



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



[Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0)

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

**ACTITUDES Y PRACTICAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE
LA ENFERMEDAD POR TUBERCULOSIS EN FAMILIARES DE
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
PULMONAR EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA, 2021**

Presentado por:

ESPINO VIVANCO STEFANY FABIOLA

ESTUDIANTE del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **3 %** por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones: Se aprueba la **Tesis**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 25 de agosto del 2022

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DAC"
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Dra. CARMEN ROSARIO VERA CACERES

Directora de la Unidad de Investigación

**DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DAC**

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “DANIEL ALCIDES
CARRIÓN”



TITULO:

**ACTITUDES Y PRACTICAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE
LA ENFERMEDAD POR TUBERCULOSIS EN FAMILIARES DE
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
PULMONAR EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA, 2021**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

MEDICO CIRUJANO

AUTOR(A):

BACH. ESPINO VIVANCO STEFANY FABIOLA

ASESOR:

DR. FRANCO SOTO MARIO LUIS

ICA-PERÚ

2022

Dedicatoria

A mi familia por su apoyo constante e incondicional a lo largo de mi vida familiar y académica

Agradecimiento

A mi asesor el Dr. Franco Soto Mario Por su importante asesoría en el desarrollo de la tesis.

Índice.

- Índice de contenidos

Portada.....	1
CARATULA.....	1
Dedicatoria.....	1
Agradecimiento.....	1
Índice.....	2
- Índice de contenidos.....	2
- Índice de tablas.....	4
Resumen.....	5
I. Introducción.....	7
1.1. Planteamiento del problema.....	9
1.2. Antecedentes de la investigación.....	9
1.2.1. Antecedentes internacionales.....	9
1.2.2. Antecedentes nacionales.....	12
1.3. Bases teóricas.....	14
1.4. Marco conceptual.....	24
1.5. Descripción de la situación problemática.....	30
1.6. Formulación del problema.....	31
1.6.1.1. Problema general.....	31
1.6.1.2. Problemas específicos.....	31
1.7. Justificación e importancia de la investigación.....	32
1.7.1.1. Justificación de la investigación.....	32
1.7.1.2. Importancia de la investigación.....	32
1.8. Objetivos.....	33
1.8.1. Objetivo general.....	33
1.8.2. Objetivos específicos.....	33
1.9. Hipótesis y variables de la investigación (cuando corresponda).....	33
1.9.1. Hipótesis de la investigación.....	33
1.9.2. Variables de la investigación.....	33
1.9.2.1. Variable independiente.....	33
1.9.2.2. Variables dependientes.....	34
1.9.2.3. Operacionalización de las variables.....	34
II. Estrategia metodológica.....	36
2.1. Tipo y diseño de la investigación.....	36
2.1.1. Tipo de investigación.....	36

2.1.2.	Diseño de investigación	36
2.1.3.	Población- muestra.....	36
2.1.4.	Criterios de inclusión y exclusión	36
2.1.4.1.	Criterios de inclusión:	36
2.1.4.2.	Criterios de exclusión:.....	36
2.2.	Técnicas e instrumentos de recolección de la información	37
2.3.	Análisis e interpretación de los resultados	37
III.	Resultados	38
IV.	Discusión.....	45
V.	Conclusiones	47
VI.	Recomendaciones.....	48
VII.	Referencias bibliográficas.....	49
VIII.	Anexos	54
8.1.	Consentimiento informado.....	54
	Anexo N° 1.....	54
8.2.	Encuestas, guías de entrevistas, otros	55
	Anexos N° 2.....	55
	Anexos N° 3.....	56
	Anexos N° 4.....	57
	Anexos N° 5.....	58
	Anexo N°6.....	59
	Anexo 7.....	60

- **Índice de tablas**

Tabla 1. Datos generales	38
Tabla 2. Actitudes del familiar del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar	39
Tabla 3. Afectivo y conductual del familiar del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar	41
Tabla 4. Medidas preventivas, saneamiento y hábitos nocivos del familiar del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar	43

Resumen

El objetivo del estudio fue determinar cuáles son las actitudes y prácticas de control y prevención de la enfermedad de Tuberculosis en familiares de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar en el Hospital San José De Chíncha en el año 2021. Metodología utilizada fue diseño observacional, descriptivo, retrospectivo, analítico, corte – transversal.

El sexo predominante fue el femenino (72.4%), el grado de instrucción frecuente fue el de nivel secundaria con 46.6%, el estado civil más registrado fue soltero 62.1%, con grado de parentesco Madre/Padre en un 69%. El familiar del paciente afectado por tuberculosis no considera seguro el contacto físico con el paciente sin temor al contagio, considera adecuado que el paciente pernocte solo en una habitación (82.5%).

En cuanto al tratamiento del paciente según lo que se halla es este estudio, el familiar considera que luego de 02 meses de tratamiento el paciente ha alcanzado la curación en un 63.8%, sin embargo, un 75.86% de los familiares refiere conocer la importancia de que el paciente cumpla el tratamiento y un 62% manifestaron interés en conocer sobre la enfermedad de tuberculosis.

La mayoría de los familiares presentaron adecuadas prácticas para la eliminación de desechos usados por el paciente así como el lavado de manos luego de manipular estos desechos en un 62%

Dentro de los hallazgos significativos se encuentra hábitos nocivos practicados por los familiares, siendo el más frecuente el consumo de alcohol, fumar cigarrillos en ocasiones y consumo de drogas en ocasiones.

Conclusión, el familiar del paciente con diagnóstico de Tuberculosis pulmonar muestra temor al contagio, interés por conocer la enfermedad de tuberculosis pero tiene como debilidad la creencia de que solo en 02 meses de tratamiento se alcanza la cura, aun teniendo el conocimiento que para TBC pulmonar sensible el tiempo de tratamiento tiene una duración mínima de 06 meses, además de presentar consumo frecuente de sustancias dañinas que afectan el entorno del paciente.

Palabras claves: actitudes, prácticas, prevención, control, enfermedad, tuberculosis, familia, paciente, nocivo, hábitos.

Summary

The objective of the study was to determine the attitudes and practices of prevention and control of Tuberculosis disease in relatives of patients diagnosed with Pulmonary Tuberculosis at the San José De Chincha Hospital in the year 2021. Methodology used was observational, descriptive, retrospective, analytical, cross-sectional.

The predominant sex was female (72.4%), the frequent level of education was secondary level with 46.6%, the most registered marital status was single 62.1% with degree of kinship Mother/Father in 69%. The relative of the patient affected by tuberculosis does not consider physical contact with the patient to be safe without fear of contagion, they consider it appropriate for the patient to sleep alone in a room (82.5%).

Regarding the treatment of the patient according to what is found in this study, the relative considers that after 02 months of treatment the patient has achieved cure in 63.8%, however, 75.86% of the relatives refer to knowing the importance of the patient complies with the treatment and 62% expressed interest in learning about tuberculosis disease.

Most of the relatives presented adequate practices for the elimination of waste used by the patient as well as hand washing after handling this waste in 62%

Among the significant findings are harmful habits practiced by family members, the most frequent being alcohol consumption, smoking cigarettes on occasions and drug use on occasions.

In Conclusion, the relative of the patient diagnosed with pulmonary tuberculosis shows fear of contagion, interest in learning about tuberculosis disease but has as a weakness the belief that only in 02 months of treatment is the cure achieved, even having the knowledge that for TB sensitive pulmonary treatment time has a minimum duration of 06 months, in addition to presenting frequent consumption of harmful substances that affect the patient's environment.

Keywords: attitudes, practices, prevention, control, disease, tuberculosis, family, patient, harmful, habits.

I. Introducción

La OMS (organización mundial de la salud) estima durante el año 2020 un aproximado de 1,4 millones de individuos menos recibió cuidado para la tuberculosis que en el año 2019, lo que da a conocer una disminución del 21% en relación al 2019. Las naciones con las más elevadas brechas respectivas fueron Indonesia 42.0%, Sudáfrica 41.0%, Filipinas 3.07%) y la India 25.0%.⁽¹⁾

«Los efectos de la COVID-19 van mucho más allá de la muerte y la enfermedad causadas por el propio virus. La interrupción de los servicios esenciales para las personas con tuberculosis es solo un trágico ejemplo de las formas en que la pandemia está afectando de forma desproporcionada a algunas de las personas más pobres del mundo, que ya corrían un mayor riesgo de contraer la tuberculosis,» ha dicho el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS.⁽²⁾

Varios individuos con tuberculosis no tienen acceso a la atención que necesitan. La OMS aproxima sus datos a que más de 1/2 millón de pacientes puedan haber muerto de tuberculosis durante el año 2020 sencillamente porque no obtuvieron un diagnóstico temprano⁽²⁾.

La OMS reporta que, en el 2020, las 30 naciones alta carga de TB que representa el 86.0% de los casos nuevos, liderada por India, seguida de China, Indonesia, Filipinas, Pakistán, Nigeria, Bangladesh y Sudáfrica⁽²⁾

Es sabido por todo lo expuesto que la tuberculosis es un problema de salud pública y lo que lleva a la reflexión y a discusión es el poder llegar al motivo de que en lugar de que los casos vayan disminuyendo, han ido aumentando con el paso de los años, pese a las diversas medidas implementadas por estrategias del Ministerio de Salud del Perú (MINSA)⁽⁴⁾, la Dirección para la Prevención y el Control de la Tuberculosis (DPCTB) y organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Interamericana de la Salud (OPS) y otros organismos internacionales otra organización ONG's interesadas en las mejoras sanitarias de países en vías de desarrollo como el nuestro. Debido a la pandemia por la que padecemos se ha tomado un mayor interés a las enfermedades de tipo respiratorio, entre ellas la tuberculosis, una enfermedad infectocontagiosa que, si se llevan a cabo ciertas medidas de higiene y prevención, ya habríamos hecho desaparecer de este país dándole fin, se habría podido controlar el contagio promoviendo que la persona afectada complete adecuadamente su tratamiento y cumpla con las medidas de prevención de la enfermedad⁽³⁾.

En el aspecto de tratamiento se ha visto un mayor número de esquemas para tratar esta enfermedad, esquemas que en varios casos se ha modificado debido a la resistencia a los antibióticos usualmente utilizados en el tratamientos, entre otras causas la modificación de estos esquemas, está fundamentada en el hecho de que se busca acortar el tiempo de tratamiento sin dejar de asegurar la curación completa del paciente, evitando que progrese esta enfermedad, que haya el menor número de secuelas y que permita que la persona afectada complete el tratamiento prontamente, ya que en reiterados casos de tuberculosis resistente se ha encontrado que el paciente recae con tuberculosis en sus distintas resistencias debido a que no completa el tratamiento inicial adecuadamente, por faltas a la toma del tratamiento o por esquemas incompletos en donde el paciente se niega a la toma de medicamentos indicados ⁽³⁾.

Este estudio está basado en el paciente que abandona el tratamiento por falta de soporte familiar y basado también en la problemática que, dentro de la familia del caso índice, se encuentra generalmente otro miembro afectado con tuberculosis, lo que genera que se disemine esta enfermedad. Es entonces que se busca conocer cuáles son las actitudes y las prácticas de personas que rodean al paciente y que de muchas formas tienen inherencia psicológica para la toma de decisiones en torno a toda una familia.

Si se llega al conocimiento del real obstáculo que impide una adecuada prevención de esta enfermedad, podrán tomarse las medidas necesarias para la disminución de casos de tuberculosis.

1.1.Planteamiento del problema.

Se realizó teniendo en consideración los antecedentes, bases teóricas que se detallan a continuación.

1.2.Antecedentes de la investigación.

1.2.1. Antecedentes internacionales

Sarchi D.; Gómez J. (2017) realizaron un estudio de investigación con la finalidad de conocer de qué manera intervenía la familia cuida a un enfermo de tuberculosis en el Centro Médico Latacunga Ecuador, llegando a la conclusión de que las familias en su mayoría no cuentan con suficientes conocimientos para prevenir la enfermedad de tuberculosis ni para brindar el cuidado necesario al paciente con diagnóstico de TB pulmonar. Así mismo se concluye con que la familia interviene de forma directa en la recuperación del paciente, asegurando adherencia al tratamiento y por consecuencia una pronta recuperación ⁽⁵⁾.

Xu Chen, Liang Du, Ruiheng Wu, Jia Xu, Haoqiang Ji, Yu Zhang, Xuexue Zhu & Ling Zhou (2020) En su estudio de investigación de 481 se diagnosticó tuberculosis pulmonar, de los cuales el 45,7 % tuvo buen cumplimiento, el 27,4 y el 26,8 % cumplimiento moderado y deficiente, respectivamente. Se debe a los que tienen tratamiento supervisado por familiares tenían buena evolución clínica, ya que se les brindaban aliento espiritual y emocional. Mediante este estudio se recomienda fortalecer la capacitación del personal médico y educación en salud del paciente y familia para mejorar la adherencia, disminuir el riesgo de recaídas y nuevos contagios, basados en incrementar el conocimiento de familiares y fortalecimiento de prácticas de prevención de la enfermedad ⁽⁶⁾.

López A.(2021); es su estudio Funcionalidad Familiar, Riesgo y Deserción del Tratamiento en Pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden a la UMF 11, Tapachula Chiapas-México, se concluye que el sexo predominante fue el sexo masculino con un rango de edad de 36-45 años, y que los pacientes que vivían solos eran 4.3 veces más propensos a abandonar el tratamiento, puesto que se demostró que la familia era un gran pilar de apoyo por ser un sistema activo intrínsecamente y no un recipiente pasivo, por lo cual se hace de suma importancia la evaluación y el apoyo social así como las sesiones educativas, de consejerías y evaluación de los familiares. Así mismo recomienda llevar a cabo test o encuestas para evaluar la funcionalidad familiar y el riesgo de abandono, especialmente al inicio de tratamiento, también hace la recomendación de que se realicen actividades que promuevan la integración de la familia fortaleciendo vínculos ⁽⁷⁾.

