIONES EN PACIENTES DE LA MICRORED**  
**CONO NORTE TACNA 2014**

<b>ACTITUD DE LOS PACIENTES FRENTE A TUBERCULOSIS PULMONAR</b>	<b>TIPO DE ACTITUD</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>DIMENSIONES</b>			
<b>Actitud frente al tratamiento farmacológico</b>	RECHAZO	1	2,27
	INDIFERENCIA	3	6,82
	ACEPTACION	40	<b>90,91</b>
	TOTAL	44	100,00
<b>Actitud frente al cuidado en el hogar</b>	RECHAZO	3	6,82
	INDIFERENCIA	5	11,36
	ACEPTACION	36	<b>81,82</b>
	TOTAL	44	100,00
<b>Actitud frente a las medidas de prevención</b>	RECHAZO	2	4,55
	INDIFERENCIA	7	15,91
	ACEPTACION	35	<b>79,55</b>
	TOTAL	44	100,00

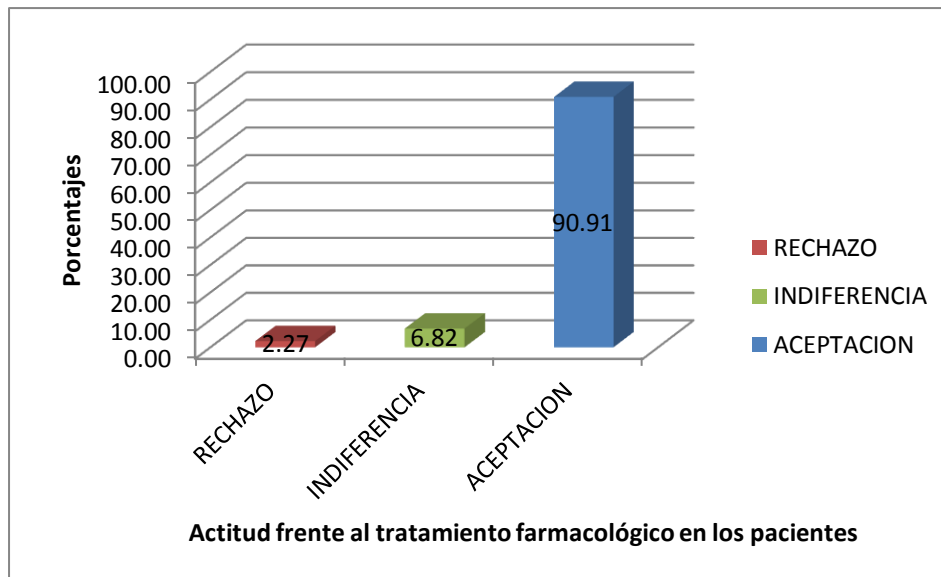
Nota: Pacientes con Tuberculosis Pulmonar  
Fuente: Microred Cono Norte, Junio 2014  
Elaborado por: Pérez R, Miranda A. y modificado por la autora

## **DESCRIPCIÓN:**

En la presente tabla se observa los tipos de actitud según dimensiones, actitud frente al tratamiento farmacológico, en el cuidado del hogar y en medidas de prevención.

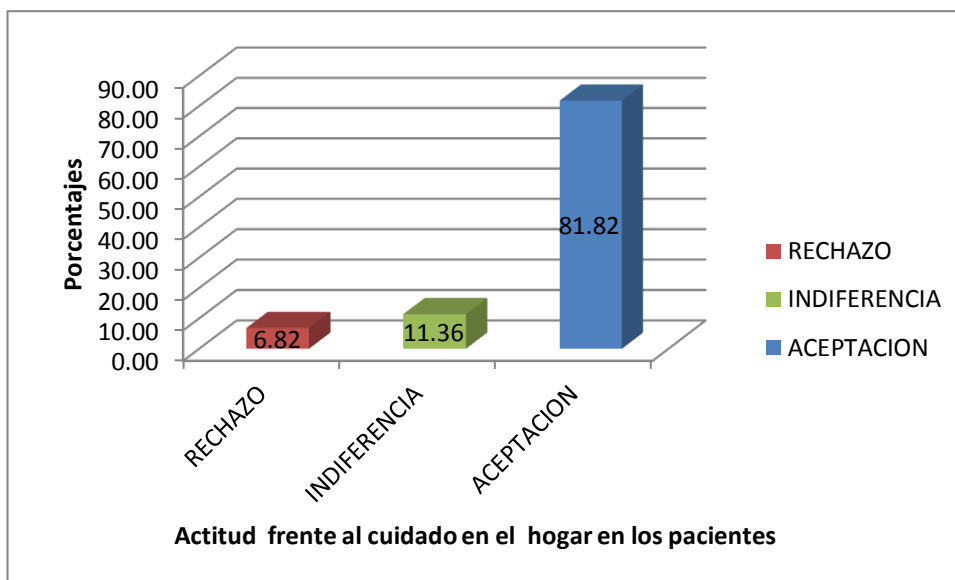
- En la dimensión de tratamiento farmacológico, el 90,91% de los pacientes de la Microred Cono Norte tienen una actitud de aceptación hacia el tratamiento farmacológico, el 6,82% tiene una actitud de indiferencia y el 2,27% tiene una actitud de rechazo.
- En la dimensión del cuidado del hogar, el 81,82% de los pacientes de la Microred Cono Norte tienen una actitud de aceptación hacia el cuidado en el hogar, el 11,36% tiene una actitud de indiferencia y el 6,82% tiene una actitud de rechazo.
- En la dimensión de medidas de prevención, el 79,55% de los pacientes de la Microred Cono Norte tienen una actitud de aceptación hacia las medidas de prevención, el 15,91% tiene una actitud de indiferencia y el 4,55% tiene una actitud de rechazo.

**GRÁFICO N° 5.1**  
**ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE**  
**TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES DE LA**  
**MICRORED CONO NORTE TACNA 2014**



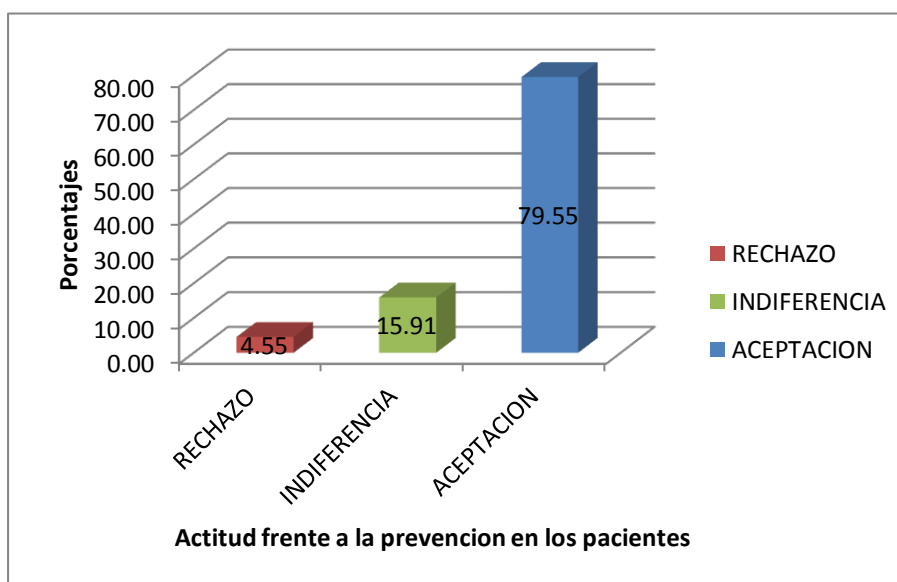
Nota: Pacientes con Tuberculosis Pulmonar  
Fuente: Microred Cono Norte, Junio 2014  
Elaborado por: Pérez R, Miranda A. y modificado por la autora

