

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“PERCEPCION DE RIESGO DE RECAIDA Y ACTITUD AL
AUTOCUIDADO EN PACIENTES TRATADOS POR ENFERMEDAD
TUBERCULOSA EN EL C.S. METROPOLITANO DE LA RED TACNA
DURANTE LOS AÑOS 2012-2016”**

PRESENTADO POR:

Víctor Hugo Condori Valverde

ASESOR:

Pedro Aníbal Novoa Avalos

Para optar por el Título Profesional de médico cirujano

TACNA, 2017

DEDICATORIA:

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres.

Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mis familiares.

A mi hermano Álvaro, de la cual aprendí aciertos y de momentos difíciles; a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

A mis maestros.

Aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario, y que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de la tesis.

AGRADECIMIENTOS:

*Principalmente a la Universidad Privada de Tacna
Por haberme aceptado ser parte de ella
y abierto las puertas de su seno científico.*

*A mi asesor Dr. Pedro Aníbal Novoa Avalos
Por haberme brindado la oportunidad de acudir a su
capacidad y conocimiento científico, para guiarme
durante el desarrollo de mi tesis.*

RESUMEN

Objetivo: Conocer la percepción de riesgo de recaída y actitud al autocuidado en pacientes tratados por enfermedad tuberculosa en el C.S. Metropolitano de la Red Tacna entre los años 2012-2016.

Material y método: Diseño observacional analítico y de corte transversal prospectivo. 79 pacientes del C.S. Metropolitano que fueron encuestados mediante instrumentos validados.

Resultados: Del total de encuestados que reunieron los criterios de inclusión 25.3% percibe la posibilidad de riesgo de recaída. El 39.2% se encuentra indiferente o indeciso frente a esta condición y un 35.4% no percibe la posibilidad de estar en riesgo de padecer nuevamente la enfermedad. Sólo el 29.1% tiene una actitud positiva frente al autocuidado. El 41.8% tiene una actitud negativa y el 29.1% de indiferencia. La variable principalmente asociada a percepción de riesgo de recaída fue la edad ($p: 0.002$), dónde a mayor edad la no percepción del riesgo de recaída es menor. No hay asociación con las demás variables (sexo, condición de aseguramiento y diagnóstico principal) con la percepción del riesgo de tuberculosis.

Conclusiones: Existe una alta asociación entre la percepción del riesgo como variable influyente y el nivel de actitud al autocuidado ($p: 0.004$). A mayor percepción del riesgo mejora esta actitud.

Palabras clave: Tuberculosis, percepción de riesgo, autocuidado.

ABSTRACT

Objective: To know the perception of risk of relapse and attitude to self-care in patients treated for tuberculosis disease in C.S. Metropolitan of the Tacna network during the years 2012-2016.

Material and method: Analytical and prospective cross-sectional observational design. 79 patients from C.S. Metropolitan who were surveyed using validated instruments.

Results: Of the total of respondents who met the inclusion criteria, 25.3% perceived the possibility of risk of relapse. 39.2% are indifferent or indecisive about this condition and 35.4% do not perceive the possibility of being at risk of suffering the disease again. Only 29.1% have a positive attitude towards self-care. The 41.8% have a negative attitude and 29.1% of indifference. The variable mainly associated with perceived risk of relapse was age ($p: 0.002$), where the older the non-perception of the risk of relapse is lower. There is no association with the other variables (gender, assurance condition and main diagnosis) with the perception of the risk of tuberculosis.

Conclusions: There is a high association between the perception of risk as an influential variable and the level of attitude to self-care ($p: 0.004$). The greater perception of risk improves this attitude.

Key words: Tuberculosis, risk perception, self-care.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	08
CAPITULO 1.....	09
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	09
1.1 Fundamentación del Problema.....	09
1.2 Formulación del problema.....	11
1.3 Objetivos de la Investigación.....	11
1.3.1 Objetivo General.....	11
1.3.2 Objetivo Especifico.....	12
1.4 Justificación.....	12
CAPITULO 2.....	14
REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	14
2.1 Antecedentes de la investigación.....	14
2.2 Marco teórico.....	19
2.2.1 Prevalencia de infección y riesgo de infección por tuberculosis	19
2.2.2 Factores de riesgo.....	23
2.2.3 El autocuidado.....	25
2.2.4 Actitudes de los pacientes con tuberculosis pulmonar.....	26
2.3 DEFINICION CONCEPTUAL EN TUBERCULOSIS.....	27
CAPITULO 3.....	30
VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES.....	30
3.2 Operacionalización de las variables.....	30
CAPITULO 4.....	32
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	32
4.1 Diseño.....	32
4.2 Ámbito de estudio.....	32
4.2.1 Población y muestra.....	34
4.2.2 Criterios de Inclusión.....	34
4.2.3 Criterios de Exclusión.....	34

4.3 Instrumentos de Recolección de datos. (Ver anexo)	35
CAPITULO 5	37
PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	37
RESULTADOS	39
DISCUSION	56
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	63
ANEXOS	66

INTRODUCCIÓN

La vigilancia específica de la tuberculosis en Perú incluye, además de la notificación de la enfermedad y la vigilancia de laboratorio, la entrega de la información mensual de los casos en tratamiento por parte de los establecimientos de salud. En este registro se debe dar cuenta de la pertenencia de cada paciente a los grupos de riesgo especificados en el Programa. Un seguimiento post tratamiento en realidad no se ejecuta en la realidad y el paciente una vez dado de alta, no existe un seguimiento evidente de la evolución post tratamiento en prevención de factores de riesgo y estrategias en el autocuidado. El perfil epidemiológico actual muestra que la enfermedad se ha ido concentrando en los grupos de riesgo para desarrollar la enfermedad, especialmente en las poblaciones más jóvenes donde las recaídas o contagio a familiares se hace cada vez más evidente.

En el presente trabajo nos proponemos identificar el nivel de percepción de riesgo, relacionado principalmente a la recaída; el nivel de actitud al autocuidado y evaluar la relación entre ambas variables, según características sociodemográficas del paciente dado de alta que recibió tratamiento antituberculoso en el C.S Metropolitano de La Red De Salud Tacna entre los años 2012 y 2016.

No existen estudios al respecto y la presente investigación pretende identificar un problema que se hace cada vez más evidente. Se trabajó con una población quinquenal y los datos obtenidos pueden servir para sentar la línea de base en los aspectos de autocuidado y percepción del riesgo en este grupo de pacientes.

CAPITULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

La tuberculosis continúa siendo una de las enfermedades infecciosas de mayor transmisión en el mundo(1). Es la enfermedad más antigua que ha padecido el ser humano, la que más ha diezmado a la sociedad a lo largo de su historia, y continúa siendo en la actualidad la infección que mayor número de enfermos y muertes ocasiona en el mundo(2). En la región de las Américas, Perú es el segundo país con mayor número de casos nuevos de tuberculosis después de Brasil, y es el país con mayor número de casos con tuberculosis multidrogorresistente entre los casos con tuberculosis notificados(3). Lima, la capital de Perú, es donde se concentra el 56% de casos con tuberculosis, el 80% de tuberculosis multidrogorresistente y el 89% de tuberculosis extensamente resistente(4). A nivel regional, en el año 2014, se han notificado 480 casos de tuberculosis sensible; de ellos, el 94.6% fueron casos nuevos que en gran proporción fueron diagnosticados como TB BK (+), seguida por los casos extrapulmonar (18.8%) y TB BK (-) con un 10.2 %; la tasa de incidencia de tuberculosis sensible a nivel regional es igual a 142.2 x 100,000 habitantes (5).

En las Américas se detectaron 280 000 casos nuevos en el año 2012 y ocurrieron 19 000 muertes, sin incluir los infectados por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), lo cual representa el 3 % del total a nivel mundial, siendo Brasil, Perú, México y Haití los que aportan el 61 % de los casos(6). A nivel mundial, en el 2010,

la OMS estimó la existencia de 8,8 millones de casos de tuberculosis a nivel global y una incidencia de 128 casos nuevos por 100.000 habitantes. La distribución geográfica de esta enfermedad muestra que las zonas de mayor endemia son el África sub-sahariana y el Sudeste Asiático, especialmente la India. Ese año, del total de casos de tuberculosis notificados en el mundo, India y China sumaron el 40% y África el 24%. En el África sub-sahariana la tasa alcanzó el año 2011 una incidencia de 260 x 100.000. Desafortunadamente, los países con mayor prevalencia de tuberculosis también tienen altos niveles de infección VIH y resultan ser también los más pobres.

Las mejores medidas de prevención de tuberculosis son la detección precoz y el tratamiento oportuno. Sin embargo para frenar la transmisión de la tuberculosis, es imprescindible educar en riesgo y autocuidado, respecto a la importancia de esta enfermedad y en las medidas preventivas que pueden realizar al respecto(6). La situación de vulnerabilidad de los pacientes y su nivel de percepción al riesgo de recaer ante el tratamiento de la tuberculosis ha sido ampliamente abordada en la investigación científica. Los temas que más sobresalen en los estudios de casos consideran un conjunto de características personales de los pacientes que se han observado en la práctica concreta como factores determinantes de la no adherencia al tratamiento. Se han estudiado aspectos relacionados con la condición socioeconómica que caracteriza el acceso a la satisfacción de necesidades básicas y el ambiente familiar, hábitos personales, la ocupación laboral, y la percepción del riesgo, la historia natural de la enfermedad y la aplicación de medicamentos, así como el acceso a la educación formal. Estos elementos, en su conjunto, explican la trayectoria social del paciente tuberculoso que se enfrenta a

esquemas de tratamiento muy exigentes en cuanto a dosis, duración y efectos secundarios(7).

Uno de los principales riesgos que se tiene al terminar un tratamiento es el de recaída, donde el autocuidado es el de mayor importancia como medida preventiva. Su relación está altamente asociada, pero que no es considerada en las estrategias de salud ni mucho menos ha sido medida. En el presente trabajo pretende conocer como el paciente percibe el riesgo de recaer en su enfermedad o padecer nuevamente la enfermedad, por ser esto uno de los principales peligros y que actitud tiene hacia el autocuidado como uno de los principales mecanismos de prevención.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la percepción de riesgo de recaída y actitud al autocuidado en pacientes tratados por enfermedad tuberculosa en el C.S Metropolitano de la Red Tacna durante los años 2012-2016?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

1. Medir la percepción de riesgo de recaída y actitud al autocuidado en pacientes tratados por enfermedad tuberculosa en el C.S Metropolitano de la Red Tacna entre los años 2012-2016.

