



**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TESIS**

**FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE  
CONOCIMIENTO SOBRE TUBERCULOSIS  
MULTIDROGORRESISTENTE EN PACIENTES  
ASISTENTES A LA ESTRATEGIA SANITARIA  
DE LA MICRORED LA VICTORIA-2018**

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

**Autor:**

**Bach. Ana Rosa del Carmen Gonzales Salazar**

**Asesor:**

**Dra. Patricia Margarita Rivera Castañeda**

**Línea de Investigación:**

**Cuidar / Cuidado de enfermería**

**Pimentel – Perú**

**Año**

**2018**

**FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE  
CONOCIMIENTO SOBRE TUBERCULOSIS  
MULTIDROGORRESISTENTE EN PACIENTES  
ASISTENTES A LA ESTRATEGIA SANITARIA  
DE LA MICRORED LA VICTORIA-2018**

**PRESENTADO POR:**

**Bach. Ana Rosa del Carmen Gonzales Salazar**

A la Escuela Profesional de Enfermería de la

Universidad Señor de Sipan

Para optar el título de:

**LICENCIADA DE ENFERMERIA**

**APROBADO POR:**

---

**Dra. Norma del Carmen Gálvez Díaz**  
**Presidente**

---

**Mg. Fátima del Carmen Bernal Corrales**  
**Secretaria**

---

**Dra. Patricia Margarita Rivera Castañeda**  
**Vocal**

## **DEDICATORIA**

A mis padres por estar a mi lado  
y brindarme el apoyo necesario  
durante mis años de estudio para  
poder culminar con éxito mi carrera  
profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

Le agradezco a Dios por haberme guiado  
y acompañado a lo largo de mis estudios,  
por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad  
y por brindarme una vida llena de aprendizajes,  
experiencias y sobre todo felicidad.

## RESUMEN

**Introducción:** La tuberculosis (TB) existe desde hace milenios y sigue siendo un importante problema de salud mundial siendo la enfermedad infecciosa con mayor mortalidad en adulto. El nivel de conocimientos que predomina en los pacientes que asisten a la ESN-PCT es un conocimiento entre bajo y medio lo que condiciona a que los pacientes no sean participes de su autocuidado.

**Objetivo:** Determinar qué factores socioculturales están asociados con el nivel de conocimiento sobre TB MDR en pacientes asistentes a la ESN-PCT Microred La Victoria 2018.

**Materiales y Método:** Estudio observacional, analítico correlacional y de corte transversal, donde se aplicó una encuesta a 53 pacientes que asisten ESN-PCT de la Microred La Victoria.

**Resultados:** Se encontró un 7.56% de pacientes con un nivel de conocimiento alto sobre TB MDR. Las variables de edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y consumo de drogas no son factores asociados con el nivel de conocimiento sobre TB MDR, por tener OR con IC al 95% que contiene el 1. El ingreso económico mostró un OR de 0.056 con IC al 95% de 0.001-0.871.

**Conclusión:** El ingreso económico fue el único factor asociado al nivel de conocimiento sobre TB MDR en los pacientes asistentes a la ESN-PCT Microred La Victoria 2018.

**Palabras clave:** tuberculosis, multidrogorresistencia, nivel de conocimiento.

## ABSTRAC

**Background:** Tuberculosis (TB) has existed for millennia and continues to be an important global health problem, being the infectious disease with the highest mortality in adults. The level of knowledge that predominates in patients who attend the ESN-PCT is a knowledge between low and medium which conditions that patients are not participants in their self-care.

**Objective:** To determine which sociocultural factors are associated and to what extent with the level of knowledge about MDR TB in patients attending the ESN-PCT Microred La Victoria 2018.

**Materials and Methods:** Observational, analytical, correlational and cross-sectional study, where a survey was applied to 53 patients attending ESN-PCT from the Microred La Victoria.

**Results:** A 7.56% of patients with a high level of knowledge about MDR TB were found. The variables of age, sex, level of education, marital status and drug use are not factors associated with the level of knowledge about MDR TB, because there is OR with 95% CI that contains 1. The economic income showed an OR of 0.056 with 95% CI of 0.001-0.871871.

**Conclusion:** The economic income was the only factor associated with the level of knowledge about MDR TB in the patients attending the ESN-PCT Microred La Victoria 2018.

**Key words:** tuberculosis, multidrug resistance, level of knowledge.

## INDICE

I. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1. Realidad Problemática. ....	2
1.2. Trabajos previos.....	6
1.3. Teorías relacionadas al tema. ....	11
1.4. Formulación del Problema. ....	19
1.5. Justificación e importancia del estudio. ....	19
1.6. Hipótesis.....	20
1.7. Objetivos. ....	20
1.7.1. Objetivo General:.....	20
1.7.2. Objetivos específicos: .....	20
II. MÉTODO .....	21
2.1. Tipo y Diseño de Investigación. ....	21
2.2. Población y muestra. ....	22
2.3. Variables, Operacionalización. ....	23
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad. ....	26
2.5. Métodos de análisis de datos. ....	26
2.6. Aspectos éticos. ....	27
2.7. Criterios de rigor científico. ....	28
III. RESULTADOS.....	29
3.1. Tablas y Figuras:.....	29
3.2. Discusión de resultados: .....	35
3.3 Aporte científico: .....	36
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	36
REFERENCIAS.....	38
ANEXOS.....	43

## I. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) existe desde hace milenios y sigue siendo un importante problema de salud mundial siendo la enfermedad infecciosa con mayor mortalidad en adultos.(1) Causa mala salud para aproximadamente 10 millones de personas cada año y es una de las diez principales causas de muerte en todo el mundo.(2,3) Durante los últimos 5 años, ha sido la principal causa de muerte de un único agente infeccioso, que se ubica por encima del VIH / SIDA. Esto a pesar del hecho de que, con un diagnóstico oportuno y un tratamiento correcto, la mayoría de las personas que desarrollan la enfermedad de TB pueden curarse.(4)

Las tasas de tuberculosis multigrogo resistente (TB MDR) también son altas en el Perú, con una prevalencia nacional de 3% entre los pacientes que nunca recibieron tratamiento para la TB y de 12,3% a 15% entre los pacientes tratados previamente.(5) Los resultados preliminares del último estudio nacional de prevalencia de resistencia a drogas anti TB del 2014-2015 muestran nuevamente una elevación significativa de la resistencia, incluyendo la TBMDR primaria o inicial.(6) Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Perú de todos los casos de TB, el 10% contrae la TB MDR. Esta situación es preocupante puesto que la cifra de infectados por el bacilo tuberculoso resistente a drogas, pero que aún no han desarrollado la enfermedad activa, es elevada, si consideramos que cada persona que enferma de TB sin tratamiento efectivo, contagia el bacilo tuberculoso entre 10 a 15 personas cada año y que las cepas resistentes y extremadamente resistentes se transmiten de la misma manera que las cepas sensibles.(7)

Un aspecto determinante en la aparición de resistencia bacteriana a los antibióticos es la condición socioeconómica en la que se encuentre el paciente; es así que se han identificado una serie de variables relacionadas como por ejemplo la condición de inmigrantes, la estancia en cárceles y la desnutrición, condiciones que tienen en común el pertenecer a una clase socioeconómica menos favorecida, influyendo estos factores decididamente en la condición inmunológica del paciente



y en su capacidad para la adherencia al tratamiento condición fundamental para minimizar la resistencia bacteriana.(8–10)

Algunos estudios han observado la relación que existe entre el nivel de conocimientos y el tipo de medidas preventivas de recaídas adoptadas por los pacientes con TB pulmonar, mostrando que a menor nivel de conocimientos las medidas preventivas serán inadecuadas, teniendo así un alto riesgo de sufrir recaídas, así como un aumento de la mortalidad. Es así que una adecuada educación e información sobre la enfermedad fomentará comportamientos saludables y generará entornos saludables.(11,12)

El nivel de conocimientos que predomina en los pacientes que asisten a la Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de tuberculosis (ESN-PCT) es un conocimiento entre bajo y medio lo que condiciona a que los pacientes no sean participes de su autocuidado, predisponiéndolos al agravamiento de la enfermedad.(13) Así mismo existen factores de riesgo institucionales dentro de los cuales un 77% se deben a no recibir una información clara y entendible sobre su enfermedad por parte del personal de salud.(14)

La relación significativa entre el nivel de conocimientos y el tipo de prácticas de medidas preventivas de recaídas en pacientes con TB pulmonar permite afirmar que a menor nivel de conocimientos las prácticas serán inadecuadas, teniendo un alto riesgo de sufrir recaídas y por tanto incrementando la probabilidad de mortalidad. Por lo que una adecuada información y educación sobre la enfermedad fomentará comportamientos saludables y generará entornos saludables.(11,12)

### **1.1.Realidad Problemática.**

La TB es una patología milenaria que hasta nuestro tiempo sigue siendo un problema de salud global como la enfermedad infecciosa con mayor mortalidad en adultos.(1) Según la OMS afecta aproximadamente a 10 000 000 de sujetos cada año, siendo una de las principales diez razones de mortalidad en el planeta.(2,3) Así mismo en los 5 últimos años, fue la más importante causa de muerte por un único

agente infeccioso, ubicándose incluso por encima del VIH/SIDA a pesar del hecho de que, con un diagnóstico oportuno y un tratamiento correcto, la mayoría de las personas con TB pueden curarse.(2)

De los 480 000 nuevos casos de TB MDR y de alrededor de los 10 000 000 de casos nuevos de TB que surgen por año, estos ocurren en países de medianos y bajos ingresos.(2,3,7,10,12,13) Los sistemas de salud en estos países a menudo se caracterizan por una infraestructura débil y recursos inadecuados (conocidos como sistemas de salud frágiles) y, por lo tanto, están mal equipados para hacer frente a las complejidades y gastos del diagnóstico y manejo de la enfermedad. Desafortunadamente, los países que menos pueden hacer frente a una alta carga de MDR-TB son a menudo aquellos en los que el sistema de salud lucha para tratar eficazmente a todos los pacientes con TB, lo que impulsa la aparición de resistencia a los medicamentos.(11,14)

Frente a la ausencia de tratamiento, la tasa de mortalidad por TB es muy elevada. Los estudios de la evolución natural de la TB en ausencia de tratamiento con fármacos antituberculosos (realizados antes de que estuvieran disponibles los tratamientos farmacológicos) encontraron que aproximadamente el 70% de las personas con TB pulmonar con baciloscopia murió en los 10 años posteriores al diagnóstico, como lo hizo aproximadamente el 20% de las personas con TB pulmonar con cultivo positivo (pero con frotis negativo).(15)

En el Perú en el año 2015 de una población de 31 151 643 de habitantes se reportaron 30 988 casos de TB con una morbilidad de 99.5 por cada 100 mil habitantes (referida a la totalidad de casos de TB, es decir los antes tratados y los casos nuevos que recién se identifican, notificados en el 2015 por la ESN-PCT). Teniendo una incidencia de 87.6 por cada 100 mil habitantes (referida al total de casos nuevos de TB notificados en el 2015 por la ESN-PCT) y una mortalidad de 3.7 por cada 100 mil habitantes (referida al total de muertes durante el tratamiento anti-TB notificados por la ESN-PCT en el 2015).(16)

La TB MDR en el Perú también se encuentra presente, llegando a tener un 3% de prevalencia entre las personas que jamás tuvieron medicación para TB y un 12,3% a 15% en las personas que si recibieron medicación anteriormente.(7) La última publicación nacional de resistencia a drogas antituberculosas del 2014-2015 mostró nuevamente un aumento importante de la resistencia, incluyendo la aparición de TB MDR primaria.(8) Según el MINSA (Ministerio de Salud del Perú) y la OMS (Organización Mundial de la Salud), en nuestro país de todas las personas que contraen TB, el 10% de ellos adquiere la TB MDR, las cuales se contagian de igual forma que los bacilos tuberculosos sensibles. Esta circunstancia es alarmante ya que hay un grupo grande de personas que se contagian de una cepa de bacilo tuberculoso resistente a drogas que cuando desarrollen la enfermedad no responderán adecuadamente al tratamiento o el daño que este provoque en el órgano diana será mucho mayor ya que mientras se obtenga el cultivo este no podrá ser controlado con el esquema para una persona que recientemente contrae la enfermedad.(7)