**GRÁFICO N° 5.2**  
**ACTITUD FRENTE AL CUIDADO EN EL HOGAR DE TUBERCULOSIS**  
**PULMONAR EN PACIENTES DE LA MICRORED CONO NORTE**  
**TACNA 2014**



Nota: Pacientes con Tuberculosis Pulmonar  
Fuente: Microred Cono Norte, Junio 2014  
Elaborado por: Pérez R, Miranda A. y modificado por la autora

**GRÁFICO N° 5.3**  
**ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE**  
**TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES DE LA**  
**MICRORED CONO NORTE TACNA 2014**



Nota: Pacientes con Tuberculosis Pulmonar  
Fuente: Microred Cono Norte, Junio 2014  
Elaborado por: Pérez R, Miranda A. y modificado por la autora

**TABLA N° 06**

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD**

**FRENTE A LA ENFERMEDAD DE TUBERCULOSIS**

**PULMONAR EN PACIENTES DE LA MICRORED**

**CONO NORTE TACNA 2014**

	ACTITUD						TOTAL	
	RECHAZO		INDIFERENCIA		ACEPTACIÓN		N	%
	N	%	N	%	N	%		
CONOCIMIENTO BAJO	0	0,00%	0	0,00%	3	<b>100,00%</b>	3	100,00%
MEDIO	1	3,85%	4	15,38%	21	<b>80,77%</b>	26	100,00%
ALTO	0	0,00%	3	20,00%	12	<b>80,00%</b>	15	100,00%
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>2,27%</b>	<b>7</b>	<b>15,91%</b>	<b>36</b>	<b>81,82%</b>	<b>44</b>	<b>100,00%</b>

**Prueba de Chi-cuadrado  $X^2= 1.463$  GL= 4; P= 0.833; P> 0.05**

Nota: Pacientes con Tuberculosis Pulmonar  
Fuente: Microred Cono Norte, Junio 2014  
Elaborado por: Pérez R, Miranda A. y modificado por la autora

**DESCRIPCIÓN:**

En la presente tabla se observa, que de 3 pacientes con nivel bajo de conocimiento de tuberculosis pulmonar, el 100% presenta una actitud de aceptación frente a la enfermedad de tuberculosis pulmonar.

De 26 pacientes con nivel de conocimiento medio de tuberculosis pulmonar, el 80,77% presenta una actitud de aceptación y el 15,38% una actitud de indiferencia.

De 15 pacientes con nivel de conocimiento alto de tuberculosis pulmonar, el 80,00% presenta una actitud de aceptación y el 20,00% una actitud de indiferencia.

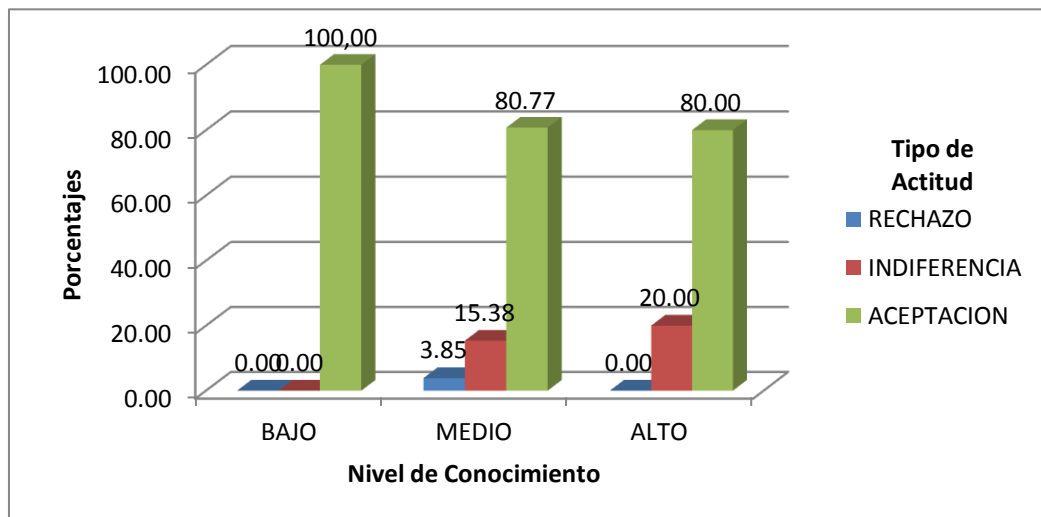
**GRÁFICO Nº 06**

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD**

**FRENTE A LA ENFERMEDAD DE TUBERCULOSIS**

**PULMONAR EN PACIENTES DE LA MICRORED**

**CONO NORTE TACNA 2014**



Nota: Pacientes con Tuberculosis Pulmonar  
 Fuente: Microred Cono Norte, Junio 2014  
 Elaborado por: Pérez R, Miranda A. y modificado por la autora

## 4.2. DISCUSIÓN

En la tabla N° 01, se observa las características de los Pacientes con tuberculosis pulmonar de la Microred Cono Norte, se evidencia que predomina de sexo masculino con un 52,27%.

En la dimensión de edad, el 47,73% de los pacientes pertenecen al grupo de adulto, seguidamente del 36,36% que pertenece al grupo de adulto joven, deduciendo que son las poblaciones de mayor riesgo de contagio de la enfermedad, mientras que el 11,36% son adolescentes y el 4,55% al adulto mayor.

En lo que respecta a la dimensión de grado de instrucción, el 40,91% tienen estudios secundarios completos, seguido del 15,91% con estudio superior incompleto, el 13,64% superior completa y el menor porcentaje con 6,82% estudios primarios completos; lo que evidencia, es una población que posee un mayor conocimiento y comprensión de lo aprendido.

En la dimensión de ocupación el 34,09% de los pacientes tienen una ocupación independiente, seguido del 25,00% son

estudiantes, el 22,73% son amas de casa, el 11,36% son desempleados y el 6,82% son empleados.

Se evidencia que el 59,09% de la población, son personas económicamente no activas, Lo que justifica la presencia de la enfermedad ya que la mayoría es de bajos recursos y condiciona los riesgos de una inadecuada alimentación.

Los resultados son similares al estudio realizado por Crispín V. et al. (2008) <sup>(17)</sup>, “Factores asociados a la incidencia de tuberculosis en un centro de salud Urbano Marginal de Lima 1999-2008”, donde concluyó que la incidencia de tuberculosis es alta, predominando la forma pulmonar con baciloscopia positiva, siendo el 55% varones y 45% mujeres, afectando en gran medida a la población joven; el 90% de los pacientes fueron curados al recibir el tratamiento, la mayoría de pacientes tenían familia mayor a 5 miembros y eran amas de casa, estudiantes, obreros o desocupados.

En similar situación también se encontró el estudio realizado por Pérez R, Miranda A. (2011) <sup>(20)</sup>, “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”, donde demostró que las características demográficas de su población, la edad que predominó fue la población joven 21 a 30 años y la población de 51 años, asimismo predominó el sexo masculino en un 60%, además en cuanto al grado de instrucción la mayoría de la población tiene una instrucción secundaria 66,7%, de donde el 46,7% secundaria completa y el 20,0% de los usuarios tienen secundaria incompleta. En lo concerniente a la ocupación el 41,7% de los usuarios en estudio se encuentran desempleados, el 25,0% son amas de casa.

Estas evidencias indican que los factores socioeconómicos desempeñan una función importante para definir el nivel de vida y determinar el comportamiento de los índices epidemiológicos en distintos países. La tuberculosis aparece en donde existe pobreza, desnutrición y carencia de atención médica adecuada.

La pobreza condiciona la falta de vivienda adecuada con situación de hacinamiento. Otros factores determinantes para la incidencia de la tuberculosis, además de la pobreza, son la migración, la preponderancia de estilos de vida no saludables, los factores

demográficos, las restricciones en la accesibilidad a los servicios de salud, así como la condición de los ambientes laborales. (19)

Se ha sostenido que las desigualdades en la distribución de la tuberculosis están relacionadas con distintos indicadores sociales como el desempleo y la conflictividad social.