1.3.2 Objetivo Específico

1. Identificar el grado de percepción de riesgo en el paciente tratado por enfermedad tuberculosa en el C.S Metropolitano de la Red Tacna entre los años 2012-2016, mediante un test estructurado de percepción de riesgo.
2. Medir el nivel de actitud al autocuidado en el paciente tratado por enfermedad tuberculosa en el C.S Metropolitano de la Red Tacna entre los años 2012-2016, mediante un test validado de Likert.
3. Medir la relación entre el nivel de percepción de riesgo y la actitud al autocuidado mediante contraste estadístico (Chi cuadrada y valor p) según características sociodemográficas del paciente (edad, sexo, localidad, aseguramiento, ocupación, año de diagnóstico) tratado por enfermedad tuberculosa en el C.S Metropolitano de la Red Tacna entre los años 2012-2016.

1.4 Justificación

Dada la necesidad de un fortalecimiento de la capacidad de respuesta para el control de la tuberculosis como problema de salud, el objetivo y utilidad de esta investigación es identificar la línea basal para la medición de la percepción de riesgo y el autocuidado del paciente que recibió tratamiento en los últimos 5 años en el establecimiento de salud C.S. Metropolitano de la ciudad de Tacna.

Además, se pretende medir la actitud de autocuidado, pudiendo ésta ser positiva, indiferente o negativa, e Identificar el grado de percepción de riesgo; y qué relación hay entre estas dos variables.

Esto puede servir para orientar el programa de apoyo al paciente que recibió tratamiento y fue dado de alta. En este sentido, el Ministerio de Salud espera estrategias con el enfoque de ayuda y prevención de riesgos, dentro del programa de Actividades Preventivo Promocionales (APPs); permitiendo identificar los pacientes que realmente son de interés para el seguimiento.

Los aportes obtenidos serán entregados a los encargados de dirigir estos programas con la posibilidad de que en futuros estudios de investigación se realicen propuestas de estrategias de control y seguimiento.

CAPITULO 2

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes de la investigación

Rossetto (Brasil, 2013) se analiza la percepción adherente al tratamiento de los usuarios, los significados atribuidos a los riesgos de la enfermedad. El estudio cualitativo se ha desarrollado desde la Teoría Fundamentada. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas, con 19 usuarios como sujetos de la adhesión a la terapia antituberculosa. El proyecto fue aprobado por el comité de ética de la investigación. Los participantes de la encuesta indican riesgos relacionales como la posibilidad de daño que la tuberculosis es la interacción del paciente con la sociedad, con la interferencia de dimensiones públicas y privadas de la vida cotidiana. El reconocimiento de los participantes como sujetos de riesgos forma parte de un proceso que está produciendo identidades, por lo que buscaron una imagen de la materia, la preservación de sus relaciones personales y la interacción en la sociedad(8).

Muñoz (Perú, 2013) se plantea el objetivo de determinar la eficacia de la aplicación de un programa educativo en el incremento de conocimientos sobre autocuidado en persona afectadas con TBC. Material y Método: El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método cuasi-experimental, prospectivo, transversal. La población estuvo conformada por 14 personas afectadas con TBC. La técnica fue la entrevista y

el instrumento un cuestionario, aplicado previo consentimiento informado. Resultados: Del 100 por ciento), 50 por ciento conocen, y 50 por ciento no conocen; luego de la aplicación del programa educativo el 100 por ciento conocen sobre el autocuidado en TBC. Conclusiones: Los conocimientos sobre autocuidado de las personas afectadas con TBC, antes de la aplicación del programa educativo resultaron tener un porcentaje equitativo a no conocen, lo cual está dado por la duración de la actividad física, definición de actividad física, las horas mínimas de sueño y qué es estilo de vida saludable y lo que conocen sobre cómo debe ser la alimentación de una persona afectada con TBC así como los aspectos básicos de autocuidado que deben considerar. Luego de la aplicación del programa educativo la mayoría conocen sobre la enfermedad, los signos y síntomas, cómo se contagia la enfermedad, qué hacer para que la enfermedad no se complique, la importancia de la higiene física y mental, las condiciones mínimas para el descanso y sueño y cómo debe ser la alimentación ideal de una persona afectada con TBC, aplicando la prueba estadística T de student se comprobó la hipótesis de estudio que el programa educativo es efectivo en el incremento de conocimientos sobre autocuidado en personas afectadas con TBC(9).

Aliaga y Col (Perú, 2013) miden el nivel de conocimientos sobre prácticas de autocuidado y su relación con las variables sociodemográficas en pacientes con tuberculosis pulmonar registrados en la estrategia nacional de prevención y control de tuberculosis pulmonar. Material y métodos: el tipo de estudio es descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 pacientes con diagnóstico de tuberculosis

pulmonar pertenecientes al esquema de tratamiento I, que se encuentran registrados en la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis Pulmonar del Centro de Salud CLAS San Martín de Porres. Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario estructurado, elaborado por las investigadoras. El instrumento fue validado por juicio de expertos y se realizó la prueba piloto. Para el procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15.0, para la recolección de datos se solicitó el permiso a la institución, se identificó a la población de estudio y se solicitó el consentimiento informado. Resultados: los resultados mostraron que, del total de pacientes evaluados predominó el nivel de conocimientos medio con 43,3%, mientras que 26,7% de los pacientes presentó un nivel de conocimientos bajo. El 43% de los pacientes de sexo femenino presentó un alto nivel de conocimientos. El 50% de pacientes entre 25, a 44 años presentó un nivel de conocimiento medio. Las pacientes de nivel de educación superior presentan un nivel de conocimiento alto; con relación al grado de instrucción el que predominó fue superior universitario con 50%; el 45% de pacientes que trabajan presentó un nivel de conocimientos alto. Se respetaron los principios bioéticos. Conclusiones: la mayoría de los pacientes con tuberculosis presentan un nivel de conocimiento medio bajo sobre autocuidado. Existe asociación significativa entre el nivel de conocimiento al nivel de instrucción y la ocupación de los pacientes(10).

Garzón (Colombia, 2011) mide las alteraciones de patrones funcionales de salud que más frecuentemente se presentan en personas con tuberculosis pulmonar en tratamiento. Estudio cualitativo, descriptivo, basado en la técnica de análisis de

contenido. Durante el segundo semestre de 2009 se valoraron los patrones funcionales de salud de pacientes inscritos en el Programa de Prevención y Control de Tuberculosis de tres instituciones prestadoras de salud de carácter público de Villavicencio, Meta. Los patrones más alterados son el patrón de actividad y ejercicio, patrón de nutrición y metabolismo, patrón cognoscitivo perceptual y patrón de autopercepción y auto concepto. La fatiga y la disnea comprometen los desplazamientos a la institución de salud, la disminución de la energía dificulta mantener un empleo, lo que afecta los ingresos familiares. Hay desconocimiento acerca de aspectos relevantes para el control de la enfermedad. Se presentan manifestaciones de tristeza y aislamiento asociadas a la percepción social negativa de la enfermedad. El servicio del equipo de salud debe responder a las situaciones complejas de los enfermos, que van más allá de la administración del tratamiento. Enfermería tiene un rol protagónico en la creación de escenarios de cuidado apropiados y en el fomento de la interdisciplinariedad para la atención integral de los enfermos. Se recomienda desarrollar intervenciones individualizadas con guías de cuidado de enfermería y de manera particular mejorar la información suministrada a las personas acerca de la enfermedad, el tratamiento y las estrategias de prevención y de control de la transmisión(11).

Álvarez (México, 2000) publica las percepciones y prácticas que los enfermos de tuberculosis tienen sobre la enfermedad y la adherencia al tratamiento. Estudio cualitativo de 11 entrevistas grupales a 62 pacientes con tuberculosis diagnosticados durante 1997 y 1998 en las regiones Centro, Los Altos y Fronteriza de Chiapas, México. Las causas de la

enfermedad referidas por los pacientes fueron el contagio por trastes, el trabajo excesivo, la alimentación, el frío y otras sin relación con la transmisión de persona a persona. La incapacidad para el trabajo se reflejó en crisis económica del paciente y su familia. El estigma social impactó emocionalmente en la vida personal, familiar, laboral y de comunidad. El desconocimiento sobre la enfermedad propició la elección de diferentes alternativas para su atención. Los servicios de salud y la inadecuada relación médico-paciente influyeron en el retardo en los controles post tratamiento y falta de adherencia al servicio. Se sugiere un programa de difusión sobre aspectos básicos de la enfermedad y su tratamiento(12).

Larico (Perú, 2009) refiere que la tuberculosis es una enfermedad de trascendencia social, que plantea serios problemas de salud pública, debido a las diferentes causas como el déficit de saneamiento ambiental, hacinamiento, deficiente nivel educativo para la salud, estrés social y deficiente alimentación. Sobre estos aspectos se concretiza el presente estudio, aplicando la relación entre el conocimiento de las medidas preventivas y las actitudes en el autocuidado de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar, del Centro de Salud “Los Libertadores” del distrito de San Martín de Porres Lima. Que tiene como propósito brindar información, al sector interdisciplinario que labora en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis, lo que permitirá desarrollar ideas innovadoras de educación e información y así favorecer un clima adecuado para la comunicación con el paciente. Se utilizó en el estudio de Investigación el Método Descriptivo Prospectivo Correlacional de corte transversal. La población considerada fue el universo de 40 pacientes, que cumplieron

con el criterio de inclusión. Para la correlación de datos, se utilizó la Técnica de la entrevista y los Instrumentos fueron el cuestionario empleado para medir los conocimientos y la escala tipo Lickert para las actitudes. Los resultados que se obtuvieron nos llevaron a la siguiente conclusión: No existe relación entre conocimientos y actitudes que tiene los pacientes con Tuberculosis Pulmonar; el 80% (32) tiene conocimientos sobre las Medidas Preventivas y con respecto a las Actitudes en el Auto cuidado de los pacientes el 55% muestran una actitud de Indiferencia(13).

2.2 Marco teórico

2.2.1 Prevalencia de infección y riesgo de infección por tuberculosis

Se ha descrito que no todas las personas expuestas al *M. tuberculosis*, desarrollan la enfermedad, un cierto porcentaje de los expuestos pueden permanecer en estado de infección latente y de estos entre el 5 y 20% de los mismos pueden llegar a desarrollar la enfermedad en algún momento de su vida, esta estimación puede estar influenciada por una serie de factores que alteren la condición inmune de la persona como el estar infectado por VIH (16,19). Medir el estado de infección por TB, ha sido un reto importante en el control de esta enfermedad (14) (15).