Martínez B.; Ramos L. (2019) realizó en Honduras el estudio conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Tuberculosis en Familiares de Pacientes Hospitalizados en el Instituto Nacional del Corazón y los Pulmones en Tegucigalpa, Honduras, de julio a noviembre de 2018; en el cual se hace un estudio en 186 familiares y aplicándose una encuesta, se obtiene una edad promedio de encuestados fue de 29 a 38 años, en su mayoría de sexo femenino (78%) y con predominancia de residencia en área rural (44.08%), el parentesco principal es de cónyuge y padres, en su mayoría profesaban la religión católica (68.81%) y contaban con educación primaria (46.77%). Se halló que el 43.55% manifestaba sentimiento de preocupación por su familiar y conocían la importancia de la búsqueda de la enfermedad en otro miembro de la familia, así mismo el 89.78% refiere incomodidad para atender a su familiar afectado por tuberculosis, se concluye que se encontraron Buenas actitudes en 57.14%, buenas prácticas en 44.44% de la población estudiada; es así que se recomienda hacer seguimiento periódico de la familia y no sólo del paciente así como también es de suma importancia implementar medidas de promoción y prevención para mitigar la enfermedad, dándole a conocer a la familiar que la TB es una enfermedad prevenible y curable por cuanto las acciones empleadas para el cuidado de la salud son cruciales⁽⁸⁾.

Tongino S, Zapata E, Cubides A (2020), en su investigación de estudio transversal y correlacional realizada en Colombia, titulada Factores relacionados con las creencias en salud sobre tuberculosis en Cali, Colombia, los resultados provienen de una encuesta realizada a 1000 habitantes de la ciudad de Cali-Colombia. Se concluye que debido a las diferencias sociales se incrementan los dogmas en Salud que perjudican una práctica favorable para la prevención de la enfermedad, entre algunas creencias de relevancia está el estigma social que provoca la enfermedad de TB. Entre otros hallazgos de relevancia está el hecho de que la población no se percibe que puede llegar a contagiarse (28.7%) y una quinta parte de la población estudiada no considera a la tuberculosis como una enfermedad grave (21%) y más de la mitad (66%) presenta modos absolutistas por lo que se vuelven más frágiles, entre los elementos relacionados a un comportamiento perjudicial para la prevención de la TB se encuentran en estrato socioeconómico bajo, bajo nivel de conocimiento de la enfermedad y síntomas, forma de contagio, su naturaleza femenino, mostrar un nivel de estudios bajos y el hecho de haber tenido contacto con una persona enferma con Tuberculosis⁽⁹⁾.

Conroy y Wurie (2021) ejecutaron una investigación que tuvo como objetivo revisar sistemáticamente las barreras y facilitadores relacionados con la implementación de programas y estrategias de control de la tuberculosis en la UE y países del EEE entre los

años 1997 y 2017. La barrera más citada, la desviación de directrices o normas nacionales o internacionales, fue a menudo asociado con otras barreras como la falta de adherencia atribuido al escaso conocimiento de los cuidados proveedores, poca aceptación de las guías de tuberculosis, o falta de recursos apropiados (humanos, instalaciones y financieros) para implementar las directrices⁽¹⁰⁾.

Marks y Nguyen (2019) realizaron un ensayo controlado aleatorizado por grupos en la provincia de Ca Mau, Vietnam, para evaluar la eficacia de la detección activa de tuberculosis en toda la comunidad, en comparación con sólo la detección pasiva estándar de casos, para reducir la prevalencia de la tuberculosis. Personas de 15 años o más que residían en 60 conglomerados del ensayo de intervención (subcomunidades) fueron examinados para tuberculosis pulmonar, independientemente de los síntomas, anualmente durante 3 años, a partir del año 2014, mediante pruebas rápidas de amplificación de ácidos nucleicos de muestras de esputo espontáneamente expectoradas. Este ensayo proporciona evidencia para apoyar la implementación de búsqueda activa de casos en toda la comunidad como una intervención que acelera sustancialmente el progreso hacia el objetivo de la eliminación de la tuberculosis. De esta manera se mejora el control de la enfermedad en la comunidad, evitando el contagio entre los grupos etarios evaluados⁽¹¹⁾.

Ganmaa, Uyanga y Zhou (2020) realizó un estudio de fase 3, ensayo aleatorizado controlado que investigó si la suplementación con vitamina D reduce el riesgo de incidencia en infección y enfermedad tuberculosa; este ensayo grande también evaluó los efectos de esta intervención sobre el riesgo de infección respiratoria aguda. La deficiencia de vitamina D fue muy frecuente en la población del ensayo al inicio del estudio; al final del estudio, los niveles de 25(OH)D se elevaron al nivel fisiológico entre los niños asignados al grupo de Vitamina D⁽¹³⁾. En conclusión, encontramos que la administración oral semanal de suplementación con 14.000 UI de vitamina D3 durante 3 años fue eficaz para elevar de forma segura niveles de 25(OH)D en una población muy grande de escolares con deficiencia de D en Mongolia. De esta forma esto ayudó a disminuir el número de casos de TBC activa dentro del grupo de estudio en mención.

Irma, Domínguez, Rodríguez y Matllo (2015), ejecutaron una guía con el objetivo de llegar al acuerdo y determinar criterios habituales para los exámenes de IGRA, como una ayuda auxiliar al examen de la tuberculina en los colaboradores de salud, con base en la evidencia existente. Las recomendaciones de uso se han adaptado a las diferentes situaciones que pueden encontrarse los profesionales implicados en la vigilancia de la salud del trabajador sanitario.⁽¹³⁾. Este estudio muestra una nueva forma de poder llevar a cabo controles sobre

grupos poblacionales con alta prevalencia de TBC pulmonar, no solo en personal de salud, sino también con pacientes de alta sospecha.

1.2.2. Antecedentes nacionales

Alarcon V, Alarcon E, Figueroa C, Mendoza-Ticona A (2017), explican en su estudio la situación epidemiológica de la TBC en el Perú asociada a las últimas tasas de incidencia y prevalencia por departamentos. El avance en el control de la TBC, como lo definen los autores, está basado en tres pilares importantes: biomédico, gestión pública y los determinantes sociales de la salud. Dentro de ello resalta la Ley 30287, "La Ley de Prevención y Control de la TB en Perú", y sus disposiciones, en el trabajo de coordinación entre la República de la República, el Ministerio de Salud y la Sociedad Civil Organizada (14). En resumen, hubo desarrollos básicos en el manejo de la TB en Perú, con una disminución continua en el efecto de la tuberculosis y con un gran compromiso con el gobierno reflejado en la Ley 30287 y sus disposiciones. Sin embargo, todavía tenemos un gran desafío por delante para asegurar que para el 2035, el Perú sea declarado libre de TBC.

Tineo, N. (2019) en su investigación para obtener el título de enfermería por la facultad de ciencias de la salud, realizó una tesis denominada "Actitud de la familia y apoyo emocional a los pacientes con tuberculosis - centro de salud José Leonardo Ortiz Chiclayo-2019", menciona que dentro de sus resultados obtuvo que la mayoría de los familiares (44%) estaban en edades entre 15 y 27 años con predominancia del sexo femenino, asimismo 76% del total se mostraba indiferente ante el paciente afectado con tuberculosis y un 60% indiferente con respecto a la enfermedad de tuberculosis ⁽¹⁵⁾.

Menciona la importancia de que el paciente afectado se sienta apoyado por su familia, que la familia motive al paciente, en este estudio se demuestra que la colaboración de la familia y el éxito del procedimiento están íntimamente relacionados.

Por lo que se evidencia que sin la buena disposición por parte de familiares es la que ayuda a que el paciente tenga el soporte necesario para que se inicie y complete el tratamiento. Asimismo, es el soporte afectivo y cognitivo principalmente, por parte de los familiares lo que promoverían la incorporación de prácticas positivas que promuevan la prevención de la enfermedad de tuberculosis. Es así también que un paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar que inicia tratamiento y que en sus familiares y/o contactos intradomiciliarios se realizan cambios positivos, son menos las personas afectadas, menor cantidad de personas que padecerían esta enfermedad y sería esta una forma de controlar esta enfermedad.

Entre otras acotaciones este estudio refiere la importancia de generar una tesis de investigación que evalúe la correspondencia entre el personal de salud que administra el tratamiento y el mismo paciente puesto que en este mismo estudio se aprecia cierta relación interpersonal que brindaría que gran apoyo al paciente, generándole mejoras desde el punto de vista emocional y cognitivo⁽¹⁵⁾.

Alca M., Terreros K (2018), realizan una investigación en la facultad de ciencias de la salud, titulado “Riesgo familiar total y actitud de los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el centro de salud Infantas, Los Olivos, Lima 2017.” Encontró que, en determinado establecimiento citado, la edad promedio de familiares entrevistados es de 53 años teniendo como edad mínima 24 y como edad máxima 78 años teniendo como predominancia el sexo femenino, el 50 % presentada secundaria completa, el 42% laboraba de forma independiente y 40% trabajador eventual, cabe resaltar que el 26% de los familiares no tienen ningún seguro médico. Se encontró que en 80% de la población estudiada se presenta actitud de aceptación y en un 20% hay actitud de indiferencia para el paciente con diagnóstico de tuberculosis ⁽¹⁷⁾. La investigación difiere con el estudio realizado por otros investigadores en donde la población en estudio presenta mayor grado de indiferencia. En cuanto al tipo de familia obtuvieron un 46% de familias nucleares. Esto quiere decir que en esta población hay mayor apoyo al paciente en tratamiento para TBC, y que con el soporte que brindaría la familia las probabilidades de obtener un tratamiento completo, son mayores ⁽¹⁶⁾.

Se obtiene como resultado también, que en la dimensión prácticas el 78% de las familias presentan riesgo bajo, en el área de dimensión de la vivienda 78% familias se encuentran en riesgo alto, en el ámbito socioeconómico 52% de las familias presentan riesgo bajo, lo que da como manifiesto que este problema es probablemente dado por la falta de oportunidad laboral entre otros, lo que causa carencia de ingresos fijos ⁽¹⁶⁾.

Asimismo, se interpreta que las familias que presentan algún grado de riesgo son aquellas de menor cultura, con bajos ingresos económicos, menos ingresos fijos y menos oportunidades laborales, son las más vistas en hacinamiento y con prácticas inadecuadas de prevención de la enfermedad de tuberculosis.

Tolentino W., Aliaga M.(2016) realizan una tesis sobre “Prácticas de medidas preventivas de familiares de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar en comparación nacional e Internacional” y obtienen que el nivel de conocimiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar es generalmente medio bajo (87%).) lo que podría generar que no lleguen a entender la magnitud de la enfermedad y sea una de las causas de abandono al tratamiento, lo que conlleva al perjuicio de su familia y la sociedad en general. De la misma

manera los familiares presentaron un nivel de conocimiento medio acerca de la enfermedad, por lo que al tener un menor conocimiento de la enfermedad lleva a modos y experiencias poco positivas para evitar la tuberculosis ⁽¹⁷⁾. Mediante esta investigación se hizo un estudio de referencias bibliográficas de prácticas preventivas de la familia de enfermos con TBC pulmonar a nivel nacional e internacional (Colombia y Venezuela), sin embargo, hay que mencionar que la realidad peruana presenta diferencias con otros países, ya que el nivel cultural económico y de conocimiento difieren bastante.

Mateo P. (2018) realiza un estudio titulado “Relación entre el conocimiento y actitud hacia la aplicación de medidas preventivas de Tuberculosis en familias de pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de control de tuberculosis en el Hospital de Tingo María - 2017” para optar por el título profesional de enfermería, mediante este estudio se busca determinar la relación entre conocimiento y actitudes de familiares atendidos en el programa de tuberculosis de Tingo María, en el año 2017, mediante el cual se obtuvo una muestra de 60 familias cuyas personas tenían en promedio 40 años de edad y con predominio del sexo femenino, 45% de ellos presentaban un nivel de estudio hasta secundaria y el 80% pertenecía a la zona urbana, 46% de los familiares mencionaron ser amas de casa. Se determinó que existe gran significancia entre los conocimientos básicos adquiridos y las actitudes y prácticas preventivas para la tuberculosis y se hizo hincapié en que se fortalezcan los conocimientos en las familias de pacientes diagnosticados para formar nuevas prácticas y contribuir a la prevención de la enfermedad. Como conclusión se obtuvo que un 31.7% de los familiares encuestados no tenían ningún conocimiento de la enfermedad de tuberculosis. Mediante esta investigación se recomienda sensibilizar a los familiares de pacientes con TB, brindar la orientación y la consejería necesaria a fin de obtener actitudes positivas y prevenir nuevos casos ⁽¹⁸⁾.

1.3. Bases teóricas

1.3.1. Tuberculosis

Esta enfermedad es de las más antiguas que afectó y afecta a la humanidad, y lo que probablemente existió desde la familia homínida y desde entonces es una causa de fallecimiento mundialmente. La patología en mención generalmente es ocasionada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* que aqueja los pulmones, y en 33% afecta a otros órganos.

La bacteria del *Mycobacterium tuberculosis*, es aeróbica sin esporulación, 0.5 x 3 um. Las micobacterias que contienen las cepas anteriores a menudo no captan el colorante Gram (son por lo tanto neutros). Sin embargo, las bacterias teñidas no pueden cambiarse de color con alcohol ácido, característica de las micobacterias. Esta resistencia a la

coloración se debe principalmente al hecho de que estos organismos tienen grandes cantidades de ácido micólico, ácidos grasos de cadena larga y enlaces cruzados, y otros lípidos en la pared celular. En la pared celular micobacteriana, los lípidos (p. Ej., Ácido micólico) se unen al arabinogalactano y al peptidoglucano subyacente, esta organización es la garante de la baja filtración de la pared celular y, por tanto, la mayoría de los antibióticos contra este microorganismo son ineficaces. ⁽¹⁹⁾

1.3.2. Inmunopatología de la tuberculosis pulmonar

En este caso, las micobacterias alcanzan el tejido huésped en los alvéolos del paciente inmunocompetente y, si no están expuestos previamente, no son específicos debido a la exudación polimorfonuclear y la presencia de macrófagos (también conocidos como histocitos) Se desencadena una respuesta inflamatoria. Fagocitan la bacteria, pero el bacilo no muere ni se multiplican dentro de la célula. Este primer evento intraalveolar se desencadena en los ganglios linfáticos locales y / o distantes y en otras partes, así, las bacterias son transportadas libremente por la sangre, la linfa o están en el interior de los macrófagos ⁽¹⁹⁾.

En cualquiera de los lugares anteriores, los bacilos en los macrófagos desencadenan una respuesta de las células inmunes. La capacidad del cuerpo para eliminar adecuadamente el bacilo infeccioso depende del estado inmune, los determinantes genética y si fue una exposición primaria o secundaria a un organismo. Además, tiene muchos factores que la hacen más virulenta que dificultan que los macrófagos de los alvéolos eliminen los organismos infectados. Las micobacterias tuberculosas previenen la formación de fagolisosomas eficaces y, por lo tanto, previenen o limitan la eliminación de estos microorganismos ⁽¹⁹⁾.