La desigualdad en salud está en relación con el ingreso, el trabajo, la vivienda y el nivel de educación. La medicina y los servicios de salud constituyen solo uno de los factores que tiene influencia sobre la salud de la población. En realidad, los factores principales se hallan en el amplio espectro de condiciones sociales y económicas en que vive la gente: La pobreza en sus diversas manifestaciones, las injusticias, el déficit de educación, deficiencias en la nutrición, la marginación social. La protección insuficiente de la infancia temprana, la vivienda insalubre, la violencia generalizada, las brechas y disparidad en los sistemas de seguro social.

Se ha descrito una estrecha asociación entre la pobreza y enfermedad, las causas de las enfermedades son tanto sociales y

económicas, como físicas, y se ha recomendado como remedio: prosperidad, educación y libertad. (19)

De otro lado, también es importante mencionar que aún el sistema de educación formal en el país no incorpora contenidos y metodologías apropiadas para generar comportamientos de prevención que coadyuven al control de la endemia. Sin que eso signifique restar importancia a la transformación de las condiciones estructurales de pobreza y desigualdad necesaria para controlar y revertir la tuberculosis en el país. (37)

En números absolutos en el año 2007 fueron diagnosticados 34,860 enfermos de TB (en todas sus formas). La distribución de estos casos de TB no es homogénea en el territorio nacional, observándose concentraciones significativas, asociadas a las características de desarrollo urbano en donde conviven los sectores de mayor concentración de pobreza cercanos a los de mayor desarrollo económico (37). Es así que nuestra población sujeta a investigación, son personas económicamente no activas, Lo que justifica la presencia de la enfermedad ya que la mayoría es de bajos recursos.

La tuberculosis es un problema de importancia significativa en la salud pública que causa severos estragos a nivel mundial sin distinción de edad, sexo o nivel económico.

En la tabla N° 02, relacionado al Nivel de Conocimiento de la enfermedad de tuberculosis pulmonar en pacientes de la Microred Cono Norte, se evidencia que el 59,09 % de los pacientes tienen un nivel de conocimiento medio, el 34,09% un conocimiento alto y el 6,82% conocimiento bajo.

Los resultados son similares al estudio realizado por Capacute K. (2012) <sup>(22)</sup>, “Relación entre el nivel de conocimiento de Tuberculosis Pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Microred Cono Sur Tacna 2012”, donde concluyó que el nivel de conocimiento sobre el tratamiento farmacológico fue de nivel medio (53,85%); seguido de nivel bajo (26,15%) y nivel alto (20%).

También es similar al estudio realizado por Huaynates A. (2006) <sup>(13)</sup>, “Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que

tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria control de la tuberculosis del Centro de Salud "San Luis". Enero 2006", donde concluyó que el nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre tuberculosis pulmonar fue el (60%) tiene un conocimiento medio, el (27%) un conocimiento bajo y el (13%) un conocimiento alto.

Igualmente los resultados son similares con el estudio de Arroyo L. et al. (2012) <sup>(12)</sup>, "Conocimiento y percepción sobre tuberculosis en el municipio Habana Vieja", donde concluyó que la población de la Habana Vieja conoce de la existencia de la tuberculosis. Sin embargo, los conocimientos específicos sobre síntomas de la enfermedad y las formas de transmisión son insuficientes. El 96,5 % de los encuestados conoce que la TB es una enfermedad, mientras que solo el 74,4 % conoce de la presencia de casos de TB en Cuba y el 61,6 % refiere conocer los síntomas. Sin embargo, cuando se exploraron los conocimientos específicos de los síntomas de la enfermedad estos fueron bajos. En cuanto al conocimiento de la forma de transmisión de la TB: el contacto, la vía oral y la tos, fueron las más referidas, pero sus porcentajes resultaron bajos.

Asimismo es similar al resultado obtenido por Oré M. (2011) <sup>(19)</sup>, en su estudio “Nivel de conocimientos sobre tuberculosis entre los pacientes en sala de espera Centro de Salud “Punchauca”, Carabayllo. Lima, Perú”, donde concluyó que el 90.8 % de las personas encuestadas tienen conocimiento de la existencia de la enfermedad Tuberculosis, pero este conocimiento es escaso ya que al hacerle las otras preguntas del cuestionario demostraron tener un concepto erróneo de la enfermedad.

También es similar al resultado obtenido por Tacuri M. (2009) <sup>(6)</sup>, en su estudio “Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera El Agustino, 2009”, donde concluyó que el nivel de conocimientos sobre el tratamiento de la tuberculosis que tienen los pacientes con tuberculosis en la mayoría es de nivel medio (45%), siendo minoritario la proporción de pacientes (21%) con nivel de conocimiento alto, coincidentemente el nivel de conocimientos sobre tratamiento farmacológico así como el conocimiento de las indicaciones de seguimiento se ubica en la mayoría en el nivel medio.

Los resultados contrastan con el estudio realizado por Pérez R, Miranda A. (2011) <sup>(20)</sup>, “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”, donde concluyó que el nivel de conocimientos que tienen los usuarios sobre tuberculosis pulmonar de manera global es alto (76,7%) y medio (23,3%).

Según Henry Wallon, refiere que son datos e informaciones empíricas sobre la realidad y el propio individuo, es decir, conocimientos inmediatos situacionalmente útiles de tipo hábito y costumbres que hace factible la regulación conductual y el ajuste del individuo en un momento dado. (25)

Según Bunge Mario, define el conocimiento como “Un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos e inexactos, calificándolas en conocimiento científico y ordinario o vulgar”. Siendo conocimiento científico aquellos probados y demostrados, y conocimiento ordinario

o vulgar aquellos que son inexactos productos de la experiencia y que falta probarlo o demostrarlo. (26)

Estas evidencias indican que el conocimiento que tienen las personas sobre las enfermedades, lo adquieren a través de dos formas: informal o formal. El conocimiento informal, está dado como resultado de las experiencias, creencias y costumbres, mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud enfermedad y suele complementarse con otros medios de información. El conocimiento formal, viene a ser aquella que se imparte en el sistema de educación. A través de la comunicación adecuada, para mejorar la interacción y el dialogo entre las personas. Este tipo de conocimiento se imparte a las personas a través de los profesionales de la salud, como también por personas capacitadas para tal efecto. (6)

Está probada la necesidad e influencia de los medios masivos como vía de información, pero se debe insistir en la producción de materiales no solo informativos sobre la situación vigente, sino también educativos. Una buena información es parte del éxito y la excelencia en gestión de la salud. Esto significa que se

deben tener en cuenta las características sociodemográficas y económicas de la población; las particularidades socioculturales que median; además de las características y el comportamiento de la enfermedad. Sobre la base de estos elementos es que se debe diseñar, implementar y después evaluar todo proceso comunicativo.

(12)

Por lo expuesto se deduce que la mayoría de los pacientes al presentar un nivel de conocimientos medio, genera comportamientos errados y valorizaciones equivocadas con respecto al proceso salud enfermedad, por lo que se requiere que la atención de enfermería se enfatice en la educación, control del tratamiento y seguimiento de la persona con tuberculosis y sus contactos, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbimortalidad por tuberculosis. Los pacientes con tuberculosis requieren fortalecer los conocimientos en sus tres dimensiones, el tratamiento farmacológico, medidas de prevención y sobre todo el cuidado en el hogar, como brindar educación sobre la enfermedad, el tratamiento que va a recibir en forma supervisada, los exámenes de control y las posibilidades de reacciones a los medicamentos, con palabras sencillas y utilizando material audiovisual: rotafolio, afiches, folletos,

etc. Fortalecer la función educativa así como la acción preventiva y promocional para modificar los conocimientos y así lograr comportamientos saludables.