2.2.2 Evolución de la tendencia de la incidencia de la Tuberculosis

En la década de los años 1980 nuestro país fue calificado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como un país con severa endemia de tuberculosis, por tener una de las más altas tasas de prevalencia e incidencia de América y una cobertura de tratamiento baja. Durante los años 1990 se fortalece el programa de control con el acceso a recursos económicos que le permitió brindar tratamientos gratuitos para TB sensible, tener recursos para laboratorio y diagnóstico, así como para capacitar al personal e impulsar el tratamiento supervisado en primera y segunda fase como estándar nacional.

El acceso a diagnóstico y tratamiento gratuito permitió detectar por lo menos al 70% de los casos, curar al 85% de los casos de TB sensible y reducir la mortalidad significativamente, con lo que el Perú salió de la lista de los 23 países con mayor prevalencia de TB en el mundo. Sin embargo, a mediados de la década de los 90 también se detectaron los primeros casos de TB multidrogorresistente (TB MDR) en el país, llegando a ser el país con la mayor carga de TB MDR en la región de las Américas(16).

Desde el fortalecimiento del programa de control de la tuberculosis en la década de los 90 hasta el año 2003, en el país se observó una disminución sostenida en la incidencia de TB mayor al 8% anual. Posterior a esta época la tendencia se mantuvo casi estacionaria, observándose una disminución promedio anual de 2%. La tendencia de la

incidencia de TB por departamento, en la última década no ha sido similar para todos los departamentos, en algunos departamentos la incidencia ha seguido un curso decreciente o estacionario, pero en otros departamentos (como Ucayali, Loreto, Tacna, Madre de Dios) la incidencia se ha incrementado(16).

En el Perú anualmente se notifican alrededor de 27 mil casos nuevos de enfermedad activa y 17 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar frotis positivo, somos uno de los países con mayor cantidad de casos de tuberculosis en las Américas. Por otro lado, la emergencia de cepas resistentes han complicado las actividades de prevención y control, en los últimos 2 años en el país se han reportado más de 1500 pacientes con tuberculosis multidrogo resistente (MDR) por año y alrededor de 100 casos de tuberculosis extensamente resistente (XDR) por año.

A nivel regional, en el 2014 se han notificado 480 casos de tuberculosis sensible; de ellos, el 94.6% fueron casos nuevos que en gran proporción fueron diagnosticados como TB BK (+), seguida por los casos extrapulmonar (18.8%) y TB BK (-) con un 10.2 %; la tasa de incidencia de tuberculosis sensible a nivel regional es igual a 142.2 x 100,000 hab., en TBP BK (+) es 93.31 x 100,000 hab., siendo importante describir que ésta última tasa a través de los años presenta una disminución progresiva (2005-2012). Por etapas de vida, la tuberculosis se presenta principalmente en los jóvenes (45.4%) y los adultos (34.2%), es decir, se encuentra presente en las edades más productivas; pero todos los grupos de edad están en riesgo

aunque en menor proporción; según género los más afectados fueron las personas de sexo masculino (57.7%). Por provincias, el 98.8% de los casos corresponden a Tacna, el 1.2% restante se distribuye entre Jorge B. Grohmann (0.8%), Candarave (0.2%) y Tarata (0.2%); según distritos, 10 se encuentran en Muy Alto Riesgo: Ciudad Nueva, Alto de la Alianza, Tacna, Ticaco, Calana, Gregorio Albarracín, Pocollay, Quilahuani, Locumba y Las Yaras; 02 en Alto Riesgo: Ite y Pachía (a pesar de registrar 02 casos anuales); Inclán se encuentra en Mediano Riesgo y 14 distritos no reportaron casos nuevos de tuberculosis.

2.2.3 Distribución por edad y género en el Perú

La distribución de la edad de la población afectada por tuberculosis puede variar de acuerdo al ámbito geográfico, la densidad de la edad por departamento presenta una distribución heterogénea; en los departamentos de Lima (M: 32 años, RI de 20 a 42 años), Ica (M: 33 años RI 21 a 45 años) y Tacna (M: 33 años, RI: 19 a 45 años), el promedio de la edad fue menor que el nivel nacional, sin embargo en los departamentos de la Selva (Amazonas, Loreto, Ucayali, San Martín) y algunos de la Sierra (Pasco, Puno, Ayacucho) el promedio fue mayor, variando entre 38 años y 45 años. Además en algunos lugares el rango de la distribución de la edad fue mayor. Por ejemplo en el departamento de San Martín, tiene un pico en jóvenes pero también en personas mayores, por otro lado en Pasco la mayor carga de casos se distribuye en mayores de 35 años(17).

2.2.4 Ocupación de los afectados por Tuberculosis.

Mediante el sistema de vigilancia, se logró registrar la ocupación de 25439 afectados por Tuberculosis durante los años 2013 y 2014, El mayor porcentaje de afectados fueron personas sin empleo, jubilados, preescolares (33.2%), seguido de Estudiantes (19.3%). Otros grupos ocupacionales afectados fueron oficiales y operarios de construcción (8.1%), los trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados (7%), en este grupo se encuentran vendedores y aquellas ocupaciones que brindan atención al público incluido aquellos que prestan servicios de seguridad y vigilancia; agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros se afectaron en 6.3%. Dentro del grupo de ocupaciones elementales (6.1% de afectados), se clasifican a todos aquellos con trabajos eventuales o independientes, personal de limpieza, peones, vendedores ambulantes, estibadores, recolectores de limpieza entre otros. Dentro del grupo de profesionales y técnicos, el grupo más afectado fueron los profesionales y técnicos de Salud (1.6%) (16).

2.2.5 Factores de riesgo en pacientes con tuberculosis

Con los datos recolectados mediante la vigilancia epidemiológica también se pudo identificar ciertos factores y condiciones de riesgo en los afectados por tuberculosis, resaltando que entre el 26% y 36% de los casos de tuberculosis (TB) notificados al sistema de vigilancia durante los años 2013 y 2014 reportaron haber tenido contacto con otros pacientes con TB activa o con personas que fallecieron

por TB, un 13% refirió haber recibido tratamiento de TB. Otros factores sociales que se registraron fueron el consumo de alcohol y drogas entre los pacientes afectados en un 8.6% y 3.5% para los años 2013 y 2014 respectivamente. Dentro de las enfermedades concomitantes se registraron VIH y diabetes en alrededor del 4% cada uno, asma y cáncer en menos del 1%. El 10% de los pacientes presentan recaídas o retratamientos, factor que es sustrato del presente estudio(16) (18).

La “norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis” incorpora importantes innovaciones que estandarizan el manejo programático de la tuberculosis en el país; dentro de las que podemos destacar: la actualización de las definiciones operativas, la organización de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis (ESNPCT), acceso a la detección de resistencia a isoniacida y rifampicina a través de pruebas de sensibilidad rápidas, el tratamiento de la TB sensible y TB resistente con estrategias centradas en el paciente y las determinantes sociales el enfoque de gestión territorial para fortalecer el nivel de atención y la protección de la salud de las personas afectadas por TB entre otras innovaciones. El NTS dispone la atención integral de la persona afectada por TB y a la población en riesgo de enfermar, en todos los niveles de atención. La presente “Norma Técnica de Salud (NTS) para la Atención Integral de las Persona Afectadas por Tuberculosis”, elaborada por la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) del Ministerio de Salud, fortalece el manejo programático de la tuberculosis en los aspectos de

promoción, prevención, detección, diagnóstico y tratamiento; señalando como prioridad el abordaje de las determinantes sociales de la tuberculosis desde un enfoque de gestión multisectorial, intergubernamental y territorial(19).

2.2.6 El autocuidado

Incrementa la opción de ejercer mejor control sobre su propia salud y entorno enriqueciendo su vida con un mejor bienestar. Sin soslayar que el estado de bienestar dependerá de la seguridad, el amor, la pertenencia, la autoestima y la autorrealización que pueda alcanzar la persona por sí misma. Todo ello le permitirá tener la capacidad de pensar por su cuenta, expresar sus experiencias, y dirigir sus esfuerzos para participar y hacer cosas que son beneficiosas para él y para otros.

El Autocuidado se encuentra conformado por:

- a. LA AUTOESTIMA:** Es la capacidad desarrollable de experimentar la existencia, conscientes de nuestro potencial y nuestras necesidades reales; de amarnos incondicionalmente y confiar en nosotros para lograr objetivos, independientemente de las limitaciones que podamos tener o de las circunstancias externas generadas por los distintos contextos en los que nos corresponda interactuar.

- b. CONOCIMIENTO:** como la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto.

c. **ORIENTACION:** siendo La orientación un servicio profesional de ayuda que se da dentro del marco de una situación interpersonal; se considera que la relación que se produce entre el orientador y el orientado constituye el núcleo del proceso de orientación.

Los propósitos de facilitar elecciones o decisiones y superar obstáculos que favorezcan el crecimiento y bienestar psicológico, definidos como objetivos de orientación que están estrechamente vinculados en sus consecuencias al carácter de la comunicación que se establece entre el orientador y el orientado. La relación que se produce entre el orientador y el orientado es el principal medio de suscitar, guiar y encauzar, los sentimientos, ideas y reacciones del orientado hacia su propio autocuidado en base al modelo que ha de ir configurado.

2.2.7 Actitudes de los pacientes con tuberculosis pulmonar

Son predisposiciones a actuar en una determinada forma frente a una situación social, que conlleva a una respuesta sea con una tendencia de acercamiento, evitación o como favorable o desfavorable. La actitud puede clasificarse de la siguiente manera:

- Aceptación:

Consiste en “estar de acuerdo” con lo que se realiza, es decir, el sujeto muestra cierta tendencia de acercamiento hacia el objeto; generalmente está unido con los sentimientos de

apoyo, estimulación, ayuda y comprende, lo cual predispone a una comunicación e interacción humana.

- Rechazo:

Es cuando el sujeto evita el objeto, motivo de la actitud, se presenta el recelo, la desconfianza y en algunos casos la agresión y frustración que generalmente lleva a la persona a un estado de tensión constante.

- Indiferencia:

Es un sentimiento de apatía, el sujeto no muestra aceptación ni rechazo al objeto, prevalece el desinterés, la rutina y en muchos casos el aburrimiento.

El objetivo de la orientación es lograr que la persona adquiera el mayor conocimiento de sí mismo, de sus recursos y de sus posibilidades, es decir, un conocimiento verdadero y el logro de este objetivo solo puede darse dentro de una relación sincera en la que le toca al orientador la función de tratar de que el orientado vaya comprendiéndose a sí mismo.