1.3.3. Tuberculosis latente

El contacto inicial entre el organismo mico bacteriano y el huésped conduce a una condición conocida como tuberculosis primaria. Esta tuberculosis primaria generalmente se encuentra en el centro del pulmón y se conoce como los focos de Ghon de la TBC primaria. En la mayoría de los pacientes infectados, el complejo de Ghon está en el período de incubación, una condición conocida como tuberculosis latente.

La tuberculosis latente puede reactivarse después de la inmunosupresión del huésped. Algunas personas pueden tener la enfermedad luego de su primer contacto o exposición con la mycobacteria. Estos casos se llaman tuberculosis primaria progresiva.

Este tipo de tuberculosis se presenta en personas con un sistema inmune deficiente y las que usan esteroides a largo plazo. Este tipo de tuberculosis generalmente es causada por la reactivación de la infección tuberculosa latente.

1.3.4. Etiopatogenia

Mycobacterium es un bacilo de ácido rápido no encapsulado, que no forma esporas. Es una especie aeróbica estricta y no prospera en condiciones hipóxicas. De crecimiento lento, necesitan un largo período de incubación (10-20 días a 37°C). Es resistente a la humedad ya la esterilización con productos químicos, posiblemente por su alto contenido en grasas. Sensible al calor y la humedad, es destruido por el proceso de pasteurización. Infección M. La tuberculosis generalmente resulta de Inhalación de gotitas en el aire que contienen partículas infecciosas producidas por un paciente al toser, estornudar o hablar. Una vez inhaladas, las bacterias alcanzan los espacios alveolares, donde son fagocitadas por los macrófagos alveolares, que se multiplican para formar uno o más focos de neumonía. Los macrófagos infectados se propagan a los ganglios linfáticos de todo el cuerpo, la epífisis de los huesos largos, los cuerpos vertebrales y las regiones meníngeas, especialmente la región posterior del pulmón. Después de la infección y durante las primeras semanas, el paciente no tiene protección contra la infección por la bacteria de la tuberculosis, de modo que la reproducción bacteriana continúa sin obstáculos hasta que se produce la anafilaxia tisular y se desarrolla la inmunidad celular. El riesgo de contraer tuberculosis puede variar en función de la presencia de determinados factores de riesgo. A nivel mundial, el 10% de las personas infectadas con tuberculosis activa desarrollan TB activa durante su vida, con el mayor riesgo dos años después de la infección. Los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades infecciosas primarias son la inmunosupresión de cualquier origen, la clorhidria en pacientes con gastrectomía, la desnutrición y la insuficiencia renal crónica⁽²¹⁾.

1.3.5. Manifestaciones clínicas

El sitio más común de tuberculosis en adultos inmunocomprometidos son los pulmones, que generalmente se muestra como una enfermedad subaguda con fiebre leve, especialmente al anochecer, tos persistente, sudores nocturnos, vómitos, esputo profuso y, rara vez, hemoptisis. Radiográficamente, por lo general se presenta como un derrame en el lóbulo superior, a menudo como una cavidad, y el derrame pleural suele ser la única presentación. A veces, la tuberculosis puede manifestarse en individuos con inmunidad localizada fuera de los pulmones o de forma difusa. Entre los órganos más frecuentemente afectados se encuentran los ganglios linfáticos, el hígado, el bazo, los riñones, el sistema nervioso central y el pericardio.⁽²¹⁾

1.3.6. Diagnóstico

La detección de bacilos de alimentación rápida (BAAR) en tinciones con tecnología Ziehl-Neelsen o sus variantes y fluorocromo (auramina) y el examen microscópico fue la primera evidencia de la presencia de micobacterias en nuestra práctica clínica diaria. Ocurrencia de AFB en el esputo indica tuberculosis, ya que existen muchos otros tipos de bacterias fúngicas que causan enfermedades pulmonares. Sin embargo, una combinación de microscopía de frotis positiva y hallazgos clínicos y radiográficos concordantes puede ser suficiente para diagnosticar hongos. Las plantas son más sensibles al descubrimiento de hongos. Los métodos convencionales incluyen la inoculación de medio sólido (Lowenstein-Jensen) o medio líquido con o sin antibióticos, y el medio líquido se utiliza para el cultivo primario de todas las muestras. ⁽²²⁾.

Además de las técnicas microbiológicas y agrícolas, ahora disponemos de técnicas genéticas para la detección e identificación de *Mycobacterium tuberculosis*. En los últimos años se han desarrollado técnicas basadas en la amplificación del ADN. Existen varios tipos disponibles comercialmente, siendo los más comunes la prueba PCR Amplicor-Amplicor *Mycobacterium tuberculosis*, la prueba directa *M. Mycobacterium tuberculosis* (MTDT) (GenProbe) y la prueba *Mycobacterium tuberculosis* LCX. En el caso de enfermedad extrapulmonar, se deben tomar muestras específicas de cada tejido y sitio de cultivo. La prueba de tuberculosis (PT), que incluye una inyección intradérmica de 0,1 ml de PPD, puede ayudar al diagnóstico, aunque su valor es relativo (21). La intensidad de la prueba depende no solo del diámetro del disco duro, sino también de los factores de riesgo epidemiológicos y la prevalencia de enfermedades concomitantes. Aunque un resultado negativo no descarta la presencia de la enfermedad, su positividad en pacientes con sospecha de tuberculosis puede ser muy beneficiosa. Si la primera prueba de tuberculina es negativa, se debe realizar una segunda repetición para que los resultados sean confiables y muestren una verdadera respuesta antituberculosa. Cuando se detecta un posible caso de tuberculosis en un paciente hospitalizado, se debe realizar el aislamiento respiratorio del paciente. Por lo general, después de tres semanas de tratamiento adecuado con un resultado negativo en la prueba de esputo, se pueden eliminar las medidas de aislamiento. Si se utiliza terapia no convencional (isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol), no se debe realizar el aislamiento hasta que la baciloscopía sea negativa, lo que puede demorar varios meses. Los pacientes deben usar un respirador cuando salgan al aire libre o usar un pañuelo desechable al toser e inhalar para evitar la propagación del aire. La hospitalización no siempre es necesaria cuando se detecta un caso de tuberculosis, está indicada en casos de enfermedad grave y compleja, o cuando no se puede asegurar un aislamiento adecuado. Si

el frotis es positivo para el paciente y se encuentra en su domicilio, debe disponer de una habitación con buena ventilación, manteniendo las medidas de aislamiento respiratorio ⁽⁴⁾.

Diagnóstico microscópico de la tuberculosis Microscopía de frotis directo: El examen microscópico directo de esputo y otras muestras fuera del pulmón debe tratarse mediante el método de Ziehl-Neelsen, según el procedimiento del INS. El informe de los resultados de la baciloscopia debe cumplir con los criterios detallados que figuran en la Tabla 3 de la norma técnica sanitaria emitida por el MINSA. ⁽³⁾

Cultivo de micobacterias: se acepta el método cultural de aislar hongos en este país: culturas en Loenstein - Jensen, Ogawa y Aghar 7:10 am; Los sistemas automáticos en MGIT (del índice de crecimiento de hongos) y la prueba MDDS (alérgica a mini - fragmentos), en laboratorios de redes de salud pública en función de la capacidad de la empresa. ⁽³⁾

Diagnóstico clínico de tuberculosis: el diagnóstico clínico de tuberculosis debe centrarse en encontrar pacientes con síntomas respiratorios (tos, alivio, dolor torácico), y falta de aliento) relacionados con síntomas comunes. Los síntomas de la tuberculosis extrapulmonar dependen del órgano afectado. ⁽³⁾

Diagnóstico de la tuberculosis latente: Diagnóstico de TB latente: La prueba cutánea de TB es un método para diagnosticar TB latente en personas que no tienen la enfermedad activa. Se tiene en cuenta un efecto positivo si la saturación es de 10 mm o más para la ciudad general. En enfermo inmunocomprometidos (VIH/SIDA, desnutrición, corticoterapia prolongada, terapia anticancerígena, entre otros), este valor es de 5 mm o más. Los expertos en enfermería son responsables de la aplicación y leen la tuberculosis, que debe formarse correctamente ⁽³⁾.

1.3.7. Identificación de micobacterias

- a. Las metodologías aceptados del país para definir hongos son: pruebas inmunosupresoras y moleculares. Pruebas rápidas de TB B MDR) Las pruebas rápidas y las moléculas para descubrir TB MDR son: Una prueba MODS (sensibilidad a fármacos observada microscópicamente) Esta es una prueba de detección fenotípica directa que utiliza muestras de esputo positivas o negativas, indicada antes o durante la TAR. Diagnostica simultáneamente tuberculosis y resistencia a isoniazida y rifampicina ⁽³⁾.
- b. B. La prueba de reducción de nitratos (Griess) es una prueba de detección fenotípica directa que se realiza en muestras de esputo que tienen un frotis positivo (uno o más

- cruces). Detección de resistencia a isoniazida y rifampicina. Se realiza en laboratorios de preferencia aprobados por el INS ⁽³⁾.
- c. Versus Sistema Automatizado vs. Fluido Medio MGIT (Tubo Indicador de Crecimiento Fúngico) Esta prueba diagnostica el perfil de tuberculosis y la susceptibilidad a los medicamentos de primera línea (isoniazida, rifampicina, estreptomycin, etambutol y pirazinamida). Los resultados obtenidos de 4 a 12 días de cultivo se informaron como positivos. ⁽³⁾
 - d. Se realiza en el Instituto Nacional de Estadística y en laboratorios regionales o intermedios acreditados por el Instituto Internacional de Estadística, y se realiza en: Tuberculosis en menores de 15 años. Tuberculosis entre trabajadores de la salud y estudiantes. Tuberculosis en personas con VIH / SIDA. Tuberculosis en personas con comorbilidades: diabetes, cáncer, insuficiencia renal, insuficiencia hepática y otras.
 - e. - Tuberculosis del sistema nervioso central y otras muestras fuera del pulmón. Muchas veces. Muchas veces. Esta prueba de exploración de ADN molecular es una prueba molecular, directa e indirecta, y el descubrimiento de mutaciones de isoniacida y rifampicina, de una muestra extendida con células pequeñas con bacterias positivas con bacterias positivas. Positivo o positivo de los hongos. Los resultados están disponibles dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la muestra en el laboratorio. Se realiza en el Instituto Nacional de Estadística y en los laboratorios regionales e intermedios de la red acreditada de laboratorios de salud pública por el INS. ⁽³⁾

La gráfica habitual de medicamentos antituberculosos de la primera y segunda línea la gráfica habitual de medicamentos antituberculosos en el país es: a. Ensayo en placa de agar (APP) para fármacos de primera y segunda línea Este ensayo fue realizado por Mycobacteria INS Laboratorios a partir de un cultivo fúngico positivo.

Las instrucciones son: Los pacientes con PS de la primera o habitual línea parecen resistentes a isoniazida, rifampicina o dos medicamentos (TB MDR) antes o durante el tratamiento ⁽³⁾.

Los pacientes con diagnóstico de tuberculosis farmacorresistente se someten a terapia de segunda línea y tienen un curso bacteriológico y clínico insuficiente (para la evaluación de la amplificación de la resistencia) ⁽³⁾.

B. Método indirecto de Löwenstein-Jensen para la proporción media de fármaco de primera línea indicado a partir de cultivos positivos de micobacterias de casos de tuberculosis extrapulmonar y de tuberculosis pulmonar positiva y frotis negativos, cuando

no se disponga de MODS o ensayos de cultivo molecular con sonda de ADN. ESN PCT, en colaboración con el INS, revisará y actualizará la usabilidad de las pruebas de diagnóstico cada dos (3) años.

Detección de tuberculosis farmacorresistente mediante test rápido cada persona con tuberculosis debe ser evaluada a través de pruebas rápidas para isoniazida y rifampicina antes de comenzar el tratamiento: Una. Todos los pacientes con tuberculosis pulmonar con baciloscopía positiva nuevos y previamente tratados (recaídas, fuga recuperada y falla del fármaco de primera línea) deben ser evaluados mediante pruebas de sonda de ADN molecular, pruebas MODS o exámenes convencionales.

B. Cualquier individuo con tuberculosis con baciloscopía negativa debe ser evaluada con MODS o pruebas de rutina (cultivo pospositivo).

C. Cualquier persona con PS rápido que sea resistente a la isoniazida o la rifampicina debe obtener resultados de PS del primer y segundo fármaco utilizando métodos convencionales.

Los resultados de la Prueba Molecular Rápida deben ser recibidos dentro de los 3 días hábiles posteriores a la recepción de la muestra de laboratorio, a través del NetLab. El laboratorio debe garantizar el registro oportuno para los resultados de las pruebas de alergias en NetLab. No se deben realizar pruebas rápidas de resistencia a isoniazida y rifampicina en pacientes con un diagnóstico confirmado de TB-MDR, a menos que lo indique un profesional de la salud ⁽³⁾.

Tratamiento de la tuberculosis régimen de tratamiento de la tuberculosis

La gestión de los esquemas de procedimiento de la tuberculosis está a cargo del personal médico y se realiza de lunes a sábado, incluidos los días festivos ⁽³⁾.

El régimen de procedimiento inicial debe aprobarse o modificarse dentro de los 30 días después del inicio, según los resultados rápidos de PS con isoniazida y rifampicina. Los regímenes de control de la tuberculosis se establecieron en función de la sensibilidad a la isoniazida y la rifampicina según Rapid PS (3). Dieta para tuberculosis sensible: Indicaciones para enfermos con TB no infectados con VIH/SIDA: Pacientes con tuberculosis pulmonar positivo o negativo. Pacientes con tuberculosis fuera de los pulmones excepto tuberculosis, sistema nervioso central, huesos y articulaciones.

- Pacientes nuevos o tratados (recuperándose de recaída y recuperación de enfermedad). Planes para adultos y niños

Fase 1: 2 meses (HREZ) por día (50 dosis)

Fase 2: 4 meses (H3R3) tres veces por semana (54 dosis) En la fase inicial se deben administrar 50 dosis por día (de lunes a sábado) durante dos meses.

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

- Diagrama esquemático del tratamiento de la tuberculosis extrapulmonar con infección del sistema nervioso central, mielo u osteonecrosis:

En los casos de tuberculosis mielo o extrapulmonar con infección del sistema nervioso central (SNC) o del esqueleto, la duración del tratamiento es de 2 meses en la primera fase y de 10 meses en la segunda ⁽³⁾.

Fase 1: 2 meses (HRZE) por día (50 dosis)

Fase 2: 10 meses (HR) por día (250 dosis) Dieta para la tuberculosis resistente a los medicamentos.