En la tabla N° 03 del Nivel de Conocimiento de tuberculosis pulmonar en pacientes de la Microred Cono Norte según dimensiones, se evidencia que el conocimiento en el tratamiento farmacológico el 77,27 % de los pacientes tienen un nivel medio de conocimiento, el 15,91% un alto conocimiento y el 6,82% tiene un bajo conocimiento.

En la dimensión del cuidado del hogar, el 45,45 % de los pacientes tienen un nivel bajo de conocimiento, el 43,18% un nivel medio de conocimiento y el 11,36% un alto conocimiento.

En la dimensión de medidas de prevención, el 72,73% tiene un nivel medio de conocimiento, el 18,18% un alto conocimiento y el 9,09% un bajo conocimiento.

Los resultados son similares al estudio realizado por Capacute K. (2012) <sup>(22)</sup>, “Relación entre el nivel de conocimiento de

Tuberculosis Pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Microred Cono Sur Tacna 2012”, donde concluyó que el conocimiento en tratamiento farmacológico fue de nivel medio (53,85%); en cuidados en el hogar fue el nivel bajo (50,77%) y sobre medidas de prevención fue el nivel medio (38,46%).

También es similar al estudio realizado por Huaynates A. (2006) <sup>(13)</sup>, “Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria control de la tuberculosis del Centro de Salud “San Luis”. Enero 2006”, donde concluyó que el conocimiento sobre el tratamiento farmacológico fue de nivel bajo (53%), en la dimensión de conocimiento del cuidado en el hogar concluyó que predominó el nivel de conocimiento medio (47%), por último en la dimensión de conocimiento sobre las medidas preventivas concluyó que predominó el nivel de conocimiento bajo (53%).

También es similar al estudio realizado por Tacuri M. (2009) <sup>(6)</sup>, “Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis

en el Centro de Salud Primavera El Agustino, 2009”, donde concluyó que el nivel de conocimientos sobre el tratamiento farmacológico es que cerca del 50% de los pacientes tenían conocimiento medio, mientras que aquellos que tenían conocimiento alto y bajo proporcionalmente fueron muy similares.

Los resultados contrastan con el estudio realizado por Pérez R, Miranda A. (2011) <sup>(20)</sup>, “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”, donde concluyó que el nivel de conocimiento sobre el tratamiento farmacológico que la mayoría de usuarios presento un nivel medio (72%), también encontró el nivel de conocimientos sobre cuidados en el hogar que tienen un nivel medio(70%) y por el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención se encontró un nivel alto(92%).

Asimismo contrasta con el resultado obtenido por Laurente J. et al. (2010) <sup>(18)</sup>, en su estudio “Conocimientos y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente”, donde concluyó que en el

conocimiento acerca de la transmisión de la tuberculosis, (61,4%) manifestaron tener un conocimiento adecuado, con respecto al conocimiento sobre las medidas de prevención, (67,1%) pacientes calificaron su conocimiento acerca de la prevención de la tuberculosis como adecuado.

También contrasta al resultado obtenido por Antón R, Mezones E. (2007) <sup>(15)</sup>, en su estudio “Bajo nivel de conocimientos y actitud de rechazo hacia el tratamiento de tuberculosis”, donde concluyó que en cuanto al conocimiento por dimensiones tratamiento, cuidados en el hogar y medidas preventivas predomina el conocimiento bajo.

Estas evidencias encontradas en los resultados obtenidos indican un déficit en el conocimiento de cuidados en el hogar, en donde el profesional de enfermería debe priorizar la educación en esta dimensión. El hogar como el lugar de trabajo son los espacios donde un individuo mantiene contacto frecuente con otras personas y es precisamente en estos lugares donde se puede adquirir la enfermedad. En cuanto a la alimentación debe ser balanceada y variada, en vez de realizar sólo tres comidas abundantes a lo largo

del día, hacerlo en 5 tomas. Es importante mencionar que 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. Un cuidado importante es en el momento toser, el paciente debe toser siempre sobre papel descartable (papel higiénico o servilletas o pañuelos) evitando toser directamente al medio ambiente. La flema que produce debe colectarse en el papel y colocarse una bolsa de plástico que luego se cierra y se elimina en la basura convencional.

En lo que respecta en la dimensión de conocimiento en el tratamiento farmacológico se evidencia un predominio en el nivel de conocimiento medio y bajo, el cual es de suma importancia porque determina la conducta del paciente a aceptar el tratamiento. De allí la importancia de brindar educación sobre la enfermedad, el tratamiento que va a recibir en forma supervisada, el tiempo de duración del tratamiento, la frecuencia, la dosis de medicamentos, las posibilidades de reacciones a los medicamentos y los exámenes de control, con palabras sencillas y utilizando material audiovisual para que facilite el entendimiento. La eficacia del tratamiento depende en

gran medida de los conocimientos, como factor determinante para el cumplimiento del tratamiento.

En la dimensión de conocimiento de medidas de prevención se evidenció un nivel de conocimiento medio, se conoce que la tuberculosis es una enfermedad infecciosa y muy contagiosa. Se transmite a través del aire y es causada por una bacteria llamada Bacilo de Koch. Cada vez que una persona infectada con TBC habla, escupe, tose o estornuda elimina los microbios o bacterias de la TBC que se encuentran en sus vías respiratorias; en estas circunstancias, estos microorganismos pueden ser aspirados por una persona sana que se encuentre en contacto frecuente con un enfermo de TBC y pueda contagiarse.

La finalidad de educar a la población, es 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.

Las medidas de prevención incluyen la vacuna de BCG al recién nacido para prevenir las manifestaciones más graves de la enfermedad, la quimioprofilaxis a los contactos menores de 19 años de los pacientes con tuberculosis pulmonar con resultado de esputo positivo, el control de contactos, la educación para la salud orientada a la adopción de una conducta que disminuya la transmisión de infección a la comunidad.

Basándonos en la teoría de Dorothea Orem el Autocuidado en relación a la desviación de la salud: Cuando una persona a causa de su enfermedad o accidente se vuelve dependiente y pasa a la situación de receptor de cuidados, los cuales tienen como objetivos prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad, denominándoles demanda de autocuidado para la prevención secundaria. Así tenemos los Sistemas de Cuidados de Enfermería; en el cual las enfermeras pueden atender a los individuos identificando tres tipos de sistemas: Sistema de compensación total, Sistema de compensación parcial y el Sistema de Apoyo Educativo. En este último sistema cobra mayor importancia en el cuidado del paciente con tuberculosis, en el cual la enfermera debe enfocarse en el paciente con tuberculosis para que lleve a cabo o aprenda

algunas medidas de autocuidado terapéutico. “Dejar hacer al otro”.  
(36)

Considerando que en nuestra población predomina el grado de instrucción secundario completo, se evidencia que es una población que posee un mayor conocimiento y comprensión de su aprendizaje. Sin embargo las intervenciones educativas realizadas pueden modificar los conocimientos, comportamientos y actitudes de los pacientes hacia su tratamiento, cuidados en el hogar y medidas de prevención. Lo que implica que las intervenciones educativas por parte de los profesionales de salud, estén orientadas a brindar información más completa acerca del tratamiento, cuidados en el hogar y medidas de prevención, por lo que debe cobrar mayor importancia en nuestro medio, ya que el nivel de conocimiento es susceptible a ser modificado.

Sin embargo este hallazgo es interesante y justifica la necesidad de mejorar la comunicación y el entendimiento mutuo entre los profesionales sanitarios y los pacientes, ya que mejoraría los resultados del tratamiento de la TB a nivel nacional.

En la tabla N° 04, Actitud frente a la enfermedad de tuberculosis pulmonar en pacientes de la Microred Cono Norte, se evidencia que el 81,82% de los pacientes tienen una actitud de aceptación hacia la enfermedad, el 15,91% una actitud de indiferencia y el 2,27% una actitud de rechazo.