DEFINICION CONCEPTUAL EN TUBERCULOSIS

1. Tuberculosis: Enfermedad infecciosa generalmente crónica causada por las especies del género Mycobacterium, M. tuberculosis.
2. Tosedor: Toda persona que tiene tos con expectoración o hemoptisis y puede producir una muestra de esputo.
3. Abandono: La inasistencia continuada del caso de tuberculosis a la unidad de salud por 15 días después de la fecha de la última cita.

4. Baciloscopia de esputo positiva: La demostración de cinco o más bacilos ácido-alcohol resistentes en la lectura de 100 campos del frotis de la expectoración.
5. Caso confirmado: El enfermo cuyo diagnóstico de tuberculosis ha sido comprobado por baciloscopía, cultivo o histopatología.
6. Caso de tuberculosis: El paciente en quien se establece el diagnóstico de la enfermedad clínicamente y se clasifica en confirmado y no confirmado por bacteriología o histopatología.
7. Caso nuevo: El enfermo en quien se establece y se notifica por primera vez el diagnóstico de tuberculosis.
8. Contacto: La persona que convive con un caso de tuberculosis.
9. Examen bacteriológico: La baciloscopia o el cultivo de la expectoración o de otros especímenes.
10. Fracaso: La persistencia a partir del 6to. mes de tratamiento regular, de bacilos en la expectoración confirmadas por cultivo.
11. Recaída: La reaparición de bacilos en la expectoración o en otros especímenes, después de haber egresado del tratamiento por curación.
12. Tratamiento regular: Cuando el paciente cumple el 90% o más de las citas programadas para la administración de los medicamentos.
13. Tratamiento supervisado: El que se aplica en los establecimientos de salud proporcionado y vigilado por el personal que presta el servicio, garantizando la toma total de dosis del medicamento al enfermo tuberculoso.

14. Autocuidado: Es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar(20).

CAPITULO 3 HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

Por ser un estudio observacional no se considera hipótesis.

3.2 Operacionalización de las variables

Autocuidado: Es la capacidad de asumir en forma voluntaria el cuidado y el mantenimiento de su salud así como prevenir enfermedades mediante el conocimiento y prácticas que les permitan vivir activos y saludables.

Percepción del riesgo: Proceso cognitivo que descansa en la información de cada persona acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas, objetos, y que procesa de forma inmediata organizándose un juicio o valor. Los factores de riesgo relacionados han sido identificados desde diferentes enfoques, entre los cuales se incluyen el biológico, antropológico y socioeconómico.

VARIABLES	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
Características Sociodemográficos	Edad	1. < 20 años 2. 20 a 29 años 3. 30 a 39 años 4. 40 a 49 años 5. 50 a 59 años 6. 60 a más	Ordinal
	Sexo	1. Femenino 2. Masculino	Nominal
	Localidad	Se identificará según dirección de cada paciente	Nominal

	Condición de Aseguramiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin Seguro 2. SIS 3. Privado 4. Otros 	Nominal
	Ocupación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin empleo 2. Obrero dependiente 3. Obrero independiente 4. Empleado dependiente 5. Empleado Independiente. 6. Ama de casa 7. Estudiante 	Nominal
	Diagnóstico	<ol style="list-style-type: none"> 1. TB Pulmonar 2. TB Extra pulmonar 	Nominal
Percepción de riesgo	Entrevista y test de percepción mediante cuestionario estructurado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buena percepción del riesgo 2. Indiferente 3. No percibe riesgo 	Nominal
Autocuidado y responsabilidad	Entrevista y test de percepción en escala Likert	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actitud positiva 2. Actitud indiferente 3. Actitud Negativa 	Nominal

CAPITULO 4

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño

El presente trabajo de investigación es de tipo observacional analítico y transversal de corte transversal prospectivo.

Observacional.- Porque permitió medir la calidad de vida que predomina en el paciente en tratamiento con tuberculosis mediante la aplicación directa y de primera fuente de los instrumentos seleccionados para tal fin en un periodo de tiempo y en forma personalizada.

Transversal.- Porque implicó la obtención de la información sobre las variables de estudio en una sola oportunidad.

Prospectivo: Porque levantó información de primera fuente en tiempo futuro.

Analítico: Porque contrastó variables según los objetivos y aplicación de pruebas estadísticas de contraste.

4.2 Ámbito de estudio

C.S. Metropolitano del Ministerio de Salud - Región Tacna.

UBIGEO: 230101208.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Centro de Salud.

MICRORED: Metropolitano

PROVINCIA: Tacna

DISTRITO: Tacna

DIRECCION: Calle Federico Barreto N° 101 – cercado

FECHA DE CREACION: 26.05.95

DISTANCIA AL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE: 0 Kms.

ALTITUD: 600 m.s.n.m.

HORARIO DE ATENCION: 7:30 a.m. – 7:30 p.m.

POBLACION ASIGNADA: 18417 personas

SERVICIOS QUE BRINDA:

Primer Nivel

- Admisión (01)
- Tópico y Triage (01)
- Medicina General (03)
- Odontología (01)
- Laboratorio (01)
- Farmacia (01)

Segundo Nivel

- C.R.E.D. (01)
- Auditorio (01)
- Obstetricia (02)
- Psicología (01)
- Planificación Familiar (01)
- Cadena de frio de vacunas (01)
- Vacunas e inmunizaciones (02)
- Triage de niños (01)

Tercer nivel

- Programa para el Control de la Tuberculosis (01)
- Psicología (01)
- Servicio Social y Oficina de Seguros de filiación al SIS (01)
- Gerencia, Secretaria y Computo (01)
- Equipamiento y mobiliario.

Se trabajó en este establecimiento puesto que en el Cercado de Tacna, que es principalmente su jurisdicción, no se ha realizado ningún trabajo al respecto, a pesar que existen una considerable cantidad de pacientes en esta zona de la ciudad.

4.3 Población y muestra

Se trabajó con el 100% de la población de pacientes diagnosticados y tratados con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar atendidos y dados de alta en el Centro de Salud Metropolitano de la Red Tacna; los cuales suman un total de 134 pacientes, de los que se tomaron 79 que cumplieron los criterios de inclusión.

4.3.1 Criterios de Inclusión

- a. Pacientes con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar ó extrapulmonar que hayan recibido tratamiento completo antituberculoso y dados de alta durante los años 2012-2016.
- b. De ambos sexos
- c. De toda edad
- d. Atendidos en el Centro de Salud Metropolitano de la Red de Salud Tacna.

4.3.2 Criterios de Exclusión

- a. Paciente que no desee participar de la entrevista
- b. Pacientes que fueron transferidos a otras jurisdicciones
- c. Pacientes en quimioprofilaxis
- d. Pacientes que hayan abandonado el tratamiento.
- e. Pacientes que no acepten la entrevista.
- f. Pacientes con alguna discapacidad.
- g. Pacientes con TBC MDR.
- h. Pacientes que presentaron recaídas/retratamientos.

4.4 Instrumentos de Recolección de datos (Ver anexo)

La medición del nivel de percepción de riesgo y actitud al autocuidado se hizo utilizando el análisis de varianza – coeficiente de staninos, donde los niveles a utilizar son:

1. En la escala continua, en sus niveles de percepción del riesgo (21):

1. Buena percepción del riesgo
2. Indiferente
3. No percibe riesgo

2. En la escala continua, en sus niveles de actitud al autocuidado (22):

1. Actitud positiva
2. Actitud indiferente
3. Actitud Negativa

3. Tabulación de cada una de las respuestas, encontrando el ponderado respecto a puntaje total.

4. Distribución de la tendencia en barras de error al 95% de intervalo de confianza.

El coeficiente se calculó mediante:

Media (X) - Varianza (S)

Media (X) + Varianza (S)

Los puntos de corte se hicieron mediante el coeficiente de estatinos y distribución percentilar. Mediante el coeficiente calculado de la media menos la desviación estándar se establecieron las 3 categorías.

Validación de los instrumentos: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para los índices de los instrumentos (Media, desviación típica, valor mínimo, valor máximo, estadístico de K-S, Significación asintótica bilateral). Esta prueba no paramétrica de bondad de ajuste, esta permite comparar la distribución de datos (observada o teórica).

	X	Mdn	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo	D	ρ
Instrumento de percepción de riesgo	68.4	70.0	13.0	30	97	1.16	0.136
Instrumento de actitud al autocuidado	73.1	77.7	17.4	28	100	1.62	0.010

Validación: Los instrumentos se validaron mediante prueba piloto, donde se aplicó Alfa de Cronbach (0.831) para evaluar consistencia y confiabilidad. El valor mínimo aceptable de validación que exige la prueba fue de 0.8 con un nivel de confianza del 95%, analizando cada uno de los reactivos para su inclusión y validación.

CAPITULO 5

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

La aplicación del instrumento de recolección de datos es de tipo cuantitativo y cuantitativo adaptado y validado para el centro de salud y respaldado por publicaciones existentes (21)(22).

Para el acopio de la información se realizó una adaptación de términos respetando la semántica de la información registrada en el Servicio y contrastada con el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades).

El instrumento:

- Estuvo ajustado a los objetivos del estudio.
- Consiste en un Formato de registro estructurado y validado.

La aplicación de la encuesta estuvo a cargo de tres encuestadoras ajenas al investigador y dirigidas por un supervisor de campo con experiencia en el establecimiento y seleccionadas previamente y capacitadas durante tres días. El levantamiento de la información se hizo mediante visita domiciliaria. El programa de capacitación contemplará los siguientes aspectos:

- Explicación de los objetivos del estudio de medición
- Asignación de la muestra y organización de la recolección de información.
- Estudio piloto mediante práctica de campo
- Discusión de los resultados de la práctica de campo.
- Organización de la supervisión y control de la calidad de la información recolectada.
- Entrega de materiales y guía de la encuesta.

Consideraciones éticas

Para el desarrollo del estudio se cumplirá con las autorizaciones de la Institución. Se utilizarán los registros oficiales de atención de la institución que garantizará la confidencialidad y confiabilidad de la información.

- Ninguna persona fue obligada a participar en la investigación.
- Todos los datos recolectados fueron para fines exclusivos de la investigación.
- Por ningún motivo o razón se identificó los datos particulares de los entrevistados/as.
- A cada entrevistado/a se le explicó las razones y motivos del estudio, a la vez que se garantizará la confidencialidad de los datos individuales.

Para el procesamiento de los datos se procedió a calificar la ficha de recolección de datos en una Matriz de datos digital, de donde se obtendrá las distribuciones y las asociaciones entre variables según indican los objetivos, representados luego en el programa de hoja de cálculo: EXCEL.