En el Perú, el ambiente epidemiológico de la TB MDR y TB extremadamente resistente (TB XDR) se comportan como una epidemia no controlada, siendo nuestra realidad nacional la de mayor gravedad en el área geográfica de todo el continente americano, la cual es comparable con países de África.(7) El hacinamiento, la desnutrición, el alcoholismo o abuso de alcohol, la drogadicción, el encarcelamiento o reclusión, el fumar, el género y el estar dentro de un determinado grupo étnico, son los principales factores de riesgo en el desarrollo de TB.(9)

El manual de la ESN-PCT reporta varios grupos de riesgo de TB MDR, siendo los que más resaltan, el abandono del tratamiento, historia previa de TB, contacto con un paciente confirmado con TB MDR, coinfección con VIH, y comorbilidades como la diabetes mellitus.(9,17,18) Así mismo el nivel socioeconómico resulta ser un determinante primordial en el desarrollo de resistencia bacteriana ya que está muy relacionada con los grupos de riesgo anteriormente mencionados e influyen marcadamente sobre la condición inmunológica del paciente y en su capacidad para adherirse a la medicación.(8-10)

En los asistentes a la ESN-PCT predomina un nivel de conocimiento sobre TB MDR entre medio y bajo, condicionando a los participantes que no participen activamente en su autocuidado, lo que los predispone al empeoramiento del padecimiento.(12,13) Así mismo existen factores de riesgo vinculados con personal de salud de la institución donde se recibe el tratamiento dentro de los cuales un 77% se deben a una información no clara y entendible sobre su afección.(14)

En el año 2015 en el departamento de Lambayeque se reportaron 802 casos de TB de una población de 1 260 650 de habitantes con una tasa de morbilidad de 63.6 por cada 100 000 habitantes (referida a la totalidad de casos de TB, es decir los antes tratados y los casos nuevos que recién se identifican, notificados en el 2015 por la ESN-PCT). Teniendo una incidencia de 57 por cada 100 000 habitantes (referida al total de casos nuevos de TB notificados en el 2015 por la ESN-PCT) y una mortalidad de 2.4 por cada 100 000 habitantes (referida al total de muertes durante el tratamiento anti-TB notificados por la ESN-PCT en el 2015)(19)

Problemática se da en el Departamento de Lambayeque solo llegan al 0.6% y 1% respectivamente de todos los casos notificados en el Perú por la ESN-PCT, mientras que es Lima metropolitana la que tiene la mayor cantidad de casos reportados con un 62.8% y 62.5% respectivamente, sin embargo los reportes del TB MDR y TB XDR son de hace muchos años debido a que vivimos en un mundo donde las poblaciones pueden migrar de un lugar a otro con gran facilidad y que la infectividad y la transmisibilidad de esta enfermedad son altas estas cifras pueden cambiar drásticamente de un periodo a otro.(16)

Como se ha estudiado en el distrito de la Victoria se creó en la década de los ochenta y concentra el 11.2% de los habitantes del área metropolitana de Chiclayo que corresponde a 88 264 habitantes, de los cuales el 95.22% corresponde a una población urbana y solo un 4.74% corresponde a una población rural. En La Victoria existen 104,908 viviendas, existiendo un déficit de viviendas de 3,617, el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas es del 0.3%, mientras que el hacinamiento llega a un 12.9%. El índice de pobreza llega a un 33.8%, de los 4.5% se encuentran en extrema pobreza. (20)

La tasa de escolaridad todavía es insuficiente en varios distritos de la provincia de Chiclayo llegando a un 85% en el Distrito de La Victoria. Así mismo las tasas más altas de deserción escolar se encuentran en los distritos de la Victoria y Monsefú con 6.54% y 7.95%. Todo esto propiciaría el escenario perfecto para la diseminación de la TB, TB MDR y XDR.(20)

## **1.2. Trabajos previos.**

A nivel internacional, en Tarabuco-Bolivia en el 2011, Mendivil A. y Fernández A. (21), realizaron una investigación en pacientes adultos curados de TB con la finalidad de determinar que factores influyen en la adhesión a la medicación, concluyéndose que la admisión de soporte familiar y el saber del riesgo de padecer complicaciones son los dos factores primordiales para la adhesión a la mediación de TB.

Delgado V. et al (22), en Bucaramanga-Colombia en el 2015, en su investigación titulada “Nivel de conocimiento sobre TB en dos comunidades del Area Metropolitana de Bucaramanga Santander” realizaron una investigación en dos comunidades de un sector de dicha localidad con la finalidad de determinar el nivel de conocimientos sobre TB, concluyéndose que existe un conocimiento de la enfermedad con un nivel medio, recomendando fortalecer estos puntos para tener una mejor comprensión de TB en las comunidades.

Guzmán A. (23), en Loja-Ecuador en el 2014, en su investigación titulada “Conocimiento, actitudes y practicas en casos nuevos de TB pulmonar con Bacilo de Koch positivos bajo tratameinto antifimico Zona 7 - Ecuador” realizó un estudio en pacientes nuevos con TB pulmonar buscando determinar sus prácticas, actitudes y conocimiento, este rebeló que un 4% de las personas con TB declaran desconocer el nombre de su padecimiento, el 8% desconoce su origen contagioso, un 11% manifiesta no tomar ninguna clase de prevención.

Chavarrea P. y Ortega Carina (24), en Riobamba-Ecuador en el 2013, en su investigación titulada “Relación entre adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y su nivel de conocimientos, en el Distrito 06D05 Guano-Penipe de la provincia de Chimborazo periodo Julio-Diciembre del año 2013”, llevaron a cabo una investigación en dicha localidad con el objetivo de encontrar la relación entre el nivel de conocimiento de TB y la adherencia a la medicación, concluyéndose, que las personas que están en tratamiento de TB tenían un nivel de conocimientos bueno, mientras que los que abandonaron el tratamiento tenían un deficiente nivel de conocimiento, siendo necesario la capacitación constante y permanente por parte de los profesionales de la salud.

Curasma S. (12), en Lima en el 2009, en su investigación titulada “Conocimientos sobre tuberculosis multidrogorresistente de pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del PCT del CS Madre Teresa De Calcuta”, realizó con la finalidad de determinar sus conocimientos acerca de TB MDR, es estudio fue descriptivo de corte trasversal, estudiándose 95 pacientes que tenían TB o TB MDR, donde el 53,68% de ellos presentaba un nivel medio de conocimiento; el 35,79% tenía un nivel bajo de conocimiento y sólo el 10,53% tenía alto un nivel de conocimiento. Por otra parte, un 51,85% de los que estaban en el Esquema I tenían un nivel bajo de conocimiento, mientras que el 46,30% tenían un nivel medio de conocimiento y sólo el 1,85% tenían un nivel alto de conocimiento. Así mismo, un 66,67% de los pacientes que pertenecían al Esquema II, tenían un nivel medio de conocimiento, un 19,05% tenían un nivel bajo de conocimiento y sólo el 14,26% tenían un nivel alto de conocimiento. De los del esquema MDR, un 60% tenía un nivel de conocimiento medio, seguido de un 30% que presentó un nivel de conocimiento alto y solo un 10% tenía un nivel conocimiento bajo. Se concluyó que los asistentes a la ESN-PCT de este centro tenían predominantemente un nivel medio de conocimientos, así mismo, los que asistían a los Esquemas I y II tenían prioritariamente un nivel bajo y medio de conocimiento. Las personas que tenían TB MDR tuvieron primordialmente un nivel medio de conocimiento, pero es impresionante que aún existan personas con un nivel bajo de conocimiento, con alto riesgo de adquirir TB XDR con alto riesgo de mortalidad al no tener la concientización debida y los conocimientos necesarios sobre esta enfermedad.

Huayantes A. (13), en Lima en el 2009, se concluyó en una investigación que los pacientes que asisten a ESN-PCT del CS San Luis, con el objetivo de determinar la relación entre las actitudes hacia la medicación y el nivel de conocimientos sobre TB pulmonar, realizándose un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, se incluyeron 60 pacientes con TB que se encontraban recibiendo tratamiento, hallándose prioritariamente que ellos tenían un nivel bajo o medio de conocimientos acerca de medidas preventivas, la medicación, y cuidados en el hogar, predisponiendo al aumento del contagio entre miembros de la comunidad y familia, así como del empeoramiento de la patología y aumento de la mortalidad. Además, se encontró que la mayoría de personas con TB pulmonar tenían una indiferencia hacia la medicación, indicativo de estar en riesgo mayor de abandonar la medicación o recaer en la patología. Así mismo se determinó que existe una relación entre las actitudes hacia la medicación y el nivel de conocimientos sobre TB pulmonar en dicho centro de salud.

En Lima en el 2016, Izaguirre F. (14), realizó un estudio en pacientes de la ESN-PCT de una microred de dicha ciudad con el objetivo de determinar los factores de riesgo de TB MDR, se hizo un estudio descriptivo de corte transversal, incluyéndose 34 personas con diagnóstico de TB MDR, encontrándose que el 41% de ellos tenían factores de riesgo institucionales, un 56% con factores de riesgo ambientales y el 59% con factores de riesgo propios. Así mismo, dentro de los factores de riesgo propios el 62% tiene un antecedente de un tratamiento para TB y el 79% presenta una deficiente nutrición. De los factores ambientales un 52% tiene una inadecuada iluminación y el 59% vivía en condiciones de hacinamiento. Dentro de los factores institucionales un 77% refieren una falta de información entendible y clara sobre su padecimiento por parte del personal asistencial, mientras que un 71% refiere que lleva la medicación para ser tomarlos en su domicilio.

En Lima en el 2008, Galindo J. (5), realizó una investigación en pacientes de la ESN-PCT con TB del CS Jicamarca con la finalidad de determinar la relación entre las actitudes hacia la medicación y el nivel de conocimientos sobre TB, se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal, incluyéndose 60 personas con

TB que se encontraban recibiendo tratamiento. Se concluyó que existe una relación directa entre las actitudes mostradas a la medicación y el nivel de conocimientos sobre TB pulmonar. Además, un 76.6% de personas mostro de manera global un nivel medio a bajo de conocimiento sobre TB pulmonar, limitando una toma de decisiones acertadas sobre su padecimiento, poniendo en peligro a la comunidad, su familia y así mismo. Por otra parte, en un 75% de los pacientes las actitudes que muestran frente a la medicación recibida fue indiferente, aumentando el riesgo de abandonar la medicación o recaer en la enfermedad.

En Lima en el 2010, Laurente J. et al (6), realizaron una investigación en pacientes con TB MDR asistentes a cinco centros de dicha ciudad con la finalidad de determinar las actitudes y conocimiento sobre prevención y transmisión de la TB, se realizó un estudio observacional de corte transversal, incluyéndose 70 personas con TB MDR, concluyéndose que las personas en su mayor parte tenían un nivel de conocimiento adecuado acerca de la transmisión de la TB. La actitud de los participantes frente a su patología fue en la mayoría de casos adecuada. No se halló diferencia estadística significativa entre las actitudes de los pacientes y el nivel de conocimiento según grado de instrucción y sexo. Se manifestó que el origen esencial de la información fue el centro local de salud.

En Lima en el 2010, Calderón M. et al (25), llevaron a cabo una investigación en pacientes que asisten a la ESN-PCT de una microred de salud de dicha ciudad, con el objetivo de determinar el conocimiento y actitudes frente a la TB, para ello se hizo un estudio descriptivo de corte transversal, incluyéndose 136 participantes con TB en tratamiento de primera fase, encontrándose que solo el 18% obtuvo un adecuado nivel de conocimiento, a diferencia de la mayoría que obtuvo un bajo conocimiento sobre la TB. Por otra porta, los rubros de prevención y tratamiento presentaron un 25% y 19% de un adecuado nivel de conocimiento respectivamente. La adherencia a la medicación fue reconocida como causa importante para evitar el desarrollo de resistencia y recaídas solo en un 21%. Se concluyó que los pacientes tuvieron un deficiente conocimiento sobre la TB, especialmente en la prevención y tratamiento.



A nivel Departamental, regional y local, en Lambayeque en el 2012, en la Encuesta nacional demográfica y de Salud Familiar del departamento de Lambayeque, se encontró que el 97% de las mujeres en edad fértil sabía o ha oído sobre TB; de ellas el 61.6 % conocía que la TB se contagia a través del aire cuando la persona enferma tose, así mismo, el 70.7% manifestó que ésta es una patología que se puede curar.(19)

En Pimentel en el 2014, Castillo M. y Chunga C. (26), realizaron una investigación a los familiares de los pacientes con TB que asisten a la ESN-PCT de un centro de salud de la localidad, con la finalidad de determinar el nivel de conocimientos que tienen ellos sobre las TB, se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal, incluyéndose a 30 familiares, encontrándose que los familiares de las personas que asisten al ESN-PCT tuvieron un buen nivel de conocimiento acerca de la TB en un 50%.