Los medicamentos antituberculosos se clasifican en grupos según su eficacia, naturaleza y evaluación clínica de su eficacia contra la tuberculosis.

Los regímenes de tratamiento para la tuberculosis resistente a los medicamentos se dividen en tres categorías:

Unificación, experimentación y personalización

- Marca de muestra normal: Etapa temprana: 6-8 meses (EZLfxKmEtoCs) diariamente Segundo período 12-16 meses (EZLfxEtoCs) diario Índice de muestra experimental
- - Tuberculosis farmacorresistente diagnosticada por PS rápida. El paciente fue diagnosticado de tuberculosis farmacorresistente según el índice PS habitual de los fármacos de primera línea. El paciente en su domicilio ha estado expuesto a tuberculosis drogorresistente y los resultados de PS rápidos o normales no permiten iniciar tratamiento. Elija una dieta personal:
 - La tuberculosis resistente a los medicamentos se diagnostica con los resultados tradicionales de PS para medicamentos de primera y segunda línea. Casos de tuberculosis única o multirresistente:
 - En el caso de tuberculosis aislada o multidrogorresistente a los fármacos de primera línea, las pautas individuales deben administrarse diariamente de lunes a sábado.
 - Según el consejo del médico consultor. Opciones según el registro de resistencia. Casos de MDR/XDR Los programas personales de TBMDR se prepararán con el consejo de un médico y luego considerarán CRER / CER - DISA ⁽³⁾.
- Los programas TB XDR serán preparados por unes para tratar a un médico y ver CNer. Los regímenes individuales para pacientes con tuberculosis resistente a

múltiples fármacos deben prepararse teniendo en cuenta los siguientes principios: Incluya al menos 4 medicamentos antituberculosos de segunda línea a los que el paciente sea alérgico o que nunca haya usado.

- - Entre ellos se debe prescribir una fluoroquinolona y una segunda inyección. Debe incluir pirazinamida debido a su potencial beneficio clínico
- - El etambutol se utiliza cuando las cepas muestran signos de alergia. Antecedentes de exposición a medicamentos antituberculosos: Evaluación detallada de medicamentos utilizados, dosis recibida, historial de adherencia, uso de terapia observacional oral y otros. PS Resultados para la primera y segunda medicina disponible. Comunicación de la historia y sensibilidad personal de su medicina. El contexto del tratamiento anormal o anormal.
- Utilizar únicamente fármacos del Grupo 5 en casos de tuberculosis farmacorresistente que no puedan tratarse eficazmente con fármacos de los Grupos 1 a 4. Los pacientes con tuberculosis pulmonar farmacorresistente y los pacientes con indicaciones para el uso de fármacos del Grupo 5 deben: Inicio de hospitalización en UNET, por un período de al menos dos meses, en un ambiente totalmente controlado de infecciones. Recibir medicamentos por vía intravenosa a través de un catéter a largo plazo debajo de la piel. Tras el alta del hospital, el tratamiento se llevará a cabo en instalaciones u hogares equipados con medidas de control de infecciones.

Duración del tratamiento y uso de medicamentos inyectables en TB resistente a medicamentos: La duración total de la TB farmacorresistente se guía por la conversión del cultivo (3).

La duración del tratamiento para la tuberculosis monorresistente y multirresistente varía de 9 a 18 meses (3). La duración del tratamiento para la TB-MDR debe ser de al menos 18 meses. En el caso de tuberculosis farmacorresistente generalizada, la duración del tratamiento se determinará individualmente y deberá tratarse durante al menos 24 meses.

La autorización para extender el tratamiento más allá de los 24 meses siempre debe ser obtenida por CRER/CERDISA y notificada a ESN PCT.

En casos de TB-MDR, se debe administrar una segunda dosis diaria hasta que se logre la transformación bacteriana; A partir de entonces, debe administrarse de forma intermitente, tres veces por semana, hasta 4 cultivos negativos consecutivos por mes hasta completar un máximo de 6 a 8 meses de terapia parenteral, a menos que el médico de consulta especifique lo contrario. En el caso de tuberculosis farmacorresistente, la duración del uso de carbapenémicos e inyectables

de segunda línea se determinará de acuerdo con la evolución clínica, bacteriológica y radiológica evaluada por los médicos tratantes de la UNET en colaboración con el CNER ⁽³⁾.

Gestión del tratamiento de la tuberculosis Todo paciente diagnosticado de tuberculosis debe recibir consejería y debe firmar el consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento.

⁽³⁾.

La administración del tratamiento debe ser supervisada directamente en la boca ⁽³⁾. Los medicamentos deben administrarse de lunes a sábado (incluidos festivos), una (01) hora antes o después de las comidas. En días festivos, el EESS implementará estrategias locales para respetar la administración del tratamiento correspondiente de manera supervisada ⁽³⁾.

El primer y segundo fármaco debe administrarse en dosis única diaria, excepto la etionamida, la cicloserina y el PAS, que deben administrarse en dos dosis, bajo supervisión directa, para mejorar la tolerabilidad ⁽³⁾.

Debe garantizarse el pleno cumplimiento de las dosis prescritas. Si un paciente no se presenta a recibir la dosis correspondiente, el personal del EESS debe asegurar la entrega dentro de las 24 horas y continuar con el cronograma ⁽⁴⁾.

Por cada 250 mg de cicloserina, se deben tomar 50 mg de piridoxina (vitamina B6) por vía oral.

⁽³⁾

1.4. Marco conceptual

- Abandono: Paciente que inicia e interrumpe tratamiento por 30 días consecutivos o más. incluyó pacientes que habían sido tratados por menos de 30 días y habían sido discontinuados ⁽²³⁾.
- Actitud: Se ha conceptualizado como la voluntad de realizar una acción hacia algo o un evento de cierta manera. Esto permite a la psicología social conceptualizar la relación entre lo que las personas piensan, sienten, dicen o hacen. El comportamiento a menudo refleja nuestras actitudes ⁽²⁷⁾.
- Actitud: Una actitud es una tendencia aprendida de responder positiva o desfavorablemente a un objeto, persona, actividad, concepto o símbolo ⁽²⁴⁾.
- Alta: El paciente tiene otro brote de TB diagnosticado después del alta del hospital después de la recuperación o al finalizar el tratamiento ⁽³⁾.
- Amplitud: El paciente inició tratamiento y fue interrumpido por 30 días consecutivos o más. Esto incluye a un paciente que toma un tratamiento por menos de 30 días y lo interrumpe ⁽²³⁾.
- Aprendizaje por observación: aprender nuevos patrones de comportamiento al observar las acciones de otros ⁽²⁹⁾.
- Aprendizaje social: Las actitudes se adquieren al interactuar con otra persona o al observar ciertos comportamientos. Este aprendizaje pasa por diferentes procesos ⁽²⁹⁾.
- Bacilo de Koch: La bacteria que causa la tuberculosis en humanos es un bacilo o cilindro intracelular relativamente grande que crece en presencia de oxígeno y a temperaturas entre 30 y 39 °C ⁽³⁾.
- Beneficios para la salud: Las comunidades juegan un papel muy importante en la lucha contra la tuberculosis, en términos de detección temprana de síntomas y disminución de actitudes para eliminar la tuberculosis. Al mismo tiempo, el empoderamiento de la comunidad en el control de la enfermedad se convierte en un punto crítico para alentar la movilización de las agencias gubernamentales para incluir la tuberculosis en las agendas locales de salud pública. ⁽²³⁾.
- Caso de TB extensible a drogoresistencia (TB XDR): Caso con resistencia simultánea a isoniazida, rifampicina, una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea (Amikacina, kanamicina o capreomicina) por pruebas moleculares rápidas o convencionales ⁽³⁾.
- Caso de TB multidrogoresistente (TB MDR): Caso con resistencia simultánea a Isoniazida y Rifampicina por pruebas convencionales ⁽³⁾.
- Caso nuevo: paciente diagnosticado de TB que nunca ha recibido terapia antituberculosa o ha recibido tratamiento por menos de 30 días consecutivos o 25 dosis consecutivas ⁽³⁾.
- Casos de tratamiento previo: Pacientes que han sido diagnosticados con tuberculosis y tienen antecedentes de terapia antituberculosa durante 30 días o más.

- Cirugía de la tuberculosis: en presencia de M. tuberculosis en tejidos o líquido extrapulmonar por bacteriología o histopatología. El diagnóstico se basa en criterios epidemiológicos, clínicos y/o estudios de imagen ⁽³⁾.
- Comenzando: el proceso que al paciente se le diagnostica tuberculosis en un centro médico (ESS) se encuentra en otra jurisdicción mencionada para el centro médico más cercano realizado por ESS ⁽³⁾.
- Componentes de la actitud: el modelo 3D sugiere que las actitudes constan de tres componentes: 1) cognitivo, 2) emocional y 3) conductual ⁽³⁴⁾.
- Condiciones administrativas: cuando un comportamiento se ve afectado por resultados positivos o negativos, puede reforzarse y repetirse, debilitarse o suprimirse y viceversa ^(3,4).
- Condiciones clásicas: cuando un estímulo precede repetidamente al otro, el estímulo que ocurre primero adquiere la capacidad de provocar una respuesta al segundo estímulo, por ejemplo, cuando el niño nota que si el padre muestra un determinado comportamiento hacia algo, el niño actuará. Del mismo modo. Del mismo modo frente a este objeto ^(3,4).
- Contacto de Registro: Este es el contacto registrado en el Panel de Control de Medicamentos y Soporte ⁽³⁾.
- Contacto examinado: es un contacto registrado que ha sido examinado mediante uno de los siguientes procedimientos para excluir tuberculosis: examen clínico, radiografía, prueba de tuberculosis (PPD), y si presenta síntomas respiratorios: Baciloscopia y cultivo de esputo ⁽³⁾.
- Contacto probado: Este es el contacto que cumplió con todos los controles programados; Para contactos de tuberculosis susceptible se incluyeron 3 controles y para tuberculosis farmacorresistente se incluyeron 6 controles ⁽³⁾.
- Contacto: Una persona que ha estado expuesta o ha estado expuesta a la TB en los tres meses anteriores al diagnóstico ⁽³⁾.
- Control DE las infecciones de TBC: Conjunto de medidas para prevenir la transmisión de la TB en entornos de salud, comunidades y hogares de personas con TB. Las medidas se dividen en tres categorías: administrativas, de control ambiental y de protección respiratoria. ⁽³⁾.
- Convertir: Se considera cuando hay dos cultivos negativos consecutivos con 30 días de diferencia, después de los cultivos positivos ⁽³⁾.
- Cumplimiento: El acto y efecto de cumplir con una causa o persona ⁽³⁾.
- Debate negativo y cultural sobre la tuberculosis: los casos de tuberculosis pulmonar no tienen confirmación bacteriana pero el diagnóstico se basa en criterios clínicos, epidemiológicos y/o imagenológicos ⁽³⁾.
- Después del diagnóstico: Procedimiento para completar estudio bacteriológico en casos probables de tuberculosis pulmonar con 2 esputos negativos, con 2 cultivos y esputo microscópico semanal ⁽³⁾.

- Enfermedad de la tuberculosis fue confirmada por los bebés: se identificó mediante un estudio bacteriano positivo con tuberculosis (endoscopia callejera, cultivo molecular positivo) o un modelo de hipnosis que es compatible con la tuberculosis ⁽³⁾.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (PTB FN): casos de tuberculosis pulmonar con dos o más frotis de esputo negativos ⁽³⁾.
- Estado del caso: La persona ha sido diagnosticada con tuberculosis y debe ser tratada con medicamentos antituberculosos ⁽³⁾.
- Experiencia directa: una persona siente o le desagrada algo a través de las situaciones que atraviesa el individuo; se ha encontrado que las actitudes formadas a través de la experiencia directa son más intensas, más confiables y más resistentes al cambio ⁽³³⁾.
- Falla: los pacientes no logran la conversión de bacterias en el sexto mes de tratamiento o en el que se realiza la reversión bacteriana después del sexto mes. También se considera una falta de resistencia persistente a las fluoroquinolonas y las inyecciones de segunda línea ⁽³⁾.
- Familia: grupo de personas que viven juntas bajo un mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos y hermanas, etc.) relacionados por sangre o no, con un estilo de vida económico y social común ⁽³⁷⁾.
- Formación de actitudes: Por lo general, las actitudes de las personas son adquiridas o aprendidas a través de la experiencia, sin embargo, existen algunas actitudes que son innatas en el ser humano, ya sean positivas o negativas. Del mismo modo, cierta evidencia y encuesta mencionaron que la actitud puede verse afectada por los factores genéticos ⁽⁴¹⁾.
- Indicador de estado: Esta es la persona a la que se le ha diagnosticado tuberculosis ⁽³⁾.
- Junta Nacional de Evaluación de Clínicas: compuesta por especialistas capacitados y experimentados en el tratamiento clínico y quirúrgico de la tuberculosis resistente a los medicamentos. Su afiliación plena y alternativa ha sido propuesta por ESN PCT, DISA, DIRESA y GERESA a través de hospitales nacionales; INS, DIGEMID, DARES, EsSalud (nivel nacional), PNP y Salud del Ejército, estarán representados por un solo miembro, ya sea titular o suplente ⁽³⁾.
- Libro de seguimiento: es la fuente de datos para la elaboración del informe operativo y los estudios de cohortes de trato diferencial. Ayuda a evaluar la eficacia y eficiencia del tratamiento, así como a identificar problemas operativos relacionados con este aspecto fundamental del control de la tuberculosis ⁽²³⁾.
- Lista de casos de tuberculosis: caso de hipersensibilidad a todos los medicamentos de primera línea demostrado por pruebas de sensibilidad de rutina ⁽¹⁹⁾.
- Muerte: El paciente falleció por cualquier causa durante el tratamiento de la tuberculosis. ⁽³⁾
- Neumonía MÉDICA sin CRÉDITO: En caso de tuberculosis pulmonar, no se puede tomar muestra de esputo para estudio bacteriológico ⁽³⁾.

- Neumonía POSITIVA (PTB FP): Caso de tuberculosis pulmonar con prueba de esputo positiva ⁽³⁾.
- Neumonía: persona tuberculosa con lesiones del parénquima pulmonar con o sin confirmación bacteriana (bacilos, cultivo o pruebas moleculares) ⁽³⁾.
- No Evaluado: No se le ha asignado estado de alta al paciente incluye casos transferidos a otros EESS cuyo estado de alta se desconoce ⁽³⁾.
- Paciente con confirmación médica: Inicialmente que completó el plan de tratamiento con buena evolución y en quien no fue posible realizar examen microscópico de baciloscopía en el último mes de tratamiento ⁽³⁾.
- Paciente sin confirmación bacteriana: Al inicio del tratamiento finaliza el plan de tratamiento con una buena evolución ⁽³⁾.
- Pacientes con TB pueden ser identificados cuando están presentes al menos 3 de los siguientes criterios: 1) Síntomas como fiebre, tos y pérdida de peso. 2) Exposición a un caso activo de tuberculosis infecciosa. 3) prueba positiva de tuberculosis o PPD; 4) Busque en las radiografías de tórax tuberculosis activa. 5) Evidencia de otras pruebas para apoyar el diagnóstico, junto con síntomas y signos ⁽³⁾.
- Patrón cardíaco: caso de infección por M. Tuberculosis por prueba cutánea para tuberculosis o PPD, sin evidencia de enfermedad activa ⁽³⁾.
- Película: son los documentos de respaldo que contienen información sobre todas las actividades y/o procedimientos realizados por el especialista, así como el documento legal que respalda las acciones del personal médico ⁽³⁾.
- Posibles enfermedades monetarias: Personas con síntomas o signos de tuberculosis. Incluye síntomas respiratorios ⁽³⁾.
- Posición de medida: “Mide, según ciertas reglas, y asigna números a las notas. E independientemente del fenómeno observado, esta afirmación es cierta. Si el fenómeno es la actitud, entonces el proceso de medición se vuelve más complicado porque la actitud no puede observarse directamente sino que debe inferirse del comportamiento ^{(32) (33) (40)}.
- Practicar medidas preventivas en salud: el conjunto de acciones que desarrolla una persona para evitar la enfermedad ⁽³⁾.
- Prevención y control de la tuberculosis: es una respuesta saludable a la tuberculosis, que se considera una prioridad nacional.
- Prueba de tuberculosis pulmonar negativa y cultivo o prueba de mutación positiva: en el caso de tuberculosis pulmonar con Baciloscopía negativa y cultivo o prueba molecular positiva para M. tuberculosis ⁽³⁾.
- Ranificada y en el interior; Permite un enfoque de factores múltiples para controlar, reducir y prevenir esta enfermedad ⁽³⁾.

- Recuperación: se considera cuando, después del cambio bacteriano inicial, vuelves a tener dos cultivos positivos consecutivos con 30 días de diferencia ⁽³⁾.
- Registro de visita domiciliaria: Es un registro que se aplica a los pacientes tuberculosos en el domicilio con el fin de educar al paciente y su familia. Esto debe hacerse dentro de las primeras 48 horas después del diagnóstico ⁽²³⁾.
- Retorno recomendado: el paciente no asistió a tratamiento por más de 30 días consecutivos, fue dado de alta de la clínica y fue recontratado por el establecimiento médico (EESS) para continuar el tratamiento desde la primera dosis ⁽²³⁾.
- Sin evaluación: los pacientes no afectan la graduación. Incluyendo casos transferidos a los otros ESS, en los que se desconocen las condiciones de graduación. ⁽³⁾
- Síndrome de Muerte Súbita del Lactante en menores de 15 años, diagnosticados de tuberculosis pulmonar o extrapulmonar, que iniciaron tratamiento antituberculoso ⁽³⁾.
- Síntomas respiratorios (SR): Personas con tos y expectoración durante 15 días o más ⁽³⁾.
- Sinusitis externa: a una persona se le diagnostica tuberculosis en órganos distintos de los pulmones. El diagnóstico se basa en cultivos, pruebas moleculares positivas, evidencia histopatológica y/o evidencia clínica de enfermedad extrapulmonar activa ⁽³⁾.
- Sistema de Información en Salud: Es una herramienta fundamental para asegurar el correcto registro de las actividades médicas, ayudar a mejorar la calidad del registro de datos, estandarizar, integrar formularios, un nuevo formulario de registro y estandarizarlo como fuente única de información, con el objetivo de beneficiar la toma de decisiones.
- SR esperado (SRE): el número de SR esperados especificados durante un período de tiempo determinado en un centro médico. Está previsto fijar 5 SAR por cada 100 cuidados prestados en un establecimiento de salud a personas mayores de 15 años ⁽³⁾.
- SR examinado (SREX): una prueba SRI con al menos un resultado de diagnóstico ⁽³⁾.
- SR probado con baciloscopía positiva: SREx con resultado microscópico positivo. Tuberculosis, además de los pulmones, con la confirmación de los tejidos médicos: donde la reacción inflamatoria es compatible con la tuberculosis (tumor granular especificado), que ha sido probado o la presencia de bacilos de ácido alcohol (BAAR) o Tuberculosis extrapulmonar confirmada por bacterias: casos de tuberculosis que han sido confirmados por bacterias (bacilos, cultivo o prueba molecular) en tejido o líquido extrapulmonar ⁽³⁾.
- Traslado: Proceso mediante el cual un paciente diagnosticado con tuberculosis en un servicio del EESS de su jurisdicción solicita el traslado a otro servicio del EESS. El centro transfirió el monto al paciente ⁽³⁾.
- Tratamiento completo: el paciente ha completado el tratamiento planificado sin evidencia de fracaso, pero esto no significa que cumpla con los criterios para el tratamiento.
- Tratamiento exitoso: Como resultado del total de pacientes que se han recuperado de la enfermedad “tratados” y “completamente curados”⁽³⁾.

- Tratamiento irregular: no tomar 3 dosis continuas o alternas durante la primera fase de tratamiento o 5 dosis continuas o alternas durante todo el tratamiento de esquemas de tuberculosis susceptibles ⁽³⁾.
- Tratamiento: el paciente completó el régimen de tratamiento y obtuvo 10 cultivos mensuales negativos consecutivos en los últimos 12 meses de acuerdo con el plan de tratamiento de TB-MDR ⁽³⁾.
- Tratamiento: El paciente confirmó bacteriología inicialmente, concluyó el régimen de tratamiento y baciloscopía negativa en el último mes de tratamiento ⁽³⁾.
- Tuberculosis drogo resistente: casos en los que se demuestra resistencia a más de un fármaco antituberculoso por una PS común que no cumple los criterios de TB-MDR ⁽³⁾.
- Tuberculosis resistente a los medicamentos antituberculosos: un caso de resistencia a los medicamentos antituberculosos se demostró mediante pruebas de sensibilidad (PS) de rutina
- Tuberculosis: Esta es causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre infecta los pulmones ⁽³⁾.
- Unidad Especial de Pacientes con Tubería (UNET): El ámbito hospitalario o área de atención donde se brinda atención especializada a personas con tuberculosis que cumple con los requisitos de control de infecciones y bioseguridad ⁽³⁾.

1.5.Descripción de la situación problemática.

La OMS (organización mundial de la salud) estima que en el año 2020 un aproximado de 1,4 millones de personas menos recibió atención para la tuberculosis que en el año 2019, lo que da a conocer una reducción del 21% con respecto a 2019. Los países con las mayores brechas relativas fueron Indonesia (42%), Sudáfrica (41%), Filipinas (37%) y la India (25%).⁽¹⁾

«Los efectos de la COVID-19 van mucho más allá de la muerte y la enfermedad causadas por el propio virus. La interrupción de los servicios esenciales para las personas con tuberculosis es solo un trágico ejemplo de las formas en que la pandemia está afectando de forma desproporcionada a algunas de las personas más pobres del mundo, que ya corrían un mayor riesgo de contraer la tuberculosis,» ha dicho el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS.⁽²⁾

Muchas personas con tuberculosis no pueden acceder a la atención que necesitan. La OMS aproxima sus datos a que más de medio millón de personas puedan haber muerto de tuberculosis durante el año 2020 simplemente porque no pudieron obtener un diagnóstico oportuno.

La OMS reporta que, en el 2020, los 30 países con una carga elevada de tuberculosis representaron el 86% de los nuevos casos de la enfermedad, encabeza esta lista la India, seguida de China, Indonesia, Filipinas, el Pakistán, Nigeria, Bangladesh y Sudáfrica.⁽²⁾

Es sabido por todo lo expuesto que la enfermedad por tuberculosis es un problema de salud pública y lo que lleva a la reflexión y a discusión es el poder llegar al motivo de que en lugar de que los casos vayan disminuyendo, han ido aumentando con el paso de los años, pese a las diversas medidas implementadas por estrategias del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), la Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis (DPCTB) y por entidades internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y distintas ONG interesadas en las mejoras sanitarias de países en vías de desarrollo como el nuestro. Debido a la pandemia por la que padecemos se ha tomado un mayor interés a las enfermedades de tipo respiratorio, entre ellas la tuberculosis, una enfermedad infectocontagiosa que si se llevan a cabo ciertas medidas de higiene y prevención, ya habríamos hecho desaparecer de este país dándole fin, se habría podido controlar mejor los contagio y promoviendo que la persona afectada complete adecuadamente su tratamiento.

En el aspecto de tratamiento se ha visto un mayor número de esquemas para tratar esta enfermedad, esquemas que en varios casos se ha modificado debido a la resistencia a los antibióticos usualmente utilizados en el tratamientos, entre otras causas la modificación de estos esquemas, está fundamentada en el hecho de que se busca acortar el tiempo de tratamiento sin dejar de asegurar la

curación completa del paciente, evitando que progrese esta enfermedad, que haya el menor número de secuelas y que permita que la persona afectada complete el tratamiento prontamente, ya que en reiterados casos de tuberculosis resistente se ha encontrado que el paciente recae con tuberculosis en sus distintas resistencias debido a que no completa el tratamiento inicial adecuadamente, por faltas a la toma del tratamiento o por esquemas incompletos en donde el paciente se niega a la toma de medicamentos indicados.

Este estudio está basado en el paciente que abandona el tratamiento por falta de soporte familiar y basado también en la problemática que, dentro de la familia del caso índice, se encuentra generalmente otro miembro afectado con tuberculosis, lo que genera que se disemine esta enfermedad. Es entonces que se busca conocer cuáles son las actitudes y las prácticas de personas que rodean al paciente y que de muchas formas tienen inherencia psicológica para la toma de decisiones en torno a toda una familia.

Si se llega al conocimiento del real obstáculo que impide una adecuada prevención de esta enfermedad, podrán tomarse las medidas necesarias para la disminución de casos de tuberculosis

1.6. Formulación del problema

1.6.1.1. Problema general

PG: ¿Cuáles son las actitudes y prácticas de prevención y control de la enfermedad de tuberculosis en familiares de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar en el hospital San José de Chíncha en el año 2021?

1.6.1.2. Problemas específicos

PE1.- ¿Qué actitud frente a la enfermedad de tuberculosis adoptan los familiares de los pacientes con diagnóstico de TB pulmonar en el Hospital San José de Chíncha?

PE2.- ¿Qué prácticas de prevención realizan los familiares de los pacientes con diagnóstico de TB pulmonar en el Hospital San José de Chíncha?

PE3.- ¿Cuál es el sexo, la ocupación y grado de instrucción predominantes en los familiares de los pacientes afectados por Tuberculosis pulmonar y atendidos en el Hospital San José de Chíncha?

1.7.Justificación e importancia de la investigación.

1.7.1.1.Justificación de la investigación

Durante la década de 1990 (1994), la Organización Mundial de la Salud declaró la tuberculosis una emergencia mundial y en septiembre de 2003 la declaró una emergencia mundial de salud pública. A nivel mundial, la tuberculosis es una fuente de desesperación para las poblaciones vulnerables y un gran desafío para los sistemas de salud. La intervención médica pública de la compañía ha demostrado logros importantes para su control desde que fue la causa de la séptima muerte en 2000, lo que representa el décimo lugar en 2019, con miles de millones. Las reglas de defensa disminuyeron en un 30%. Sin embargo, es importante mencionar que, en África, el sudeste asiático y en los países de bajos ingresos en el resto del mundo, la tuberculosis todavía se mantiene entre las diez causas de la enfermedad ⁽²³⁾.

Un total de 1,5 millones de personas murieron a causa de la tuberculosis en 2020. La tuberculosis es la decimotercera causa de muerte en todo el mundo y la enfermedad infecciosa más letal después de la COVID-19 (antes del VIH/SIDA). Cabe señalar que el país está actualmente sujeto a la crisis de salud, política, sociedad y economía, a pesar de la realización de reformas y cambios. Del mismo modo, el sistema de salud en Perú resultó herido debido a diversos problemas financieros, transformación demográfica, falta de acceso a servicios de salud y violencia política, entre otras cosas ⁽³⁶⁾, que afectan directamente al ámbito de la salud al tener un sistema que oferta servicios de forma limitada⁽⁴²⁾. Es toda esta problemática social y sanitaria la que genera incertidumbre en el paciente afectado por tuberculosis y en la población en general, pienso que cualquier aporte a esta lucha sostenida será relevante, por lo que considero se justifica mi investigación.

1.7.1.2.Importancia de la investigación

Es sabido que los contactos de pacientes con el diagnóstico de tuberculosis reciben seguimiento por parte de la estrategia sanitaria de prevención y control de tuberculosis y se incrementa la importancia de este seguimiento en contactos de pacientes con la enfermedad de tuberculosis pulmonar debido a que la capacidad del agente bacteriano para propagarse a otro huésped y la posibilidad de contagio es mayor debido su ya conocida transmisión por vía respiratoria. Asimismo, este estudio intenta identificar cuáles son los factores de riesgo y los de protección que conllevan a que el paciente con tuberculosis tenga el soporte necesario en la familia para el término del tratamiento y qué factores están involucrados en la actitud y práctica de estos familiares para la prevención y control de la enfermedad de Tuberculosis; esta información ayudaría a reforzar los factores de protección ya existentes y eliminar los factores de

riesgo que perjudiquen la salud individual, familiar y pública en general lo cual señala la importancia que reviste mi investigación.

El motivo de que se haga este estudio en el Hospital San José De Chíncha es debido a que en el año 2018 el MINSA (Ministerio De Salud) y la DPCTB (Dirección De Prevención Y Control De La Tuberculosis) declararon al Hospital San José De Chíncha como establecimiento priorizado en la provincia de Chíncha, debido al aumento de casos de tuberculosis y al diagnóstico de 2 pacientes con tuberculosis XDR, por lo cual mis hallazgos podrán ser evaluados y servir para el diseño de escenarios de fortalecimiento a la estrategia sanitaria. ⁽³⁶⁾

1.8.Objetivos.