Los resultados son similares al estudio realizado por Pérez R, Miranda A. (2011) <sup>(20)</sup>, “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”, donde concluyó que las actitudes que tienen los pacientes hacia el tratamiento predominantemente son de aceptación (88,3%), seguido de indiferencia (11,7%), y no encontrándose ninguno en un tipo de actitud de rechazo.

Los resultados contrastan con el estudio realizado por Capacute K. (2012) <sup>(22)</sup>, “Relación entre el nivel de conocimiento de Tuberculosis Pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Microred Cono Sur Tacna 2012”, donde concluyó que la actitud fue de indiferencia hacia el tratamiento farmacológico

(50,77%) y rechazo (12,31%) en los pacientes con tuberculosis pulmonar.

También contrasta con el estudio de Huaynates A. (2006) <sup>(13)</sup>, “Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria control de la tuberculosis del Centro de Salud “San Luis”, Enero 2006”, donde concluyó que predomina la actitud de indiferencia (74%), seguido de una actitud de rechazo (13%).

Asimismo contrasta con el resultado obtenido por Antón R, Mezones E. (2007) <sup>(15)</sup>, “Bajo nivel de conocimientos y actitud de rechazo hacia el tratamiento de tuberculosis”, donde concluyó que la indiferencia hacia el tratamiento fue la actitud más frecuente (50 de 67), y solamente 10 mostraron una actitud de aceptación.

Igualmente contrasta con el resultado obtenido por Bravo E. (2008) <sup>(16)</sup>, en su estudio “Actitudes del paciente con tuberculosis hacia sus condiciones de multidrogorresistente en el

Centro de Salud Fortaleza. Lima Perú. 2008”, donde concluyó que existe un porcentaje significativo de un 70% de los pacientes con tuberculosis multidrogorresistente que tienen una actitud medianamente favorable o indiferencia hacia su condición de multidrogorresistente debido a que presenta actitudes medianamente favorables en el componente cognoscitivo, afectivo y conductual que repercuten en la intensidad de sus actitudes hacia su condición.

También contrasta con el resultado obtenido por Negrete A. (2011) <sup>(21)</sup>, en su estudio “Autoestima y Actitudes al tratamiento de los pacientes de 15 a 49 años con Tuberculosis Pulmonar en el Centro De Salud Micaela Bastidas 2011”, donde concluyó que el mayor porcentaje de pacientes tenían actitudes medianamente favorables.

Las actitudes surgen como producto de la interrelación sujeto-medio, en la que los prejuicios, costumbres, valores sociales y discriminación juegan un papel determinante.

Krench Y Crutchfield: Las actitudes son las creencias, sentimientos y tendencias hacia la acción de una persona respecto a los objetos, personas o ideas. (16)

Según Rosenberg y Horland: Refieren que las actitudes son predisponentes a responder a alguna clase de estímulos con ciertas clases de respuestas. Estas respuestas se especifican como cognitivas, afectivas y conductuales; siendo estos tres componentes que forman la actitud como un conjunto que mide entre antecedentes y la pre conducta. Es así que un enfermo actúa frente a su estado de salud de acuerdo a sus principios sociales, culturales, vínculos afectivos, etc. Que los trae arraigado a lo largo de su existencia. (21)

Según Eagly y Chaiken: “La actitud es una tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una entidad (u objeto) concreta, con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad”. (33)

Estas evidencias indican que en la mayoría de las investigaciones realizadas sus resultados concluyeron, que sus proporciones de indiferencia y rechazo son elevados muy por el

contrario al resultado obtenido, el cual es una actitud de aceptación en su mayoría, debido a que tienen sentimientos favorables hacia su enfermedad sus conductas hacia ella también serán iguales ya que los sentimientos influyen de manera especial en las conductas que van a adoptar para con el cumplimiento y cuidados para con su enfermedad.

Por otro lado estas actitudes permiten según su nivel de intervención mejorar el estado de salud de la población a corto plazo, mediano o largo plazo, acción que se emana desde los servicios de salud, en el cual el profesional de enfermería cumple un rol importante dentro de la estrategia sanitaria control de la tuberculosis pulmonar, por lo tanto la actividad dominante es la prevención de la enfermedad estimando la estrategia de la información, educación y comunicación.

En la tabla N° 05, Actitud del paciente con tuberculosis pulmonar de la Microred Cono Norte según dimensiones se observa, que en la dimensión de tratamiento farmacológico, el 90,91% de los pacientes tienen una actitud de aceptación, el 6,82% una actitud de indiferencia y el 2,27% una actitud de rechazo.

En la dimensión del cuidado del hogar, el 81,82% tienen una actitud de aceptación, el 11,36% una actitud de indiferencia y el 6,82% una actitud de rechazo.

En la dimensión de medidas de prevención, el 79,55% tienen una actitud de aceptación, el 15,91% una actitud de indiferencia y el 4,55% una actitud de rechazo.

Los resultados son similares al estudio realizado por Pérez R, Miranda A. (2011) <sup>(20)</sup>, “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”, donde concluyó que las actitudes según dimensiones obtuvieron que en la actitud hacia el tratamiento farmacológico se encontró un tipo de actitud de aceptación (83,3%) y (2%) de rechazo, luego se obtuvo resultados sobre actitud sobre los cuidados en el hogar donde se encontró un tipo de actitud de aceptación (17%) y (53%) de indiferencia, también se obtuvo resultados sobre actitud hacia las medidas preventivas sobre tuberculosis donde se encontró (92%) actitud de aceptación.

También es similar al resultado obtenido por Laurente J. et al. (2010) <sup>(18)</sup>, en su estudio “Conocimientos y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente”, donde concluyó que los pacientes obtuvieron un alto puntaje, catalogando sus actitudes frente a su enfermedad como adecuada; mientras que (40%) pacientes obtuvieron un bajo puntaje, calificando sus actitudes como inadecuadas.

Estas evidencias indican que la actitud de los pacientes según su disposición es la capacidad que tiene la persona para reaccionar ante un estímulo pudiendo aceptarlo como rechazarlo y hasta mostrar un grado de indiferencia. Y cabe resaltar que no es necesario tener un conocimiento muy amplio de un objeto social para que se evidencie una actitud: ya que puede presentarse incluso cuando el conocimiento es limitado.

También es importante resaltar que una información incompleta demasiado generalizada y su componente afectivo están asociados a elementos de rechazo que a su vez constituyen una barrera a nuevos conocimientos. Este prejuicio afecta a una de las

necesidades fundamentales de los humanos, la aceptación social, necesidad que para satisfacerla motiva a diferentes actitudes y conductas que dependerán de las características de la personalidad de cada persona.

Por consiguiente el conocimiento es un factor determinante en la conducta humana, haciendo que se tenga una actitud abierta o cerrada ante el tratamiento, ante las medidas de prevención y el cuidado necesario en el hogar; de esta manera, un buen conocimiento hará que el paciente tenga una actitud adecuada frente a la enfermedad, logrando así disminuir el contagio y la aparición de nuevos casos. (18)

Por lo expuesto se deduce que la mayoría de los pacientes presenta una actitud de aceptación favorable hacia las dimensiones estudiadas, es decir que tienen una predisposición de continuar con su tratamiento farmacológico, realizar los cuidados en el hogar y tomar medidas preventivas, el cual es un reto importante para el programa nacional de control de la tuberculosis y para que la terminación del tratamiento sea exitosa.

En la tabla N° 06 de Relación entre el nivel de Conocimiento y Actitud frente a la enfermedad de tuberculosis pulmonar en pacientes de la Microred Cono Norte, se evidencia que los pacientes con nivel bajo de conocimiento de tuberculosis pulmonar, el 100% presenta una actitud de aceptación frente a la enfermedad. En cuanto a los pacientes con nivel de conocimiento medio, el 80,77% presenta una actitud de aceptación y el 15,38% una actitud de indiferencia. En lo que respecta a los pacientes con nivel de conocimiento alto, el 80,00% presenta una actitud de aceptación y el 20,00% una actitud de indiferencia. Concluyendo así que no existe relación significativa entre el nivel de conocimiento con la actitud hacia a la enfermedad de tuberculosis pulmonar. ( $P= 0.833$ ;  $P> 0.05$ ).