En Chiclayo en el 2017, Aguilar C. et al. (27), realizaron una investigación en los pobladores de esta localidad con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre TB, se hizo un estudio descriptivo de corte transversal, incluyéndose a 383 participantes, encontrándose que los participantes tenían solo un 2.1% de nivel alto de conocimientos de TB, mientras que, el 31.6% de ellos tenía un nivel medio de conocimiento acerca de TB y un 66.3% de ellos tenía un bajo nivel de conocimiento acerca de. Por otra parte, el 37.3% de participantes tenían de 21 a 30 años, y 31,6% de los participantes tuvieron secundaria incompleta. Se concluyó que más del 90% de las personas que participaron del estudio tenían un nivel medio a bajo de conocimiento acerca de TB.

En Lambayeque en el 2018, Chapoñan C. y Carrasco S. (28), llevaron a cabo una investigación en los pobladores de esta localidad con la finalidad de determinar las actitudes y conocimientos acerca de la TB pulmonar, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, incluyéndose a 250 personas que vivían en dicho distrito seleccionados por muestreo simple, encontrándose que el 50,4% de los participantes tenía un nivel de conocimientos inadecuado sobre TB y 55,6% tenía una actitud negativa hacia personas con TB. El 63,6% de los participantes mostro

tener un mejor nivel de conocimiento acerca de los síntomas de este padecimiento. El 40% mostró desconocer la forma de transmisión de la enfermedad. Además, se halló asociación entre la actitud positiva y el nivel de conocimientos. Se concluyó que el nivel de conocimientos de TB pulmonar en las personas de este distrito fue inadecuado, exponiendo una actitud negativa frente a personas que tienen TB.

### **1.3. Teorías relacionadas al tema.**

#### **1.3.1. Teóricos de enfermería**

##### **1.3.1.1. La enfermera Dorotea Orem de Salud Pública y su Rol en la ESN-PCT.**

La enfermera (o) es el profesional responsable de brindar la asistencia a los pacientes, personas, familias o comunidades, prestando una atención integral, constante e individualizada. Este personal prioriza y valora las deficiencias de la comunidad, familia y del propio paciente, identificando los diagnósticos de enfermería, elaborando un plan de atención determinado y valorando respectivamente la eficacia de dar dicho servicio. Además, mezcla el total de las funciones profesionales como la toma de decisiones, la educación sanitaria, la continuidad de la asistencia y el asesoramiento legal.(29)

El personal de enfermería también tiene la intención de proporcionar una mejor comprensión del control de la TB en los aspectos sociales y de género, especialmente los que influyen en lograr probablemente el equilibrio en el diagnóstico y la cura, siendo esencial el análisis de la pobreza para intervenir en esta patología. Debido a que otros actores sociales tienen una corresponsabilidad directa es necesario un trabajo interdisciplinario e intersectorial.(29)

El profesional de enfermería tiene como parte de su filosofía asistir la calidad y al nivel de vida adecuados de las personas que reciben la atención, en especial en los casos de TB donde el personal de enfermería brinda un papel fundamental en los protocolos de inspección o control. Dentro del trabajo contra la

TB se atribuye al personal de enfermería como el socio histórico para lograr un rendimiento óptimo de los programas.(29)

Es importante que la enfermera (o) lleve a cabo un proceso educativo crítico, con incentivación para la formación de una concientización en salud con mayor extensión, procurando el rompimiento de estándares culturales con enfoques hegemónicos donde aprecian prácticas como la ingesta de alcohol y tabaco, comidas rápidas, y la poca autoconciencia acerca de su propia salud. Hay también que considerar, que según la perspectiva de la equidad, además debemos tener en cuenta los macrodeterminantes sociales, limitando de esta forma y afectando el enfoque educativo, planteando desafíos del personal de enfermería tanto desde la perspectiva profesional, sino además como una fuerza laboral con un importante papel social.(29)

La promoción del autocuidado por parte del personal de enfermería necesita de una orientación humanista, siendo preciso iniciar del concepto de persona como ser integral, y de salud como consecuencia de los cuidados propios y para los otros, teniendo la competencia de controlar la propia vida, tomar decisiones y garantizar que la sociedad a la que pertenece brinde a la totalidad de sus integrantes la oportunidad de tener un estado de salud bueno. Al promover el autocuidado se debe hacer dentro del entorno del desarrollo humano, es así que cada individuo pueda hacer, tener, y ser; necesitando del desarrollo y la satisfacción en contextos equitativos donde se admitan el afecto, la subsistencia, la protección, la participación, el entendimiento, la creación, el ocio, la identidad y la libertad. (29)

### **1.3.1.2. Teoría del autocuidado de Dorothea Orem**

El autocuidado en la Atención Primaria de Salud está direccionado a la pericia de actividades que las personas puedan efectuar por cuenta propia y de acuerdo con su situación temporal, con la finalidad de continuar viviendo, conservar la salud y alargarla, ya que todas las personas en alguna circunstancia determinada necesitaran de autocuidados. Dorothea Orem, una enfermera norteamericana,

desarrolló la teoría del autocuidado, la cual está constituida por: el autocuidado, el déficit del autocuidado y los sistemas de enfermería.(29)

El personal de enfermería delineará acciones para alcanzar el autocuidado con un diseño y planificación de las mismas: es completamente compensatorio si el paciente depende totalmente de él, donde el enfermero se ubica en el lugar del paciente; es parcialmente compensatorio si se combinan las acciones del enfermero y del paciente; y finalmente, la educación es lo que orientará al paciente para que se auto cuide, solo o con ayuda de los familiares. Es esencialmente en este último punto, donde la atención se enfoca en si el autocuidado existe o no, con la ayuda de métodos más efectivos como: orientación, dirección, apoyo físico y psicológico, así como la enseñanza de estilos de vida saludables nuevos y variados que él sea capaz de elegir.(29)

El profesional de enfermería aprovechará como componente intercultural el conocimientos de los elementos del estilo de vida, mientras que la teoría del déficit del autocuidado de Orem podrá proporcionar autocuidado holístico con un lenguaje cultural común al ingresar a los hogares y al entorno de sus pacientes. Así, se establece en los siguientes puntos: hábitos saludables, alimentación adecuada, higiene personal, condiciones satisfactorias de trabajo, viviendas higiénicas, prevención de la fatiga, ejercicios equilibrados y sistemáticos, y descanso, sueño y recreación.(29)

### **1.3.1.3. Conocimiento:**

Para Bunge M. el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, declaraciones comunicables que pueden ser claras, precisas, ordenadas, vagas e inexactas; clasificadas en conocimiento vulgar, llamando así a todas las representaciones que se hace en su vida diaria el hombre común por el simple hecho de existir; mientras que el conocimiento científico es sistemático, racional, analítico y verificable por medio de la experiencia.(30)

Millar George y Neisser Ulric sugieren que el conocimiento es un instrumento que permite al hombre dirigir nuestro comportamiento en la realidad, procesar información, reproducir formatos externos y estructuras cognitivas, almacenar en la memoria y desarrollar planes y estrategias para resolver problemas. Por esta razón, el cognitivismo aborda el aprendizaje como una actividad humana y es el conocimiento su producto.(31)

Bertrand argumenta que el conocimiento es es el conjunto de información que el hombre posee como producto de su experiencia, que ha podido inferir de estos.(31)

#### **1.3.1.4. Tipos:**

El conocimiento se divide ampliamente en dos grupos, el conocimiento personal (conocimiento privado) y el conocimiento social (conocimiento público). El conocimiento personal es el conocimiento del individuo y, como tal, está disponible para otros solo si se comunica. El conocimiento social es el conocimiento que posee colectivamente una sociedad. Se supone que debe estar disponible para todos los miembros de la sociedad de manera libre e igualitaria. Las bibliotecas y los centros de información proporcionan este tipo de conocimiento. Sin embargo, debe afirmarse aquí que estos dos tipos de conocimiento no son mutuamente excluyentes. El conocimiento social es una fuente esencial de conocimiento personal y es a partir del conocimiento personal que se construye la mayoría del conocimiento social.(32)

El conocimiento también puede dividirse en tácito y explícito. Los dos grupos de conocimiento anteriores se expresan de manera ligeramente diferente por Michael Polayani. El conocimiento explícito es el expresado a otros, oralmente o en forma grabada, y el conocimiento tácito es conocimiento personal que puede o no ser expresado por un individuo. En general, la mayoría de las personas expresan su conocimiento personal hasta cierto punto, pero no más allá por razones propias. Algunas veces puede ser deliberado o algunas veces no pueden describir su habilidad especial. Por ejemplo, una habilidad particular en artes y oficios solo puede ser demostrada por un experto y no explicada. En música, un experto puede

demostrar la curva de una frase musical, pero puede no ser propicio para ser descrito o explicado. Esto hace que Polanyi señale que sabemos más de lo que podemos decir o explicar a los demás. "Otra forma de distinguir entre conocimiento tácito y explícito es el conocimiento del cuerpo, que es subjetivo, práctico, análogo, mientras que el conocimiento explícito es de la mente que es objetiva, teórica y digital". Muy a menudo hablamos sobre el lenguaje corporal, las expresiones faciales y otras señales que comunican muchas de las intenciones de la persona pero nunca se expresan en palabras. Por lo tanto, se dice que el conocimiento tácito es muy personal y difícil de formalizar, lo que dificulta la comunicación o el intercambio con otros.(32)

### **1.3.2. Tuberculosis:**

#### **1.3.2.1. Definición y características:**

La TB es una enfermedad infecciosa causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*.(33–35) Este patógeno ha coevolucionado con los humanos co-migrando desde África a todas las áreas del mundo a medida que la población se expandió.(7,15)

Por lo general, afecta los pulmones (TB pulmonar) pero también puede afectar a otros sitios (TB extrapulmonar). Esta patología se transmite cuando los individuos enfermos con TB pulmonar expulsan los bacilos al ambiente al toser.(8,11) En general, una proporción del 5-15%, relativamente pequeña, de los aproximadamente 1 700 000 de infectados con *M. tuberculosis*, harán la enfermedad durante su vida. Sin embargo, la probabilidad de padecer de esta patología infecciosa será más elevada entre las personas infectadas con el VIH, y las que tienen factores de riesgo como la desnutrición, la diabetes, el tabaquismo y el consumo de alcohol.(9,17)

En ausencia de tratamiento, la mortalidad por TB es elevada. Los estudios de la historia natural de la enfermedad de TB en ausencia de tratamiento con fármacos antituberculosos (realizados antes de que estuvieran disponibles los

tratamientos farmacológicos) encontraron que aproximadamente el 70% de las personas con TB pulmonar con baciloscopia murió en los 10 años posteriores al diagnóstico, como lo hizo aproximadamente el 20% de las personas con TB pulmonar con cultivo positivo (pero con frotis negativo).(18)

### **1.3.2.2. Multidrogo Resistente:**

Es cuando la infección por el bacilo tuberculoso ya sea aguda o crónica, pertenece a una cepa multidrogorresistentes, que por lo menos debe ser resistente a Isoniacida y Rifampicina.(36)

### **1.3.2.3. Tipos de resistencia:**

**Resistencia Primaria:** es cuando la una infección por el bacilo tuberculoso está dada por una cepa resistente, originada en una persona que desarrollo una resistencia debido a una inadecuada medicación. Por lo tanto, la persona con resistencia primaria a medicamentos jamás los recibió anteriormente, pero si debe haberlo hecho la fuente original de la infección.(4)

**Resistencia Secundaria (adquirida):** Ocurre cuando una persona infectada está expuesta a un medicamento determinado, mientras que no se puede garantizar el cumplimiento del tratamiento o debido al suministro irregular de los medicamentos, la toma selectiva de medicamentos, la mala calidad en los fármacos, la prescripción inadecuada o ocasionalmente raro la errática absorción de los compuestos, se suprime el crecimiento de los microorganismos sensibles, pero continúa la proliferación de microorganismos resistentes. También implica que el paciente presentó en un inicio un patógeno sensible que desarrolló resistencia posteriormente de haber recibido medicación.(4)