Para el procesamiento de la información se elaboró cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los datos se presentarán en tablas tabulares y con gráfico de barras con el programa SPSS versión 21. Se utilizará la prueba de chi cuadrada para contraste de variables cualitativas con un valor p significativo menor a 0.05.

RESULTADOS

Tabla 01
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN SEXO, EDAD,
PROCEDENCIA Y ASEGURAMIENTO EN PACIENTES TRATADOS
POR ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN EL C.S. METROPOLITANO
DE LA RED TACNA DURANTE LOS AÑOS 2012-2016

		n	%
Sexo	Masculino	46	58.2%
	Femenino	33	41.8%
	Total	79	100.0%
Edad	< 20 años	20	25.3%
	20 a 29 años	22	27.8%
	30 a 39 años	20	25.3%
	40 a 49 años	7	8.9%
	50 a 59 años	4	5.1%
	60 a más	6	7.6%
	Total	79	100.0%
Procedencia	Cercado - Tacna	79	100.0%
	Total	79	100.0%
Condición de aseguramiento	Sin Seguro	27	34.2%
	SIS	41	51.9%
	Privado	1	1.3%
	Otro	10	12.7%
	Total	79	100.0%

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 1 se puede observar la distribución de frecuencias según sexo, edad, procedencia y condición de aseguramiento. El 58.2% son de sexo masculino y el 41.8% de sexo femenino. La mayor frecuencia según edad se presentó en el grupo de 20 a 29 años con un 27.8%, seguido por el grupo entre 30 a 39 años con un 25.3% y por el grupo menor de 20 años con la misma proporción. El 100% de los pacientes procedieron de Tacna donde el 51.9% contaba con el SIS como seguro médico pero un 34.2% no contaba con algún seguro médico.

Tabla 02
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL DIAGNÓSTICO
PRINCIPAL EN PACIENTES TRATADOS POR ENFERMEDAD
TUBERCULOSA EN EL C.S. METROPOLITANO DE LA RED TACNA
DURANTE LOS AÑOS 2012-2016

		n	%
DIAGNÓSTICO	TB pulmonar	58	73.4%
	TB pleural	16	20.3%
	TB ganglionar	3	3.8%
	TB gastrointestinal	1	1.3%
	TB peritoneal	1	1.3%
	Total	79	100.0%

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 2 se observa la distribución de frecuencia según el diagnóstico principal. El 73.4% tuvo el diagnosticado con tuberculosis pulmonar seguido de un 20.3% con tuberculosis pleural. El de 3.8% tenía tuberculosis ganglionar y sólo un 1.3% gastrointestinal o peritoneal.

Tabla 03
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA CÓMO ACTUARÍA FRENTE A UNA PERSONA CON TUBERCULOSIS EN PACIENTES TRATADOS POR ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN EL C.S. METROPOLITANO DE LA RED TACNA DURANTE LOS AÑOS 2012-2016

		n	%
¿Cómo actuaría usted ante una persona que padeció o padece de tuberculosis?	Deja de relacionarse con la persona	30	38.0%
	Mantiene una relación normal	15	19.0%
	No sabe qué hacer	34	43.0%
	Total	79	100.0%

INTERPRETACIÓN:

El 43% refiere no saber qué hacer, seguido de un 38% que refiere dejar de relacionarse con una persona infectada con tuberculosis. Sólo un 19% refiere mantendría una relación normal.

Tabla 04
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN CUÁLES SON LOS
SENTIMIENTOS FRENTE A UN PACIENTE CON TUBERCULOSIS EN
PACIENTES TRATADOS POR ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN EL
C.S. METROPOLITANO DE LA RED TACNA DURANTE LOS AÑOS
2012-2016

		n	%
Siento compasión	No	61	77.2%
	Sí	18	22.8%
	Total	79	100.0%
Deseo ayudarlos	No	61	77.2%
	Sí	18	22.8%
	Total	79	100.0%
Siento que no puedo hacer nada por ellos	No	59	74.7%
	Sí	20	25.3%
	Total	79	100.0%
Siento temor que puedan infectarme	No	32	40.5%
	Sí	47	59.5%
	Total	79	100.0%
Siento rechazo	No	74	93.7%
	Sí	5	6.3%
	Total	79	100.0%
No siento nada en particular	No	71	89.9%
	Sí	8	10.1%
	Total	79	100.0%
No he pensado en eso	No	70	88.6%
	Sí	9	11.4%
	Total	79	100.0%
Otro	No	79	100.0%
	Sí	0	0.0%
	Total	79	100.0%
No responde	No	79	100.0%
	Sí	0	0.0%
	Total	79	100.0%

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 4 podemos observar que el 22.8% refiere sentir compasión y deseo de ayudarlos. El 25.3% concluye que no puede hacer nada por ellos y un 59.5% refiere sentir temor a infectarse si esté en contacto con una persona con tuberculosis. Sólo un 6.3% refiere sentir rechazo por los pacientes infectados con esta enfermedad.

Tabla 05
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA POSIBILIDAD DE
VOLVER A ENFERMAR EN PACIENTES TRATADOS POR
ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN EL C.S. METROPOLITANO DE LA
RED TACNA DURANTE LOS AÑOS 2012-2016

		n	%
¿Piensa usted que pueda enfermar de tuberculosis?	Si	56	70.9%
	NO	3	3.8%
	NO sabe/NO responde	20	25.3%
	Total	79	100.0%
¿Qué haría usted si piensa que está nuevamente enfermo de tuberculosis?	Ir al médico	62	78.5%
	No sé qué haría	17	21.5%
	Otras	0	0.0%
	Total	79	100.0%

INTERPRETACIÓN:

El 70.9% refiere que sí podría volver a enfermar con tuberculosis pero un 25.3% refiere no conocer esa probabilidad. El 78.5% iría al médico si es que pensara que está enfermo de tuberculosis pero un 21.5% refiere no saber qué actitud tomaría.

Tabla 06
DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN ACTITUD SI FUESE
DIAGNOSTICADO NUEVAMENTE CON TUBERCULOSIS EN
PACIENTES TRATADOS POR ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN EL
C.S. METROPOLITANO DE LA RED TACNA DURANTE LOS AÑOS
2012-2016

		n	%
Pido al médico que me ingresen	No	47	59.5%
	Sí	32	40.5%
	Total	79	100.0%
Me mantengo aislado del resto de la familia	No	51	64.6%
	Sí	28	35.4%
	Total	79	100.0%
Hago el tratamiento indicado por el médico	No	15	19.0%
	Sí	64	81.0%
	Total	79	100.0%
No hago nada	No	78	98.7%
	Sí	1	1.3%
	Total	79	100.0%
No sé qué haría	No	66	83.5%
	Sí	13	16.5%
	Total	79	100.0%
Otras	No	79	100.0%
	Sí	0	0.0%
	Total	79	100.0%

INTERPRETACIÓN:

El 81% afirma que haría lo que el médico le indiqué, el 35.4% asume que se mantendría aislado del resto de la familia y el 40.5% afirma que pediría a su médico que lo reingresen al programa. Sólo un 1.3% acepta que no haría nada pero un 16.5% asimismo refiere que no sabría qué hacer.

Tabla 07
DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN LA POSIBILIDAD DE QUE
ALGÚN FAMILIAR ENFERME DE TUBERCULOSIS EN PACIENTES
PACIENTES TRATADOS POR ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN EL
C.S. METROPOLITANO DE LA RED TACNA DURANTE LOS AÑOS
2012-2016

		n	%
¿Piensa que algún familiar suyo puede enfermar de tuberculosis?	Si	48	60.8%
	NO	12	15.2%
	NO sabe/NO responde	19	24.1%
	Total	79	100.0%

INTERPRETACIÓN:

El 60.8% prefiere que sí podría existir la posibilidad de que un familiar suyo se enfermase con tuberculosis y un 15.2% de que no. Un 24.1% asume que no sabe al respecto.

Tabla 08
DISTRIBUCION DE FRECUENCIA RESPECTO A LA ACTITUD SI UN
FAMILIAR ENFERMASE CON TUBERCULOSIS EN PACIENTES
TRATADOS POR ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN EL C.S.
METROPOLITANO DE LA RED TACNA DURANTE LOS AÑOS 2012-
2016

		n	%
Pido al médico que lo ingresen al PCT	No	41	51.9%
	Sí	38	48.1%
	Total	79	100.0%
Me alejo de él	No	46	58.2%
	Sí	33	41.8%
	Total	79	100.0%
Lo mantengo aislado del resto de la familia	No	64	81.0%
	Sí	15	19.0%
	Total	79	100.0%
Lo ayudo en el cumplimiento del tratamiento indicado por el médico	No	49	62.0%
	Sí	30	38.0%
	Total	79	100.0%
No hago nada	No	79	100.0%
	Sí	0	0.0%
	Total	79	100.0%
No sé qué hacer	No	64	81.0%
	Sí	15	19.0%
	Total	79	100.0%
Otras	No	78	98.7%
	Sí	1	1.3%
	Total	79	100.0%

INTERPRETACIÓN:

El 48.1% opina que pediría a su médico que lo ingresen en el programa de control de la tuberculosis, un 41.8% se alejaría de él y un 19% afirma que se mantendría aislado del resto de la familia. El 38% asume que lo ayudaría en el cumplimiento de su tratamiento y un 19% refiere no saber qué hacer.

Tabla 09
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA OPINIÓN DE LA
EVOLUCIÓN FINAL DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES
TRATADOS POR ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN EL C.S.
METROPOLITANO DE LA RED TACNA DURANTE LOS AÑOS 2012-
2016

		n	%
Puede causar la muerte	Si	77	97.5%
	NO	0	0.0%
	NO sabe	2	2.5%
	Total	79	100.0%
Es curable	Si	75	94.9%
	NO	0	0.0%
	NO sabe	4	5.1%
	Total	79	100.0%
Es contagiosa	Si	79	100.0%
	NO	0	0.0%
	NO sabe	0	0.0%
	Total	79	100.0%

INTERPRETACIÓN:

El 97.5% del grupo de estudio refiere que la tuberculosis puede causar la muerte, el 94.9% prefiere que es curable y el 100% asume que es contagiosa.

Tabla 10
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE
RECAIDA EN PACIENTES TRATADOS POR ENFERMEDAD
TUBERCULOSA EN EL C.S. METROPOLITANO DE LA RED TACNA
DURANTE LOS AÑOS 2012-2016

		n	%
Percepción del riesgo	No percibe	28	35.4%
	indiferente/indeciso	31	39.2%
	Percibe riesgo	20	25.3%
	Total	79	100.0%

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 10 se puede observar la medición de la percepción del riesgo de volver a padecer tuberculosis en los pacientes objetivo del presente estudio. En el estudio de esta enfermedad infecciosa el principal riesgo a tener en cuenta es la recaída y su medición es importante como medida preventiva para tomar acciones necesarias de control.