El resultado contrasta con el estudio realizado por Capacute K. (2012) <sup>(22)</sup>, “Relación entre el nivel de conocimiento de Tuberculosis Pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Microred Cono Sur Tacna 2012”, donde concluyó que existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre Tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento farmacológico de los pacientes atendidos.

También contrasta con el estudio realizado por Huaynates A. (2006) <sup>(13)</sup>, “Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria control de la tuberculosis del Centro de Salud “San Luis”, Enero 2006”, donde concluyó que existe relación directa entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tiene los pacientes, al existir la relación estadística entre las dos variables.

Asimismo contrasta con el resultado obtenido por Laurente J. et al. (2010) <sup>(18)</sup>, en su estudio “Conocimientos y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente”, donde concluyó que no hay diferencia significativa del nivel de conocimiento y la actitud de los pacientes a su enfermedad.

Igualmente contrasta con el resultado obtenido por Antón R, Mezones E. (2007) <sup>(15)</sup>, en su estudio “Bajo nivel de conocimientos y actitud de rechazo hacia el tratamiento de tuberculosis”, donde concluyó que hay una correlación positiva

estadísticamente significativa. A pesar de no cumplir el supuesto de normalidad, al aplicar una regresión lineal, la variabilidad en la puntuación en actitudes era explicativa solo en 6,9% por la puntuación de conocimientos.

Esta evidencia en el resultado obtenido indican que la actitud tiene una relación específica con la conducta, sin embargo a veces la evidencia confirma que el proceso acostumbra a ser inverso y los actos no se corresponden se experimenta una tensión que se denomina discordancia cognitiva.

Sin embargo la mayoría de los pacientes presentan conocimientos regulares en lo que respecta a la tuberculosis pulmonar siendo estos importantes para la formación de sus actitudes y más aún al ser la tuberculosis una enfermedad que acarrea en la persona que lo padece una serie de molestias y es importante que la persona conozca el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas de prevención, además que al ser consciente de estas molestias estará preparado para afrontar y poder terminar con éxito el tratamiento formándose actitudes positivas acerca de la enfermedad.

Este problema de salud pública afecta a población en diferentes etapas de vida, y según los antecedentes la etapa adulto joven y adulto son los que más se enferman, debido al estilo de vida que tiene las cuales se pueden prevenir con una adecuada información, sensibilizándolos para que tomen conciencia de esta enfermedad de la tuberculosis que no distingue edad, sexo, condición social y que afecta la calidad de vida de la población

Por lo tanto se requiere de la participación activa del paciente para disminuir la aparición de complicaciones, el contagio y el riesgo de mortalidad teniendo una buena base de conocimientos y actitudes favorables.

Es importante generar mecanismos orientados a elevar el nivel de conocimientos de la tuberculosis en las personas que la padecen, buscando la concientización en ellas. Es pertinente también, considerar que tanto los conocimientos como las actitudes son potenciales factores que afectan la efectividad de las intervenciones dirigidas por la estrategia nacional de prevención y control de la tuberculosis.

## CONCLUSIONES

Luego de haber realizado el estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Las características sociodemográficas de la población son: La predominancia de la población adulta de 30 a 59 años (47,73%), mayor porcentaje en el sexo masculino (52,27%), el grado de instrucción fue secundaria completa (40,91%), la ocupación más predominante fue independiente (34,09%) y estudiantes (25,00%).
2. El nivel de conocimiento en los Pacientes con tuberculosis pulmonar en el tratamiento farmacológico fue un conocimiento medio (77,27 %); en el cuidado del hogar, un conocimiento bajo (45,45 %) y en medidas de prevención un conocimiento medio (72,73%).
3. La actitud de los pacientes hacia el tratamiento farmacológico fue de aceptación (90,91%), la actitud hacia el cuidado en el hogar fue de aceptación (81,82%) y finalmente la actitud hacia las medidas de prevención fue de aceptación (79,55%).

4. No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento con la actitud hacia a la enfermedad de tuberculosis pulmonar, según el análisis y validación de la prueba del Chi Cuadrado. ( $P= 0.833$ ;  $P > 0.05$ ).

## RECOMENDACIONES

- Realizar estudios de tipo cualitativo en pacientes con diagnóstico de tuberculosis en Tacna y a nivel nacional, para profundizar en el tema y conocer diversas realidades.
- El Ministerio de Salud, debe promover en los medios de comunicación masivo mensajes sobre la prevención y detección de la tuberculosis.
- En los profesionales de salud, mejorar y actualizar permanentemente los módulos educativos de la estrategia sanitaria de control y prevención de la tuberculosis, utilizando metodologías que permitan sensibilizar e incrementar el conocimiento del paciente y de la familia.
- El profesional de enfermería, deberá ofrecer más información y apoyo en el conocimiento del cuidado en el hogar, para facilitar el éxito del tratamiento, así como los cuidados esenciales relacionados con los hábitos y costumbres dentro y fuera del hogar, como son: Los hábitos de nutrición, ejercicio, descanso y sueño, saneamiento de la vivienda.

- Los Centros de Salud, deben promover la realización de actividades grupales, para que los pacientes interactúen y conozcan más sobre su enfermedad.
  
- Promover las movilizaciones sociales en la comunidad para involucrarla en el control de la enfermedad de tuberculosis.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ESN-PCT. tuberculosis. Dirección regional de Tacna. 2011. [Fecha de acceso 13 de septiembre de 2013]. URL disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion\\_2.asp?s-ub5=14](http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?s-ub5=14)
2. OMS. Nota descriptiva N° 104. Tuberculosis. Organización Mundial de la Salud, Marzo 2012. [Fecha de acceso 13 de septiembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
3. Alarcón A. Plan de Reducción de la Tuberculosis en el Perú. En: Ponencia presentada en el Seminario Internacional: Soluciones de corto y mediano plazo para sistemas universales de salud. Perú: ESN-PCT-DGSP/MINSA; 2013. [Fecha de acceso 13 de septiembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.parsalud.gob.pe/phocadownload/plan/plan11.pdf>
4. MINSA. Tuberculosis en el Perú. Informe 2000. Lima. Perú 2001.

5. Tachfouti N. et al. El impacto de los conocimientos y las actitudes sobre la adherencia al tratamiento de la tuberculosis: un estudio de casos y controles en una región de Marruecos. Revista médica Panafricano.[en línea].2012 [fecha de acceso 5 de diciembre de 2013] URL disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3428172/>
6. Tacuri M. Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera El Agustino, 2009. [Tesis de Licenciatura] Lima, Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2009
7. Álvarez G. et al. Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. Revista salud pública de México.[en línea].2010 [fecha de acceso 5 de diciembre de 2013] URL disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n6/3977.pdf>
8. Carpio M. Distritos De Tacna Presentan Casos De Tuberculosis. [en línea] 2011. [Fecha de acceso 13 de septiembre de 2013]. URL

disponible en: <http://www.tacna.minsa.gob.pe/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=637&cntnt01returnid=15>

9. Carpio M. Casos de TBC siguen en aumento. [en línea] 2014. [Fecha de acceso 04 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://radiouno.pe/noticias/39155/alarmante-tacna-ocupa-4to-lugar-casos-tbc-nivel-nacional>
  
10. Domínguez J. et al. Conocimientos de tuberculosis pulmonar en pacientes y sus contactos en Veracruz, México. Revista altepepaktli: salud de la comunidad [en línea] 2007 [Fecha de acceso 13 de septiembre de 2013]. URL disponible en: <http://biblat.unam.mx/es/revista/altepepaktli-salud-de-la-comunidad/articulo/conocimiento-de-tuberculosis-pulmonar-en-pacientes-y-sus-contactos-en-veracruz-mexico>
  