### **1.3.2.4. Causas de TB MDR:**

Resistencia por tratamiento previo: si la persona recibe medicación anterior y estos no eliminan por completo el bacilo el cual adquiere resistencia a los mismos.(4)

Resistencia por contagio de otro individuo enfermo que tiene un bacilo tuberculosos resistente: la infección es causada por inhalación de las microgotas

infecciosas en aerosol cuando un enfermo con un bacilo resistente tose lugares cerrados durante mucho tiempo.(4)

#### **1.3.2.5. Cuadro clínico:**

Al principio es asintomático, sin embargo posteriormente aparece: malestar general, fiebre, baja de peso, diaforesis y tos debido a secreciones de irritación bronquial, por lo general por la mañana, puede presentar un esputo purulento, amarillo o verde y en algunas ocasiones mucoide, puede aparecer hemoptisis, según la gravedad de la infección.(2)

#### **1.3.2.6. Factores de riesgo:**

Los factores de riesgo identificados para la TB MDR se encuentran: antecedentes previos de TB con tratamiento irregular (tratamientos prolongados y abandono) y la edad del paciente. Existen factores que dependen de la biología humana, como son la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, y el tiempo de enfermedad hasta el inicio de la mediación. Además hay la asociación entre los factores demográficos y sociales como hacinamiento, vivir en zonas urbanas, percepción errónea de la enfermedad, donde los factores de riesgo varían según el escenario de pobreza que tenga la persona infectada.(2)

#### **1.3.2.7. Tratamiento para TB MDR:**

El esquema individualizado para el paciente con TB MDR y TB XDR se elabora considerando los siguientes principios: Incluya al menos 4 medicamentos antituberculosos de segunda línea para aquellos que son sensibles o que nunca se administran al paciente. Dentro de ellos, deben indicarse una inyección de segunda línea y una fluoroquinolona. Debe incluir pirazinamida por su posible beneficio clínico. Cuando la cepa sea sensible debe usarse etambutol.(36)

### **1.3.3. Factores socioculturales:**

**1.3.3.1.Edad:** período de tiempo transcurrido desde el nacimiento, la edad de adulto se expresa en años.(37,38)



**1.3.3.2. Estado Civil:** situación de las personas originadas por sus relaciones de familia, provenientes del parentesco o del matrimonio, que establecen ciertos derechos y deberes. En el año 2007, en el área urbana, el porcentaje de casados era de 28.6 %, pero diez años después (2017), disminuyó a 25.6 % . En el mismo lapso también hubo una disminución de casados en el área rural de 28.5 % a 26.1 % . Con lo que concierne a los convivientes en un inicio tenía una frecuencia porcentual de un 23,2 %, aumentando a 25.4 % una década después. Similar escenario se produjo en el área rural donde se incrementó el porcentaje de parejas que optaron por la convivencia en vez de la unión matrimonial de 28.6 % a 31.9 %.(37,38)

**1.3.3.3. Ocupación:** función o tarea que un individuo desempeña, recibiendo un ingreso por ello en especies o en dinero. (37,38)

**1.3.3.4. Grado de instrucción:** grado de estudios más elevado que alcanza una persona, sin tomar en cuenta si se han terminado o están incompletos provisional o definitivamente. (37,38)

**1.3.3.5. Ingreso económico:** Es el monto total de ingresos percibidos por la persona. El Salario o sueldo mínimo, es la cantidad mínima de dinero que se le paga a un trabajador establecida oficialmente por ley, por un determinado período laboral que los empleadores deben pagar a sus trabajadores por sus labores. De acuerdo con la ley deberá ser suficiente para satisfacer las necesidades normales de una familia en el orden material, social y cultural, y para proveer la educación básica a los hijos. En el Perú actualmente es S/930. (37,38)

**1.3.3.6. Consumo de drogas:** Es el consumo de drogas legales o ilegales, siendo el alcohol y el tabaco las drogas legales más consumida, mientras que de las drogas ilegales son la marihuana e inhalantes (terokal, PVC, benzina y/o acetona). (37–39)

#### **1.4. Formulación del Problema.**

Por lo expuesto se creyó conveniente formular el siguiente problema:  
¿Qué factores socioculturales están asociados al nivel de conocimiento sobre tuberculosis multidrogorresistente en pacientes asistentes a la ESN-PCT Microred La Victoria 2018?

#### **1.5. Justificación e importancia del estudio.**

La TB es actualmente un problema mundial de salud, siendo el Perú el país con más casos de TB MDR y TB XDR en el continente americano comparable solamente con países del continente africano y países asiáticos de extrema pobreza. Así mismo existen factores que favorecen o no el desarrollo de esta enfermedad, pudiendo ser culturales, sociales y biológicos (genético); siendo solamente los dos primeros factores modificables. Es así, que se puede inferir que lo social y lo cultural juega un papel esencial en el aumento de los casos de TB MDR y TB XDR en el Perú ya que países vecinos con características similares al nuestro no tienen cifras tan altas de esta enfermedad como nosotros.(7,9)

El gobierno a través del Ministerio de Salud ha optado por la ESN-PCT con el fin de frenar el incremento de la enfermedad de forma sostenida y progresiva, brindando así una atención integral de calidad con el fin de disminuir significativamente la morbilidad y sus repercusiones económicas y sociales; sin embargo pese a estos esfuerzos no se ha logrado disminuir significativamente las tasas de TB MDR.(11–13)

Es así que surge la necesidad de realizar una investigación sobre los factores asociados al nivel de conocimiento sobre TB MDR en pacientes asistentes a la ESN-PCT, con el fin de tener una información relevante, actualizada y de nuestro medio, que permita al personal de enfermería proyectar acciones preventivo promocionales, tomando en cuenta los puntos deficientes que se encuentren, ayudando así a reducir la propagación de la TB, principalmente de TB MDR y TB XDR que es su forma más grave.

## **1.6. Hipótesis.**

### **HIPOTESIS 1:**

El factor económico tiene relación con el nivel de conocimiento sobre TB MDR en pacientes asistentes a la ESN-PCT Microred La Victoria.2018.

### **HIPOTESIS 0:**

El factor económico no tiene relación con el nivel de conocimiento sobre TB MDR en pacientes asistentes a la ESN-PCT Microred La Victoria.2018.

## **1.7. Objetivos.**

### **1.7.1. Objetivo General:**

- Determinar qué factores socioculturales están asociados con el nivel de conocimiento sobre TB MDR en pacientes asistentes a la ESN-PCT Microred La Victoria 2018.

### **1.7.2. Objetivos específicos:**

- Determinar el nivel de conocimiento sobre TB MDR en pacientes asistentes a la ESN-PCT Microred La Victoria 2018.
- Explorar la relación entre sexo, edad, grado de instrucción, estado civil, consumo de drogas e ingreso económico con el nivel de conocimiento sobre TB MDR en pacientes asistentes a la ESN-PCT Microred La Victoria 2018.

## **II. MÉTODO**

### **2.1. Tipo y Diseño de Investigación.**

#### **2.1.1 Tipo de Investigación:**

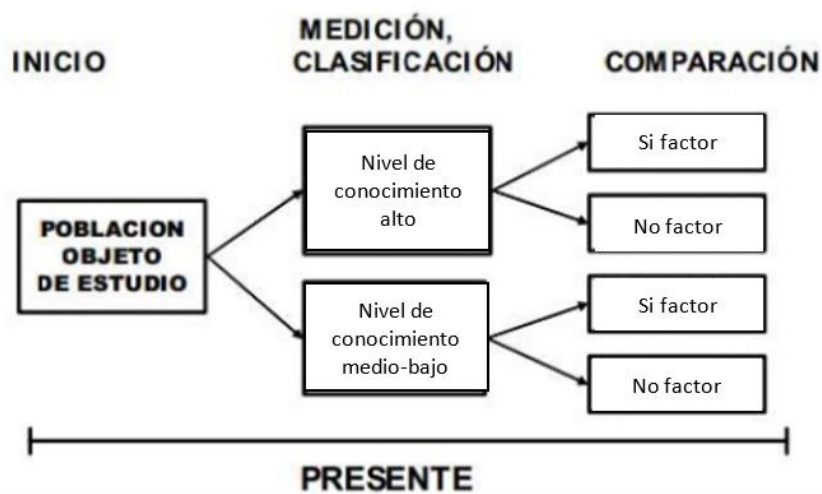
La presente investigación fue de tipo cuantitativa. Esta se caracterizó por recoger y analizar datos cuantitativos sobre las variables.(40) La información cuantitativa fue orientada por conceptos empíricos medibles, derivados de los conceptos teóricos con los que se construyeron las hipótesis conceptuales. El procedimiento que se siguió fue el hipotético-deductivo el cual se inició con la formulación de las hipótesis derivadas de la teoría, continuó con la operacionalización de las variables, la recolección, el procesamiento de los datos y la interpretación. El análisis de la información recolectada tuvo por fin determinar el grado de significación de las relaciones previstas entre las variables. Los datos empíricos constituyeron la base para la prueba de las hipótesis y los modelos teóricos formulados por el investigador.(41)

La presente investigación es de nivel Observacional – Analítico Correlacional, es transversal, ya que se recolectará la información en un solo momento del tiempo único. Asimismo, el estudio fue retrospectivo porque se partió del efecto y se buscó sus factores asociados para lo cual se utilizó un instrumento validado que recolectó la información de interés para poder hacer el análisis respectivo.(42)

### 2.1.2 Diseño de investigación:

El diseño de la investigación fue correlacional de corte transversal. Es decir la muestra solo se midió en un momento específico.

Esquema:



### 2.2. Población y muestra.

**Población:** La población bajo estudio estuvo constituida por todos los pacientes que asistieron a la ESN-PCT Microred La Victoria 2018.

**Muestra:** Teniendo como referencia que durante la formulación del protocolo la ESN-PCT Microred la Victoria 2018 tenía 53 pacientes que cumplían con los criterios de este trabajo, se procedió a incluirlos en su totalidad, sin embargo, para dar un mayor impacto del mismo se procedió a calcular el poder de este estudio, utilizando para ello una proporción esperada de 49.6% para un nivel adecuado de conocimiento sobre TB, dato obtenido sobre un estudio local realizado por Chapoñan, un  $\alpha$  del 5% y una probabilidad estimada de un 30% para la población en estudio. Resultado que

arrojo un poder estadístico del 85.4%, valor aceptable ya que supera el 80% que es el estándar.

#### **Criterios De Inclusión:**

Pacientes con diagnóstico de TB o TB-MDR, que estuvieron recibiendo tratamiento antituberculoso en la ESN-PCT Microred La Victoria 2018.

Pacientes mayores de 14 años.

Pacientes que aceptaron voluntariamente su participación en el estudio y firmaron el consentimiento informado, y que tuvieron la aprobación de su tutor en caso de ser menor de edad.

#### **Criterios De Exclusión:**

Pacientes que se arrepintieron de participar en el estudio y retiraron su consentimiento informado.

Pacientes que abandonaron el estudio sin dar explicación.

Pacientes que no resolvieron el cuestionario completamente o que lo resolvieron de forma ilegible.

### **2.3. Variables, Operacionalización.**

#### **2.3.1 Definición Conceptual de las Variables:**

##### **Variable dependiente**

Nivel de conocimiento sobre TB MDR: Grado de conocimiento sobre TB MDR por los pacientes que acuden a la ESN-PCT Microred La Victoria 2018.

##### **Variables independientes**

1. Edad: tiempo de vida transcurrido en años.
2. Sexo: condición orgánica que distingue a dos personas de la misma especie.

3. Ocupación: acción o función que se desempeña para ganar el sustento que, generalmente, requiere conocimientos especializado.
4. Grado de instrucción: es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.
5. Estado Civil: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.
6. Consumo de Drogas: consumo indebido de drogas
7. Ingreso económico mensual: remuneración que debe percibir en efectivo el trabajador en su jornada legal de trabajo, de modo que le asegure alimentación adecuada, vivienda digna, educación, vestuario y asistencia sanitaria.

### **2.3.2: Definición de variables Operacionales:**

#### **Variable dependiente**

1. Nivel de conocimiento sobre TB MDR:  
Alto: Mayor o igual a 15 puntos al aplicar el instrumento.  
Medio-Bajo: Menor de 15 puntos al aplicar el instrumento.