1.8.1. Objetivo general

O.G.: Determinar cuáles son las actitudes y prácticas de prevención y control de la enfermedad por Tuberculosis en familiares de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar en el Hospital San José De Chíncha en el año 2021

1.8.2. Objetivos específicos

OE1.- Determinar qué actitud frente a la enfermedad de tuberculosis adoptan los familiares de los pacientes con diagnóstico de TB pulmonar en el Hospital San José de Chíncha

OE2.- Determinar qué prácticas de prevención realizan los familiares de los pacientes con diagnóstico de TB pulmonar en el Hospital San José de Chíncha

OE3.- Determinar el sexo, ocupación y grado de instrucción predominantes del familiar del paciente afectado por Tuberculosis Pulmonar atendido en el Hospital San José de Chíncha.

1.9.Hipótesis y variables de la investigación (cuando corresponda).

1.9.1. Hipótesis de la investigación

Por ser un estudio observacional descriptivo, no lleva hipótesis

1.9.2. Variables de la investigación

1.9.2.1.Variable independiente

- Actitud de familiares, relacionadas a la prevención y control de la enfermedad de tuberculosis

- Prácticas de familiares relacionadas a la prevención y control de la enfermedad de tuberculosis

1.9.2.2. Variables dependientes

- Familiares de los Pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

1.9.2.3. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICE	FUENTE	INSTRUMENTO
Variables independientes: Actitud de familiares, relacionadas a la prevención y control de la enfermedad de tuberculosis	Familiares de un paciente con tuberculosis pulmonar cuyo cargo está relacionado con el control y control de la tuberculosis.	La tendencia de un hombre o una mujer a grados de aceptación, indiferencia o rechazo, la actitud positiva o negativa de un hombre o una mujer hacia la tuberculosis y la necesidad de un tratamiento a largo plazo, que requiere cambios en el estilo de vida del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación verbal de la enfermedad con el paciente - Lavado de manos - Desecho de residuos 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No - A veces 	<ul style="list-style-type: none"> - Tarjeta de tratamiento - -Sistema de información gerencial (SIG-TB) - -historia clínica - -Fichas de evaluación psicológica del PCT - -Fichas de evaluación social del PCT 	Ficha de recolección de datos
Prácticas de familiares relacionadas a la prevención y control de la enfermedad de tuberculosis	Familiar de paciente con diagnóstico de TBC pulmonar, que presenta practicas relacionadas a la prevención y control de la enfermedad de tuberculosis	La tendencia de un hombre o una mujer a grados de aceptación, indiferencia o rechazo, la actitud positiva o negativa de un hombre o una mujer hacia la tuberculosis y la necesidad de un tratamiento a largo plazo, que requiere cambios en el estilo de vida del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de mascarilla - Ventilación de la vivienda 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No - A veces 		
Variable dependiente: Familiares de Pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar	La tuberculosis es una enfermedad infecciosa bacteriana crónica causada por el Mycobacterium tuberculosis. Se caracteriza por producir una reacción de hipersensibilidad mediada por células y granulomas en los tejidos afectados ²⁷	Familiar de paciente con diagnóstico de TBC pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Grado de instrucción - Estado civil - Procedencia - Grado de parentesco 	Discreta Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Años - Hombre - Mujer - Primaria - Secundaria - Superior - Sin instrucción - Soltero - Casado - Divorciado - Conviviente - Urbano - Padre/Madre - Esposo 8ª) - Hijo (a) - Hermano - Otro 	<ul style="list-style-type: none"> - Tarjeta de tratamiento - -Sistema de información gerencial (SIG-TB) - -historia clínica - -Fichas de evaluación psicológica del PCT - -Fichas de evaluación social del PCT 	Ficha de recolección de datos

	<p>la forma de contagio es por vía respiratoria con afectación pulmonar, pero que puede diseminarse a cualquier otro órgano, en este estudio se considera principalmente la tuberculosis pulmonar</p> <p>El diagnóstico implica criterios epidemiológicos, clínicos, radiográficos y dactiloscópicos positivos para la enfermedad.</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--

II. Estrategia metodológica.

2.1. Tipo y diseño de la investigación

2.1.1. Tipo de investigación

Fue de tipo básica

2.1.2. Diseño de investigación

Fue un estudio Observacional, descriptivo, retrospectivo, analítica, corte – transversal

2.1.3. Población- muestra

La población de estudio estuvo constituida por todos los familiares que hayan pertenecido al grupo de contactos intra o extradomiciliarios incluidos en las tarjetas de tratamiento y en el Sistema De Información Gerencial De Tuberculosis (SIG-TB) de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar que recibieron tratamiento para TBC en el Hospital San José De Chíncha durante el año 2021.

2.1.4. Criterios de inclusión y exclusión

2.1.4.1. Criterios de inclusión:

- Todo familiar de paciente mayor de 18 años con diagnóstico de tuberculosis pulmonar que haya recibido tratamiento para tuberculosis en el Hospital San José De Chíncha durante el año 2021.
- Datos completos de los familiares en las tarjetas de tratamiento.
- Que los pacientes con diagnóstico de tuberculosis estén recibiendo tratamiento completo y supervisado.

2.1.4.2. Criterios de exclusión:

- Familiares de pacientes con tarjetas de tratamiento incompletas.
- Familiares de pacientes con registros incompletos en el Sistema de información Gerencial de Tuberculosis (SIG-TB).
- Familiares de Pacientes diagnosticados con TB pulmonar en el Hospital San José de Chíncha que recibieron menos de 5 dosis de medicamentos como tratamiento para tuberculosis.
- Familiares de pacientes que iniciaron tratamiento para tuberculosis pulmonar pero que por distintas causas fueron excluidos del esquema de tratamiento para TBC.
- Familiares de pacientes con tuberculosis extrapulmonar.
- Familiares, del paciente con tuberculosis pulmonar, con cambios de domicilio a quienes no se les puede contactar para el desarrollo de la investigación.

2.2. Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Las técnicas para la recolección de información fueron las siguientes:

- Revisión de tarjetas de tratamiento de todos pacientes con diagnóstico confirmado de tuberculosis pulmonar.
- Revisión del Sistema de información Gerencial de Tuberculosis (SIG-TB).
- Revisión de informes psicológicos de pacientes y familiares atendidos en el Hospital San José De Chíncha en el año 2021.

Encuesta validada a cada familiar de paciente diagnosticado con tuberculosis pulmonar que recibió tratamiento en el Hospital San José De Chíncha en el año 2021

La persona que realiza el presente trabajo de investigación se encargará de recopilar los datos necesarios de las tarjetas de tratamiento y del Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis (SIG-TB) de todo paciente con diagnóstico confirmado de tuberculosis pulmonar que recibió tratamiento para TBC en el Hospital San José de Chíncha en el año 2021, de esta forma se obtendrán los datos de familiares que estuvieron en contacto con mencionados pacientes. A estos familiares se les pedirá llenar una encuesta (instrumento validado) basada en las variables usadas para este trabajo de investigación, luego se hará la recolección de datos los cuales se utilizarán para realizar el procedimiento de datos.

Validación del Instrumento:

Se hará uso del instrumento ya validado del trabajo de tesis: sobre “Actitud de los familiares hacia el paciente con tuberculosis pulmonar y medidas preventivas para evitar el contagio en el hogar en el centro de salud de justicia, paz y Vida 2019”. Huancayo-Perú ⁽²⁷⁾, aunque al no manipular las variables y ser un diseño observacional, se realiza alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0.90.

2.3. Análisis e interpretación de los resultados

Los datos serán procesados mediante los programas Excel 2021 y SPSS Statistics v26.0.0. Para el análisis de los datos obtenidos se realizará una estadística descriptiva en base a porcentajes y frecuencias de cada una de las variables evaluadas y de sus posibles combinaciones.

III. Resultados

Tabla 1. Datos generales

Edad	f (n=58)	%
18 a 25	7	12.1
26 a 35	7	12.1
36 a 45	15	25.9
46 a mas	29	50.0
Sexo		
Femenino	42	72.4
Masculino	16	27.6
Grado de Instrucción		
Primaria	19	32.8
Secundaria	27	46.6
Sin instrucción	3	5.2
Superior	9	15.5
Estado civil		
Casad	18	31.0
Divorciado	4	6.9
Soltero	36	62.1
Procedencia		
Rural	7	12.1
Urbano	27	46.6
Urbano-marginal	24	41.4
Grado de Parentesco		
Esposa/o	5	8.6
Hermano/a	5	8.6
Hijo/a	6	10.3
Madre/Padre	40	69.0
Otro	2	3.4

Interpretación: en la tabla 1, se observa que la edad con mayor frecuencia es de 46 a más años con el 50.0%, el sexo femenino con el 72.4%, el grado de instrucción fue secundaria con el 46.6%, el estado civil fue soltero con el 62.1%, lugar de procedencia fue la zona urbano con el 46.6% y el grado de parentesco fue madre/padre con el 69.0%.

Tabla 2. Actitudes del familiar del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Dimensión cognitiva

FAMILIAR CONSIDERA SEGURO DAR LA MANO O ABRAZAR AL PACIENTE SIN TEMOR AL CONTAGIO f (n=58)			
	INDIFERENCIA	SI	NO
TOTAL	22 (37.9 %)	9 (15.5%)	27 (46.6%)

FAMILIAR CONSIDERA ADECUADO QUE PACIENTE DUERMA SOLO EN UNA HABITACIÓN f (n=58)			
	INDIFERENCIA	SI	NO
TOTAL	5 (8.6%)	48 (82.75%)	5 (8.6%)

FAMILIAR CONSIDERA QUE LUEGO DE 02 MESES DE TRATAMIENTO EL PACIENTE HA ALCANZADO LA CURACIÓN f (n=58)			
	INDIFERENCIA	SI	NO
TOTAL	8 (13.8%)	37 (63.8%)	13 (22.4%)

FAMILIAR CONOCE LA IMPORTANCIA DE QUE PACIENTE CUMPLA CON SU TRATAMIENTO f (n=58)			
	INDIFERENCIA	SI	NO
TOTAL	7 (12.1)	44 (75.86%)	7 (12.1%)

FAMILIAR SE INTERESA POR TENER CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE TUBERCULOSIS f (n=58)			
	INDIFERENCIA	SI	NO
TOTAL	11 (19.0%)	36 (62%)	11 (19.0%)

FAMILIAR CONOCE LA IMPORTANCIA DE HABLAR DE FRENTE CON EL PACIENTE, CON USO DE MASCARILLA f (n=58)			
	INDIFERENCIA	SI	NO
TOTAL	12 (20.6%)	34 (58.62%)	12 (20.6%)

FAMILIAR ACEPTA LA ENFERMEDAD DE TUBERCULOSIS f (n=58)			
	INDIFERENCIA	SI	NO
TOTAL	4(6.9%)	50(86.2%)	4(6.9%)

Interpretación:. Frente a la pregunta al familiar sobre si considera seguro dar la mano o abrazar al paciente sin temor al contagio respondieron que sí 15.5%, no 46.6%, a veces 37.9%. En la pregunta al familiar sobre si considera adecuado que paciente duerma solo en una habitación respondieron que sí 82.75%, no 8.6%, indiferencia 8.6%, en la pregunta al familiar sobre si considera que luego de 02 meses de tratamiento el paciente ha alcanzado la curación respondieron

que sí 63.8 %, no 22.4%, indiferencia 13.8%. En la pregunta al familiar sobre si conoce la importancia de que paciente cumpla con su tratamiento respondieron que sí 75.86%, no 12.1%, indiferencia 19%. En la pregunta al familiar sobre si se interesa por tener conocimiento de la enfermedad de tuberculosis respondieron que sí 62%, no 19%, indiferencia 19%. En la pregunta al familiar sobre si conoce la importancia de hablar de frente con el paciente con uso de mascarilla, respondieron que sí 58.62%, no 20.6%, indiferencia 20.6%. En la pregunta al familiar sobre si acepta la enfermedad de tuberculosis, respondieron que sí 86.2%, no 6.9%, indiferencia 6.9%.

Tabla 3. Afectivo y conductual del familiar del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Dimensión Cognitivo

FAMILIAR MANIFIESTA INCOMODIDAD PARA CUIDAR AL PACIENTE f (n=58)			
	A VECES	SI	NO
TOTAL	26(44.8%)	16(27.6%)	16(27.6%)

FAMILIAR MUESTRA GESTOS DE AMOR COMO TOCAR LA MANO O DAR UN ABRAZO AL PACIENTE f (n=58)			
	A VECES	SI	NO
TOTAL	9(15.5%)	40(69%)	9(15.5%)

FAMILIAR CONSIDERA POCO PROBABLE QUE PACIENTE SE CURE f (n=58)			
	A VECES	SI	NO
TOTAL	17(29.3%)	14(24.1%)	27(46.6%)

FAMILIAR CONSIDERA QUE TODOS DEBERÍAN APOYARLO EN LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE f (n=58)			
	A VECES	SI	NO
TOTAL	14(24.1%)	15(25.9%)	29(50%)

FAMILIAR ESCUCHA ATENTAMENTE AL PACIENTE f (n=58)			
	A VECES	SI	NO
TOTAL	24(41.4%)	21(36.2%)	13(22.4%)

FAMILIAR LE MENCIONA AL PACIENTE QUE CUENTA CON SU APOYO INCONDICIONAL f (n=58)			
	A VECES	SI	NO
TOTAL	17 (29.3%)	22(37.9%)	19 (32.8%)

Interpretación: en las presentes tablas se analiza que frente a la pregunta al familiar sobre si presenta incomodidad para cuidar al paciente respondieron que sí 27.6%, no 27.6%, a veces 44.8%. Frente a la pregunta al familiar sobre si muestra gestos de amor como tocar la mano o dar un abrazo al paciente, respondieron que sí 69%, no 15.5%, a veces 15.5%. en cuanto a la pregunta al familiar sobre si considera que todos deberían apoyar al paciente en su recuperación, respondieron que sí 25.9%, no 50%, a veces 24.1%. En la pregunta al familiar sobre si considera poco probable que paciente se cure, respondieron que sí 24.1%, no 46.6% y a veces (duda) 29.3%, frente a la pregunta al familiar sobre si escucha atentamente al paciente, respondieron que sí 36.2%, no 22.4% y a veces 41.1%. en cuanto a la pregunta al familiar si le menciona al paciente que cuenta con su apoyo incondicional respondieron que sí 37.9%, no 32.8%, a veces 29.3%.

Dimensión Prácticas

FAMILIAR SE COMUNICA VERBALMENTE CON EL PACIENTE f (n=58)			
	A VECES	SI	NO
TOTAL	10 (17.2%)	43 (74.1%)	5 (8.6%)

FAMILIAR CONVERSA DE LA ENFERMEDAD DE TUBERCULOSIS CON EL PACIENTE f (n=58)			
	A VECES	SI	NO
TOTAL	23 (39.7%)	12 (20.7%)	23 (39.7%)

FAMILIAR ACOMPAÑA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL PACIENTE f (n=58)			
	A VECES	SI	NO
TOTAL	17 (29.3%)	9 (15.5%)	32 (55.2%)

FAMILIAR DESECHA EN BOLSA LOS PAPELES USADOS AL TOSER O ESTORNUDAR POR SU FAMILIAR f (n=58)			
	A VECES	SI	NO
TOTAL	21 (36.2%)	28 (48.3%)	9 (15.5%)

FAMILIAR SE LAVA LAS MANOS LUEGO DE MANIPULAR OBJETOS O DESECHOS DEL PACIENTE f (n=58)			
	A VECES	SI	NO
TOTAL	12 (20.7%)	36 (62%)	10 (17.2%)

Interpretación: En la tabla se presentan los resultados de la relación práctica del familiar con el paciente de TBC, en donde se aprecia que el familiar se comunica verbalmente con el paciente en un 74.1% y a veces en 17.2% y no relizan esta práctica en 8.6%, así mismo el familiar conversa de la enfermedad de tuberculosis con el paciente a veces 39.7%, no realiza esta actividad en 39.7% y sí realiza esta práctica en 20.7%. se registra también que frente a la pregunta al familiar sobre si acompaña al establecimiento de salud al paciente respondieron que si 15.5%, no 55.2% y a veces 29.3%, sobre si desecha en bolsa los papeles usados al toser o estornudar por su familiar, respondieron que sí 48.3%, no 15.5% y a veces 36.2%. En la pregunta al familiar sobre la práctica de lavado de manos luego de manipular objetos o desechos del paciente, respondieron que sí 62%, no 17.2% y a veces 20.7%

Tabla 4. Medidas preventivas, saneamiento y hábitos nocivos del familiar del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Dimensión de Medidas de saneamiento-prácticas

FAMILIAR MANTIENE CON BUENA VENTILACIÓN SU VIVIENDA f (n=58)			
	A VECES	SI	NO
TOTAL	10 (17.2%)	32 (55.2%)	16 (27.6%)

NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN POR HABITACIÓN f (n=58)			
	1 PERSONA	2 A 3 PERSONAS	MÁS DE 4 PERSONAS
TOTAL	27 (46.6%)	30 (51.7%)	1 (1.7%)

FAMILIAR CUBRE LA BOCA Y NARIZ CON PAPEL DESECHABLE CUANDO TOSE O ESTORNUDA Y LUEGO COLOCA EL PAPEL EN UNA BOLSA Y LO DESECHA f (n=58)			
	A VECES	SI	NO
TOTAL	24 (41.4%)	28 (48.3%)	6 (10.3%)

Interpretación: En las presentes tablas en cuanto a medidas de saneamiento-prácticas se obtiene que los familiares del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar atendidos en el hospital san Jose de chincha en el año 2021, mantienen sus viviendas con buena ventilación en 55.5%, refieren que 1 persona duerme por habitación en un 46.6% y 2 por habitación en 51.7%, de la misma manera en cuanto al cubrirse la nariz y boca con papel desechable cuando tose o estornuda y luego coloca el papel en una bolsa y lo desecha, refiere que si realiza esta práctica en 48.3% y a veces en 41.4%

Control de hábitos nocivo-práctico

FAMILIAR CONSUMO DE ALCOHOL f (n=58)			
	EN OCASIONES	FRECUENTE	NUNCA
TOTAL	24 (41.4%)	28 (48.3%)	6 (10.3%)

FAMILIAR CONSUME DE DROGAS f (n=58)			
	EN OCASIONES	FRECUENTE	NUNCA
TOTAL	8 (13.8%)	6 (10.3%)	44 (75.9%)

FAMILIAR FUMAR CIGARRILLOS f (n=58)			
	EN OCASIONES	FRECUENTE	NUNCA
TOTAL	29 (50%)	21 (36.2%)	8 (13.8%)

Interpretación: En las presentes tablas se aprecia que en cuanto al consumo de alcohol se obtiene que el 48.3% lo hace de forma frecuente y 41.4% en ocasiones, en cuanto al consumo de drogas un 75.9% refiere nunca realizar esta practica y en cuanto al acto de fumar cigarrillos se obtiene un 50% que refiere realizar este acto en ocasiones y un 36.2% de forma frecuente.

IV. Discusión

Los resultados hallados concuerdan con los de Tongino S, Zapata E, Cubides A (2020), quien reporta que presenta actitudes excluyentes por lo que se vuelven más vulnerables⁽⁹⁾, entre los factores asociados a un comportamiento perjudicial para la prevención de la TB se encuentran en estrato socioeconómico bajo, bajo nivel de conocimiento de la enfermedad y síntomas, forma de contagio, el género femenino, presentar un nivel de escolaridad bajo y el hecho de haber tenido contacto con una persona enferma con Tuberculosis.

Por otro lado Tineo, N. (2019) en su estudio informa que la mayoría de los familiares (44%) estaban comprendidos en edades entre 15 y 27 años con predominancia del sexo femenino⁽¹⁵⁾, asimismo 76% del total se mostraba indiferente ante el paciente afectado con tuberculosis y un 60% indiferente con respecto a la enfermedad de tuberculosis

Sarchi D.; Gómez J. (2017) concluyen en que la mayoría de las familias no cuentan con suficiente conocimiento para prevenir la enfermedad tuberculosis ni para brindar el cuidado necesario al paciente⁽⁵⁾ y este estudio concuerda con este anunciado debido a que con respecto a la importante práctica del lavado de manos luego de la manipulación de los objetos o desechos del paciente, se obtiene que esta es una acción realizada en un 62%, así mismo un 48.3% desecha en bolsa los papeles usados al toser o estornudar por el paciente con diagnóstico de TBC, un 39.7% de los familiares no conversan sobre la enfermedad de tuberculosis con el paciente y un 55.2% no acompañan al establecimiento de salud al paciente, un 68% de los familiares refieren incomodidad para cuidar al paciente, por lo que se concuerda en la falta de conocimiento para la prevención de la enfermedad por parte de los familiares y el poco apoyo al paciente para el óptimo cumplimiento del tratamiento de la enfermedad de tuberculosis.

Martínez B.; Ramos L. (2019) en un estudio de investigación recomiendan el seguimiento periódico a la familia y no solo al paciente debido al alto porcentaje (89.78%) de familiares con incomodidad para atender al paciente⁽⁸⁾, se concuerda con este estudio puesto que dentro de los datos obtenido un 68% de los familiares refieren incomodidad para cuidar al paciente, un 51.72% de los familiares considera poco probable que el paciente se cure y un 60.34% no le menciona al paciente que cuenta con su apoyo incondicional, lo que disminuye el grado de soporte emocional y espiritual que se el paciente necesita

Mateo P.(2018) en su investigación determina que existe relación entre los conocimientos básicos adquiridos y las actitudes y prácticas preventivas para la tuberculosis⁽¹⁸⁾ y nos encontramos de acuerdo con este dato puesto que en los resultados obtenidos un 60.34% de los

familiares conocen la importancia de uso de mascarilla , para hablar de frente con el paciente , un 86% de los familiares acepta la enfermedad de tuberculosis. Un 48.27% de los familiares encuestados se cubre la nariz y boca al toser o estornudar y un 55.17% mantiene buena ventilación en su vivienda, el 46.6% presenta secundaria completa y 72% corresponde al sexo femenino

V. Conclusiones

1. En el presente estudio se registra que los familiares muestran una actitud positiva frente a la enfermedad de tuberculosis, ya que un 86.2% acepta la enfermedad de Tuberculosis y un 62% se interesa por tener mayor conocimiento de la enfermedad, sin embargo dentro de los aspectos negativos se obtiene que los familiares consideran que el paciente ha alcanzado la curación de la enfermedad luego de 02 meses en 63.8%, aun teniendo el conocimiento que la duración del tratamiento tiene un mínimo de tiempo de 06 meses. Así mismo el familiar acepta la enfermedad de tuberculosis en un 86.2%, pero no conversa de la enfermedad con el paciente en un 39.7%.
2. Del análisis de los resultados concluimos que los familiares de los pacientes con diagnóstico de TB pulmonar atendidos en el Hospital San José de Chíncha en el año 2021 adoptan prácticas saludables de prevención de la enfermedad ya que se registró que el 62% se lava las manos luego de la manipulación de objetos o desechos del paciente, un 48% desecha en bolsa los papeles usados al toser o estornudar por el paciente, un 55% mantiene con buena ventilación su vivienda y un 48.3% se cubre la boca y nariz con papel desechable cuando tose o estornuda y luego coloca el papel en una bolsa y lo desecha.
3. Del estudio de los resultados analizados concluimos que la mayoría de los familiares de los pacientes enfermos por tuberculosis pulmonar atendidos en el Hospital San José de Chíncha en el año 2021, corresponden al sexo femenino en 72%, según grado de parentesco corresponde a madre/padre en 69%, el grado de instrucción prevalente fue el de estudios secundarios en un 46.6%.

VI. Recomendaciones

1. Las autoridades del sector salud en especial del Hospital San José de Chíncha deben de realizar charlas de concientización sobre la importancia del apoyo de los familiares en la recuperación de esta problemática de salud.
2. Las autoridades de salud y del Hospital San José de Chíncha deben de informar a los familiares y a los pacientes de los efectos dañinos para su salud el consumo de alcohol y cigarros.
3. Las autoridades del sector salud y en especial del Hospital San José de Chíncha deben de realizar campañas de información dirigidas a la población sobre las medidas de prevención en el contagio de la tuberculosis.
4. Se debe de concientizar a toda la familia en la importancia de su apoyo al paciente con tuberculosis para su recuperación y no dejarlo solo a un familiar brindar el apoyo.
5. El estado debe de promover políticas de incentivos para que la población de menos recursos puedan continuar estudios superiores o técnicos para mejorar su nivel de ingreso y calidad de vida.
6. Las autoridades de salud y en especial las del Hospital San José de Chíncha deben realizar un mayor seguimiento de los pacientes que dejan o no continúan con el tratamiento de la enfermedad en coordinación con los familiares de dichos pacientes.
7. Se debe supervisar en el Hospital San José de Chíncha la evaluación clínica a los familiares de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar para evitar su propagación en la población.
8. Se deben de seguir realizando más estudios sobre el tema de investigación que la tuberculosis pulmonar es una enfermedad presente en la población de nuestro país.

VII. Referencias bibliográficas.

1. Tuberculosis [Internet]. Who.int. [citado 02 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
2. Ginebra. (2021, marzo). La COVID-19 pone de relieve la necesidad urgente de reactivar los esfuerzos mundiales por acabar con la Tuberculosis. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news/item/22-03-2021-covid-19-highlights-urgent-need-to-reboot-global-effort-to-end-tuberculosis>
3. MINSA. Norma Técnica De Salud Para La Atención Integral De Las Personas Afectadas Por Tuberculosis [Internet]. PERU: MINISTERIO DE SALUD; 17 DE AGOSTO DEL 2018 p. 38. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.pdf>
4. MINSA. Directiva Sanitaria Para El Cuidado Integral de La Persona Afectada Por Tuberculosis En El Contexto De La Pandemia Covid-19 [Internet]. MINSA; 2020. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1128663/rm-920-2020-minsa.PDF>
5. Gómez J, Sarchi D. Intervención de la familia en el cuidado de pacientes con tuberculosis pulmonar del centro de salud Latacunga [Internet]. [Ecuador]: UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES UNIANDES; 2017. Available from: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/6786>
6. Chen, X., Du, L., Wu, R. *et al.* The effects of family, society and national policy support on treatment adherence among newly diagnosed tuberculosis patients: a cross-sectional study. *BMC Infect Dis* 20, 623 (2020). Available in: <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05354-3>
7. López Ojeda A. Funcionalidad familiar, riesgo y abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden a la UMF 11, Tapachula Chiapas [Internet]. [México]: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12371/13618>
8. Martínez B, Ramos L. “Conocimientos, Actitudes y Prácticas, sobre Tuberculosis, en familiares de pacientes ingresados en el Instituto Nacional Cardiopulmonar del tórax en Tegucigalpa, Honduras, de Julio a Noviembre del 2018 [Internet]. [LEÓN-NICARAGUA]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2019. Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/7626>

9. Tongino S, Zapata E, Cubides A, editores. Factores relacionados con las creencias en salud sobre tuberculosis en Cali, Colombia [Internet]. Vol. 19. Gerencia y Políticas de Salud; 2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.frcs>
10. Olivia Conroy, Fatima Wurie. Barriers and enablers to implementing tuberculosis control strategies in EU and European Economic Area countries: a systematic review, *Lancet Infect Dis* 2021; 21: e272–80.
11. Guy B. Marks, Nhung V. Nguyen. Community-wide Screening for Tuberculosis in a High-Prevalence Setting. *N Engl J Med* 2019;381:1347-57.
12. Ganmaa, B. Uyanga, X. Zhou. Vitamin D Supplements for Prevention of Tuberculosis Infection and Disease. *N Engl J Med* 2020;383:359-68.
13. Irma Casas, Jose Dominguez, Soledad Rodriguez y Joan Matllo. Guía para la prevención y control de la tuberculosis en el personal sanitario. *MedClin(Barc)*.2015;145(12):534.e1–534.e13.
14. Alarcón V, Alarcón E, Figueroa C, Mendoza-Ticona A. Tuberculosis en el Perú: Situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(2):299-310.
15. Tineo N. Actitud De La Familia Y Apoyo Emocional A Los Pacientes Con Tuberculosis - Centro De Salud José Leonardo Ortiz Chiclayo- 2019 [Internet]. [CHICLAYO-PERÚ]: UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN; 2019. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6514/Tineo%20D%c3%adaz%20Noris%20del%20Pilar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Alca M, Terreros K. Riesgo Familiar Total y Actitud de los Familiares de los Pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Infantas Los Olivos, Lima 2017 [Internet]. [LIMA-PERU]: UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER; 2018. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2576/TESIS%20Alca%20Carmen%20-%20Terreros%20Karina.pdf?isAllowed=y&sequence=1>
17. Tolentino W, Edenece M. Prácticas de medidas preventivas de familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar en comparación nacional e internacional [Internet]. [HUANCAYO-PERÚ]: UNIVERSIDAD PERUANA DEL CENTRO; 2016. Disponible en: <http://repositorio.upecen.edu.pe/handle/UPECEN/66>
18. Mateo P. Relación Entre El Conocimiento Y Actitud Hacia La Aplicación De Medidas Preventivas De Tuberculosis En Familias De Pacientes Atendidos En La Estrategia Sanitaria De Control De Tuberculosis En El Hospital De Tingo María - 2017 [Internet]. [TINGO MARIA- PERÚ]: UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO; 2018. Disponible en: <http://distancia.udh.edu.pe/handle/123456789/1040>

19. Villegas GM, editor. Tuberculosis-VIH: Fisiopatología de la coinfección [Internet]. Revista Cadena de Cerebros (e-ISSN: 2448-8178); 2020. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Guillermo-Mayares-Villegas/publication/343218131_Tuberculosis_VIH_Fisiopatologia_de_la_coinfeccion/links/5f1cd09da6fdcc9626b3838b/Tuberculosis-VIH-Fisiopatologia-de-la-coinfeccion.pdf
20. A. Soler Gómez, C. Collado Pérez, D. Collazo Yáñez, A. de los Santos Moreno, Tuberculosis pulmonar, Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, Volume 13, Issue 53, 2022, Pages 3077-3087, ISSN 0304-5412, <https://doi.org/10.1016/j.med.2022.03.019>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541222000853>)
21. Murillo C, Cabrera M, Carbonell M. TRATADO DE GERIATRIA PARA RESIDENTES [Internet]. 2006. p. 435-42. Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatria/pdf/s35-05%2000_primeras.pdf
22. Ríos J. Respuesta Orientada A La Prestación De Los Servicios De Tb Frente A La Pandemia Covid-19-Perú [Internet]. 2020. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gov.pe/portaldpctb/recursos/20210610131957.pdf>
23. Quispe W. Cumplimiento De Los Registros De La Estrategia De Prevención Y Control De Tuberculosis En El Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca – 2016 [Internet]. [PUNO – PERÚ]: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/6179>
24. Castillo Y. Nivel de conocimientos y actitud en familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, enero-marzo 2019 [Internet]. [Piura - Perú]: UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO; 2020. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/40348>
25. Aranda G. Nivel De Conocimiento Sobre Tuberculosis Y Actitud Hacia Las Medidas Preventivas En Familiares De Pacientes Con Tuberculosis Pulmonar Del Hospital Vista Alegre Trujillo 2016 [Internet]. [TRUJILLO-PERÚ]: UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO; 2016. Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3212504>
26. Huamán L, Zevallos J. Actitudes Y Prácticas Preventivas Sobre La Tuberculosis En Madres De Familia En Una Institución Educativa De Una Comunidad Étnica, Lima, 2019 [Internet]. [LIMA-PERU]: UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA; 2021. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9619>
27. Menocal M. Actitud de los familiares hacia el paciente con tuberculosis pulmonar y medidas preventivas para evitar el contagio en el hogar en el Centro de Salud de Justicia, Paz y Vida 2019 [Internet]. [HUANCAYO-PERÚ]: UNIVERSIDAD CONTINENTAL; 2019. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/10234/2/IV_FSC_504_TI_Menocal_Lopez_2019.pdf

28. Chavez M. Actitud De La Familia Frente Al Paciente Con Tuberculosis En Proceso De Tratamiento En La Microred De Salud Santa Adriana 2015 – Juliaca [Internet]. [Arequipa – Perú]: Universidad Nacional De San Agustín; 2015. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2246>

29. Ocas E. Soporte Familiar Y Tratamiento De Los Pacientes Del Programa De Prevención Y Control De Tbc Del H.A.Ch.-Chepen: 2018 [Internet]. [Trujillo-Perú]: Universidad Nacional De Trujillo; 2019. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/13786>

30. Huamán A, Santamaría M. Actitudes De La Familia Frente Al Diagnóstico Y Tratamiento De Pacientes Con Tuberculosis En El Asentamiento Humano Huáscar, 2020 [Internet]. [Lima-Peru]: Universidad Maria Auxiliadora; 2021. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/484#:~:text=RESULTADOS%3A%20Los%20resultados%20encontrados%20evidencian,lado%2C%20en%20relaci%C3%B3n%20a%20las>

31. Chuan A. Actitud familiar y tratamiento de los pacientes del programa de prevención y control de tuberculosis del H.A.CH, Chepén, 2019 [Internet]. [TRUJILLO-PERÚ]: UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO; 2021. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/18028>

32. Huamán L, Zevallos J. Actitudes Y Prácticas Preventivas Sobre La Tuberculosis En Madres De Familia En Una Institución Educativa De Una Comunidad Étnica, Lima, 2019 [Internet]. [Lima-Peru]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/9619>

33. Quispe R. Actitud hacia la tuberculosis en el personal de salud de un establecimiento de salud. Villa María del Triunfo, Lima, 2019 [Internet]. [Lima-Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/11685>

34. Ortego MC, López S, Álvarez ML. Ciencias psicosociales I: Las actitudes [Sede Web]. España: Universidad de Cantabria [Citado en febrero de 2022]. Disponible en: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1485/course/section/1935/tema_05-2011.pdf

35. Sánchez C, editor. Significado psicológico de familia, papá y mamá en adolescentes [Internet]. Vols. 20(1):18-28. Psicología Iberoamericana; 2012. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133924623003>

36. García C. Nivel De Conocimiento De Los Familiares Sobre Cuidados De Pacientes Con Tuberculosis En El Hospital Rene Toche Groppo De La Provincia De Chíncha 2017 [Internet]. [Chíncha-Perú]: Universidad Autónoma De Ica; 2019. Disponible en: <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/autonmadeica/536>

37. Patin D, Jaime N. Medidas Preventivas A Familiares De Pacientes Con Tuberculosis [Internet]. [Jipijapa-Manabí-Ecuador]: Universidad Estatal Del Sur De Manabí; 2019. Disponible en: <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/1632>
38. Olivia Conroy MPH, Fatima Wurie M, Collin SM, Matt Edmunds M, de Vries G, Lönnroth PK, et al. Barriers and enablers to implementing tuberculosis control strategies in EU and European Economic Area countries: a systematic review. THE LANCET. septiembre de 2021;272-80.
39. Martínez S, Nina A, editores. CONOCIMIENTO, ACTITUDES, PRÁCTICAS Y PERCEPCIÓN SOBRE LA TUBERCULOSIS, EN PACIENTES AFECTADAS POR LA ENFERMEDAD [Internet]. Vol. 1. Revista científica Oficial de la facultad de ciencias Químico Farmacéuticas y Bioquímicas; 2018. Disponible en: <http://revistas.usfx.bo/index.php/bs/issue/view/25/V1N1>
40. Barra E. Psicología social [libro en internet]. Chile: Universidad de concepción; 1998 [citado en febrero de 2022].
41. Hernández S, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 2º ed. Mc Graw-Hill. México, D.F., 2001. Pág. 88 – 244.
42. Rondón H. Conocimientos y prácticas de medidas preventivas de tuberculosis pulmonar en familiares de pacientes del programa de tuberculosis, CAP III Hermana María Donrose 2015 [Internet]. [Lima-Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/11685>

VIII. Anexos

8.1. Consentimiento informado.

Anexo N° 1

Estimado Participante:

Me se encuentra realizando un estudio titulada **ACTITUDES Y PRACTICAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD POR TUBERCULOSIS EN FAMILIARES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA, 2021**, desarrollada por **ESPINO VIVANCO STEFANY FABIOLA**, El presente documento tiene como finalidad hacerle conocer los detalles del estudio y solicitarle su consentimiento informado para participar en él. La confidencialidad de su identidad será resguardada porque las encuestas serán anónimas y solo la investigadora responsable tendrá acceso a los datos proporcionados en ellas.

**Nombre completo del
participante:**.....

Correo electrónico:
.....

Firma

8.2. Encuestas, guías de entrevistas, otros

Anexos N° 2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS GENERALES DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA ACADÉMICA DE MEDICINA HUMANA.

I. DATOS GENERALES

1.- Edad _____ Años

2.- Sexo:

a) Masculino b) Femenino

3.- Grado de Instrucción:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior
- d) Sin Instrucción

4.- Estado Civil:

a) Soltero b) Casado c) Conviviente

6.- Grado de Parentesco:

a) Madre / Padre b) Esposo/a c) Hijo/a d) Hermano/a e) otro

Anexos N° 3

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE ACTITUDES DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR

ACTITUDES:

N°	COGNITIVO	SI	NO	INDIFERENCIA
1	Familiar considera seguro dar la mano o abrazar al paciente sin temor al contagio			
2	Familiar considera adecuado que paciente duerma solo en una habitación			
3	Familiar considera que luego de 02 meses de tratamiento el paciente ha alcanzado la curación			
4	Familiar conoce la importancia de que paciente cumpla con su tratamiento			
5	Familiar se interesa por tener conocimiento de la enfermedad de tuberculosis			
6	Familiar conoce la importancia de hablar de frente con el paciente, con uso de mascarilla			
7	Familiar acepta la enfermedad de tuberculosis			

Anexos N° 4**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS PUNTOS AFECTIVO Y CONDUCTUAL DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR**

N°	AFECTIVO	SI	NO	A VECES
8	Familiar muestra gestos de amor como tocar la mano o dar un abrazo al paciente			
9	Familiar manifiesta incomodidad para cuidar al paciente			
10	Familiar considera que todos deberían apoyarlo en la recuperación del paciente			
11	Familiar considera poco probable que paciente se cure			
12	Familiar escucha atentamente al paciente			
13	Familiar le menciona al paciente que cuenta con su apoyo incondicional			
N°	PRÁCTICAS	SI	NO	A VECES
14	Familiar se comunica verbalmente con el paciente			
15	Familiar conversa de la enfermedad de tuberculosis con el paciente			
16	Familiar acompaña al establecimiento de salud al paciente			
17	Familiar desecha en bolsa los papeles usados al toser o estornudar por su familiar			
18	Familiar se lava las manos luego de manipular objetos o desechos del paciente			

Anexos N° 5

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PUNTOS MEDIDAS PREVENTIVAS, SANEAMIENTO Y HABITOS NOCIVOS DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR

MEDIDAS PREVENTIVAS

MEDIDAS DE SANEAMIENTO-PRÁCTICAS

1. Familiar mantiene con buena ventilación su vivienda

- a) Sí
- b) No
- c) A veces

2.- Número de personas que duermen por habitación

- a) 1 persona
- b) 2 a 3 personas
- c) 4 personas a más

3.-Familiar cubre la boca y nariz con papel desechable cuando tose o estornuda y luego coloca el papel en una bolsa y lo desecha

- a) Sí
- b) No
- c) a veces

4.- Familiar lava sus manos luego de manipular desechos del paciente

- a) Sí
- b) No
- c) a veces

5.- Familiar hace uso de desinfectante (lejía) para limpieza de vivienda

- a) Sí
- b) No
- c) a veces

CONTROL DE HÁBITOS NOCIVOS-PRÁCTICAS

1.- Familiar consumo de alcohol

- a) Frecuentemente
- b) En ocasiones
- c) Nunca

2.-Familiar consume de drogas

- a) Frecuentemente
- b) En ocasiones
- c) Nunca

3.- Familiar fumar cigarrillos

- a) Frecuentemente
- b) En ocasiones
- c) Nunca

Anexo N°6

Matriz de consistencia

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	ESTRATEGIA METODOLOGICA
¿Cuáles son Las Actitudes Y Practicas De Prevención Y Control De la enfermedad de Tuberculosis en familiares de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar en el hospital San José De Chíncha en el año 2021?	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar cuáles son las actitudes y prácticas de prevención y control de la enfermedad de Tuberculosis en familiares de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar en el Hospital San José De Chíncha en el año 2021</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>OE1.- Determinar el sexo, ocupación y grado de instrucción predominantes del familiar del paciente afectado por Tuberculosis Pulmonar atendido en el Hospital San José de Chíncha.</p> <p>OE2.- Determinar qué actitud frente a la enfermedad de tuberculosis adoptan los familiares de los pacientes con diagnóstico de TB pulmonar en el Hospital San José de chíncha</p> <p>OE3.- Determinar qué prácticas de prevención realizan los familiares de los pacientes con diagnóstico de TB pulmonar en el Hospital San José de chíncha</p>	Estudio descriptivo	<p>VARIABLES DEPENDIENTE</p> <p>S:</p> <p>Actitudes Prácticas</p> <p>VARIABLES INDEPENDIENTES:</p> <p>TBC PULMONAR</p>	<p>TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION</p> <p>El presente trabajo será un estudio retrospectivo y descriptivo</p>

Anexo 7.

Alfa de cronbach

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Jueces	ITEMS																				Total Fila
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Juez 1	5	4	5	5	4	3	4	5	5	4	3	4	3	3	4	5	4	3	5	4	82.00
Juez 2	2	3	3	4	3	4	3	3	3	2	1	3	2	4	3	4	4	3	3	2	59.00
Juez 3	3	4	4	5	3	4	5	5	4	4	3	4	2	5	3	4	5	5	4	4	80.00
Juez 4	5	2	4	4	3	2	4	4	4	4	3	2	2	4	3	2	4	4	4	4	68.00
Juez 5	4	4	5	3	5	5	4	5	5	5	3	4	5	3	5	5	4	3	5	5	87.00
Total Columna	19	17	21	21	18	18	20	22	21	19	13	17	14	19	18	20	21	18	21	19	376.00
Promedio	3.8	3.4	4.2	4.2	3.6	3.6	4.0	4.4	4.2	3.8	2.6	3.4	2.8	3.8	3.6	4.0	4.2	3.6	4.2	3.8	75.20
Desv. Estándar	1.30	0.89	0.84	0.84	0.89	1.14	0.71	0.89	0.84	1.10	0.89	0.89	1.30	0.84	0.89	1.22	0.45	0.89	0.84	1.10	11.43
Varianza	1.7	0.8	0.7	0.7	0.8	1.3	0.5	0.8	0.7	1.2	0.8	0.8	1.7	0.7	0.8	1.5	0.2	0.8	0.7	1.2	

K	20
Σvi	18.40
Vt	131

SECCION 1	1.053
SECCION 2	0.859
ABSOLUTO	0.859

α	0.90
----------	------

Criterio de confiabilidad de valores	Columna1
No es confiable	-1 a 0
Baja confiabilidad	0.01 a 0.49
Moderada confiabilidad	0.50 a 0.75
Fuerte confiabilidad	0.76 a 0.89
Alta confiabilidad	0.9 a 1

El valor obtenido del alfa de cronbach es de 0.90 por lo que la confiabilidad del instrumento es Alta.