11. Báez A. Conocimientos de la Población Acerca de la Tuberculosis Pulmonar. Revista de Ciencias Médicas La Habana [en línea] 2008. [Fecha de acceso 13 de septiembre de 2013]. URL disponible en: [http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol15\\_2\\_09/hab06209.html](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol15_2_09/hab06209.html)

12. Arroyo L. et al. Conocimiento y percepción sobre tuberculosis en el municipio Habana Vieja. Revista Cubana de Medicina Tropical Cuba [en línea] 2012. [Fecha de acceso 13 de septiembre de 2013]. URL disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S037507602012000300007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S037507602012000300007&script=sci_arttext)
13. Huaynates A. Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria control de la Tuberculosis del centro de salud - San Luis. [Tesis de Licenciatura] Lima, Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2006.
14. Garayar N. Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes hacia el cuidado de los pacientes con tuberculosis en estudiantes de enfermería de la UNMSM. [Tesis de Licenciatura] Lima, Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2008
15. Antón R, Mezones E. Bajo nivel de Conocimientos y actitud de rechazo hacia el tratamiento de tuberculosis. Piura: Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional de Piura. 2007. Rev. Perú

Med. Exp. salud pública [Tesis de maestría] [Internet] Lima Oct/Dic 2009 [ fecha de acceso 22 septiembre 2014]; URL Disponible en : [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342009000400029&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342009000400029&script=sci_arttext)

16. Bravo E. Actitudes del paciente con tuberculosis hacia sus condiciones de multidrogorresistente en el Centro de Salud Fortaleza. Lima Perú. 2008 [Tesis de Licenciatura] Lima Perú, Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2008
17. Crispín V. et al. Factores asociados a la incidencia de tuberculosis en un centro de salud Urbano Marginal de Lima 1999-2008. Ciencia e Investigación [Internet]. 2010. [fecha de acceso 22 de septiembre 2014]; URL Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ciencia/v13-n1/pdf/a05v13n1.pdf>
18. Laurente J. et al. Conocimientos y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente. Rev. Perú epidemiología Abril 2010. Revista Peruana de Epidemiología- Escuela de Medicina humana de la

facultad de Medicina de San Fernando. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú [Internet] 2010. [fecha de acceso 10 julio 2014]. URL Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v14-n1/pdf/a05v14n1.pdf>

19. Oré M. Nivel de conocimientos sobre tuberculosis entre los pacientes en sala de espera. Centro de Salud "Punchauca", Carabayllo. Lima, Perú. Rev. Salud, Sexualidad y Sociedad. Universidad Nacional Federico Villarreal [Internet] 2010. Fecha de acceso 17 de septiembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20X%202010/11-Conocimientos%20Tuberculosis.htm>

20. Pérez R, Miranda A. Relación entre Nivel de Conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y Actitud hacia el Tratamiento - Usuario Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba.[Tesis de Licenciatura] Tarapoto, Universidad Nacional De San Martín;2012

21. Negrete A. Autoestima y Actitudes al tratamiento de los pacientes de 15 a 49 años con Tuberculosis Pulmonar en el Centro De Salud Micaela Bastidas 2011. [Tesis de Licenciatura] Lima Perú, Universidad Ricardo Palma; 2013
  
22. Capacute K. Relación entre el nivel de conocimiento de Tuberculosis Pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Microred Cono Sur. [Tesis de Licenciatura] Tacna, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2012
  
23. Factor E. Relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre medidas preventivas frente a la tuberculosis pulmonar en escolares del nivel secundario de la Institución Educativa Manuel A. Odría del distrito de Ciudad Nueva.[Tesis de Licenciatura] Tacna, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2012.
  
24. Núñez P. La gestión de la información, el conocimiento, la inteligencia y el aprendizaje organizacional desde una perspectiva socio-psicológica. [en línea] Acimed 2004; [Fecha de acceso: 14 Octubre 2013] URL Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-94352004000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352004000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

25. Wallon H. Psicología, Ciencia Y Sociedad. Publicado por Mc Graw en España 1985.
26. Bunge M. La ciencia. Su método y filosofía. Editorial grupo patricia cultural. México 1995.
27. Lozoya J. Conocimiento: métodos, definición, concepto y características [SEDE WEB] SUITE 101, 2012. [Fecha de acceso: 14 Octubre 2013] URL Disponible en: <http://suite101.net/article/conocimiento-metodos-definicion-concepto-y-caracteristicas-a80333>
28. MINSA. Lucha contra la tuberculosis. [SEDE WEB ] MINSA, 2012. [Fecha de acceso: 14 Octubre 2013] URL Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/luchacontratbc/index.html>

29. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Guía Metodológica Tuberculosis ¿Cómo contribuir al control de la tuberculosis en el lugar del trabajo? Perú 2010. [Fecha de acceso: 14 Octubre 2013] URL Disponible en: [http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/dnrt/guia\\_control\\_tuberculosis.pdf](http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/dnrt/guia_control_tuberculosis.pdf)
30. MINSA. Norma Técnica De Salud Para El Control De La Tuberculosis. Lima. 2006. [Fecha de acceso: 14 Octubre 2013] URL Disponible en: [http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/dnrt/guia\\_control\\_tuberculosis.pdf](http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/dnrt/guia_control_tuberculosis.pdf)
31. MINSA. Norma Técnica De Salud Para la Atención integral de las personas afectadas por Tuberculosis. Lima. 2013. [Fecha de acceso: 14 julio 2014] URL disponible en <http://es.slideshare.net/alertomendoza/norma-tnica-de-salud-para-la-atencin-integral-de-la-persona-afectada-con-tuberculosis-en-peru>
32. Mendoza A. Tuberculosis-Perú [SEDE WEB] blog, 2012. [Fecha de acceso: 14 Octubre 2013] URL Disponible en: <http://www.tbperu.org/2012/08/como-vivir-con-una-persona-con.html>

33. Psicología Online. [SEDE WEB].Valencia: Clínica Psicológica V. Mars – Sueca; 2012. [Fecha de acceso: 14 Octubre 2013]. Psicología Social y de las Organizaciones: Las actitudes [aproximadamente 2 pantallas]. URL Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/pir/definicion-de-actitud.html>
34. Castro J. Análisis de los componentes actitudinales de los docentes hacia la enseñanza de la Matemática caso 1° y 2° etapas de educación básica. Municipio de San Cristóbal-estado de Táchira. [Tesis doctoral] Venezuela, Universitat Rovira i Virgilio; 2003.
35. Técnicas De Medición Por Medio De Escalas. [base de datos en línea]. Antioquia: universidad de Antioquia; 2010. [Fecha de acceso: 14 Octubre 2013] URL Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/6552/6002>
36. Ccoicca F. Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN –PCT del Centro De Salud Conde de la Vega Baja

Lima. [Tesis de Licenciatura] Lima, Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2013

37. MINSA. Plan Estratégico Multisectorial de la respuesta nacional a la tuberculosis en el Perú 2010-2019. Fecha de acceso: 22 septiembre 2014] URL Disponible en: [bvs.minsa.gob.pe/local/Minsa/1751.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/Minsa/1751.pdf)

# **ANEXOS**

## **ANEXO Nº 01**

### **Cuestionario**

#### **Nivel de conocimiento de pacientes con tuberculosis pulmonar**

##### **INTRODUCCIÓN:**

Estimado sr(a) el presente cuestionario tiene como objetivo determinar la relación entre el nivel de Conocimientos y la Actitud de los pacientes frente al enfermedad de la tuberculosis pulmonar en los pacientes, se agradecerá su participación de responder con sinceridad ya que su información será de gran utilidad para el trabajo de investigación que se pretende realizar es completamente anónimo y confidencial

**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: \_\_\_\_\_

2. Sexo: M ( ) F ( )

3. Grado de instrucción:

Primaria completa ( )      Primaria incompleta ( )      Secundaria completa ( )  
( )      Secundaria incompleta ( )      Superior completa ( )      Superior  
incompleta ( )

4. Ocupación:

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

## II. DATOS ESPECÍFICOS

1. La enfermedad de tuberculosis es:

- Infectocontagiosa  Hereditaria  Viral  Desconocida  No sabe

2. La tuberculosis pulmonar 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. ¿Cuánto tiempo debe presentar tos una persona para sospechar que tiene tuberculosis?