Sólo un 25.3% percibe la posibilidad de riesgo de recaída. El 39.2% se encuentra indiferente o indeciso frente a esta condición y un 35.4% no percibe la posibilidad de estar en riesgo de padecer nuevamente la enfermedad.

Tabla 11
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ENTRE LAS VARIABLES
SOCIODEMOGRAFICAS Y PERCEPCION DE RIESGO DE RECAIDA
EN PACIENTES TRATADOS POR ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN
EL C.S. METROPOLITANO DE LA RED TACNA DURANTE LOS AÑOS
2012-2016

		Percepción del riesgo								p
		No percibe		indiferente/indeciso		Percibe riesgo		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo	Masculino	15	32.6%	19	41.3%	12	26.1%	46	100.0%	0.821
	Femenino	13	39.4%	12	36.4%	8	24.2%	33	100.0%	
	Total	28	35.4%	31	39.2%	20	25.3%	79	100.0%	
Edad	< 20 años	6	30.0%	8	40.0%	6	30.0%	20	100.0%	0.002
	20 a 29 años	4	18.2%	12	54.5%	6	27.3%	22	100.0%	
	30 a 39 años	4	20.0%	8	40.0%	8	40.0%	20	100.0%	
	40 a 49 años	4	57.1%	3	42.9%	0	0.0%	7	100.0%	
	50 a 59 años	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	100.0%	
	60 a más	6	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	100.0%	
	Total	28	35.4%	31	39.2%	20	25.3%	79	100.0%	
Condición de aseguramiento	Sin Seguro	10	37.0%	9	33.3%	8	29.6%	27	100.0%	0.733
	SIS	15	36.6%	17	41.5%	9	22.0%	41	100.0%	
	Privado	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	Otro	2	20.0%	5	50.0%	3	30.0%	10	100.0%	
	Total	28	35.4%	31	39.2%	20	25.3%	79	100.0%	
Diagnóstico Principal	TB extrapulmonar gastrointestinal	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0.206
	TB pulmonar	24	41.4%	22	37.9%	12	20.7%	58	100.0%	
	TB pulmonar pleural	3	18.8%	8	50.0%	5	31.3%	16	100.0%	
	TB extrapulmonar ganglionar	0	0.0%	1	33.3%	2	66.7%	3	100.0%	
	TB peritoneal	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	
	Total	28	35.4%	31	39.2%	20	25.3%	79	100.0%	

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 11 se observa el contraste según sexo, edad, condición de aseguramiento y diagnóstico principal según percepción del riesgo. La variable principalmente asociada fue edad ($p: 0.002$), donde se puede claramente observar que a mayor edad la no percepción del riesgo de recaída es más frecuente.

En las demás variables no existe diferencia significativa entre las diferentes categorías de cada una de ellas. No hay asociación entre sexo, condición de aseguramiento y diagnóstico principal según percepción del riesgo.

Tabla 12
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL NIVEL DE ACTITUD AL
AUTOCUIDADO EN PACIENTES TRATADOS POR ENFERMEDAD
TUBERCULOSA EN EL C.S. METROPOLITANO DE LA RED TACNA
DURANTE LOS AÑOS 2012-2016

		n	%
Actitud al autocuidado	Negativa	33	41.8%
	Indiferente	23	29.1%
	Positiva	23	29.1%
	Total	79	100.0%

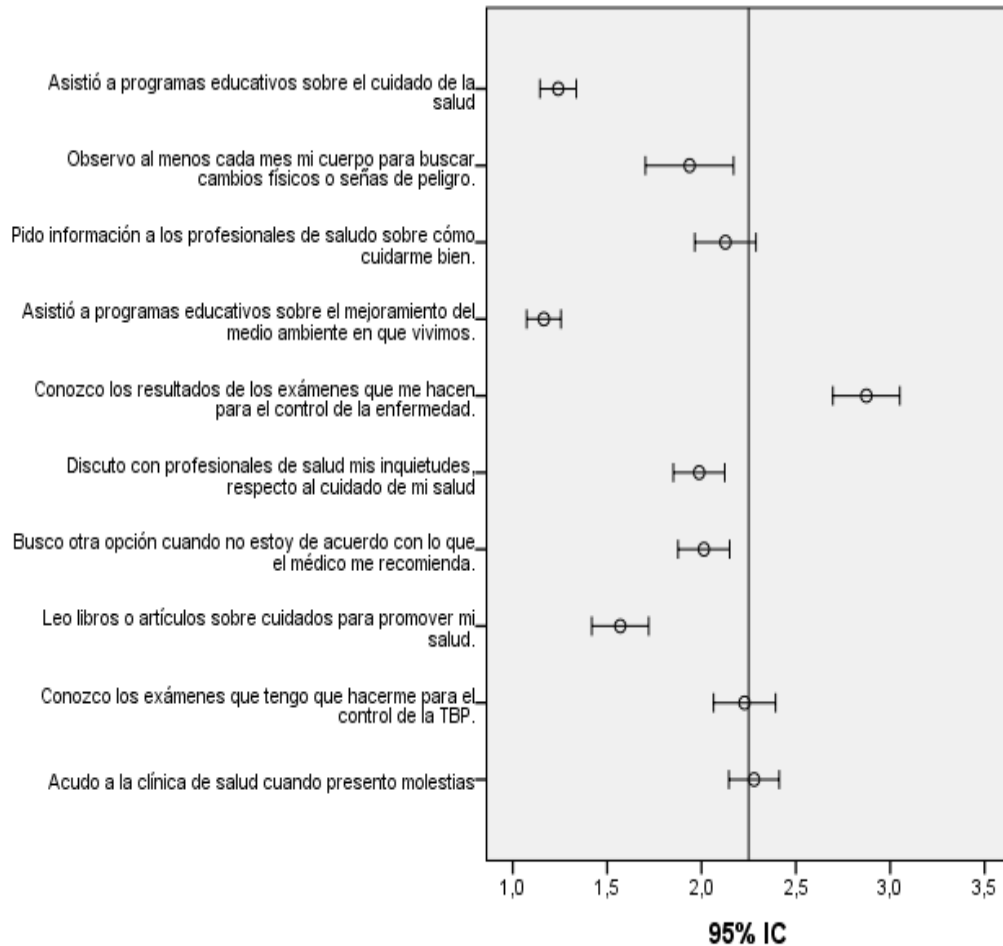
INTERPRETACIÓN:

En la tabla 2 se observa el nivel de actitud frente al autocuidado como una de las principales acciones de prevención que cuenta la medicina frente a la enfermedad infecciosa de tuberculosis. La actitud es la predisposición a tomar medidas preventivas para la recaída.

Sólo el 29.1% tiene una actitud positiva frente al autocuidado. El 41.8% tiene una actitud negativa y el 29.1% de indiferencia. Ambos niveles de actitud, negativa e indiferente, tiene una frecuencia del 70.9%.

GRAFICA N° 01

TENDENCIA DE LOS PRINCIPALES REACTIVOS DEL TEST DE AUTOCUIDADO Y RESPONSABILIDAD EN SALUD



INTERPRETACIÓN:

En el test de autocuidado y responsabilidad en salud los reactivos más asociados a una actitud positiva fueron el conocer los resultados de los exámenes para el control de la enfermedad, conocer cuáles son esos exámenes y el acudir al centro de salud cuando se presenten las molestias.

Los reactivos más asociados a una actitud negativa o indiferente es el asistir a programas educativos sobre el cuidado de la salud y el asistir a programas sobre el mejoramiento del medio ambiente en que se vive.

Estas situaciones no son de interés por parte del grupo de estudio. Sigue en frecuencia leer libros o artículos sobre cuidados para promover su salud como variable principalmente asociada o influyente en los niveles de actitud negativa o indiferente.

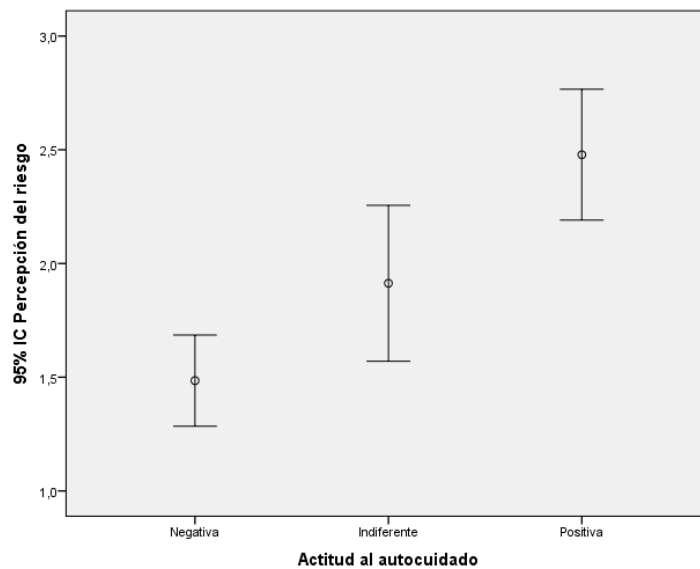
La Gráfica 1 nos permite encontrar en que se puede incidir para mejorar los niveles de actitud, hacia lado izquierdo con los puntajes más bajos encuentran los reactivos que podrían ser mejorados.

Tabla 13
ASOCIACIÓN SEGÚN PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE RECAIDA Y
ACTITUD AL AUTOCUIDADO EN PACIENTES TRATADOS POR
ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN EL C.S. METROPOLITANO DE LA
RED TACNA DURANTE LOS AÑOS 2012-2016

		Actitud al autocuidado							
		Negativa		Indiferente		Positiva		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Percepción del riesgo	No percibe	18	64.3%	8	28.6%	2	7.1%	28	100.0%
	indiferente/indeciso	14	45.2%	9	29.0%	8	25.8%	31	100.0%
	Percibe riesgo	1	5.0%	6	30.0%	13	65.0%	20	100.0%
	Total	33	41.8%	23	29.1%	23	29.1%	79	100.0%

GRAFICA N° 2

PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE RECAÍDA SEGÚN ACTITUD AL AUTOCUIDADO



INTERPRETACIÓN:

En la tabla 13 y gráfica 2 se puede observar el contraste según percepción del riesgo y actitud del autocuidado. Existe una alta asociación de la percepción del riesgo como variable muy influyente en el nivel de actitud al autocuidado ($p: 0,004$).