#### **Variables independientes**

1. Edad: tiempo de vida transcurrido en años.
2. Sexo: Masculino o Femenino.
3. Ocupación: Obrero, empleado, desempleado, informal, Estudiante y otros.
4. Grado de instrucción: Primaria, secundaria, superior, técnica y sin instrucción.
5. Estado Civil: Soltero, casado, conviviente, separado/divorciado y viudo.
6. Consumo de drogas: consumidor frecuente de Alcohol, Cocaína, Tabaco, Marihuana, Pasta básica cocaína, marihuana y anfetaminas.
7. Ingreso económico mensual: mayor o igual a S/.930 y menor a S/.930.

Variables		Dimensiones		Indicadores	Técnica e instrumento
<b>Variables independientes</b>	<b>Factores socioculturales</b>	Edad	El número de años cumplidos	Cálculo a partir de fecha de nacimiento en su cédula de identidad	Encuesta
		Sexo	Características sexuales	Masculino Femenino	Encuesta
		Ocupación	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento diario.	Obrero Empleado Desempleado Informal Estudiante Otros	Encuesta
		Grado de Instrucción	Años de estudio.	Primaria Secundaria Superior Técnica Sin instrucción	Encuesta
		Estado Civil	Condición de la persona en función de si tiene o no pareja y su situación legal.	Soltero Casado Conviviente Separado/divorciado Viudo	Encuesta
		Consumo de drogas	Condición de la persona por el consumo indebido de drogas.	Alcohol Cocaína Tabaco Marihuana Pasta Básica Cocaína Anfetaminas	Encuesta
		Ingreso Mensual	Remuneración mensual que recibe en efectivo por su trabajo	Medio-alto: $\geq$ S/. 930.00  Bajo: < S/. 930.00	Encuesta
<b>Variable Dependiente</b>	Nivel de conocimiento sobre TB MDR	Nivel de conocimiento alcanzado según el instrumento utilizado.	Alto: 15-25 puntos  Medio-Bajo: 0-14 puntos.	Encuesta	



#### **2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.**

El instrumento que se utilizó fue validado por Curasma S. mediante un juicio de expertos, para lo cual participaron 7 profesionales de salud quienes laboraban en la ESN-PCT en diferentes centros de salud en la ciudad de Lima, todos docentes de investigación en Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cuyas opiniones sirvieron para mejorar el instrumento. Los puntajes obtenidos fueron sometidos a la Prueba Binomial, encontrándose que el error de significancia no supera los valores establecidos para  $p > 0.05$ . Por lo que el instrumento fue válido.

A esta prueba también se le realizó una prueba piloto para mejorar la confiabilidad del instrumento, la cual fue evaluada mediante el coeficiente de Kuder-Richarson ( $k-R=0.8$ ) mostrando una confiabilidad buena. Por todo lo mencionado se optó por tomar este instrumento para este estudio.

Para la categorización del conocimiento sobre TB MDR de los pacientes que asisten a la ESN-PCT se utilizó la campana de Gauss, donde se consideró una constante de 0,75, obteniéndose las siguientes categorías: Conocimiento Alto: 15-25 puntos; Conocimiento Medio: 9-14 puntos; Conocimiento Bajo: 0-8 puntos.

<b>CATEGORIAS DEL CONOCIMIENTO</b>	<b>PUNTAJE</b>
Conocimiento Alto	15-25
Conocimiento Medio	9-14
Conocimiento Bajo	0-8

#### **2.5. Métodos de análisis de datos.**

La información recabada en la ficha de recolección de datos fue ingresada en una base de datos empleando Excel 2016 y STATA 2014, los resultados de las variables cualitativas se mostraron en tablas de frecuencias

absolutas y relativas, y los resultados de las variables cuantitativas se describieron mediante medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar y rango intercuartil). Así mismo se utilizó cuadros de doble entrada para mostrar los resultados del análisis bivariado y multivariado comparando su OR para determinar si hubo factores de riesgo o no.

## **2.6. Aspectos éticos.**

Consentimiento informado, se solicitó el a los pacientes que se invitó a participar del estudio, los que estuvieron dispuestos a brindar la información veraz y objetiva de manera voluntaria teniendo en cuenta la privacidad individual.

Protección de Confidencialidad, se les informo a los entrevistados que la información sería utilizada con mucha discreción y los resultados serían expresados cuantitativamente sin hacer referencia a los nombres y su uso se restringiría solo a la investigación.

Los aspectos éticos que se tomaron en cuenta para el desarrollo de la investigación fueron no develar la identidad e información básica de cada uno de los pacientes. Dicho aspecto está incluido dentro de la Ley General del Paciente en el Capítulo II, Artículo 4, Inciso b que nos detalla sobre el principio de confidencialidad.

El principio de confidencialidad se refiere a que la información y documentación médica que se genere como consecuencia de un diagnóstico, tratamiento médico y/o intervención quirúrgica tienen la clasificación de reservado. El personal médico y administrativo, así como los establecimientos de salud públicos o privados, son solidariamente responsables por los daños que la publicación pueda ocasionar en los pacientes.

## **2.7. Criterios de rigor científico.**

A la hora de valorar este rigor de la investigación, es necesario revisar los criterios generales que se asocian a éste. Los aspectos generales que debe cumplir toda investigación para que se pueda aseverar que es rigurosa, según Ciapponi(43) y Gervas y Pérez(44), son:

Veracidad, asegura la confianza de que la investigación que se realizará y los resultados que se obtendrán, serán ciertos para el contexto y los participantes en que se llevó a cabo la investigación. Esta se refleja a través de la validez interna, la cual se refiere a al isomorfismo entre la realidad y los datos recogidos.

Aplicabilidad, determina el cómo y porqué, los resultados de una investigación pueden ser aplicables a otros sujetos y contextos. Esta se refleja a través de la Validez externa o transferibilidad, entendida como el grado en que puede aplicarse los descubrimientos de una investigación a otros sujetos o contextos.

Consistencia, es la repetición de los resultados cuando se realizan investigaciones que utilizan los mismos sujetos con un ambiente y/o contexto similar. Esta se refleja a través de la Fiabilidad, entendida como el grado en que los instrumentos repiten las mismas medidas en las mismas circunstancias.

Neutralidad, es la garantía de que una investigación y/o sus resultados, no está alterada o sesgada por la motivación de intereses o perspectivas del investigador. Esta se refleja a través de la Objetividad, entendida como el grado en que la investigación está exenta de la influencia de la perspectiva del investigador.

El presente trabajo cumple con todos estos criterios ya que tiene veracidad al tener validez interna, aplicabilidad a poblaciones similares mostrando así una validez externa, consistencia al ser fiable de obtener medidas similares con los mismos instrumentos y neutralidad al poseer objetividad y no estar sesgada.

### III. RESULTADOS

#### 3.1.Tablas y Figuras:

**Tabla 1**

*Relación de variables estudiadas según el nivel de conocimiento sobre TB MDR*

Variables de estudio		Conocimiento Alto sobre TB MDR	Conocimiento Bajo-Medio sobre TB MDR	Chi Cuadrado ( $X^2$ )	P - valor
<b>Sexo</b>	Femenino	2 (11.11%)	16 (88.89%)	0.496	0.48
	Masculino	2 (5.71%)	33 (94.29%)		
<b>Grado de instrucción</b>	Secundaria-superior	2 (7.14%)	26 (92.86%)	0.014	0.91
	Analfabeto-Primaria	2 (8.00%)	23 (92.00%)		
<b>Estado civil</b>	Sin pareja	1 (7.14%)	13 (92.86%)	0.005	0.95
	Con pareja	3 (7.69%)	36 (92.31%)		
<b>Ocupación</b>	Trabaja	2 (6.45%)	29 (93.55%)	0.129	0.72
	No trabaja	2 (9.09%)	20 (9.91%)		
<b>Estatus económico</b>	Menos de 930	1 (2.33%)	42 (97.67%)	8.905	0.003
	Más de 930	3 (30.00%)	7 (70.00%)		

Fuente: Encuesta realizada a pacientes con tuberculosis que asisten a la ESNPCT Microred La Victoria 2018.

Se realizó un análisis bivariado con cada una de las variables en estudio para explorar si existen factores asociados al nivel de conocimiento sobre TB MDR. Para poder llevar esto a cabo fue necesario categorizar algunas variables que tenían más de dos categorías.

La única variable que mostró tener una diferencia estadística significativa entre ambos grupos fue el estatus económico el cual al realizar la prueba Chi Cuadrado presento un  $p=0.003$  ( $p<0.05$ ), es decir que es la única variable que está relacionada con el nivel de conocimiento sobre TB MDR. Tabla 1.

**Tabla 2**

*Odds ratio e intervalos de confianza para identificar factores de riesgo*

Variables de estudio		p- valor	OR	2.5%	97.5%
<b>Sexo</b>	Femenino	0.480	0.49	0.030	7.360
	Masculino				
<b>Grado de instrucción</b>	Secundaria-superior	0.910	1.13	0.760	16.720
	Analfabeto-Primaria				
<b>Estado civil</b>	Sin pareja	0.950	1.08	0.090	61.180
	Con pareja				

<b>Ocupación</b>	Trabaja				
	No trabaja	0.720	1.45	0.970	21.400
<b>Estatus económico</b>	Menos de 930				
	Más de 930	0.003	0.06	0.001	0.871

Fuente: Encuesta realizada a pacientes con tuberculosis que asisten a la ESNPCT Microred La Victoria 2018.

El análisis evidenció que la única variable que mostró tener asociación con el nivel de conocimiento sobre TB MDR, al tener un OR de 0.056 con IC al 95% de 0.001-0.871, fue el estatus económico, considerándose así el tener un ingreso económico medio-alto un factor protector para tener un nivel de conociendo alto sobre TB MDR (Tabla 2).

**Tabla 3**  
*Odds ratio e intervalos de confianza para identificar factores de riesgo*

<b>Variables cuantitativas</b>	<b>Nivel de conocimiento Alto sobre TB MDR</b>	<b>Nivel de conocimiento Medio-Bajo sobre TB MDR</b>	<b>p</b>	<b>OR (IC 95%)</b>
<b>Edad</b>	38.5 RIC (26-49)	40 RIC (27-55)	0.65	0.98 (0.92-1.05)
<b>Número de personas que viven con el paciente</b>	6 ± 0	4.69 ± 2.19	0.16	1.35 (0.82-2.24)
<b>Número de personas que comparten habitación con el paciente</b>	0.5 RIC (0-1.5)	1 RIC (1-2)	0.42	0.57 (0.14-2.35)

Fuente: Encuesta realizada a pacientes con tuberculosis que asisten a la ESNPCT Microred La Victoria 2018.

Al realizar el análisis de las variables cuantitativas se encontró que la mediana de la edad para el grupo de un nivel de conocimiento alto sobre TB MDR fue de 38.5 años con un RIC de 26 a 49 años, mientras que la mediana para el grupo de un nivel de conocimiento medio-bajo sobre TB MDR fue de 40 años con un RIC de 27 a 55 años; no existió diferencia estadística significativa entre ambos grupos, corroborándose con el OR obtenido el cual contenía a la unidad. La media del número de personas que viven con el paciente para el grupo con un nivel de conocimiento alto sobre TB MDR fue de 6 personas con una desviación estándar de cero ya que todos vivían con 6 personas, no se demostró que haya diferencia estadística

significativa entre ambos grupos, corroborándose esto al obtener su OR el cual contiene de igual manera a la unidad. La mediana del número de personas que comparten habitación con el paciente del grupo que tiene un nivel alto de conocimiento sobre TB MDR fue de 0.5 personas con un RIC de 0 a 1.5 personas, mientras que la mediana del grupo que tiene un nivel de conocimiento medio-bajo fue de 1 persona con un RIC de 1 a 2 personas, se corroboró que no existía diferencia estadística significativa entre el número de personas que comparten la habitación con el paciente y el nivel de conocimiento sobre TB MDR al tener un p no significativo y un OR que contiene a la unidad.



Figura 1. Tratamiento Antituberculoso Previo Elaboración propia

De la figura 1, se observó que, el 91% de los pacientes no han tenido tratamientos previos Antituberculosos y solo el 9% si ha tenido tratamiento previo Antituberculoso.

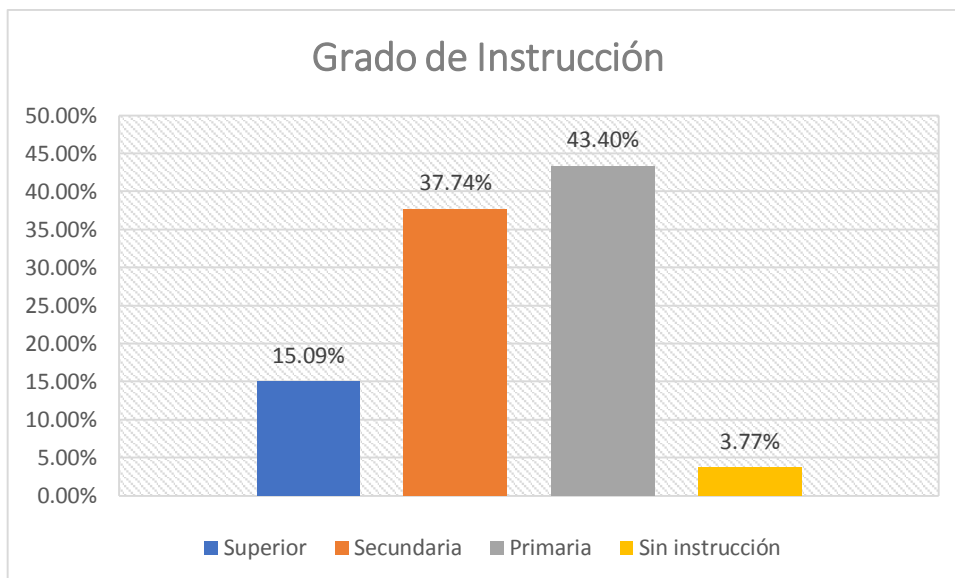


Figura 2. Grado de instrucción en toda la muestra Elaboración propia

De la figura 2, se observó que, el 43% de los pacientes solo ha tenido educación primaria y el 3.77% no han tenido grado de instrucción en toda la muestra de estudio.

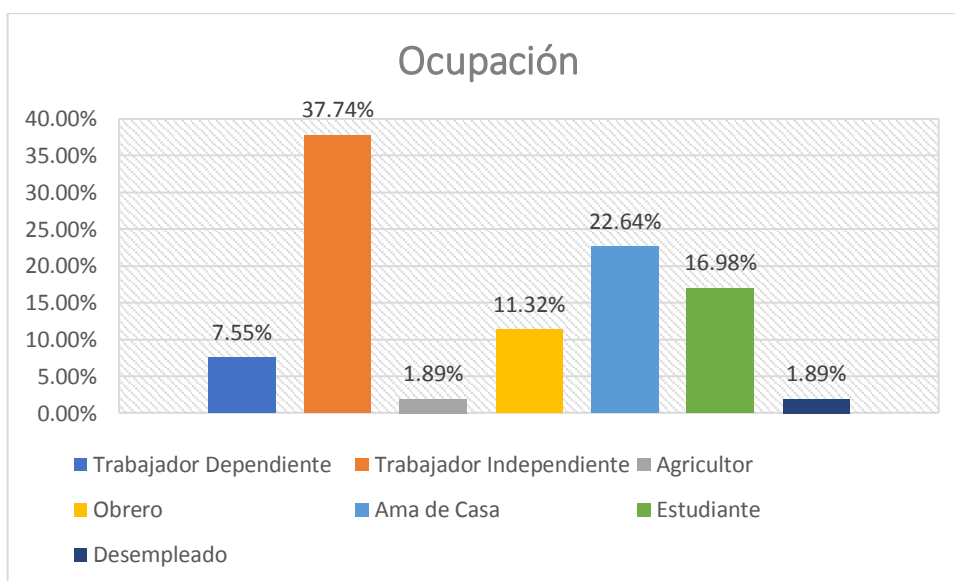


Figura 3. Niveles de ocupación en toda la muestra. Elaboración propia

De la figura 3, se observó que, el 37.74% son trabajadores independientes, 7.55% son trabajadores dependientes y se observó que el 1.89% están desempleados.

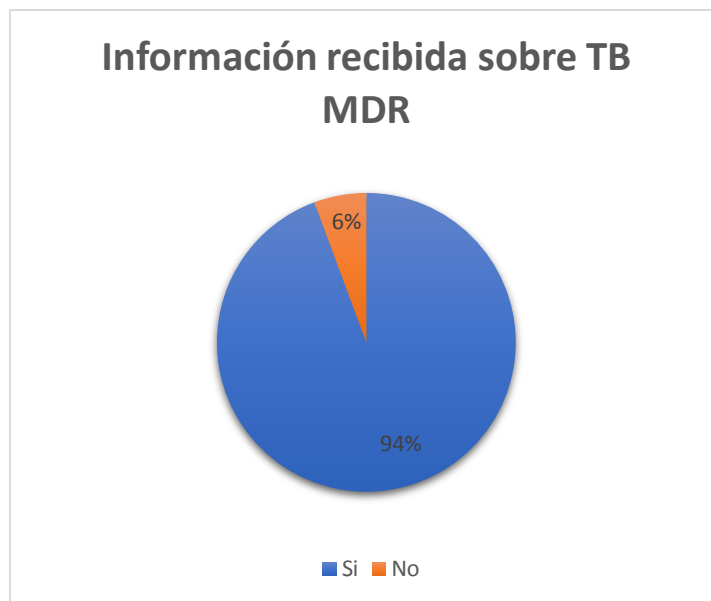


Figura 4. Información recibida sobre TB MDR. Elaboración propia

De la figura 4, se observó que, el 94% de los pacientes si contataban con información respecto al TB MDR, mientras que un 6% no contaba con dicha información.

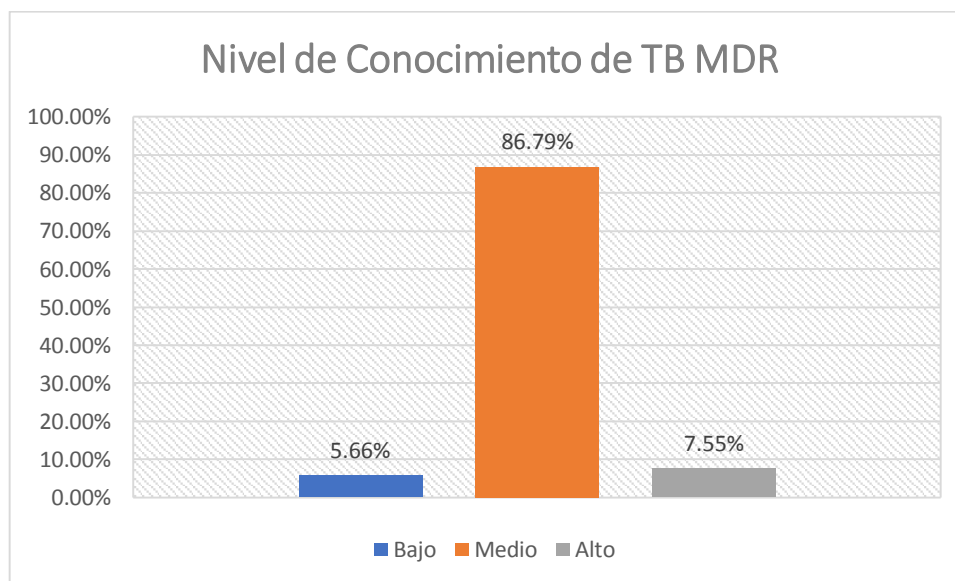
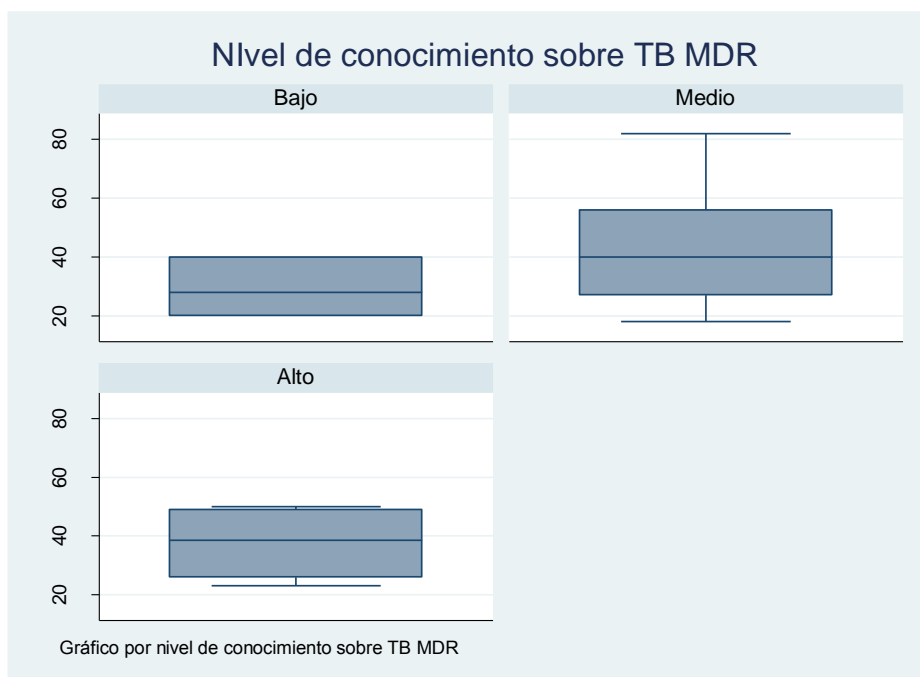


Figura 5. Nivel de Conocimiento sobre TB MDR. Elaboración propia

De la figura 5, se observó que, el 86.7% de los pacientes tiene conocimiento medio respecto al TB MDR, mientras que un 5.6% cuenta con bajo conocimiento sobre TB MDR.





*Figura 6.* Distribución de la edad por nivel de conocimiento sobre TB MDR. Elaboración propia

De la figura 6, se observó que, la mediana de la edad respecto al conocimiento sobre TB MDR en un nivel alto es de 40, a diferencia de mediana de la edad respecto al conocimiento sobre TB MDR en el nivel bajo fue de 27.

### 3.2. Discusión de resultados:

La gran mayoría de los participantes fueron de sexo masculino superando el 60%, esta superioridad también se ha visto en los trabajos de Curasma S., Calderón M y Col, y Chirinos M., donde la proporción de hombres a mujeres llega incluso a ser de casi 2/1 (12,25,45), estos hallazgos se dan probablemente porque la incidencia de casos nuevos de TB en varones notificados en el Perú bordean el 61%. (46) Por otra parte, a diferencia de lo encontrado por Chapoñan C. y Santa Cruz C., y Curasma S. (12,25) la población afectada con TB en el presente estudio fue mayor que en otros lugares y con un nivel de educación fundamentalmente de primaria pudiendo estas características haber intervenido en la falta de interés por parte de los participantes en conocer sobre su enfermedad.

Con respecto al nivel de conocimiento sobre TB MDR de los pacientes que padecen esta patología existen diversos reportes que van desde que tienen niveles de conocimiento bajos como lo reportado por Huayantes A. (13) y Chapoñan C. y Carrasco S. (28), llegando a cifras de 50.4%, niveles de conocimiento medio como lo reportado por Delgado V. et al (22) y Curasma S. (12), llegando a cifras del 60%, y niveles de conocimiento alto como lo reportado por Calderón M. et al (25), Chavarrea P. y Ortega C. (24), Laurente J. et al (6) y Castillo M. y Chunga C. (26), llegando a cifras del 50%. Todo esto muestra que el nivel de conocimiento cambia notoriamente de una localidad a otra de ahí su importancia de conocerla, en el presente trabajo de encontró un nivel de conocimiento predominante medio con un 86.79%, seguido por un nivel alto de conocimiento con un 7.55% y finalmente solo con un 5.66% con un nivel bajo de conocimiento.

Una característica propia del estudio fue considerar el estatus económico del paciente como una posible variable asociada al nivel de conocimiento sobre TB MDR, esto debido a que el tener un nivel socioeconómico bajo dificulta el acceso a la información de salud. (47) Es así que se determinó que un ingreso mensual  $\geq$  S/. 930 es un factor protector frente al riesgo de tener un nivel de conocimiento medio-bajo sobre TB MDR, disminuyendo este riesgo hasta en un 94%, debido probablemente a que esto les permitiría tener un mayor acceso a fuentes de información de más calidad o de mejor comprensión para el paciente, principalmente a través del uso del internet, al cual generalmente tienen acceso los que se encuentran en un ingreso económico medio-alto.

### **3.3 Aporte científico:**

Brindar un análisis de la realidad problemática del nivel de conocimiento sobre TB MDR de los pacientes que asisten a la ESN-PCT Microred La Victoria 2018, identificando las características de la población, así como los posibles factores que estén asociados a este conocimiento. En este estudio solo se pudo identificar que el tener un ingreso económico, con un ingreso mayor o igual a S/.930, es un factor protector frente al riesgo de tener un nivel de conocimiento medio-bajo, disminuyendo este riesgo hasta en un 94%, esto probablemente porque permiten al paciente tener mayor acceso a diversas fuentes de información de mayor calidad o de mejor comprensión para ellos, ya que como se vio en el análisis a pesar que la mayoría refiere haber recibido información sobre TB MDR por parte del personal de salud solo un escaso número de participantes tiene un buen conocimiento sobre TBMDR.

## **IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **Conclusiones:**

- El único factor asociado al nivel de conocimiento sobre TB MDR en los pacientes que asistenten a la ESN-PCT Microred La Victoria 2018, fue el estatus económico, donde el tener un un ingreso mensual mayor o igual a S/. 930, es un factor protector frente al riesgo de tener un nivel de conocimiento medio-bajo sobre TB MDR.
- El nivel de conocimiento sobre TB MDR en los pacientes de la ESN-PCT Microred La Victoria 2018, fue en su mayoría medio con un 86.79%, seguido de un nivel de conocimiento Alto con un 7.56%, y solamente un 5.66% con un nivel de conocimiento bajo. Al clasificar el nivel de conocimiento sobre TB MDR en dos categorías (Medio-bajo y alto) se vio que más del 90% de los participantes tenían un nivel de conocimiento medio-bajo.
- La exploración de las relaciones de las variables de sexo, edad, grado de instrucción, estado civil y consumo de drogas con el nivel de conocimiento sobre TB MDR en pacientes asistentes a la ESN-PCT Microred La Victoria 2018, no mostraron diferencias estadísticas significativas.

**Recomendaciones:**

- Ampliar la muestra para próximos estudios con el fin de poder encontrar otros factores que estén asociados, ya que es probable que existan otros factores asociados que no fueron identificados por no tener una mayor cantidad de pacientes que tuvieran un nivel alto de conociendo sobre TB MDR,
- Formular estrategias educativas sobre TB MDR dirigidas a los pacientes que tengan in ingreso económico menor a S/. 930 con el fin de aumentar el nivel de conocimiento sobre esta patología.
- Realizar visitas domiciliarias a las familias con ingreso económico menor de S/. 930 con el fin de educarlos sobre TB MDR.

## REFERENCIAS

1. Gagneux S. Host–pathogen coevolution in human tuberculosis. *Philos Trans R Soc B Biol Sci.* 19 de marzo de 2012;367(1590):850-9.
2. World Health Organization. *Global Tuberculosis Report 2017.* S.I.: World Health Organization; 2017.
3. Raviglione M, Sulis G. Tuberculosis 2015: Burden, Challenges and Strategy for Control and Elimination. *Infect Dis Rep.* 24 de junio de 2016;8(2):6570.
4. Mexico, Secretaría de Salud. *Estándares para la atención de la tuberculosis en México* [Internet]. México: Gobierno Federal; 2009. Disponible en: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/CENSIDA/Estandares%20para%20la%20atencion%20en%20TB.pdf>
5. Galindo J. *Relación Entre Nivel de Conocimientos y las Actitudes Hacia el Tratamiento que Tienen los Pacientes con Tuberculosis Pulmonar Centro de Salud Jicamarca – MINSA.* [Internet]. [Lima – Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2008. Disponible en: [http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/301/Galindo\\_jd.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/301/Galindo_jd.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
6. Laurente J, Remuzgo F, Gallardo J, Taype L, Huapaya J, Carrillo J, et al. Conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente. *Rev Peru Epidemiol* [Internet]. 2010 [citado 12 de mayo de 2018];14(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=203119805005>
7. Torres-Chang J, Franco-Kuroki ML, Franco-Fajardo H, Zapata-Ortega R. Factores de riesgo en la aparición de multidrogo resistencia en pacientes con tuberculosis pulmonar. :5.
8. Jave C, Oswaldo H, Contreras M, Hernández U, Andrés V. Situación de la tuberculosis multirresistente en Perú. *Acta Médica Peru.* 2017;34(2):114–125.
9. Choquehuanca R. *Factores de riesgo asociados a Tuberculosis Pulmonar Multidrogorresistente en pacientes atendidos en la Red Camaná Caraveli 2010-2014* [Internet]. [Arequipa - Perú]: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2015. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4231/Mdchler.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Hidalgo R, Alejandro L, Chimoy Tuñoque C. Características epidemiológicas de tuberculosis pulmonar en establecimiento penitenciario de varones de Trujillo - Perú. *Acta Médica Peru.* julio de 2017;34(3):182-7.

11. Khan MS, Hutchison C, Coker RJ. Risk factors that may be driving the emergence of drug resistance in tuberculosis patients treated in Yangon, Myanmar. *PloS One*. 2017;12(6):e0177999.
12. Curasma S. Conocimientos sobre tuberculosis multidrogorresistente de pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional de PCT del CS “Madre Teresa De Calcuta”. *El Agustino*. 2008 [Internet]. [Lima – Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/533/Curasma\\_ts.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/533/Curasma_ts.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
13. Huaynates A. Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria control de la tuberculosis del Centro de Salud «San Luis». 2006 [Internet]. [Lima – Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1025/Huaynates\\_ca.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1025/Huaynates_ca.pdf?sequence=1)
14. Izaguirre F. Factores de riesgo para tuberculosis multidrogo resistente en pacientes de la ESN-PCT de una micro red de Lima. 2016 [Internet]. [Lima – Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5887/Izaguirre\\_rf.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5887/Izaguirre_rf.pdf?sequence=1)
15. Tiemersma EW, van der Werf MJ, Borgdorff MW, Williams BG, Nagelkerke NJD. Natural History of Tuberculosis: Duration and Fatality of Untreated Pulmonary Tuberculosis in HIV Negative Patients: A Systematic Review. *PLoS ONE* [Internet]. 4 de abril de 2011 [citado 13 de mayo de 2018];6(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3070694/>
16. Soto M. Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú, 2015 [Internet]. Perú: Ministerio de Salud; 2016 feb p. 128. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3446.pdf>
17. Rodriguez H. Factores de riesgo para tuberculosis pulmonar multidrogoresistente en la región la Libertad, Perú. *SCIENDO* [Internet]. 11 de marzo de 2014 [citado 13 de mayo de 2018];15(2). Disponible en: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/SCIENDO/article/view/492>
18. Yogui L. Factores de Riesgo para desarrollo de tuberculosis multidrogorresistente en pacientes del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, de junio de 2015 a junio de 2016 [Internet]. [Lima – Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2017. Disponible en: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/1038/1/Yogui%20Lib%C3%B3n%20Fernando\\_2017.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/1038/1/Yogui%20Lib%C3%B3n%20Fernando_2017.pdf)
19. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 - Nacional y Departamental [Internet]. Perú: Gobierno del Perú; 2013. 438 p. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1075/Libro.pdf>

20. Municipalidad Provincial de Chiclayo. Diagnóstico Urbano [Internet]. Chiclayo - Perú: Municipalidad Provincial de Chiclayo; 2011 p. 26. Disponible en: [https://www.munichiclayo.gob.pe/Documentos/PDF\\_PDUA/PDUA\\_CAP\\_III\\_P1.pdf](https://www.munichiclayo.gob.pe/Documentos/PDF_PDUA/PDUA_CAP_III_P1.pdf)
21. Mendivil A, Fernández A. Factores que influyen en la adhesión al tratamiento específico de tuberculosis en pacientes mayores de 18 años pulmonares BAAR positivo curados; municipio de Tarabuco gestiones 2010-2011. Arch Boliv Med. /;27.
22. Delgado V, Cadena L, Trazona G, Lozano C, Rueda E. Nivel de conocimientos sobre tuberculosis en dos comunidades del Área Metropolitana de Bucaramanga, Santander. Rev CES Salud Pública. 22 de abril de 2015;6(1):42-53.
23. Guzmán A. Conocimiento, actitudes y prácticas en casos nuevos de tuberculosis pulmonar con Bacilo de Koch positivos bajo tratamiento antifímico Zona 7 - Ecuador [Internet]. [Loja - Ecuador]: Universidad Nacional de Loja; 2014. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/10479/1/ANDREA%20ELIZABETH%20GUSMAN%20VERA.pdf>
24. Chavarrea P, Ortega K. Relación entre adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y su nivel de conocimientos, en el Distrito 06D05 Guano-Penipe de la provincia de Chimborazo periodo JulioDiciembre del año 2013 [Internet]. [Riobamaba - Ecuador]: Universidad Nacional de Chimborazo; 2014. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/301/1/UNACH-EC-ENFER-2014-0001.pdf>
25. Calderón M, Pérez L, Robledo J. Conocimiento y actitudes sobre tuberculosis en pacientes pertenecientes al programa de control de la tuberculosis de san juan de Lurigancho, Lima-Perú [Internet]. [Lima – Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/655/Conocimiento%20y%20actitudes%20sobre%20tuberculosis%20en%20pacientes%20pertenecientes%20al%20programa%20de%20control%20de%20la%20tuberculosis%20de%20San%20Juan%20de%20Lurigancho%2C%20Lima-Per%20C3%20BA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Castillo M, Chunga C. Nivel de conocimientos que tienen los familiares de los pacientes del programa de Tuberculosis del C.S. Santa Ana - José Leonardo Ortiz - 2013 [Internet]. [Pimentel - Perú]: Universidad Señor de Sipan; 2014. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/261/1/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20DE%20LA%20SALUD.pdf>
27. Aguilar C, Vásquez A, Soto V. Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar de los pobladores de un distrito con alta incidencia, Chiclayo-Perú. Rev Exp En Med Hosp Reg Lambayeque. 21 de enero de 2018;3(4):139-43.
28. Chapoñan C, Santa Cruz C. Conocimientos y actitudes sobre tuberculosis pulmonar en los pobladores del distrito de Lambayeque 2018. [Internet]. [Lambayeque - Perú]: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2018. Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/1781/BC-TES-TMP-632.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

29. Gómez ER. Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología. Editorial El Manual Moderno; 2015. 882 p.
30. Bunge M. La Ciencia su Método y su Filosofía. Ed. Inca Gracilazo de la Vega; 2002. 10 p.
31. Muñoz C. Eficacia de un programa educativo en el incremento de conocimientos sobre autocuidado en personas afectadas con TBC en el centro de salud Conde de la Vega Baja Cercado de Lima - 2014 [Internet]. [Lima – Perú]: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS; 2015. Disponible en: [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4724/3/Munoz\\_Carrillo\\_Cynthia\\_2015.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4724/3/Munoz_Carrillo_Cynthia_2015.pdf)
32. Ciprés MS, Llusar JCB. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. 2004;22.
33. Gupta N, Kumar R, Agrawal B. New Players in Immunity to Tuberculosis: The Host Microbiome, Lung Epithelium, and Innate Immune Cells. Front Immunol [Internet]. 10 de abril de 2018 [citado 13 de mayo de 2018];9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5902499/>
34. Esmail H, Barry CE, Young DB, Wilkinson RJ. The ongoing challenge of latent tuberculosis. Philos Trans R Soc B Biol Sci [Internet]. 19 de junio de 2014 [citado 12 de mayo de 2018];369(1645). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4024230/>
35. Arango M. Historia natural de la Tuberculosis. Fisiopatogenia de la infección y la enfermedad en el niño. Neumol Pediátrica. 2015;10(4):155-9.
36. Magallanes C, Olano M. Perú: Tuberculosis multidrogo resistente, extremadamente drogorresistente y VIH/SIDA [Internet]. Lima – Perú: Congreso de la República; 2014 sep p. 24. Report No.: 68-2014-2015. Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/44852AEB35D3FABA0525810C00530B68/\\$FILE/268\\_INFIVES68\\_2014\\_2015\\_tuberculosis.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/44852AEB35D3FABA0525810C00530B68/$FILE/268_INFIVES68_2014_2015_tuberculosis.pdf)
37. Guzmán Miranda O. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. :15.
38. Diccionario de la lengua española. 23.a ed. © Real Academia Española; 2014.
39. Gutiérrez C, Contreras H, Trujillo D, Haro, E, Ramos-Castillo J. Drogas ilegales en escolares de Lima y Callao: factores familiares asociados a su consumo. An Fac Med. 3 de diciembre de 2012;70(4):247.
40. Pita S, Pértegas S. Investigación cuantitativa y cualitativa. Cad Aten Primaria. 2002;9:76-8.
41. Monje C. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa-Guía didáctica [Internet]. 1era ed. Neiva-Colombia: Universidad Surcolombiana; 2011. 217 p. Disponible en: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>



42. Zárate C, Carvajal Y, Figueredo C, Robles H. Metodología de la Investigación [Internet]. Lima – Perú: Universidad San Martín de Porres; 2017. 79 p. Disponible en: <http://www.usmp.edu.pe/estudiosgenerales/pdf/2017-I/MANUALES/METODOLOGIA%20DE%20LA%20INVESTIGACION.pdf>
43. Ciapponi A. Guía de lectura crítica de estudios observacionales en epidemiología (primera parte). Evid - Actual En Práctica Ambulatoria. octubre de 2010;13(4):135-40.
44. Gérvas J, Pérez C. Evaluación de las intervenciones en salud: la búsqueda del equilibrio entre la validez interna de los resultados y la validez externa de las conclusiones. Rev Esp Salud Publica. 2008;82(6):577-9.
45. Chirinos M. Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar en pacientes que acuden al hospital nacional Sergio Enrique Bernales, 2018 [Internet]. [Lima – Perú]: Universidad Privada San Juan Bautista; 2018. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1549/T-TPMC-%20Miluska%20Lesly%20%20Chirinos%20Melendez.pdf?sequence=1>
46. 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 Pública. 30 de junio de 2017;34(2):299-310.
47. Barrantes R, Busse P. Salud, vulnerabilidades, desigualdades [Internet]. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2014. 142 p. Disponible en: <http://repositorio.iep.org.pe/bitstream/IEP/598/2/estudiossobredesigualdad9.pdf>

## ANEXOS

### ANEXO 1 FORMULARIO

#### I. INTRODUCCION:

Muy buenos días soy estudiante de enfermería de la Universidad Señor de Sipan, en esta oportunidad le presento un formulario que forma parte de un estudio de investigación titulado "Factores asociados al nivel de conocimiento sobre tuberculosis multidrogorresistente en pacientes asistentes a la ESN-PCT Microred La Victoria.2018" cuyo objetivo es determinar qué factores están asociados con el nivel de conocimiento sobre tuberculosis multidrogorresistente (enfermedad, tratamiento farmacológico, detección, diagnóstico y medidas de prevención) en pacientes asistentes a la ESN-PCT Microred La Victoria.2018.

Los resultados que se obtengan del presente estudio servirán para constituir propuestas en la que se ponga de manifiesto la educación para la salud, en base de medidas preventivas de la tuberculosis multidrogorresistente por lo cual pido su colaboración.

El formulario es anónimo y confidencial por lo que se le solicita que sus respuestas sean dadas con la mayor sinceridad posible.

#### II. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE:

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Sexo: masculino ( ) femenino ( ).
3. Antecedente de Diabetes Mellitus: No ( ) Si ( ); ¿cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_
4. Antecedente de VIH/SIDA: No ( ) Si ( ); ¿cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_
5. Usa algún tipo de droga: marihuana( ), cocaína ( ), pasta básica cocaína ( ), alcohol ( ), anfetaminas ( ).
6. Antecedente de haber recibido tratamiento contra tuberculosis anteriormente: Si ( ) No( )
7. Número de personas que viven con usted: \_\_\_\_\_
8. ¿Con cuantas personas comparte la habitación?: \_\_\_\_\_
9. Ingreso Mensual: a) Mayor o igual a S/. 930 b) Menor de S/. 930
10. Estado Civil:
  - a) Soltero
  - b) Casado (a)
  - c) Conviviente
  - d) Viudo (a)
  - e) Divorciado/Separado
11. Grado de Instrucción:
  - a) Primaria

- b) Secundaria
- c) Superior
- d) Otros(Especifique).....

12. Ocupación:

- a) Obrero
- b) Empleado
- c) Desempleado
- d) Informal
- e) Estudiante
- f) Otros(Especifique).....

13. Ha recibido información sobre tuberculosis multidrogorresistente?

- a) Sí
- b) No

Si su respuesta es si, ¿De quién recibió la información?

- a. Amigos o vecinos
- b. Parientes
- c. Medios de comunicación
- d. Profesionales de la salud
  - ✓ Medico
  - ✓ Enfermera
  - ✓ Otros (especifique).....

**III. CONOCIMIENTOS SOBRE LA TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE.**

1. ¿Cómo podría definir Ud. la tuberculosis multidrogorresistente con sus propias palabras?

- a) Una enfermedad contagiosa
- b) Una enfermedad infectocontagiosa
- c) Una enfermedad hereditaria
- d) Una enfermedad viral
- e) Otros(especifique).....

2. ¿La tuberculosis simple es igual a la tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR)

- a) Si
- b) No

Si es no, en que se diferencia:

- a. En la TB-MDR los bacilos son sensibles a por lo menos dos medicamentos
- b. En la TB-MDR los bacilos son sensibles a los medicamentos.
- c. En la TB-MDR los bacilos son resistentes a por lo menos dos medicamentos.
- d. En la Tuberculosis simple los bacilos son resistentes a los medicamentos.
- e. Otros (especificar).....

3. ¿Cómo puede contagiar una persona con TB MDR a una persona sana?

- a) Al compartir sus cubiertos con su familia.
- b) Cuando elimina el esputo al aire libre al hablar y otro las inhala.
- c) Al dar la mano y abrazo.
- d) Dando su ropa para uso personal
- e) Otros(especifique).....

4. En caso de que una persona tenga tos por más de 15 días ¿Qué haría Ud.?

- a) Quedar en casa y reposar en cama hasta que pase.
- b) Ir al Centro de Salud para que realicen pruebas de diagnostico
- c) Ir al curandero
- d) Ir a la farmacia para que me receten algo
- e) Otros(especifique).....

5. ¿Ud. Conoce alguna(as) pruebas de diagnóstico para la tuberculosis multidrogorresistente?

- a) Examen de sangre, cultivo
- b) Examen de orina, Prueba de esputo
- c) Prueba de esputo, radiografía de tórax
- d) Prueba de sensibilidad, cultivo, y radiografía de tórax
- e) Otros(especifique).....

6. Sabe ¿Cómo se les denomina a las personas que conviven y mantienen estrecha relación con el paciente tuberculoso?

- a) Familiares
- b) Amigos
- c) Contactos
- d) Compañeros de estudio
- e) Otros(especifique).....

7. La personas que conviven y son muy cercanas a Ud. ¿Qué prueba se realizaron o qué prueba deben realizarse?
- a) Exámen de orina
  - b) Vacunaciones
  - c) Prueba de esputo(BK)
  - d) Examen de sangre
  - e) Otros(especifique).....
8. ¿ En qué esquema de tratamiento se encuentra?
- a) Esquema para tuberculosis sensible
  - b) Esquema para tuberculosis resistente
  - c) Tratamiento Individualizado
  - d) Tratamiento Estandarizado
  - e) Tratamiento Empírico
  - f) Otros(especifique).....
9. El paciente con tuberculosis multidrogorresistente toma otros medicamentos ¿cuáles conoce usted?
- a) Rifampicina, Pirazinamida, Isoniazida.
  - b) Isoniazida, Rifampicina, Etambutol.
  - c) Capreomicina, Q-Pas, Kanamicina, Cicloserina
  - d) Pirazinamida, Estreptomina, Isoniazida.
  - e) Otros(especifique).....
10. Un paciente con tuberculosis multidrogorresistente inicia tratamiento individualizado cuando:
- a) No tiene prueba de sensibilidad
  - b) Tiene prueba de esputo
  - c) Tiene prueba de sensibilidad
  - d) El paciente tiene radiografía de tórax
  - e) Otros(especifique).....
11. La vacuna que nos protege de la formas graves de tuberculosis es:
- a) Antitetánica
  - b) DPT
  - c) Pentavalente
  - d) BCG
  - e) Otros(especifique).....

12. ¿Cuándo se debe aplicar la vacuna?

- a) Al año
- b) A los cinco años
- c) Al mes de nacido
- d) Recién nacido
- e) Otros(especifique).....

13. Si tiene un pariente o una persona cercana a Ud menor de 19 años que tratamiento debe recibir:

- a) Quimioterapia
- b) Quimioprofilaxis
- c) Aislamiento
- d) Prueba de esputo
- e) Otros(especifique).....

14. ¿Cómo se debe tener la vivienda?

- a) Limpia, arreglada, pero ventilada
- b) Ventilada, iluminada
- c) Limpia, iluminada, ventilada
- d) Arreglada, limpia, iluminada
- e) Otros(especifique).....

15. ¿Cómo debe alimentarse una persona para protegerse de la tuberculosis multidrogorresistente?

- a) Alimentación adecuada y balanceada (rica en proteínas)
- b) Dieta baja en proteínas
- c) A cualquier hora
- d) Frutas y verduras principalmente
- e) Otros(especifique).....

16. ¿Qué debe hacer un paciente con tuberculosis multidrogorresistente al toser?

- a) Cubrirse la boca y no hablar
- b) Cubrirse la boca y mantenerse alejado
- c) Cubrirse la boca y hablar de frente
- d) Cubrirse la boca y evitar hablar de frente
- e) Otros(especifique).....

## ANEXO 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESARROLLAR EL CUESTIONARIO ACERCA DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE

Para protección de los derechos éticos de los participantes, que proporcionarán la información para la investigación titulada: "Factores asociados al nivel de conocimiento sobre tuberculosis multidrogorresistente en pacientes asistentes a la ESN-PCT Microred La Victoria.2018". Se formulará el siguiente consentimiento informado:

Yo \_\_\_\_\_ Identificado (a) con N° de DNI \_\_\_\_\_, como informante de la investigación, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, doy constancia de lo siguiente:

He sido informado(a) de manera verbal y escrita el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año 2018, sobre los aspectos de investigación.

Para que así conste, firmo con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna el presente documento y recibo un duplicado del mismo.

\_\_\_\_\_  
Investigadora:  
Gonzales Salazar Ana Rosa

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

Firma del paciente

Lugar y Fecha.....

### ANEXOS N°3

#### EVALUACIÓN DEL INFORME DE INVESTIGACIÓN

**FACULTAD:**.....**ESCUELA:**.....

**ESTUDIANTE:**.....

**TEMA:**.....

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:** .....

**DOCENTE:** ..... **FECHA:** .....

INDICADORES	NIVEL MÁXIMO POSIBLE A LOGRAR	NIVEL EFECTIVO LOGRADO POR EL INDICADOR	
		ESTUDIANTES	
		1	2
Respetar la estructura del producto observable propuesto.	1.0		
El título es claro y refleja el contenido esencial del tema de estudio.	1.0		
El resumen contiene el tema de investigación, metodología, resultados y conclusiones.	1.0		
La introducción incluye los antecedentes del tema, el propósito de la investigación, y los aportes que se brindarán a través de ella.	2.5		
En material y métodos realiza la descripción del tipo y/o diseño adecuado de la investigación, así como del método utilizado para llevar a cabo la investigación. También contiene la población y la muestra de estudio.	2.0		
Los Resultados se presentan siguiendo una secuencia lógica en el texto, tablas e ilustraciones (si fueran necesarias), destacando en primer lugar los hallazgos más importantes.	2.0		
La Discusión destaca los aspectos más novedosos e importantes, así como la interpretación y análisis de las implicancias de los resultados, estableciendo la articulación y/o la distancia con las investigaciones similares que se han realizado y han sido citadas como antecedentes.	2.0		
Elabora correctamente las conclusiones del trabajo, teniendo en cuenta los objetivos de la investigación.	1.5		
Las referencias bibliográficas se consignan de acuerdo a las normas internacionales.	1.0		
Presenta puntualmente el producto observable.	1.0		
<b>Exposición del informe de investigación</b>			
Demuestra dominio temático.	1.5		
Explica en forma clara y coherente.	1.0		
Utiliza los medios y materiales adecuadamente.	1.0		
Responde asertivamente las preguntas formuladas.	1.5		