- Más de 7 días sin flema  
 Más de 15 días, con 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. ¿Por cuánto tiempo debe tomar sus medicamentos un paciente con tuberculosis?

- 2 meses  
 4 meses  
 6 meses  
 7 meses  
 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?

- Comezón en el cuerpo
- Náuseas
- Coloración amarillenta de la piel
- Náuseas y comezón en el cuerpo
- 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?

- 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
- Leche
- Café o te
- Gaseosa
- 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? Marque solo uno

- Radiografía de tórax
- Análisis de esputo

- Análisis de sangre
- Examen de orina
- No sabe

18. ¿A qué consultas debe asistir obligatoriamente el paciente con tuberculosis al inicio de su tratamiento, cambio de fase y su alta?

- Asistir a la consulta médica y de enfermería
- Asistir a la consulta nutricional, psicológica y planificación familiar
- Asistir a la consulta con la asistente social
- Todas las anteriores
- No sabe

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

- Mensualmente
- Diariamente
- Semanalmente
- Quincenalmente
- No sabe

20. ¿Qué pastillas deben recibir los menores de 19 años que están en contacto con el paciente con tuberculosis?

- Pastillas de rifampicina
- Pastillas de isoniazida
- Pastillas de estreptomina
- Pastillas de pirazinamida
- No sabe

## ANEXO Nº 02

### Cuestionario

#### Actitud del paciente frente a la tuberculosis pulmonar

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

D: En desacuerdo

I: Indeciso

A: De acuerdo

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

ENUNCIADO	D	I	A
1. No es necesario cubrirse la boca al toser o hablar con los demás?			
2. Consumir alimentos antes de tomar los medicamentos para tuberculosis es importante			
3. Recibe el tratamiento contra la tuberculosis porque es beneficioso			
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 considera necesario dejar su muestra de esputo en el Centro de salud al término de cada mes de tratamiento			
7. No considera necesario utilizar el papel higiénico cuando elimina la flema.			
8. No considera importante informar al personal de salud sobre alguna reacción adversa a los medicamentos			
9. Considera poco 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 No le recomendaría que se tome la muestra de esputo.			
11. Considera necesaria la asistencia diaria al tratamiento.			
12. Considera que No es importante que la enfermera			

le brinde educación sobre su enfermedad			
13. Cree que es importante que los familiares que viven en su casa tomen medicamentos preventivos para la tuberculosis			
14. Considera que es importante alimentarse cinco veces al día.			
15. Considera necesario el uso de mascarilla cuando acudo al Centro de Salud			

## ANEXO Nº 03

### VALIDACION DEL INSTRUMENTO

Para la validez del instrumento, se solicitó la opinión de 4 jueces, expertos; obteniéndose:

#### VALORACION DE JUICIOS DE EXPERTOS

##### Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Casos Válidos	4	100,0
Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
Total	4	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

##### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,801	,841	9

**Estadísticos de resumen de los elementos**

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	4,216	3,301	4,241	,771	1,210	,072	9
Varianzas de los elementos	,462	,221	,901	,654	3,643	,073	9
Correlaciones inter-elementos	,432	-,461	1,000	1,577	-1,631	,164	9

## ANEXO Nº 04

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE LA VALORACION DE LOS EXPERTOS

#### Estadísticos total-elemento

Nº Items	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
item1	31,40	13,615	,813	,812
item2	31,74	14,246	,532	,828
item3	31,40	13,665	,818	,809
item4	31,40	13,662	,811	,807
item5	31,15	14,243	,323	,850
item6	31,00	16,661	,000	,862
item7	31,00	11,320	,721	,802
item8	31,15	10,917	,983	,765
item9	31,15	14,211	,321	,850

#### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
,801	9

## ANEXO Nº 05

### Validación de la prueba piloto

#### Prueba binomial

		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
P1	Grupo 1	0	2	.20	.50	.109
	Grupo 2	1	8	.80		
	Total		10	1.00		
P2	Grupo 1	1	8	.80	.50	.109
	Grupo 2	0	2	.20		
	Total		10	1.00		
P3	Grupo 1	1	10	1.00	.50	.002
	Total		10	1.00		
P4	Grupo 1	1	10	1.00	.50	.002
	Total		10	1.00		
P5	Grupo 1	1	10	1.00	.50	.002
	Total		10	1.00		
P6	Grupo 1	1	5	.50	.50	1.000
	Grupo 2	0	5	.50		
	Total		10	1.00		
P7	Grupo 1	1	4	.40	.50	.754
	Grupo 2	0	6	.60		
	Total		10	1.00		
P8	Grupo 1	1	9	.90	.50	.021
	Grupo 2	0	1	.10		
	Total		10	1.00		
P9	Grupo 1	1	10	1.00	.50	.002
	Total		10	1.00		
P10	Grupo 1	1	9	.90	.50	.021
	Grupo 2	0	1	.10		
	Total		10	1.00		
P11	Grupo 1	0	2	.20	.50	.109
	Grupo 2	1	8	.80		
	Total		10	1.00		
P12	Grupo 1	0	5	.50	.50	1.000
	Grupo 2	1	5	.50		
	Total		10	1.00		
P13	Grupo 1	1	3	.30	.50	.344

	Grupo 2	0	7	.70		
	Total		10	1.00		
P14	Grupo 1	0	5	.50	.50	1.000
	Grupo 2	1	5	.50		
	Total		10	1.00		
P15	Grupo 1	0	5	.50	.50	1.000
	Grupo 2	1	5	.50		
	Total		10	1.00		
P16	Grupo 1	1	10	1.00	.50	.002
	Total		10	1.00		
P17	Grupo 1	0	1	.10	.50	.021
	Grupo 2	1	9	.90		
	Total		10	1.00		
P18	Grupo 1	0	6	.60	.50	.754
	Grupo 2	1	4	.40		
	Total		10	1.00		
P19	Grupo 1	1	8	.80	.50	.109
	Grupo 2	0	2	.20		
	Total		10	1.00		
P20	Grupo 1	0	9	.90	.50	.021
	Grupo 2	1	1	.10		
	Total		10	1.00		

Mediante la prueba binomial para verificar la dificultad de la prueba de conocimientos, podemos afirmar que alrededor del 50 % de las preguntas presentan un grado de dificultad aceptable ( $p > 0,05$ ) por lo tanto el instrumento de conocimientos es válido.

## ANEXO N° 06

### Prueba de confiabilidad de la prueba piloto

#### PRUEBA DE CONFIABILIDAD

##### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.601	15

##### Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
A1	25.60	4.933	.253	.582
A2	25.60	4.489	.597	.533
A3	25.60	5.378	-.061	.623
A4	25.70	4.011	.711	.489
A5	25.80	4.400	.188	.609
A6	25.70	5.567	-.179	.653
A7	25.60	5.378	-.061	.623
A8	25.60	5.600	-.208	.641
A9	25.80	3.956	.625	.496
A10	25.60	5.378	-.061	.623
A11	25.50	5.389	.000	.604
A12	25.70	4.011	.711	.489
A13	25.60	4.933	.253	.582
A14	25.70	4.456	.424	.548
A15	25.90	4.544	.262	.579

Mediante la prueba de alfa de cronbach para ver la confiabilidad, podemos afirmar que el valor es mayor a 0,60 por lo tanto el instrumento es confiable.