En el grupo que no percibe el riesgo, el 64.3% tiene una actitud negativa en cambio en el grupo que sí percibe el riesgo sólo el 5% tiene una actitud negativa. Esta diferencia es altamente significativa ($p: 0.004$).

En la Gráfica 2 podemos observar que si repitiéramos el estudio 100 veces, en el 95% de estas obtendríamos los mismos resultados que observamos en ésta. A mayor percepción del riesgo mejora la actitud al autocuidado. Por ende, es importante motivar y capacitar a los pacientes en que asuman la probabilidad de una recaída. Esto influirá en mejorar su actitud frente al autocuidado como herramienta principal de prevención. Una actitud baja se debe a una percepción de riesgo indiferente o a la no percepción de riesgo de padecer nuevamente el daño.

DISCUSION

La tuberculosis se ha convertido, desde hace muchos años, en un problema de salud pública, es sabido en nuestro medio que la gran parte de establecimientos solo abordan el problema hasta que se cumpla el tratamiento y el paciente es dado de alta. En este espectro de dificultades, menos conocido es como el paciente percibe el riesgo; ya sea a recaída/retratamiento o como se siente respecto a su entorno familiar y social frente a esta enfermedad, menos conocido aun es la actitud al autocuidado, como una de las principales opciones preventivas.

En el presente estudio se tuvo como principal objetivo medir la percepción de riesgo y actitud al autocuidado en pacientes diagnosticados y tratados por tuberculosis pulmonar y extrapulmonar atendidos y dados de alta durante el quinquenio 2012-2016, en el C.S Metropolitano de la Red de Salud Tacna, siendo 79 los encuestados, quienes cumplieron con los criterios de inclusión exigidos, utilizando instrumentos de recolección de datos estructurados y respetando las consideraciones éticas estipuladas en la presente tesis de investigación.

Los datos obtenidos pueden servir para sentar la línea de base en los aspectos de autocuidado y percepción del riesgo en este grupo de pacientes. Se tuvo como principales limitaciones, la escasez bibliográfica debido a que no existen estudios de igual similitud que trate principalmente sobre percepción de riesgo y actitud al autocuidado; además del período de tiempo de recolección de la información, las cuales no afectaron la fidelidad y veracidad de los datos, por tratarse de un trabajo con un componente subjetivo.

Rossetto, considera en su trabajo que el reconocimiento de los pacientes con tuberculosis de los riesgos de enfermar o recaer forma parte de un proceso que está produciendo identidades. Esto se explica que existirán grupos que se identifican con los procesos de prevención y otros que se mostrarán indiferentes. Es claro que este fenómeno siempre estará presente, lo que se hace necesario corregir es elevar el número de personas con una buena actitud hacia el autocuidado y con alta percepción de riesgo (8). En nuestro estudio, sólo un 25.3% percibe la posibilidad de riesgo. El 39.2% se encuentra indiferente o indeciso frente a esta condición y un 35.4% no percibe la posibilidad de estar en riesgo de padecer nuevamente la enfermedad.

Muñoz, en Perú plantea un programa educativo para aumentar los conocimientos sobre autocuidado en persona afectadas con TBC. Luego de la aplicación del programa educativo el 100 por ciento conocen sobre el autocuidado en TBC. (9). Pero no basta el nivel de conocimientos, es quizás más importante medir la actitud hacia el autocuidado y de allí priorizar en que campos se puede reforzar la educación en el adulto afectado. En nuestro estudio al medir la actitud se identificaron reactivos que deberían ser reforzados, planteando la necesidad de contar con programas educativos sobre el cuidado de la salud y que el paciente sea sensibilizado a que asista a estos programas.

Aliaga y Col también en el Perú midieron el nivel de conocimientos sobre prácticas de autocuidado y su relación con las variables sociodemográficas. Ellos refieren que la mayoría de los pacientes con tuberculosis presentan un nivel de conocimiento medio bajo sobre autocuidado. Asimismo, existe asociación significativa entre el nivel de conocimiento al nivel de instrucción y la ocupación de los pacientes(10). En nuestro estudio se aplicaron unos reactivos respecto a tuberculosis, donde el 97.5% refiere que la tuberculosis puede causar la muerte, el

94.9% prefiere que es curable y el 100% asume que es contagiosa. Este último criterio es importante, porque independientemente de la edad o nivel de instrucción, se sabe que es una enfermedad contagiosa y que en su mayoría asume que puede causar la muerte. El nivel de conocimientos en este sentido se podría asumir que es óptimo. Es por esta razón que la medición de la actitud cobra mayor importancia, ya que no basta saber un concepto sino tener la disposición positiva de asumirlo como tal para aplicarlo.

Álvarez publica las percepciones y prácticas que los enfermos de tuberculosis tienen sobre la enfermedad. Los servicios de salud y la inadecuada relación médico-paciente influyeron en el retardo en los controles post tratamiento. Sugieren un programa de difusión sobre aspectos básicos de la enfermedad y su tratamiento(12). La actitud no fue medida pero sí se puede inferir que la relación médico paciente es la principal causa de una buena actitud hacia la enfermedad o un rechazo al sistema de propuestas para la curación.

En nuestro estudio no se midió la relación médico paciente como un factor asociado a la actitud frente al autocuidado o a la percepción del riesgo. Sugerimos que futuras investigaciones exploren dicho campo, puesto que sólo esa condición por si sola amerita un estudio especial. En nuestro estudio el reactivo "pido información a los profesionales de salud sobre cómo cuidarme bien" es uno que está marcadamente reducido en la relación con la actitud hacia el cuidado. La mayoría de pacientes refiere que esta acción no es la adecuada y en el cálculo de medición de la actitud influye negativamente. Es sabido que una buena relación médico paciente hace que la información no debe ser solicitada, mas al contrario, el personal de salud y el sistema mantiene un perfil educativo a cada momento, a través de programas de control o en su defecto en una óptima relación médico paciente.

Larico en su trabajo de investigación refiere que la tuberculosis es una enfermedad de trascendencia social, y aplica la relación entre el conocimiento de las medidas preventivas y las actitudes en el autocuidado de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar. Ellos en su población, no encuentran relación entre conocimientos y actitudes que tiene los pacientes con Tuberculosis Pulmonar. El 55% muestran una actitud de Indiferencia frente al autocuidado(13).

En nuestro trabajo también sólo el 29.1% tiene una actitud positiva frente al autocuidado. El 41.8% tiene una actitud negativa y el 29.1% de indiferencia. Se hace muy necesario incidir en programas que refuercen esta estrategia y en trabajos de investigación que midan su eficacia después de un periodo de tiempo de haber sido aplicados. Sólo así haremos que la investigación tenga un enfoque social que actualmente es exigido por las nuevas tendencias a nivel mundial.

En nuestro estudio, en lo que respecta a percepción de riesgo; solo un 25.3% percibe la posibilidad de riesgo. El 39.2% se encuentra indiferente o indeciso frente a esta condición y un 35.4% no percibe la posibilidad de estar en riesgo de padecer nuevamente la enfermedad. En cuanto a actitud al autocuidado; sólo el 29.1% tiene una actitud positiva frente al autocuidado. El 41.8% tiene una actitud negativa y el 29.1% de indiferencia. Se identificaron reactivos que deberían ser reforzados los cuales serían la necesidad de contar con programas educativos sobre el cuidado de la salud y que el paciente sea sensibilizado a que asista a estos programas, acceso a la información.

En lo correspondiente a la asociación entre la percepción de riesgo y la actitud al autocuidado, se tiene como resultado una alta asociación entre ambas variables, concluyendo que a mayor nivel de percepción de riesgo

mejor será la actitud al autocuidado de dicha manera y de forma inversa sucederá si menor es la percepción de riesgo dando lugar a una baja actitud al autocuidado. En general mejorar la actitud al autocuidado se considera como una herramienta principal de prevención en salud, adquiriendo relevancia en enfermedades como la tuberculosis.

CONCLUSIONES

1. El 25.3% percibe la posibilidad de riesgo de recaída. El 39.2% se encuentra indiferente o indeciso frente a esta condición y un 35.4% no percibe la posibilidad de estar en riesgo de padecer nuevamente la enfermedad.
2. Sólo el 29.1% tiene una actitud positiva frente al autocuidado. El 41.8% tiene una actitud negativa y el 29.1% de indiferencia. Ambos niveles de actitud, negativa e indiferente, tiene una frecuencia del 70.9%.
3. La variable principalmente asociada a percepción de riesgo de recaída fue edad ($p: 0.002$), donde a mayor edad la falta percepción del riesgo de recaída es menor. No hay asociación entre sexo, condición de aseguramiento y diagnóstico principal frente a percepción del riesgo.
4. Existe una alta asociación de la percepción del riesgo como variable influyente en el nivel de actitud al autocuidado ($p: 0,00$). A mayor percepción del riesgo mejora la actitud al autocuidado.

RECOMENDACIONES

1. Potenciar un programa de concientización de percepción de riesgo en pacientes que recibieron tratamiento antituberculoso, puesto que reforzaría la actitud frente al autocuidado.
2. Fomentar las medidas de actitud al autocuidado, promoviendo prioritariamente la asistencia a programas educativos sobre el cuidado de la salud y mejoramiento del medio ambiente, además de concientizar mediante folletería sobre los cuidados para promover responsabilidad en salud; dentro de las actividades del programa para el control de la tuberculosis.
3. Realizar trabajos de investigación donde se evalúe el impacto de la educación sanitaria a los pacientes con tuberculosis durante y post tratamiento, observando su actitud al autocuidado y tratando de modificar estilos de vida negativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herrera M T. Grupos de riesgo para tuberculosis en Chile. Rev Chil Infectol [Internet]. Febrero de 2015 [citado 28 de febrero de 2017]; 32(1):15-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S071610182015000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. OMS. Global tuberculosis report 2016 [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
3. Centro de estudios de población y desarrollo. Encuesta nacional sobre conocimiento y actitud de la población ante la tuberculosis 2011 [Internet]. 2012. Disponible en: www.one.cu/publicaciones/cepde/tb/tb2011.pdf
4. MINSA-PERU. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Situación epidemiológica de la tuberculosis – Perú. Al primer semestre del 2014. Lima: ESNPCT-MINSA; 2014.
5. http://www.dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_tacna.pdf
6. Delgado Acosta HM, González Moreno L, Valdés Gómez ML, Hernández Malpica S, Montenegro Calderón T, Rodríguez Buergo DG. Estratificación de riesgo de tuberculosis pulmonar en consejos populares del municipio Cienfuegos. MediSur [Internet]. 2015 [citado 24 de febrero de 2017]; 13(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=180037140005>
7. Peña M C, Farga C V. El difícil camino del control sanitario de la tuberculosis. Rev Chil Enfermedades Respir [Internet]. Diciembre de 2012 [citado 28 de febrero de 2017]; 28(4):311-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-73482012000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=en
8. Rossetto, Maíra; Oliveira, Dora Lucia Leidens Correa de. Reconociéndose como sujeto de riesgos: la conciencia de los

- posibles daños de tuberculosis. Rev. gaúch. Enferm; 34(4): -136, dez. 201 de 130d. C.; Disponible en: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Rev.%20ga%FAch.%20enferm&connector=ET&lang=pt>
9. Muñoz Carrillo, Cinthia. 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. Lima; s.n; 71 p de 2015; Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
 10. Aliaga-Rojas, Gloria; Alvarado-Herrera, María; Velásquez-Carranza, Doris; Alva-Vera, Ángela. Conocimientos sobre prácticas de autocuidado y su asociación con las características sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, CLAS San Martín de Porres - Los Olivos - 2012. 6 de junio de 2013
 11. Garzón A, Helena L, Páez H, Fabiola R. Functional patterns alteration in people with pulmonary tuberculosis, Villavicencio, Colombia. Av En Enferm [Internet]. Julio de 2011 [citado 28 de febrero de 2017]; 29(1):42-54. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S012145002011000100005&lng=en&nrm=iso&tln g=es
 12. Alvarez-Gordillo G del C, Alvarez-Gordillo JF, Dorantes-Jiménez JE, Halperin-Frisch D. Perceptions and practices of tuberculosis patients and non-adherence to therapy in Chiapas, Mexico. Salud Pública México [Internet]. Noviembre de 2000 [citado 28 de febrero de 2017]; 42(6):520-8. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003636342000000600008&lng=pt&nrm=iso&tln g=pt
 13. Larico Cruz CM. Conocimientos de las Medidas Preventivas y Actitudes en el Autocuidado de pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Los Libertadores en Noviembre – Diciembre

2008. [Internet]. [Lima, Perú]; 2008. Disponible en: cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/260/1/Larico_cm.pdf
14. Rieder HL. Bases epidemiológicas del control de la tuberculosis. Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, Paris: 1999. Disponible en: http://www.theunion.org/what-wedo/publications/spanish/pub_epidemiologic_basis_spa.pdf.
 15. Rieder HL. Opportunity for exposure and risk of infection: the fuel for the tuberculosis pandemic. *Infection*. Febrero de 1995; 23(1):1-3.
 16. MINSA-PERU. Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú, 2015 [Internet]. 2015. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/pru-8403>
 17. MINSA-PERU. Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú, 2015 [Internet]. p. 38-9. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/pru-8403>
 18. Becker R. La actitud que debemos tomar los familiares, amigos o compañeros de trabajo frente a un caso de tuberculosis. [citado 28 de febrero de 2017]; Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/rep-185007>
 19. http://190.223.45.115/newtb/Archivos/norma_tecnica.pdf
 20. Ccorahua Flores, Oscar Arnaldo. Tuberculosis Pulmonar [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos94/tuberculosis-pulmonar-chico/tuberculosis-pulmonar-chico.shtml#bibliograa>
 21. Cadena Santos F. Eficacia de una intervención promotora de salud en la adherencia al tratamiento y estilo de vida en enfermos de TB. Noviembre de 2011; 61-72. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/.../Tesis%20Francisco%20Cadena%20Santos.pdf>...
 22. OPS. Organización Panamericana de la Salud. La tuberculosis en la Región de las Américas. Informe Regional. Epidemiología, control y financiamiento; 2012.

ANEXO N°1: DATOS GENERALES

A. EDAD: _____ AÑOS

B. SEXO

1. Masculino
2. Femenino

C. LOCALIDAD DE PROCEDENCIA: _____

D. DIAGNOSTICOS:

1. Diagnóstico Principal 1 _____ (CIE 10: _____)
2. Diagnóstico Principal 2 _____ (CIE 10: _____)

E. CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO:

1. Sin Seguro
2. SIS
3. Privado
4. Otro

ANEXO N°2: PERCEPCIÓN DEL RIESGO - PARTE I

¿Cómo actuaría usted ante una persona que padeció o padece de tuberculosis? *Lea todas las alternativas y marque solamente una.*

- Deja de relacionarse con la persona..... 1
- Mantiene una relación normal..... 2
- No sabe qué hacer..... 3
- Otras..... 4
- No responde..... 5

¿Cuáles son sus sentimientos sobre las personas que están enfermas con tuberculosis? *Admite más de una marca*

- Siento compasión..... 1
- Deseo ayudarlos..... 2
- Siento que no puedo hacer nada por ellos..... 3
- Siento temor que puedan infectarme..... 4
- Siento rechazo..... 5
- No siento nada en particular..... 6
- No he pensado en eso..... 7
- Otro..... 8
- No responde..... 9

¿Piensa usted que pueda enfermarse de tuberculosis?

- Si NO NO sabe/NO responde

¿Qué haría usted si piensa que está nuevamente enfermo de tuberculosis? *Lea todas las alternativas y marque solamente una.*

- Tomar cocimientos o medicamentos..... 1
- No haría nada..... 2
- Ir al médico..... 3
- No sé qué haría..... 4

Otras..... 5

¿Qué haría usted si le diagnostican nuevamente de tuberculosis? *Admite más de una marca.*

Pido al médico que me ingresen..... 1

Me mantengo aislado del resto de la familia..... 2

Hago el tratamiento indicado por el médico..... 3

No hago nada..... 4

No sé qué haría..... 5

Otras..... 6

¿Piensa que algún familiar suyo puede enfermar de tuberculosis?

Si NO NO sabe/NO responde

¿Qué haría usted si a un familiar le diagnostican tuberculosis? *Admite más de una marca*

Pido al médico que lo ingresen..... 1

Me alejo de él..... 2

Lo mantengo aislado del resto de la familia..... 3

Lo ayudo en el cumplimiento del tratamiento indicado por el médico..... 4

No hago nada..... 5

No sé qué hacer..... 6

Otras..... 7

ANEXO Nº2: PERCEPCIÓN DEL RIESGO - PARTE II

1. Conozco el problema de salud que representa la Tuberculosis
Mucho ____ Regular ____ Poco ____ Nada____
2. En mi caso personal creo que la Tuberculosis me ha afectado
Mucho ____ Regular ____ Poco ____ Nada____
3. El Médico que me atiende me ha explicado en que consiste mi enfermedad.

N: Nunca V: A veces F: Frecuentemente R: Rutinariamente

4. Le doy importancia a la alimentación para aliviarme
Mucho ____ Regular ____ Poco ____ Nada____
5. Me desagrada tomar tantas medicinas
Mucho ____ Regular ____ Poco ____ Nada____
6. Leo artículos o libros sobre la promoción de la salud
Mucho ____ Regular ____ Poco ____ Nada____

7. Mi familia está consciente que la Tuberculosis es una enfermedad peligrosa.
Mucho ____ Regular ____ Poco ____ Nada____
8. Siento que las medicinas que me recetan me van a aliviar
Mucho ____ Regular ____ Poco ____ Nada____
9. Le doy importancia a hacer ejercicio para mejorar mi salud
Mucho ____ Regular ____ Poco ____ Nada____
- 10- Como tres comidas buenas al día
Mucho ____ Regular ____ Poco ____ Nada____
- 11- Le comunico al médico cualquier síntoma extraño
N: Nunca V: A veces F: Frecuentemente R: Rutinariamente
- 12- Me siento triste o deprimido por mi enfermedad
Mucho ____ Regular ____ Poco ____ Nada____
13. El tratamiento que me dan lo llevo a cabo en forma completa
N: Nunca V: A veces F: Frecuentemente R: Rutinariamente

14- Me siento feliz y contento

N: Nunca V: A veces F: Frecuentemente R: Rutinariamente

15. Conozco los exámenes que tengo que hacerme para el control de mi enfermedad

Mucho ____ Regular ____ Poco ____ Nada____

16- Pido información a los profesionales de salud sobre cómo cuidarme

N: Nunca V: A veces F: Frecuentemente R: Rutinariamente

17- Cuando voy a la Clínica siento que el personal de Salud se interesa por mi salud

Mucho ____ Regular ____ Poco ____ Nada____

18- Me preocupo por aliviarme

Mucho ____ Regular ____ Poco ____ Nada____

19- En la familia platicamos sobre nuestros problemas

Mucho ____ Regular ____ Poco ____ Nada____

20- Desayuno

N: Nunca V: A veces F: Frecuentemente R: Rutinariamente

21- Disfruto de mi trabajo

Mucho ____ Regular ____ Poco ____ Nada____

22. Discuto con profesionales de salud mis inquietudes respecto al cuidado de mi salud

N: Nunca V: A veces F: Frecuentemente R: Rutinariamente

23. Soy entusiasta y optimista con respecto a la vida

N: Nunca V: A veces F: Frecuentemente R: Rutinariamente

24. Asisto a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal.

N: Nunca V: A veces F: Frecuentemente R: Rutinariamente

25. Siento que mi familia me apoya para librarme de la enfermedad

N: Nunca V: A veces F: Frecuentemente R: Rutinariamente

26. Deseo aliviarme para disfrutar de la vida y la familia

Mucho ____ Regular ____ Poco ____ Nada____

ANEXO N°3: AUTOCAUIDADO Y RESPONSABILIDAD EN SALUD

(1) N= Nunca (2) V= A veces: (3) F= Frecuentemente (4)

R= Rutinariamente

	1	2	3	4
1. Acudo a la clínica de salud cuando presento molestias	1	2	3	4
2. Conozco los exámenes que tengo que hacerme para el control de la TBP.	1	2	3	4
3. Leo libros o artículos sobre cuidados para promover mi salud.	1	2	3	4
4. Busco otra opción cuando no estoy de acuerdo con lo que el médico me recomienda.	1	2	3	4
5. Discuto con profesionales de salud mis inquietudes, respecto al cuidado de mi salud	1	2	3	4
6. Conozco los resultados de los exámenes que me hacen para el control de la enfermedad.	1	2	3	4
7. Asistió a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vivimos.	1	2	3	4
8. Pido información a los profesionales de salud sobre cómo cuidarme bien.	1	2	3	4
9. Observo al menos cada mes mi cuerpo para buscar cambios físicos o señas de peligro.	1	2	3	4
10. Asistió a programas educativos sobre el cuidado de la salud	1	2	3	4

¿Conoce usted si la tuberculosis es una enfermedad que?

- | | Sí | No | No sabe |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Puede causar la muerte..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Es curable..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Es contagiosa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |