



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

**TESIS**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE TUBERCULOSIS EN JEFES DE  
FAMILIA DE UNA POBLACIÓN VULNERABLE DEL PUEBLO JOVEN  
VILLA ESPERANZA DE CARABAYLLO 2016**

**PRESENTADO POR**

**AMORÍN HUAMANÍ, ROCIO JANET  
ACERO RODRIGUEZ, VILMA PATRICIA**

**ASESOR**

**MATTA SOLIS, HERNÁN HUGO**

**Los Olivos, 2018**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE  
TUBERCULOSIS EN JEFES DE FAMILIA DE  
UNA POBLACIÓN VULNERABLE DEL PUEBLO  
JOVEN VILLA ESPERANZA DE  
CARABAYLLO  
2016**

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

**PRESENTADO POR:**

AMORÍN HUAMANÍ, ROCIO JANET  
ACERO RODRIGUEZ, VILMA PATRICIA

**ASESOR:**

MATTA SOLIS, HERNÁN HUGO

**LIMA - PERÚ**

**2018**

**SUSTENTADA Y APROBADA ANTE EL SIGUIENTE JURADO:**

---

**Carcausto Calla, Wilfredo Humberto**  
**Presidente**

---

**Contreras Horna, Azucena Magdalena**  
**Secretario**

---

**Suárez Valderrama, Yurik Anatoli**  
**Vocal**

---

**Matta Solis, Hernán Hugo**  
**Asesor**

## **DEDICATORIA**

A nuestros padres por su constante apoyo; a nuestro asesor por su tiempo dado; y, a nosotras, por la fuerza y dedicación que hemos brindado a lo largo de este tiempo.

# ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL .....	4
INTRODUCCIÓN .....	8
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA .....	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	11
1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	17
1.3 OBJETIVOS.....	17
1.3.1 Objetivo general .....	17
1.3.2 Objetivos específicos .....	17
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	19
2.1 MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD .....	20
2.1.1 El distrito de Carabaylo .....	20
2.1.2 Pueblo Joven Villa Esperanza Carabaylo .....	21
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
2.2.1 Internacional.....	23
2.2.2 Nacional .....	25
2.3 MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL .....	27
2.3.1 La tuberculosis.....	27
2.3.2 Vulnerabilidad .....	38
2.3.3 El conocimiento .....	38
2.3.4 La familia.....	39
2.3.5 El proceso de enfermería con las familias .....	41
2.3.6 Teoría - Modelo de Enfermería .....	42
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA .....	44
3.1. TIPO – DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	45
3.2. POBLACIÓN.....	45
3.3. VARIABLE .....	46
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	48
3.5. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	49
3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS...	50
3.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	51
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	53

REFERENCIAS.....	67
ANEXOS:.....	75
ANEXO A: CUESTIONARIO DE EVALUACION DE NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE TUBERCULOSIS EN JEFES DE FAMILIA DE UNA POBLACIÓN VULNERABLE DEL PUEBLO JOVEN VILLAESPERANZA DE CARABAYLLO 2016 .....	76
ANEXOB: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIOS OBSERVACIONALES .....	83
ANEXO C: OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE .....	84
ANEXO D: RESULTADO DE JUICIO DE EXPERTOS .....	86
ANEXO E: PRUEBA PILOTO EN EL AA.HH. EL VALLECITO.....	88
ANEXO F: ACTA DE EVALUACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA .....	89
ANEXO G: CARTA DE PRESENTACIÓN AL DIRIGENTE DEL PUEBLO JOVEN VILLA ESPERANZA .....	90
ANEXO H: DOCUMENTO DE APROBACIÓN Y FACILIDADES PARA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO EN EL PUEBLO JOVEN VILLA ESPERANZA .....	91
ANEXO I: RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	92
ANEXO J: RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS EN TABLAS.....	93

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento acerca de tuberculosis en jefes de familia de una población vulnerable del Pueblo Joven Villa Esperanza de Carabayllo, 2016. **Material y método:** Este estudio fue cuantitativo, no experimental, descriptivo y de corte transversal, cuya población estuvo conformada por 130 jefes de familia del Pueblo Joven Villa Esperanza del Comité 10 y 13. El instrumento utilizado fue un cuestionario denominado: Nivel de conocimientos acerca de tuberculosis y como técnica se utilizó la encuesta. **Resultados:** Los resultados que se obtuvieron muestran que el nivel de conocimientos acerca de la tuberculosis en jefes de familia fue medio con un 53.8%. En relación a las dimensiones, los resultados predominantes en la dimensión conocimientos generales es medio (62.3%), en la dimensión transmisión fue medio (49.2%), en la dimensión tratamiento fue medio (56.9%) y en la dimensión prevención fue bajo (53.1%). **Conclusiones:** El nivel de conocimientos predominante en los jefes de familia fue el medio, por lo cual se debe enfatizar en la educación sanitaria y promoción en salud.

**Palabras clave:** Tuberculosis, jefes de familia, población vulnerable

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the knowledge level about tuberculosis in heads of family of a vulnerable population Villa Esperanza de Carabayllo settlement, 2016.

**Material and method:** This research was quantitative, not experimental, descriptive and cross sectional, whose population was formed by 130 heads of family of Villa Esperanza settlement of committee 10 and 13. The used instrument was a questionnaire denominated Knowledge level about tuberculosis and as a technique survey was used.

**Results:** The obtained results show that knowledge level about tuberculosis in heads of family was medium with a 53.8 %. In relation to dimensions, the predominant results in general is that knowledge dimension was medium (62.3%), transmission dimension is medium (49.2%), treatment dimension it was medium (56.9%) and prevention dimension it was low (53.1%).

**Conclusions:** The predominant knowledge level in heads of family is medium, whereby it must emphasise in sanitary education and health promotion.

Key words: Tuberculosis, heads of family, vulnerable population.

# INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una de las enfermedades infectocontagiosas prevenibles y curables, con una alta incidencia a nivel mundial y nacional. Por ello, es considerada un problema de salud pública que requiere un abordaje integral y multidisciplinario, enfatizando en la prevención y promoción de la salud.

Dentro del abordaje integral, es necesario que las personas se encuentren sensibilizadas y tomen conciencia de la importancia de las medidas de prevención y tratamiento de la tuberculosis, es así que el profesional de enfermería contribuye en la implementación de estrategias educativas que garanticen ello. Además, el profesional de enfermería contribuye en la organización y prestación de la atención integral al individuo, familia y comunidad, enfatizando los aspectos educativos para fortalecer su autocuidado.

La educación para la salud representa un conjunto de aprendizajes orientados a la mejora de conocimientos en la población, respecto a diversos tópicos en salud, con la finalidad de empoderarlos en la toma de las mejores decisiones para su cuidado.

Por lo anterior, la presente investigación aporta información importante, respecto al nivel de conocimientos sobre tuberculosis que tienen los jefes de familia de una determinada comunidad, siendo ello un insumo importante en la generación de propuestas de mejora a nivel educativo, donde el rol de la enfermera resulta preponderante.

De esta manera, se estructuró la investigación de la siguiente manera: en el Capítulo I, se abordó el Problema, el cual consta del planteamiento y formulación del mismo, objetivos y justificación de la investigación. En el Capítulo II, se desarrolló el Marco teórico, con sus respectivos contenidos que son el marco contextual histórico social de la realidad, los antecedentes y el marco teórico propiamente dicho. En el Capítulo III, se desarrolló la Metodología, el cual contiene el tipo-diseño de investigación, la población de estudio, la técnica, el

instrumento, proceso de recolección de datos y los aspectos éticos. En el Capítulos IV, que son los resultados y la discusión, están los gráficos estadísticos y su respectiva interpretación de nuestro objetivo general y objetivos específicos, así como en la discusión encontramos datos que se contrastan con el tema en cuestión.

Las autoras

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La tuberculosis (TB) ha existido desde el principio de los tiempos, sus formas de presentación han confundido a la ciencia y la sociedad a lo largo de los siglos. Actualmente, existen las herramientas médicas para afrontar la tuberculosis, una enfermedad del pasado, pero todavía prospera en lugares donde existe la pobreza y los sistemas de atención sanitaria son insuficientes e ineficaces. La tuberculosis es un mal latente que puede llegar en cualquier momento de descuido y puede ser mortal principalmente en las personas débiles y pobres (1).

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa con gran incidencia a nivel mundial, siendo actualmente un problema grave de salud pública en los países en vías de desarrollo, afectando sobre todo a adultos jóvenes en sus años más productivos (2).

A nivel Mundial en el año 2014, la tuberculosis causó la muerte de 1,5 millones de personas, siendo 890 000 del sexo masculino, 480 000 del sexo femenino y 140 000 niños. La tuberculosis representa una de las primeras causas de mortalidad en el mundo. Además, la tuberculosis está ligada a otras enfermedades, al respecto, la infección por el VIH produjo la muerte de 1,2 millones de personas en el año 2014, de los cuales un 30% fallecieron por co-infección de tuberculosis. Se estima que en el 2014, 9,6 millones de personas padecían de tuberculosis: 5,4 millones del sexo masculino, 3,2 millones de sexo femenino y 1,0 millón de infantes (3).

Un informe de la Organización Mundial de la Salud muestra que el objetivo de la disminución de casos nuevos de tuberculosis se ha avanzado considerablemente. La cantidad de fallecidos bajó un 47%, y un 50% en todas las regiones a excepción de África y Europa. Además, en el informe evidencian que la incidencia en el mundo está disminuyendo en una media de 1,5% por año desde el año 2000, y en la actualidad tenemos un 18% en comparación a ese año. A pesar de los logros descritos, la tuberculosis sigue

siendo un problema de salud pública en el mundo, debido a ello se requieren más esfuerzos y nuevas estrategias que mejoren el diagnóstico oportuno y la prevención, siendo necesario un mayor interés por las autoridades nacionales e internacionales (4).

Una forma de tuberculosis es la multirresistente, en la cual no hay respuesta a los tratamientos convencionales, generando costos elevados para el tratamiento, siendo reportada en la mayoría de países estudiados por la OMS. Dentro de las causas de este tipo de tuberculosis se encuentra el uso incorrecto de los medicamentos convencionales. En el 2014 fueron reportados aprox. 480 000 nuevos casos de TBC-MDR (5).

A nivel de las Américas, ha habido importantes avances con el surgimiento de la estrategia DOTS/TAES, que en ciertos países permitió alcanzar las metas de Desarrollo del Milenio. A pesar de ello, en el año 2004 de acuerdo a datos de la OMS, la incidencia fue de 370 mil nuevos casos y 53 mil decesos de tuberculosis, acaecidos especialmente en países pobres. Estas cifras son vergonzosas en estos días cuando actualmente se cuenta con tratamientos gratuitos y de eficacia comprobada que pueden mermar el sufrimiento y dolor que ha generado la tuberculosis (6).

A nivel de Perú, podemos decir que es un país de contrastes que tiene una de las economías más estables en América del Sur; sin embargo, casi un 25% de la población vive en la pobreza. Asimismo, el crecimiento económico no es equitativa, tampoco lo es el acceso a una buena educación o la calidad del cuidado de la salud (7).

El Perú es uno de los países donde la economía no se ha visto afectada a comparación de grandes países desarrollados que se vieron amenazados, pero aun así se puede ver la pobreza extrema de algunas regiones del Perú.

Las estadísticas de esta enfermedad resultan realmente preocupantes en comparación con otros países de Latinoamérica, motivo por el cual el gobierno tiene que asumir un rol preponderante para frenar este problema de salud pública. Lamentablemente, el Perú presenta aproximadamente 35 000 casos nuevos cada año, concentrándose la mayoría a nivel de Lima y Callao (8).

El Perú a nivel de toda Latinoamérica y el mundo es uno de los países que ocupa el más alto índice de casos nuevos, MDR, XDR y morbilidad, donde la más grande concentración se observa en Lima y Callao. El MINSA ante esta gran ola de cifras replanteará un nuevo y mejor manejo de la estrategia de tuberculosis.

En el Perú, en el año 2013, pudo disminuir la tasa de morbilidad de 105.2 a 101.3 casos por cada 100 mil habitantes. A pesar de ello, aún sigue ocupando el segundo lugar en América en reportar más casos de tuberculosis, precedido por Brasil, y los primeros con mayor cantidad de casos de tuberculosis MDR. Según reportes estadísticos del Ministerio de Salud, en el año 2013 se reportaron 31 mil casos de tuberculosis sensible, 1260 casos de tuberculosis MDR y 66 casos de tuberculosis extremadamente multirresistente (TB-XDR). A nivel de distritos de Lima Metropolitana, el distrito de San Juan de Lurigancho cuenta con la mayor cantidad de casos reportados, seguido por El Agustino, Santa Anita, Ate Vitarte y el Rímac (9).

La Estrategia DOTS y DOTS Plus permite que se fortalezca la atención recuperativa de individuos con diagnóstico de tuberculosis sensible, resistente y coinfectados con VIH SIDA, a nivel de los establecimientos de salud del país (10).

Dicha estrategia es parte fundamental para la intervención con el usuario permitiendo que al administrar el tratamiento se realice de forma correcta y

la verificación de la toma de los medicamentos sea exacta y que el usuario cumpla con el tratamiento para su pronta recuperación.

A nivel distrital, Carabayllo es uno de los que presenta altos índices de pacientes con tuberculosis; por ello, viene siendo el foco de diversas intervenciones que tienen por objetivo la prevención y control de la tuberculosis.

En el año 2014, se reportaron 1297 nuevos casos de TBC, teniendo una incidencia de 131.012 casos por 100 000 habitantes, teniendo como fuente la Red de Salud Túpac Amaru, y existiendo un leve ascenso en comparación al año anterior, pero que se encuentra dentro de los más elevados a nivel nacional. La tasa porcentual de Sintomáticos Respiratorios Identificados en el año 2014 fue de 3.1%, siendo el nivel ideal un 5% (11).

A nivel local, según los datos estadísticos de los dos últimos años del centro de salud Villa Esperanza, existe un incremento de nuevos casos de multidrogoresistencia. Es precisamente en la jurisdicción del Centro de Salud Villa Esperanza, donde se realizó el trabajo de investigación, el cual mediante indicadores sanitarios y sociodemográficos identifica como población vulnerable a los pobladores que viven en los Comités 10,11,12, y 13 (AA. HH. Vista Alegre, Santa Ana, Alberto Fujimori, Rinconada, Los Triguales).

La estrategia “Alto a la Tuberculosis”, promovida por la OMS, tiene como una de sus metas, lograr el acceso universal a una atención de calidad para todos los personas con tuberculosis; reducir el impacto socioeconómico que genera la enfermedad; y proteger a las poblaciones identificadas como vulnerables frente a la tuberculosis en sus diversas formas; asimismo, busca contribuir a la creación de nuevos instrumentos y estrategias orientadas a la prevención, promoción, detección y tratamiento. Finalmente, busca empoderar a la comunidad en la toma de las mejores decisiones frente a la

tuberculosis, reduciendo de esta manera la carga producida a sus pobladores (12).

Precisamente, parte de las estrategias de prevención y promoción de salud en la población, son la evaluación de los conocimientos hacia la enfermedad y su control. Esta información resulta muy relevante para la implementación de estrategias educativas que permitan reducir el estigma generado por la tuberculosis, mejor adherencia al tratamiento y aplicación de medidas preventivas apropiadas.

Al respecto, la educación para la salud, parte importante de la promoción de la salud, implica generar oportunidades de aprendizaje orientadas a mejorar los conocimientos poblacionales sobre temas puntuales para la presente investigación acerca de la tuberculosis, razón por la cual se hace necesario poner énfasis en los conocimientos de los pobladores y sus familias sobre tuberculosis para implementar medidas de autocuidado que finalmente contribuirán a la disminución de la morbi-mortalidad de la enfermedad (13).

Durante las prácticas de enfermería desarrolladas en el establecimiento de salud Villa Esperanza de Carabayllo, se pudo entrevistar respecto al conocimiento sobre tuberculosis con diversos pobladores provenientes de sectores vulnerables, catalogados así por el establecimiento, evidenciándose que existen muchas deficiencias al respecto: “La tuberculosis es una enfermedad que no contagia” , “si tengo tuberculosis estoy condenado a morir”, “si alguien tiene tuberculosis no debemos acercarnos ni tocarlos”, además, se notó escasas sesiones educativas respecto al tema de la tuberculosis dentro del establecimiento. Se logró conversar con la jefa de enfermeras, refirió ante esto que “el número de enfermeras asignadas al establecimiento de salud es insuficiente para cubrir las diferentes estrategias y actividades intramurales y principalmente las

extramurales”. Asimismo, la enfermera responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del establecimiento (ESNPYCTB), nos refirió que “la escasez de recursos humanos hace difícil poder cumplir a cabalidad las actividades del servicio”, agregó a que esta situación “dificulta que las actividades se realicen de forma sostenida durante todo el año”, además agregó “es importante retomar con fuerza las actividades preventivo promocionales, ya que la cantidad de pacientes con esta enfermedad está aumentando con el transcurrir de los años, incluso existen cada vez más casos de tuberculosis MDR”. Al haber visitado el Pueblo Joven Villa Esperanza de Carabayllo, se pudo conversar con el dirigente que señala: “Mucho de los pobladores trabajan todo el día, eso hace que no participen activamente en las actividades preventivo promocionales que organiza el establecimiento de salud”.

Por todo lo anterior, evidenciamos que la tuberculosis es un problema de salud pública, a nivel mundial, nacional y local, haciéndose necesario la implementación de estrategias que garanticen su disminución y poniendo énfasis a los aspectos preventivo – promocionales. Las intervenciones de enfermería deben estar basadas en las prioridades de políticas públicas, mediante la creación de programas educativos de los usuarios del sistema de salud.

No cabe duda que la tuberculosis afecta fundamentalmente a las poblaciones vulnerables, cargadas de pobreza e inequidad. De esta manera, el profesional de enfermería tiene que estar capacitado en los aspectos sociales de control de la enfermedad, requiriendo para ello generar alianzas interdisciplinarias y multisectoriales. En ese sentido, el profesional de enfermería debe promover la participación ciudadana en los programas de control de TBC, brindándoles el conocimiento necesario para que participen como elemento activo frente a la TBC. Ante lo descrito, se desarrolló la investigación titulada: Nivel de conocimiento acerca de tuberculosis en jefes

de familia de una población vulnerable del Pueblo Joven Villa Esperanza de Carabayllo, 2016.

## **1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el nivel de conocimiento acerca de tuberculosis en jefes de familia de una población vulnerable del Pueblo Joven Villa Esperanza de Carabayllo, 2016?

## **1.3 OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar el nivel de conocimiento acerca de tuberculosis en jefes de familia de una población vulnerable del Pueblo Joven Villa Esperanza de Carabayllo, 2016

### **Objetivos específicos**

- Determinar el nivel de conocimiento acerca de tuberculosis, en su dimensión conocimientos generales, en jefes de familia de una población vulnerable del Pueblo Joven Villa Esperanza de Carabayllo, 2016.
- Determinar el nivel de conocimiento acerca de tuberculosis, en su dimensión conocimientos sobre la transmisión, en jefes de familia de una población vulnerable del Pueblo Joven Villa Esperanza de Carabayllo, 2016.
- Determinar el nivel de conocimiento acerca de tuberculosis, en su dimensión conocimientos sobre el tratamiento, en jefes de familia de una población vulnerable del Pueblo Joven Villa Esperanza de Carabayllo, 2016.
- Determinar el nivel de conocimiento acerca de tuberculosis, en su dimensión conocimientos sobre la prevención, en jefes de familia de una población vulnerable del Pueblo Joven Villa Esperanza de Carabayllo, 2016.

## **1.4 JUSTIFICACIÓN**

La tuberculosis representa un grave problema para la salud pública del Perú, es por ello que el estado peruano lo asume como un rol trascendental para el beneficio de todos los ciudadanos. Siendo así, a través del Ministerio de Salud, se generan acciones para el control y prevención de la tuberculosis, reflejándose en el incremento del presupuesto, elaboración de documentos técnico-normativos y el fomento de la investigación.

Siguiendo esa línea de acción, la presente investigación pretende contribuir en un aspecto fundamental del manejo de la tuberculosis: prevención y promoción de la salud. Para ello, se focalizó en las personas y su nivel de conocimiento respecto a la enfermedad.

Además, se buscó contribuir al conocimiento existente sobre la tuberculosis en los jefes de familia, ya que estas son las más predispuestas a adquirir esta enfermedad.

Los resultados que se obtendrán en ese estudio serán socializados con profesionales que trabajan en el centro de salud Villa Esperanza de Carabaylo, ya que estas zonas vulnerables pertenecen a su jurisdicción. Además se elaborarán programas de intervención más acorde a la realidad presentada para así prevenir esta enfermedad y educar más a aquellos jefes de familia que posean menos conocimientos sobre esta enfermedad social.

El personal de enfermería dentro del primer nivel de atención en salud juega un rol muy importante en las actividades preventivas promocional en la comunidad, ya que se encuentra en contacto directo con la población; así también, el personal de enfermería actúa en conjunto con el dirigente y su equipo de gestión de la comunidad. Por ello, es necesario crear más evidencia de la labor que realiza dentro de la Estrategia Nacional de Tuberculosis con el seguimiento y constante consejería para prevenir los daños en la persona familia y comunidad.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

## **2.1 MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD**

### **2.1.1 El distrito de Carabayllo**

#### **A. Evolución histórica de Carabayllo**

En el periodo republicano fue fundado el distrito de Carabayllo. Existe controversia en cuanto a la fecha en que fue creado, algunos investigadores refieren que fue creado el 29 de junio de 1821 por decreto general de don José de San Martín, otros que lo fue el 15 de junio de 1825 por don Simón Bolívar, siendo el primer distrito del Cono Norte (14).

Hasta el año 1874, Carabayllo representaba el único distrito ubicado en el valle del río Chillón, siendo sus límites: Chancay, Canta, Huarochirí y San Juan de Lurigancho, el río Rímac y el océano Pacífico. Posteriormente, el distrito fue fragmentándose para dar origen al resto de distritos del Cono Norte que tenemos actualmente (14).

A inicios de la época republicana, el distrito se ubicaba desde la Portada de Guía (actualmente Cuartel Hoyos Rubio) abarcando la totalidad de los distritos del Cono Norte desde San Martín de Porres hasta Santa Rosa de Quives, siendo reconocido históricamente como el distrito génesis del Cono Norte (14).

El área territorial de Carabayllo se ha reducido sustancialmente con el pasar del tiempo. Pasó de tener 974.50 Km a 346.88 Km<sup>2</sup>. Cuenta con importantes riquezas (minerales no metálicos, agua y agricultura), sus patrimonios culturales, su invaluable historia y fundamentalmente sus pobladores, siendo un distrito en su mayoría de población joven, quienes generan el desarrollo distrital (14).

## B. Ubicación, límites y extensión

### ➤ Ubicación

Se encuentra ubicado en la zona media baja del valle del Río Chillón. En la zona nor-este de Lima Metropolitana. Sus límites son: Noroeste (Ancón), Norte (Huamantanga), Noreste (Santa Rosa de Quives), Este (San Antonio de Chaclla), Sureste (San Juan de Lurigancho) y por el Sur (Comas) (15).

## C. Población y su caracterización

### ➤ Población

- 301 978 habitantes en el año 2015 (16).

### ➤ Caracterización

Tiene la mayor área de Lima Norte (346,88 km<sup>2</sup>, que equivalen al 35,6%), además, cuenta con la mayor área agrícola de la zona norte de Lima, por sus recursos histórico culturales, es denominado como un distrito ecológico, agrícola y turístico (15).

## D. Desarrollo urbano, vivienda y saneamiento básico

El distrito de Carabayllo está conformado por una diversidad de pueblos jóvenes y AA.HH. de bajos ingresos económicos y conformados por una población principalmente joven, siendo uno de sus mayores potenciales, que cuentan con el apoyo de diversos programas sociales (15).

### **2.1.2 Pueblo Joven Villa Esperanza Carabayllo**

#### A. Reseña histórica

Fue fundado el 2 de enero de 1965 por trabajadores activos y cesantes del entonces Ministerio de Fomento y Obras Públicas, constituido por 22 familias.

La Municipalidad de Lima Metropolitana, con Resolución N° 036-93-MLM/SMDU de fecha 18 de febrero de 1993 aprueba el Plano Perimétrico y Memoria Descriptiva de un área de 256 237.70 m<sup>2</sup>, ocupado por los pobladores,

denominándolo Asentamiento Humano Marginal “Villa Esperanza” del distrito de Carabayllo (17).

En fecha 4 de junio de 1993, se inscribió el plano perimétrico en la Superintendencia Nacional de Registros Públicos, y cuatro años después en fecha 18 de agosto de 1997, se inscribió, en la misma entidad, el plano de trazado y lotización con la denominación, Pueblo Joven Villa Esperanza (17).

#### B. Ubicación, límites y extensión y comunidades que la conforman

##### - Ubicación

El Pueblo Joven Villa Esperanza se encuentra ubicado al norte de Lima, a la altura del Km 18.5 de la Av. Túpac Amaru (17).

##### - Límites

- Por el Norte: Con el Asentamiento Humano Marginal “Santa Ana” y el Asentamiento Humano “Vista Alegre”
- Por el Sur: Con el Asentamiento Humano Marginal “Raúl Porras Barrenechea”
- Por el Este: Con el Asentamiento Humano Marginal “El Progreso” y el Cerro “Villa Esperanza”
- Por el Oeste: Con el asentamiento Humano Marginal “Nueva América” (17).

##### - Extensión

- Área de 256 237.70 m<sup>2</sup> (17).

##### - Comunidades que conforman a Villa Esperanza

El Pueblo Joven Villa Esperanza, por acuerdo interno, está constituido por 13 comités vecinales, siendo los comités 11 y 13 los que se encuentran en la parte más alta de nuestro predio matriz, expandiéndose constantemente debido al crecimiento poblacional y a las necesidades de vivienda acarreado problemas en sus servicios básicos.

### C. Organizaciones sociales que la conforman

Cuenta con dos (02) Instituciones Educativas de educación inicial, una (01) Institución Educativa de Educación Primaria, ambos estatales; una casa comunal INABIF que brinda asistencia alimentaria y cuidado de niños y adulto mayor en situación de pobreza. Cuenta además con un Centro de Salud “Villa Esperanza” el cual brinda los siguientes servicios: Medicina General, Obstetricia, Odontología, Nutrición, Psicología, Crecimiento y Desarrollo del Niño, Estrategia Sanitaria de Inmunización, Estrategia Sanitaria de Tuberculosis, Laboratorio, Farmacia, Radiología para atender a una población de 28 000 personas, distribuidas en seis (06) Sectores, uno de los cuales es el Pueblo Joven Villa Esperanza y el Asentamiento Humano Nueva América.

### D. Descripción de la comunidad

El Pueblo Joven Villa Esperanza cuenta en la actualidad con 71 Manzanas y 780 lotes para una población de 3700 personas.

Cuenta con los servicios de luz, agua y desagüe, servicio de telefonía fija y móvil.

## **2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.2.1 Internacional**

Kalemework A., Spigt M., Larnus J., Semaw A., Geert D., en el año 2017, realizaron la investigación titulada: “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Tuberculosis en prisioneros del norte de Etiopía”, cuyo objetivo principal fue determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la tuberculosis. Diseño y metodología: enfoque cuantitativo, descriptivo-transversal. La muestra estuvo conformada por 615 prisioneros. El instrumento utilizado fue un cuestionario estandarizado y validado. Las conclusiones fueron:

El 37% mencionó que una bacteria es el agente causal de la tuberculosis, el 87% conoce la ruta de transmisión de la tuberculosis. El 41% tuvo actitudes favorables hacia la tuberculosis y el 55% presenta buenas prácticas de cuidado (18).

Mbugua R., Kahari L., en Kenya, en el año 2017, realizaron un trabajo de investigación titulado: “Conocimientos, actitudes y prácticas de la comunidad sobre la prevención de tuberculosis: Un estudio Transversal”, cuyo objetivo principal fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la tuberculosis. Diseño y metodología: enfoque cuantitativo, descriptivo – transversal. La muestra estuvo conformada por 327 personas. El instrumento utilizado fue un cuestionario estandarizado y validado. Las conclusiones fueron:

El nivel de conocimientos fue medio en la mayoría con un 62%. Un 15% tenía conocimientos sobre la causa de la tuberculosis, un 35% conocía los signos y síntomas y el 42% reconoce a la vacuna como una medida preventiva (19).

Kigozi N., Heunis J., Engelbrecht M., Rensburg J., en el sur de África, en el año 2017, realizaron el trabajo de investigación titulado: “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en pacientes atención primaria de salud en el Sur de África metropolitana”, cuyo objetivo principal fue determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis. Diseño y metodología: enfoque cuantitativo, descriptivo-transversal. La muestra estuvo conformada por 507 pacientes. El instrumento utilizado fue una encuesta validada mediante una prueba piloto. Las conclusiones fueron:

La mayoría de pacientes refieren que la tuberculosis pulmonar es contagiosa, sorprendentemente un 85% cree que la tuberculosis se puede contagiar por compartir cepillo de dientes. Más del 90% cree que la tuberculosis es un serio problema y amerita un tratamiento inmediato (20).

Carbajal R, Varela M, Hoyos P, Angulo E y Duarte C., en la Costa Pacífica – Colombia, en el año 2014, realizaron una investigación titulada: “Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la tuberculosis en trabajadores del sector salud en municipios prioritarios de la Costa Pacífica colombiana”, cuyo objetivo fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la tuberculosis. Diseño y metodología: enfoque cuantitativo, descriptivo-transversal. La muestra estuvo compuesta por 38 trabajadores. El instrumento fue un cuestionario

estandarizado sobre diversos aspectos de la tuberculosis. Las conclusiones fueron:

Los trabajadores reportaron tener conocimientos sobre la tuberculosis y sus cuidados. Sin embargo, se evidenciaron algunas prácticas de riesgo vinculadas al cumplimiento del plan de salud ocupacional (21).

Delgado V, Cadena L, Tarazona G, Lozano C y Rueda E, en la capital de Santander – Colombia, en el año 2015, realizaron una investigación titulada: “Nivel de conocimientos sobre tuberculosis en dos comunidades del Área Metropolitana de Bucaramanga, Santander”, cuyo objetivo fue establecer el nivel de conocimientos respecto a la tuberculosis. Diseño y metodología: enfoque cuantitativo, descriptivo-transversal. La muestra estuvo conformada por 734 personas con edades de 18 a 88 años. El instrumento utilizado fue un cuestionario estandarizado y validado para el estudio. Las conclusiones fueron:

Existe un nivel medio de conocimientos sobre la tuberculosis, lo que sugiere que se tiene que reforzar los conocimientos brindados (22).

### **2.2.2 Nacional**

Aguilar C., en Chiclayo – Perú, en el año 2017, realizó un trabajo de investigación titulado: “Nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar en pobladores de un distrito de alta incidencia”, cuyo objetivo principal fue determinar el nivel de conocimientos respecto a la tuberculosis pulmonar en los pobladores. Diseño y metodología: enfoque cuantitativo, diseño descripto-transversal. La muestra estuvo conformada por 383 personas de 18 a 59 años. El instrumento fue creado para el estudio, previamente validado. Las conclusiones fueron:

Más del 90% de la muestra evidenció un nivel de conocimientos bajo-medio sobre la tuberculosis (23).

Calderón M., Pérez L., Robledo J., en San Juan de Lurigancho – Perú, en el año 2017, realizaron una tesis de investigación titulada: “Conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis en pacientes pertenecientes al programa de control de tuberculosis”, cuyo objetivo principal fue evaluar el nivel de conocimientos y las actitudes respecto a la tuberculosis. Diseño y metodología: enfoque cuantitativo, descriptivo-transversal. La muestra estuvo conformada por 136 pacientes provenientes de los diversos establecimientos de salud. El instrumento utilizado fue un cuestionario elaborado para la investigación, previamente validado. Las conclusiones fueron:

El nivel de conocimiento fue bajo en su mayoría, siendo las áreas con mayor deficiencia las de prevención y tratamiento. Las actitudes fueron positivas en su mayoría (24).

Ferrer S., Quispe R., en San Juan de Miraflores – Perú, en el año 2015, realizaron el trabajo de investigación titulado: “Conocimiento sobre tuberculosis y actitud hacia el tratamiento de los pacientes que asisten a un Centro Materno Infantil”, cuyo objetivo principal fue determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes hacia el tratamiento. Diseño y metodología: enfoque cuantitativo, correlacional – descriptivo. La muestra estuvo compuesta por 40 pacientes. Fueron utilizados 2 instrumentos, uno de 20 ítems para evaluar el nivel de conocimientos y otro de 20 ítems tipo escala de Likert para evaluar las actitudes. Las conclusiones fueron:

El 62,5% presentó un nivel de conocimientos alto, y el 77,5% tuvo actitudes de aceptación. Se evidenció una relación estadísticamente significativa entre ambas variables (25).

Huamán E., Vásquez F., en Lima – Perú, en el año 2016, realizaron una tesis de investigación titulada: “Nivel de Conocimientos de tuberculosis pulmonar en pacientes de 3 establecimientos de salud de la Micro Red San Martín de Porres”, cuyo objetivo principal fue determinar el nivel de conocimientos en los pacientes

referidos. Diseño y metodología: enfoque cuantitativo, descriptivo-transversal. La muestra estuvo compuesta por 84 pacientes diagnosticados de tuberculosis pulmonar. Las conclusiones fueron:

El 98% de pacientes presentaron un nivel de conocimientos regular. En referencia a las dimensiones el 72% tienen conocimiento regular sobre el tratamiento, cuidados del hogar un 53% tienen conocimiento regular y el 98% tiene conocimiento regular sobre las medidas preventivas (26).

Bravo S., en Puno-Perú, en el año 2017, realizó la tesis de investigación titulada: “Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar en pacientes del programa de control de tuberculosis”, cuyo objetivo principal fue determinar el nivel de conocimientos. Diseño y metodología: enfoque cuantitativo, descriptivo-transversal. La muestra estuvo conformada por 18 pacientes. El instrumento utilizado fue un cuestionario elaborado para la investigación, que fue previamente validado, fueron evaluados aspectos, definición, etiología, signos y síntomas. Las conclusiones fueron:

El 56% de los pacientes estudiados, tienen un nivel de conocimiento bueno, seguido por 28% regular, respecto al tratamiento el 50% tiene nivel de conocimiento bueno (27).

## **2.3 MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL**

### **2.3.1 La tuberculosis**

#### **A. Definición**

La tuberculosis es definida como una enfermedad infectocontagiosa, cuyo agente etiológico es el bacilo de Koch, siendo su reservorio principal el hombre. La forma de transmisión es mediante la inhalación de gotitas de Flügge, las cuales son esparcidas al aire mediante la tos, estornudos. La forma de ingreso es mediante las vías respiratorias. Una vez en el organismo, el bacilo despierta la respuesta inmune de la persona, pudiendo mantener la enfermedad en estado latente hasta por 50 años, activándose en cualquier momento de la vida cuando se vea

afectado el sistema inmune (diabetes, alcoholismo, desnutrición, etc.). La forma clínica más habitual es la pulmonar con aproximadamente un 85% de casos, seguido de otras formas extrapulmonares (meníngea, ósea, ganglionar, renal) (28).

## B. Breve historia del bacilo de la tuberculosis

El agente causal de la tuberculosis, el *Mycobacterium Tuberculosis* o Bacilo de Koch, lleva el nombre en honor a su descubridor Roberto Koch, en el año 1882 (29).

## C. Etiopatogenia

*Mycobacterium tuberculosis* es un microorganismo aeróbico estricto, inmóvil, no formador de esporas, ausente de cápsula y de flagelos, perteneciente al género *Mycobacterium* (30).

El hombre cuando está enfermo, al estornudar o al toser, elimina infinidad de pequeñas gotitas de saliva y secreciones respiratorias, en forma de aerosol, que contienen miles de micobacterias. Las microgotas más pequeñas miden aproximadamente 1-5  $\mu\text{m}$ , pueden llegar al tracto respiratorio de las demás personas, exactamente al espacio alveolar. Es ahí donde se activan los mecanismos de defensa, eliminando rápidamente los bacilos tuberculosos, no produciendo infección alguna. Sin embargo, algunos bacilos logran instalarse en la vía aérea distal, desencadenando la actividad de macrófagos y linfocitos para evitar la multiplicación del bacilo, produciendo una reacción inflamatoria granulomatosa local (lesión o chancro de Ghon). En otras oportunidades, el bacilo puede alojarse en zonas extrapulmonares como ganglios (formando el complejo de Ranke) u otros órganos. En pocos casos, los mecanismos de defensa no son los adecuados y se desarrolla una primoinfección tuberculosa, denominada primaria.

Por tanto, cualquier individuo, una vez infectado, tiene bacilos en su organismo, que podrían activar la enfermedad en cualquier momento. Se calcula que entre un 5% y un 10% de los individuos infectados pueden desarrollar una enfermedad tuberculosa a lo largo de su vida, la mitad de ellos durante los 2 primeros años después de la infección inicial (30). Siguiendo lo anterior, los grupos de más alto riesgo son los menores de 5 años, y los que tienen una infección VIH sobre añadida (30).

#### D. Manifestaciones clínicas

La tuberculosis se puede dividir en pulmonar o extrapulmonar, dependiendo de su ubicación se presentan las múltiples manifestaciones clínicas de la enfermedad. A continuación, describiremos las diversas formas:

##### a) Tuberculosis pulmonar

Puede ser primaria o posprimaria.

###### - Tuberculosis primaria

Llamada así porque se desarrolla la infección inicial por el bacilo tuberculoso, principalmente se da en grupos de riesgo como niños e infectados con VIH. Las zonas más afectadas del pulmón son la media e inferior, debido a la mayor ventilación. Posterior a la infección inicial suele desarrollarse adenopatías paratraqueales e hiliares, las cuales pueden ser evidenciadas en las radiografías de tórax. En la mayoría de casos, nuestro sistema inmune evita la diseminación de la enfermedad, dejando una lesión focalizada denominada lesión de Ghon. Solo en algunos casos, las lesiones primarias pueden agravarse, necrosándose y formando cavidades (31).

###### - Tuberculosis posprimaria

Denominada tuberculosis secundaria, es aquella que ocurre luego de una infección primaria, producto de una reactivación del bacilo tuberculoso que se encontraba en estado latente. Generalmente, se localiza en los segmentos apicales-posteriores del lóbulo superior debido a la elevada concentración de

oxígeno, lo cual facilita la multiplicación de las micobacterias. Puede afectar zonas focalizadas o extenderse a grandes áreas (31).

Cuando daña considerablemente el tejido pulmonar, produce cavidades denominada cavernas, que en algunas oportunidades pueden afectar de manera extensa los pulmones. Las personas con este tipo de lesiones, eliminan grandes cantidades de bacilos a través de sus vías respiratorias, sin embargo, la mayoría responde rápidamente al tratamiento en aproximadamente 2 semanas (32).

Es durante estas primeras fases de la tuberculosis, donde los síntomas son muy inespecíficos, presentando episodios febriles, baja de peso, pérdida de apetito, sudoraciones por las noches, astenia. El síntoma cardinal es la tos, la cual se acompaña de rasgos de sangre en su esputo, denominándose esputo hemoptoico (32).

#### b) Tuberculosis extrapulmonar

Es aquella tuberculosis localizada fuera del pulmón, siendo el orden de frecuencia:

- Ganglios linfáticos
  - Pleura
  - Sistema genitourinario
  - Huesos y articulaciones
  - Meníngea (33).
- 
- Tuberculosis de los ganglios linfáticos (linfadenitis tuberculosa)  
Es la forma de presentación clínica más frecuente, fuera de los pulmones, además, es la forma más frecuente en paciente con CO-infección VIH. Se expresa clínicamente con aumento de volumen a nivel de los ganglios cervicales y supraclaviculares. Con el paso del tiempo, se producen fístulas que drenan al exterior una sustancia caseosa.

- Tuberculosis pleural

Representa un 20% de las formas extrapulmonares de tuberculosis, siendo más frecuente en la primoinfección, producto de la cercanía con la inflamación del parénquima pulmonar. La expresión clínica más frecuente es el derrame pleural, que cuando tiene un volumen considerable produce síntomas como sensación de falta de aire, episodios febriles y dolor pleural. Respecto a los datos semiológicos, se describe matidez en la percusión, obliteración de los ruidos respiratorios. A nivel radiográfico, se evidencia una radiopacidad que se ubica en los segmentos posteriores (31).

- Tuberculosis genitourinaria

Representa el 15% de los casos de tuberculosis extrapulmonar, generalmente se producen concomitantemente con la infección del parénquima pulmonar. La expresión clínica más frecuente es hematuria, nicturia, polaquiuria, episodios de dolor abdominal. En otras oportunidades, la infección es asintomática, evidenciándose clínicamente cuando se ha producido daño extenso en el sistema genitourinario (31).

Otros aspectos característicos son la afectación del epidídimo en los varones, y las trompas de Falopio en las mujeres (31).

- Tuberculosis osteoarticular

Esta forma representa el 10% de las formas extrapulmonares. Se produce a raíz de la diseminación hematológica de los bacilos tuberculosos, afectando principalmente la columna vertebral, denominándose mal de Pott (31).

En los niños, se afecta con más frecuencia la parte superior de las vértebras torácicas, a diferencia del adulto que se ve afectado la porción inferior de la columna torácica y superior de la lumbar (31).

Desde la porción anterosuperior o ángulo inferior del cuerpo vertebral, la lesión alcanza con lentitud los cuerpos adyacentes, y más tarde afecta los discos intervertebrales (31).

- Meningitis tuberculosa y tuberculoma

Representa el 5% de los casos de tuberculosis extrapulmonar, afecta principalmente a los niños y pacientes inmunodeprimidos. Se produce por la diseminación hematógica de las lesiones primarias o secundarias. La expresión clínica se da por cefaleas recurrentes, episodios febriles, anorexia (33).

E. Transmisión de la tuberculosis

El *Mycobacterium tuberculosis* tiene un mecanismo de propagación a través de partículas en suspensión en el aire, generadas al estornudar, toser o hablar. El tamaño de las gotitas es de 1-5 micras, suficiente para que las corrientes de aire puedan suspenderlas y trasladarlas durante varios días. El proceso infeccioso inicia cuando dichas gotitas llegan a las vías respiratorias de otra persona, asentándose en los alveolos pulmonares. Luego inicia un proceso de multiplicación y diseminación por el organismo. Los síntomas clínicos pueden empezar a manifestarse desde los primeros 3-10 semanas después de la primoinfección, aunque en la mayoría de casos la infección permanece latente, permaneciendo las personas asintomáticas por años (34).

F. Diagnóstico de la tuberculosis

El diagnóstico del paciente con tuberculosis se inicia con los procesos de captación de los pacientes denominados sintomáticos respiratorios, definidos por presentar tos con flema por más de 15 días. Dicha captación debe desarrollarse en los establecimientos de salud por personal capacitado. Una vez captado el paciente, se procede a solicitar las pruebas de esputo con la finalidad de realizar pruebas de baciloscopia (35).

a) Evaluación clínica

La evaluación clínica implica la evaluación de síntomas y signos en el paciente con probable tuberculosis que nos orienten a la localización y extensión para iniciar las evaluaciones con exámenes auxiliares (35).

b) Diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis

▪ Baciloscopía directa

Las muestras de esputo son procesadas por el Método de coloración Ziehl-Neelsen, basados en un protocolo que en Perú lo establece el INS (35).

▪ Cultivo de micobacterias

Los métodos de cultivo para las micobacterias son Lowenstein – Jensen, Ogawa y agar 7H10. Además, se cuentan con métodos automatizados de cultivo como la prueba MODS (del inglés Microscopic Observation Drug Susceptibility) (35).

Las indicaciones para el cultivo de *Mycobacterium tuberculosis* son: muestras de un individuo sintomático respiratorio, baciloscopía negativa y radiografía sospechosa. Aquellos individuos con muestras de esputo paucibacilares. Aquellos casos con sospecha de afectación extrapulmonar (35).

c) Diagnóstico clínico-radiológico de la tuberculosis

El diagnóstico de tuberculosis pulmonar debe orientarse a individuos con sintomatología respiratoria como tos, dolor torácico, disnea, expectoración asociado a síntomas generales. Como ayuda diagnóstica se debe solicitar radiografía de tórax (35).

d) Diagnóstico de TB extra-pulmonar

Las manifestaciones clínicas dependerán del órgano afectado, solicitando exámenes auxiliares que esclarezcan el diagnóstico. Además, debemos realizar un diagnóstico diferencial con enfermedades prevalente según el área. Se deben obtener muestras de los tejidos probablemente afectados, mediante

procedimientos quirúrgicos, biopsias, los cuales deberán ser estudiados mediante procedimientos histopatológicos (35).

e) Diagnóstico de la tuberculosis latente

Para el diagnóstico de tuberculosis latente, la prueba de elección es la tuberculina. Si luego de realizada la prueba se evidencia una induración mayor a 10 mm se considera positivo. Se considera resultado positivo si la induración es 10 mm o más para la población en general. En pacientes inmunodeprimidos, el punto de corte es mayor a 5 mm.

En los establecimientos de salud, es el profesional de enfermería el responsable de la administración y lectura de la prueba (35).

G. Tratamiento de la tuberculosis

Manejo integral de la persona diagnosticada de tuberculosis

Las personas afectadas de tuberculosis deben ser tratadas inmediatamente brindándole atención integral en los establecimientos de salud de todo el territorio. Dicha atención integral involucra: atenciones médicas, enfermería, psicología, nutrición, laboratorio, etc. (35).

- Esquemas de tratamiento para tuberculosis
- Esquema para tuberculosis sensible

## Esquema para adultos y niños

**Primera Fase: 2 meses (HREZ) diario (50 dosis)**  
**Segunda Fase: 4 meses (H3R3) tres veces por semana (54 dosis)**

## Esquema para tuberculosis extrapulmonar con compromiso del SNC, miliar u osteoarticular

En estos casos, la primera fase tendrá una duración de 2 meses y la segunda se extenderá hasta los 10 meses.

**Primera fase: 2 meses (HRZE) diario (50 dosis)**  
**Segunda fase: 10 meses (HR) diario (250 dosis)**

## Indicación para pacientes con tuberculosis con infección por VIH/SIDA

En estos casos se deben programar 225 dosis, dividido en dos fases, siendo la primera de 9 meses de duración.

**Primera Fase: 2 meses (HREZ) diario (50 dosis) +**  
**Segunda Fase: 7 meses (HR) diario (175 dosis)**

- Esquemas para tuberculosis resistente

Para los pacientes con tuberculosis resistente, los esquemas de tratamiento son los siguientes: estandarizado, individualizado y empírico.

- Esquema estandarizado

### Indicación

En aquellos pacientes en los cuales no se cuenta con pruebas de sensibilidad rápidas o convencionales para dar inicio al tratamiento (35).

## Esquema

**Primera Fase: 6-8 meses (EZLfxKmEtoCs) diario**

**Segunda Fase: 12-16 meses (EZLfxEtoCs) diario**

### ▪ Esquemas empíricos

#### Indicaciones

- Pacientes con diagnóstico de tuberculosis resistentes según pruebas de sensibilidad rápida o convencional.
- Paciente que es contacto domiciliario de un caso de tuberculosis resistente y en el cual debido a su estado de gravedad no se puede esperar los resultados de las pruebas rápidas o convencionales para dar inicio al tratamiento.

### ▪ Esquemas individualizados

#### Indicación

Pacientes con diagnóstico de tuberculosis resistente y además con resultados de una prueba de sensibilidad convencional para medicamentos de primera y segunda línea.

#### Casos de tuberculosis MDR/XDR

En este caso, el esquema será planteado por el médico y revisado por un comité de expertos.

## H. Prevención de la tuberculosis

### • Prevención primaria

Información educativa a la población respecto al uso de mascarilla durante el periodo de contagio, cubrirse la boca al toser, estornudar y eliminar cuidadosamente el papel utilizado en recipientes apropiados.

Promover la buena ventilación de los ambientes de usos masivos como el transporte público u otras instituciones (35).

Vacunación BCG a los recién nacidos.

El personal de salud que trabaja debe estar instruido en el cumplimiento de las medidas de bioseguridad.

#### I. Consideraciones a tener en cuenta sobre el conocimiento de la tuberculosis

Como evidenciamos, existen muchos aspectos relacionados a la tuberculosis. En la presente investigación, para evaluar el nivel de conocimientos se tuvo que tomar en cuenta las dimensiones, las cuales fueron tomadas del artículo de investigación titulado “Conocimientos, actitudes y percepciones de la población inmigrante latinoamericana enferma de tuberculosis en la comunidad de Madrid” de las autoras Sanz Belen y Blasco Teresa (36).

Las dimensiones a tomar en cuenta son las siguientes:

##### Conocimientos generales

Se aplicará los diferentes conceptos sobre conocimientos en los jefes de familia

- Definición
- Etiopatogenia
- Manifestaciones clínicas

##### Conocimientos sobre la transmisión

- Tuberculosis pulmonar
- Tuberculosis extrapulmonar

##### Conocimientos sobre el tratamiento

- Tratamiento de TB pulmonar sensible sin VIH
- Tratamiento de TB pulmonar sensible con VIH
- Tratamiento de TB MDR

##### Conocimientos sobre la prevención

- Medidas preventivo promocional

- Medidas de bioseguridad

### **2.3.2 Vulnerabilidad**

El término vulnerabilidad se refiere a aquella situación de desprotección y puede ser aplicado a personas, familias o comunidades. Además, la vulnerabilidad implica la escasez de recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades básicas a las que se enfrenta en su calidad de ser humano, como la alimentación, los ingresos económicos, la vivienda, los servicios de salud y el agua potable; y que esta situación está en función de sus capacidades de respuesta individual o colectivas que tiene frente a una situación de necesidad determinada (37).

Otro autor refiere que la vulnerabilidad son las características de una persona o colectivo en cuanto a su capacidad de anticipar, enfrentar, resistir y reponerse frente a un evento negativo (37).

En la presente investigación, se trabajó con una población vulnerable, definida así por sus características sociodemográficas e indicadores sanitarios identificados por el establecimiento de salud a cargo.

### **2.3.3 El conocimiento**

Es la capacidad de las personas para poder hacer distinciones o emitir juicios con respecto a un determinado contexto, teorías o ambos.

De ese forma, es concebido al conocimiento como un activo creado y mantenido de forma colectiva mediante la interrelación entre las personas y su entorno, más que creado de forma individual (38).

También es un conjunto de información almacenada a través de la experiencia o los aprendizajes. Todos esos datos obtenidos e interrelacionados poseen un valor cuantitativo o cualitativo.

Cuando el conocimiento es transmitido a otro mediante una comunicación formal es denominado conocimiento explícito. En contraposición, cuando el conocimiento está vinculado a experiencias personas es denominado conocimiento implícito.

La definición utilizada para la investigación es: un activo creado y mantenido de forma colectiva a través de la interacción entre individuos y su entorno.

#### **2.3.4 La familia**

##### **A. Perspectiva histórica de la familia**

La familia juega un papel importante en la conservación de la cultura, pues constituye en sí misma un entorno sociocultural y filtro mediante el cual llegan tradiciones, creencias acordes a su contexto histórico. Existe una relación mutua entre la sociedad y la familia. Por su lado, la sociedad contribuye con sus normas, valores y condiciones socioculturales que le permiten a la familia tener una propia historia así como forma de desenvolverse en la comunidad única (39).

##### **B. Concepto de familia**

Según la literatura buscada se define la familia en varios conceptos que se muestran a continuación:

Se define a la familia como núcleo fundamental de la sociedad, importantísima, sustentada en la unión matrimonial y en los lazos de parentesco, en las relaciones multilaterales entre el esposo y la esposa, los padres y sus hijos, los hermanos y las hermanas y otros parientes que viven juntos y administran en común la economía doméstica.

Desde el enfoque sistémico, se define como un sistema abierto en constante interacción con el entorno que funciona a través de normas y límites establecidos (40).

#### C. Tipos de familia

- Familia nuclear, compuesta por ambos padres y sus hijos.
- Familia extensa, a parte de la familia nuclear, incluyen otros familiares como tíos, abuelos.
- Familia monoparental, sola se encuentran uno de los padres con su hijo.
- Otros tipos de familias, denominados equivalentes familiares (41).

#### D. Funciones de familia

- Función biosocial, mediante el cual se crean las condiciones para el desarrollo de todos sus integrantes.
- Función económica, mediante el cual se administran los recursos económicos de los integrantes de la familia para garantizar la satisfacción de sus necesidades básicas.
- Función educativo – cultural, mediante el cual se transmiten los valores éticos, morales, normas de comportamiento y límites.
- Función afectiva. Es transmitir el amor entre cada uno de sus integrantes (40).

#### E. Ciclo vital de la familia

Proceso de constante evolución y desarrollo que tiene la familia desde la unión de la pareja hasta su muerte.

Se expresa en etapas delimitadas por presencia de acontecimientos vitales familiares (40).

- Etapas del ciclo vital de la familia:
  - Formación
  - Extensión
  - Contracción
  - Disolución

La familia en cada etapa del ciclo vital afronta tareas y un grupo de problemas y crisis que le son propios de acuerdo a procesos normativos (40).

#### F. Estructura del rol familiar

En casi todas las sociedades conocidas giran en torno a una red de derechos y obligaciones denominadas relaciones de rol. Los roles familiares, son roles críticos y centrales, que las personas deben aprender y aplicar para promover un funcionamiento adecuado de la familia (42).

#### G. Estructura del poder familiar

El poder familiar, como una característica del sistema familiar, es la habilidad potencial o actual del miembro familiar individuo para modificar el comportamiento de otros miembros de la familiares. Los componentes del poder familiar son: la influencia y la toma de decisiones (42).

### **2.3.5 El proceso de enfermería con las familias**

La enfermería familiar como servicio integral es un proceso complicado que exige un enfoque sistémico para realizar intervenciones en el sistema familiar.

El profesional de enfermería interviene en el cuidado familiar ayudando en generar conocimiento sobre los cuidados de sus miembros en materia de prevención y promoción de la salud (42).

### **2.3.6 Teoría - Modelo de Enfermería**

#### **El modelo de promoción de la salud de Nola Pender**

Nola Pender, enfermera, autora del modelo, refirió que la conducta se encuentra motivada por las ganas de lograr el bienestar y el desarrollo humano. El objetivo del modelo es lograr que las personas tomen las mejores decisiones respecto al cuidado de su salud.

El modelo de promoción de la salud busca dar explicación a los factores que intervienen en la modificación de comportamientos en las personas, cuáles son sus motivaciones hacia la promoción de su salud.

Explica su modelo a través de diversos componentes:

- Conducta previa relacionada y factores personales: el primer concepto hace referencia a experiencias del pasado que influyen en nuestras conductas presentes relacionadas a la promoción de la salud. El segundo concepto se refiere a características biopsicosociales que pueden predecir determinadas conductas.
- Cogniciones y afectos relativos a la conducta específica: engloban 6 conceptos (percepción de beneficios de la acción, de barreras hacia la acción, de autoeficacia, afectos vinculados a la actividad, influencias personales y situacionales).
- Componente resultado conductual.

De todos los componentes, el más relevante es la autoeficacia, el cual se define como la capacidad de un individuo para generar como resultado una conducta de salud (43).

Este es el modelo utilizado para la presente investigación, a través del cual el profesional de enfermería inculca conocimientos respecto a un tópico de salud, para generar cambios conductuales beneficiosos en su autocuidado.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. TIPO – DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo es cuantitativo, no experimental, descriptivo y de corte transversal.

Cuantitativo debido a que utiliza la recopilación de datos para la comprobación de hipótesis, mediante el análisis estadístico para confrontar teorías. Este enfoque tiene como característica ser secuencial y probatorio (44).

No experimental, porque no hay manipulación de variables, los fenómenos son observados en un entorno natural para ser analizados. No existen variables independientes o dependientes, solo se observa el fenómeno para obtener datos.

Es descriptivo porque tiene la finalidad de describir las características de los fenómenos analizados. Finalmente, es transversal porque se recopila información en un momento único, en un momento del tiempo (44).

### **3.2. POBLACIÓN**

El estudio está enfocado en una población vulnerable, tal como lo define la OPS/OMS: Son aquellas que residen en las áreas rurales o en los barrios marginales, en condiciones de hacinamiento, inequidad económica, discriminación, violencia y desempleo (45).

La población está conformada por todos los jefes de familia de los comités 10 y 13 del Pueblo Joven Villa Esperanza de Carabayllo, en total fueron 130 jefes de familia.

Los comités 10 y 13 son las zonas que presentan un menor desarrollo urbanístico a diferencia de las otras, además de ello viven ahí familias en condiciones más precarias que el resto de zonas.

<b>COMITÉ</b>	<b>N° DE FAMILIAS</b>
Comité 10	40 familias
Comité 13	90 familias
<b>TOTAL DE FAMILIAS</b>	130 familias

### **3.2.1 Criterios de inclusión**

- Familias que tengan un jefe de familia presente al momento de la visita.
- Familias que cuenten con un jefe de familia que tenga voluntad de participar y tenga una salud mental adecuada.
- Que el encuestado (jefe de familia) tenga por lo menos 1 año de convivencia en la familia evaluada y conocer su trayectoria.

### **3.2.2 Criterios de exclusión**

- Jefes de familia que no tengan la capacidad física y/o mental para responder una entrevista.
- Jefes de familia que no habiten como mínimo 1 año en la vivienda evaluada.
- Jefes de familia que no firmen el consentimiento informado para la inclusión en la investigación.
- Jefes de familia que no deseen su inclusión en la investigación.

## **3.3. VARIABLE**

### **3.3.1 Variable**

- Nivel de conocimiento acerca de la tuberculosis

### **3.3.2 Definición conceptual de la variable**

- Es el grado de información que posee una persona producto de la experiencia y aprendizaje sobre la tuberculosis.

### **3.3.3 Definición operacional de la variable**

Es el grado de información que posee el jefe de familia del Pueblo Joven Villa Esperanza de Carabaylo, producto de la experiencia y aprendizaje sobre los conocimientos generales, la transmisión, el tratamiento y la prevención acerca de la tuberculosis, el cual se midió con el Cuestionario de Conocimientos acerca de la tuberculosis.

### **3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.4.1 Técnica**

Encuesta: Es la aplicación o puesta en práctica de procedimientos estandarizados para recolectar información (oral o escrita) de una muestra amplia de individuos (46). La técnica empleada para realizar la investigación fue a través de una encuesta que se le brindó a cada jefe de familia del Pueblo Joven Villa Esperanza y que constó de 20 preguntas.

#### **3.4.2 Instrumento**

Cuestionario: representa el instrumento utilizado para el recojo de información. Consta de un listado de preguntas pre-establecidas que permiten la posterior codificación, siendo en su mayoría compuesto por preguntas cerradas (46).

El instrumento que se utilizó fue el cuestionario nivel de conocimientos acerca de la tuberculosis. Dicho instrumento fue creación nuestra, debido a que no se encontraron instrumentos de acorde a nuestra investigación. La elaboración del instrumento tomo un tiempo aproximado de un mes, ya que se tenían que plasmar preguntas precisas para cada dimensión planteada, dicho proceso fue evaluado por nuestro asesor a cargo quien dio el visto final para ponerlo en práctica.

Luego de tener el cuestionario ya culminado se procedió a los expertos en el área de la tuberculosis para que pueda ser validado el instrumento. Al ser validado por los expertos con un resultado de aceptable (Anexo E), se procedió a realizar la prueba piloto, el cual fue realizado en el Asentamiento Humano el Vallecito, esta prueba se realizó a 30 jefes de familia en un solo día.

Teniendo las encuestas llenadas correctamente se procedió a pasar los datos en el SPSS para poder sacar la confiabilidad de nuestro instrumento y así poder aplicarlo en nuestra investigación.

Para sacar la confiabilidad se utilizó el coeficiente de Kuder Richardson, el cual es usado para instrumentos que tienen formatos de respuestas dicotómicas, es decir las respuestas tienen que ser: Si o No, Falso – Verdadero. El puntaje de KR – 20, es el mínimo aceptable de 0.70 (47).

$$KR - 20 = \left(\frac{k}{k-1}\right) * \left(1 - \frac{\sum p.q}{V_t}\right)$$

KR-20: Coeficiente de Confiabilidad (Kuder Richardson)

$k$ : Número de ítems que contiene el instrumento.

$V_t$ : Varianza total de la prueba.

$\sum p.q$  = Sumatoria de la varianza individual de los ítems.

$p$  = TRC / N; Total respuesta correcta entre número de sujetos

$q$  = 1 –  $p$

La confiabilidad arrojó un resultado de 0.72, el cual es un valor aceptable. (44)

### **3.5. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.5.1 Fase 1: Autorización para recolección de datos**

Para la recolección de datos se contó con las indicaciones y requisitos según el docente del curso y del asesor de investigación.

Luego, se solicitó a la Escuela de Enfermería una carta de presentación para hacerle la entrega al dirigente del Pueblo Joven Villa Esperanza, así como también se presentó al área de comité de ética nuestro proyecto de tesis para su respectiva aprobación.

### **3.5.2 Fase 2:** Coordinación para recolección de datos

Se realizó la visita al presidente del Pueblo Joven Villa Esperanza y se le realizó una pequeña entrevista para obtener datos exactos de la población de nuestro estudio y, se le entregó la carta de presentación para que nos autorice y nos brinde las facilidades pertinentes para la aplicación del instrumento.

Dicha respuesta a la carta de presentación fue atendida por el presidente, el cual nos mostró su aprobación para realizar el estudio.

### **3.5.3 Fase 3:** Aplicación del instrumento

Después de obtenido el permiso se procedió a intervenir dichas viviendas por cada comité. Estas intervenciones fueron en diferentes días de la semana ya que casi muchos de los jefes de familia no se encontraban en casa por diferentes motivos, y en algunos casos no éramos bien atendidos a su llamado debido a la desconfianza.

Previamente a la aplicación de la encuesta, los jefes de familia tenían que firmar el consentimiento informado. Esta recopilación de datos nos tomó un promedio de 4 semanas.

## **3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS**

Luego de concluir la recolección de datos, se revisaron los instrumentos para verificar su codificación y correcto llenado. Los datos se ingresaron a una matriz y se procesaron usando el paquete estadístico IBM SPSS Statistics Base v23.0.

La técnica utilizada fue la estadística descriptiva, el cual arrojó tablas y/o gráficos para su análisis e interpretación.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

#### 3.7.1 Bioética

La bioética es definida como una disciplina científica que aborda los aspectos éticos biológicos y médicos, y la relación del hombre con el resto de seres vivos.

A continuación, presentamos los cuatro principios bioéticos utilizados en la investigación:

- Beneficencia: el actuar de los profesionales debe buscar el beneficio de individuos participantes de una investigación(48). En la presente investigación no se genera ningún tipo de daño a los pacientes, solo se aplicarán cuestionarios confidenciales.
- No-maleficencia: deriva de un principio hipocrático fundamental: *Primum non nocere*, primero no hacer daño. Durante la praxis profesional se debe evitar producir daño, a pesar que los actos no beneficien pueden ser éticamente positivos (48).
- Justicia: este principio exige el tratar a todos los individuos por igual, sin discriminación alguna por edad, sexo, ideología. La vida y la salud no sólo son bienes personales, también son sociales (48).
- Autonomía: es el principio mediante los individuos son libres de tomar las decisiones que atañen a su salud y otros aspectos. Es el fundamento para la realización del consentimiento informado (48).

En la presente investigación se tomó en cuenta los cuatro principios bioéticos ya que se buscó hacer el bien a la población, no dañando a ningún miembro de la familia, se buscó tratar a las personas de forma equitativa y con la libertad de decidir en atendernos, ya que para ello se utilizó el consentimiento informado.

La beneficencia se aplicó con los jefes de familias al explicarle que estos resultados se entregarían al presidente de la comunidad y al establecimiento de salud para que aborden más este tema en su comunidad.

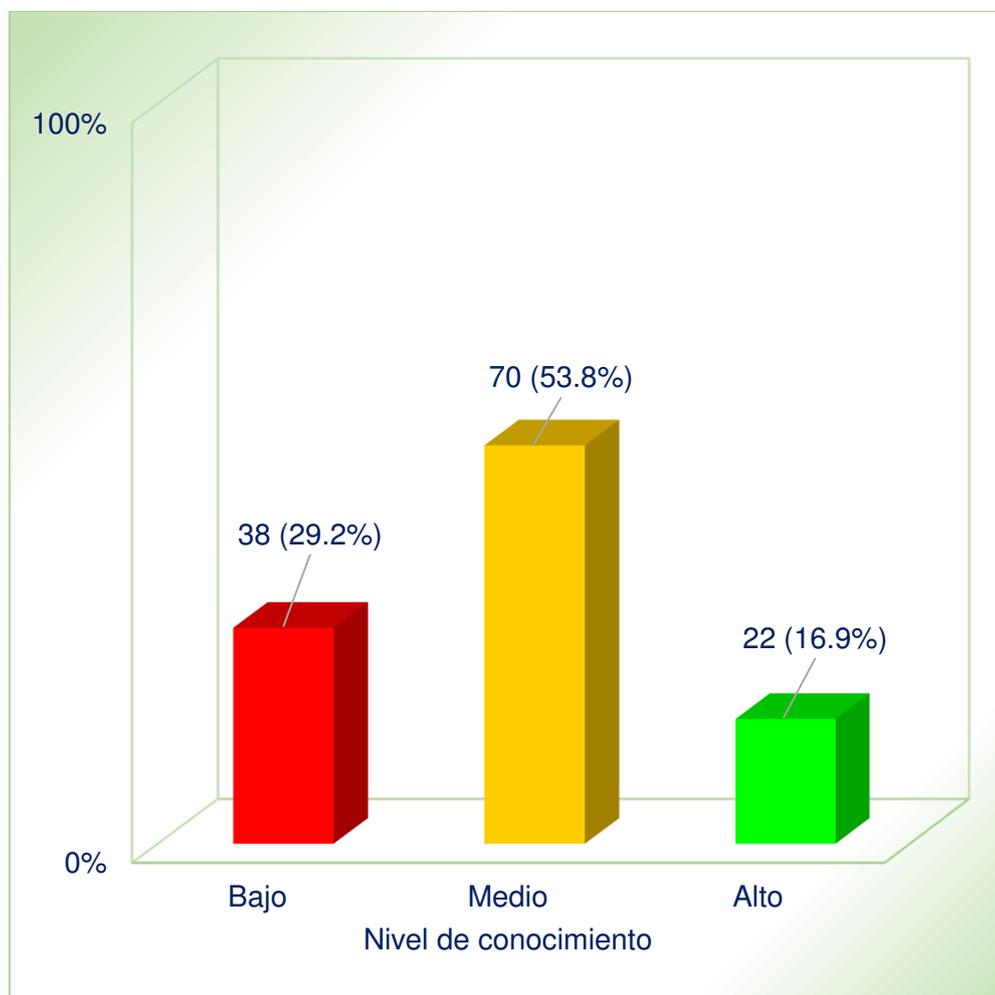
La autonomía se aplicó al entregarles el consentimiento informado para que puedan participar de manera libre sin ninguna obligación.

La no beneficencia se aplicó a los jefes de familia explicándoles que el consentimiento informado así como la encuesta serán con fines de estudio y no se entregarán a personas ajenas.

La justicia se aplicó tratándolos a cada jefe de familia sin prejuicios.

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

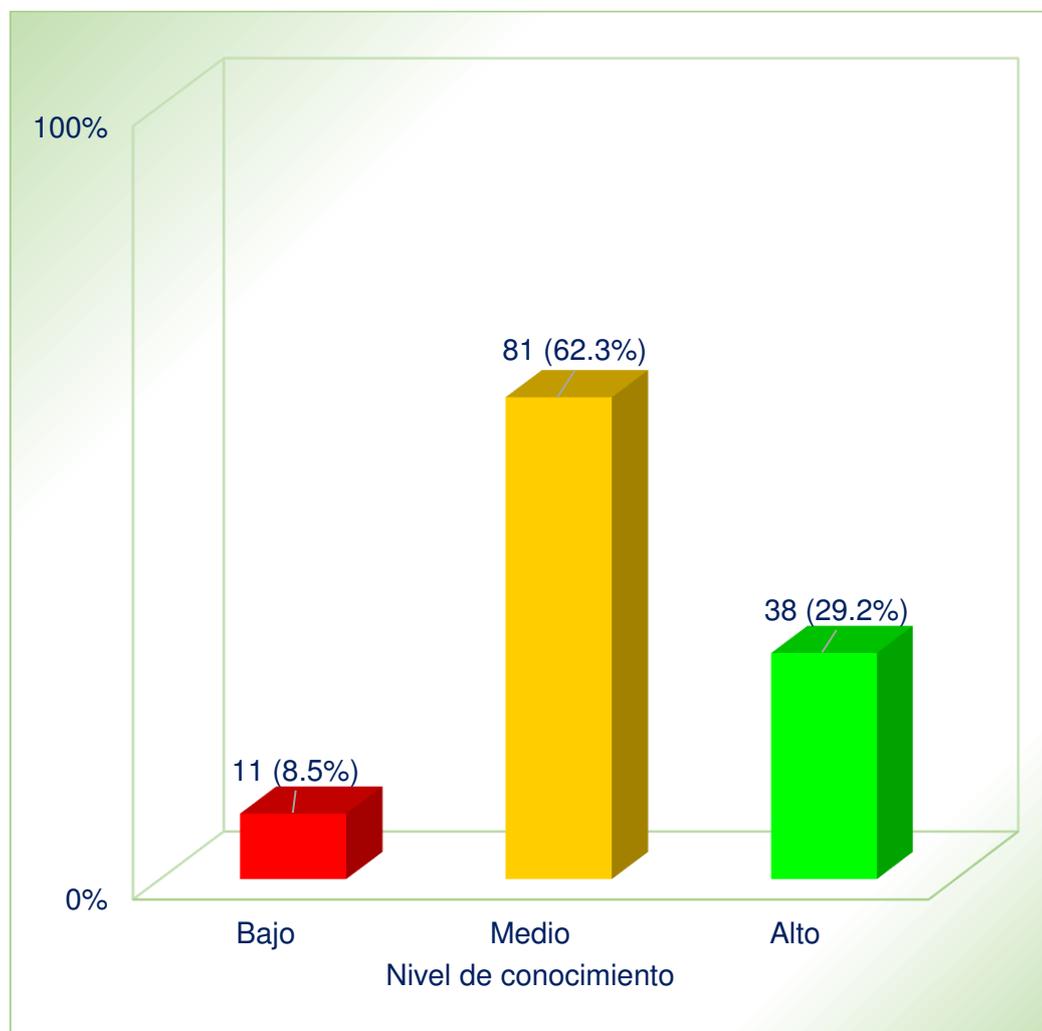
**Gráfico 1: Nivel de conocimiento acerca de tuberculosis en jefes de Familia de una población vulnerable del Pueblo Joven Villa Esperanza de Carabaylo, 2016**



***Fuente: Encuesta aplicada a 130 jefes de familia – Carabaylo – 2016.***

En el gráfico 1 se observa que 70 jefes de familia que representan el 53.8% tienen un conocimiento medio, también podemos decir que de 38 jefes de familias que representan el 29.2% del total, tienen un conocimiento bajo y, por último, 22 jefes de familia que representan el 16.9% tienen un conocimiento alto.

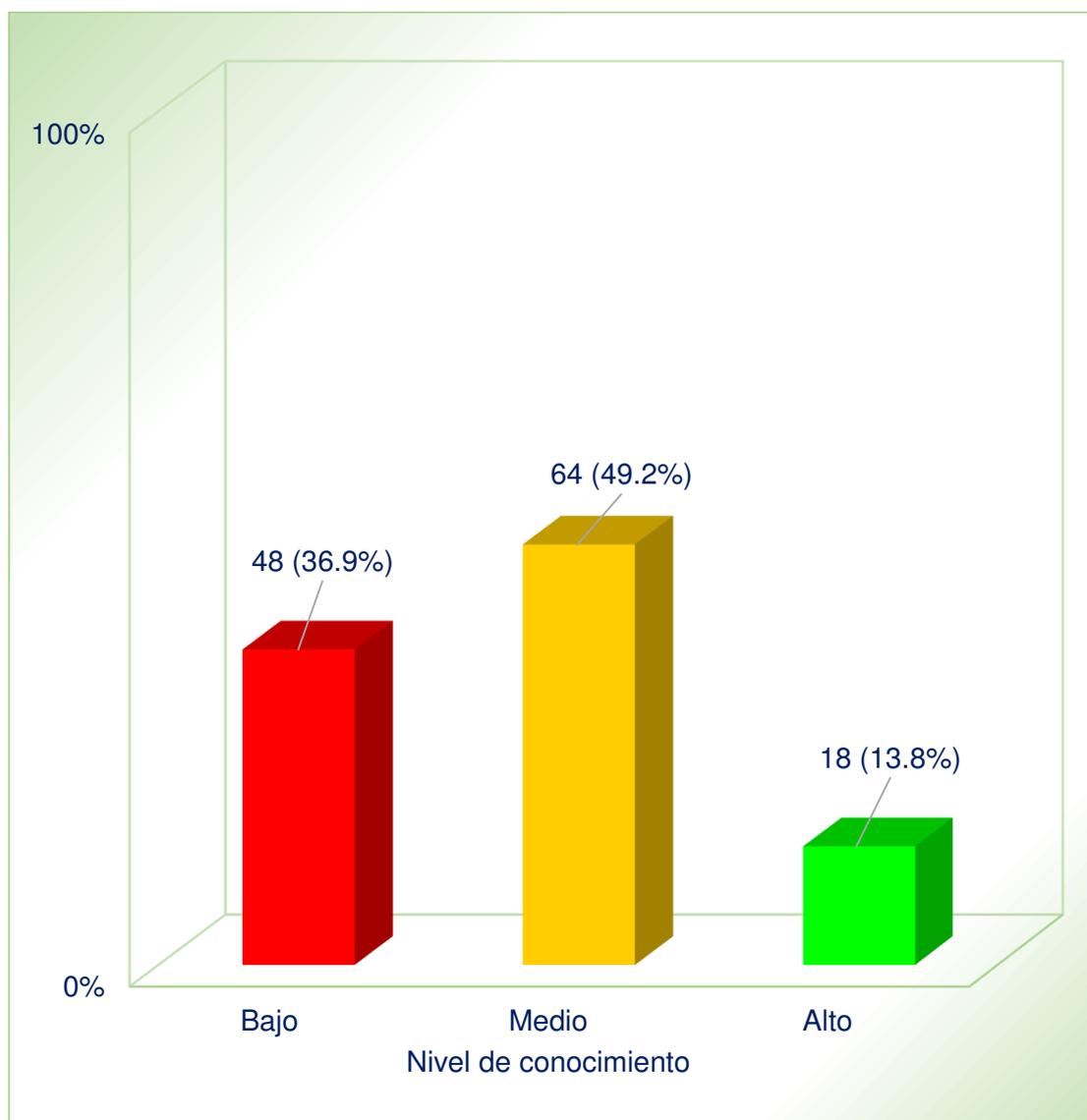
**Gráfico 2: Nivel de conocimiento acerca de tuberculosis, en su dimensión Conocimientos generales, en jefes de familia de una población vulnerable del Pueblo Joven Villa Esperanza de Carabayllo, 2016**



***Fuente: Encuesta aplicada a 130 jefes de familia – Carabayllo – 2016.***

En el gráfico 2 se observa que 81 jefes de familias que representan el 62.3% del total, tienen un conocimiento medio, también podemos decir que de 38 jefes de familia que representan el 29.2% tienen un conocimiento alto y, por último, 11 jefes de familia que representan el 8.5% tienen un conocimiento bajo.

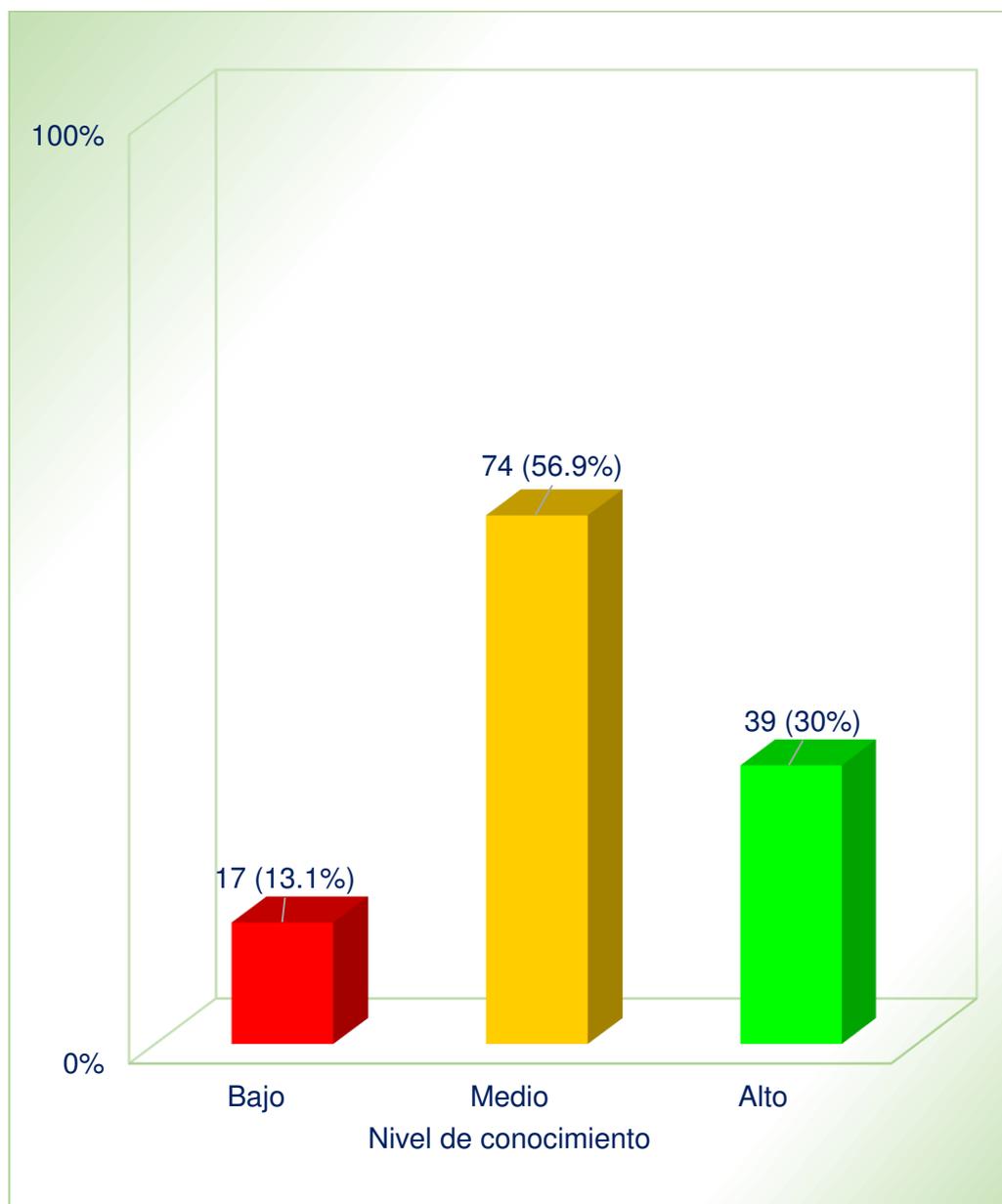
**Gráfico 3: Nivel de conocimiento acerca de tuberculosis, en su dimensión Conocimientos sobre la transmisión, en jefes de familia de una población vulnerable del Pueblo Joven Villa Esperanza de Carabaylo, 2016**



***Fuente: Encuesta aplicada a 130 jefes de familia – Carabaylo – 2016.***

En el gráfico 3 se observa que 64 jefes de familias que representan el 49.2% del total, tienen un conocimiento medio, también podemos decir que de 48 jefes de familia que representan el 36.9% tienen un conocimiento bajo y, por último, 18 jefes de familia que representan el 13.8% tienen un conocimiento alto.

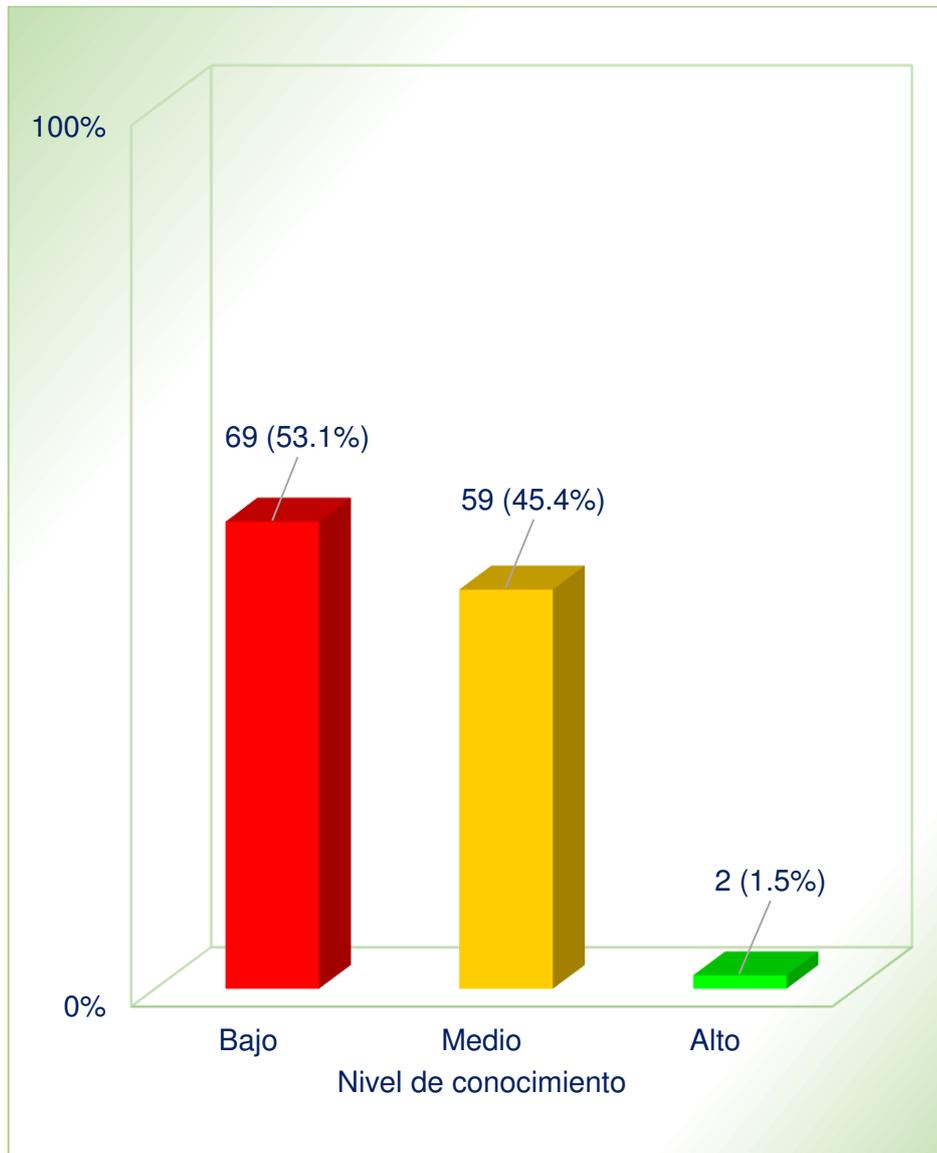
**Gráfico 4: Nivel de conocimiento acerca de tuberculosis, en su dimensión conocimientos sobre el tratamiento, en jefes de familia de una población vulnerable del Pueblo Joven Villa Esperanza de Carabayllo, 2016**



***Fuente: Encuesta aplicada a 130 jefes de familia – Carabayllo – 2016.***

En el gráfico 4 se observa que 74 jefes de familias que representan el 56.9% del total, tienen un conocimiento medio, también podemos decir que de 39 jefes de familia que representan el 30% tienen un conocimiento alto y, por último, 17 jefes de familia que representan el 13.1% tienen un conocimiento bajo.

**Gráfico 5: Nivel de conocimiento acerca de tuberculosis, en su dimensión conocimientos sobre la prevención, en jefes de familia de una población vulnerable del Pueblo Joven Villa Esperanza de Carabayllo, 2016**



***Fuente: Encuesta aplicada a 130 jefes de familia – Carabayllo – 2016.***

En el gráfico 5 se observa que 69 jefes de familias que representan el 53.1% del total, tienen un conocimiento bajo, también podemos decir que de 59 jefes de familia que representan el 45.4% tienen un conocimiento medio y, por último, 2 jefes de familia que representan el 1.5% tienen un conocimiento alto.

## DISCUSIÓN

Luego de detallar los hallazgos del presente estudio en la sección resultados, se hizo un análisis comparativo con los estudios antecedentes y otros estudios relacionados a la investigación. Un grupo de investigaciones se enfocan en poblaciones vulnerables a nivel nacional e internacional, casi la totalidad de investigaciones utilizan instrumentos de elaboración propia, los cuales fueron previamente validados.

Es necesario precisar, además, que la población objeto de estudio son las poblaciones vulnerables que de acuerdo con lo señalado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que establece una relación entre dos palabras claves del estudio, tuberculosis y población vulnerable, precisando que la carga de la tuberculosis está concentrada en poblaciones vulnerables, como las poblaciones étnicas, las poblaciones inmigrantes, aquellas sin accesibilidad a los servicios de salud, las poblaciones pobres que se asientan en barrios marginales de la ciudad (45).

La realidad donde se desarrolla el estudio es una zona urbano marginal, allí se puede encontrar un desarrollo urbanístico no adecuado y familias con carencias económicas evidentes. Se coincide con lo planteado por Musayón F. et al., que enfatiza, la población con tuberculosis es una población expuesta y frecuentemente excluida, por las desventajas económicas y el estigma social que enfrenta (49).

En cuanto al resultado relacionado al objetivo general, se puede decir que el nivel de conocimiento predominante es el medio, seguido del nivel de conocimientos bajo, ambos representan el 83% del total de resultados. Lo mencionado coincide a nivel internacional con lo planteado por Delgado V. et al., que en sus hallazgos encontramos de forma predominante un nivel de conocimiento moderado que representa el 57.76% del total (el nivel de conocimiento moderado se homologa con nuestro nivel de conocimiento medio). Además coincide con el estudio realizado por Mbugua R., Kahari L., quienes encontraron que el nivel de conocimientos fue medio con un 62% en individuos provenientes de la

comunidad (19). A nivel nacional, Huamán E., Vásquez F., reportaron que el 98% de su muestra presentó un nivel de conocimientos regular (26). El nivel de conocimientos medio puede tener dos lecturas, una de ellas es que si no se realizan acciones para contrarrestar aquello, en un futuro cercano ese resultado se puede convertir en nivel de conocimiento bajo, pero si tomamos las acciones necesarias para contrarrestar dicha realidad, podemos conseguir un nivel de conocimientos alto acerca de tuberculosis en los jefes de familia. En este aspecto coincidimos con lo señalado por Delgado V. et al., que sugiere reforzar los conocimientos en este campo para generar un mejor entendimiento de la enfermedad a la población (22).

Los adultos que son los que dirigen principalmente las riendas de una familia deben ser educados en aspectos relacionados a su cuidado y autocuidado de la salud, así podrán tener más elementos que les permita proteger a su familia de las diversas enfermedades y dolencias prevenibles.

Coincidimos también por lo planteado por Oré M., que enfatiza que los adultos aprenden en su hogar de los familiares y, en su ambiente social, de los amigos y conocidos y, directa o indirectamente, de algún enfermo y de los profesionales de salud (50).

Una de las razones de por qué el resultado, es que el establecimiento de salud no enfatiza acciones preventivo promocionales en la población de su jurisdicción. Esto es debido a varios factores, entre ellos la falta de recursos humanos en dicho establecimiento, esto va de la mano con lo planteado por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud en el Perú, el cual refiere a la escasez de recursos humanos como problema importante que limita la realización de actividades extramurales, además, agrega que si no se cuenta con recursos humanos es difícil tener una salud universal, proporcionar servicios de manera equitativa al conjunto de la población y disminuir las inequidades en salud (51).

En cuanto al resultado relacionado a la dimensión de conocimientos sobre prevención, se puede decir que el nivel de conocimiento predominante es el bajo, seguido del nivel de conocimientos medio, ambos representan el 98.5% del total de resultados. Lo mencionado se relaciona con los hallazgos de Nuñez C., que en su estudio obtiene entre nivel de conocimiento medio y bajo un 87%, a lo cual ella añade que a pesar de esta diferencia no se puede garantizar que con un nivel medio de conocimiento las madres puedan aplicar las medidas preventivas, por lo cual se hace necesario el reforzamiento de intervenciones educativas a nivel intramuro y extramuro a los integrantes de la familia (52). Además Calderón M., Pérez L., Robledo J., en su investigación realizada en pacientes con diagnóstico TBC hallaron que el nivel de conocimiento fue bajo en su mayoría, siendo las áreas con mayor deficiencia las de prevención y tratamiento, resultando similar a la investigación (24).

Entonces, se puede decir que es indispensable la labor del personal de salud, pero con mayor énfasis la labor de la enfermera para abordar acciones de promoción y prevención, tanto intramural como extramural. Lo antes mencionado coincide con lo planteado por la Organización Mundial de la Salud, que en su “Estrategia Alto a la Tuberculosis” en sus componentes, señala que se debe de expandir las actividades de prevención y control de la tuberculosis multirresistente, abordar las necesidades de los contactos de pacientes con TB y de las poblaciones pobres y vulnerables, fomentar la participación comunitaria en la promoción de la salud, prevención y atención de la tuberculosis (12).

Como vemos, lo preventivo promocional es un aspecto bastante importante lo cual se debe trabajar en el primer nivel de atención, pero para ello el Estado debe dar las condiciones como: contar con recursos humanos suficientes y bien capacitados, además de ello que cuenten con las condiciones materiales adecuadas para realizar su trabajo tanto mural como extramural.

En cuanto al resultado relacionado a la dimensión de conocimientos sobre transmisión, podemos decir que el nivel de conocimiento predominante es el medio, seguido del nivel de conocimientos bajo, ambos representan el 86.1% del total de resultados. Estos hallazgos tienen alguna coincidencia con los

resultados del estudio de Hora M, la cual señala que el 25% tiene un nivel medio y el 6.2% tiene un nivel bajo (53).

Ante este resultado podemos señalar que se debe principalmente a que la población objeto de estudio y las familias que lo comprenden no están adecuadamente educadas en aspectos de salud preventivas sobre esta enfermedad que es prevalente en estas zonas. Como en el caso anterior, donde nos referimos a nivel de conocimientos sobre prevención de la tuberculosis, podemos señalar que el establecimiento de salud no está enfatizando su labor extramural comunitaria, ni está cumpliendo con su rol educativo. Para evitar la transmisión del bacilo de la tuberculosis, una de las actividades a enseñar y que lo dice la Norma Técnica de salud del MINSA, es: Cubrirse la boca y nariz al toser, estornudar o reír y desechar con cuidado el papel usados en un depósito adecuado (35). Asimismo, indica que se debe realizar acciones educativas dirigidas a difundir las medidas de control de infecciones de TB a nivel domiciliario y comunitario (35).

Como vemos la educación sanitaria es importante, ya que por este medio se puede prevenir la transmisión de la tuberculosis con medidas sencillas, pero para esto el estado debe proporcionar más profesionales de salud para que puedan realizar las actividades educativas de forma continua.

Es necesario que la población conozca que el mecanismo de transmisión de la tuberculosis es de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire, siendo suficiente que un individuo inhale unos pocos bacilos para iniciar un proceso infeccioso (54).

Para finalizar en el análisis de esta dimensión podemos señalar que es importante que las personas conozcan los mecanismos de la transmisión de las diferentes enfermedades, solo así podrán tomar medidas adecuadas y con fundamento para realizar su autocuidado, y así evitar los contagios.

En cuanto al resultado relacionado a la dimensión de conocimientos generales, podemos decir que el nivel de conocimiento predominante es medio con un

62.3%, seguido del nivel de conocimientos alto con un 29.2%. Lo mencionado coincide con lo planteado por Nuñez C., en la cual señala que el 66% de ellas tiene un nivel de conocimiento medio, mientras que los niveles de conocimiento alto y bajo se encuentran casi igual proporción 18% (52).

Ante este resultado se puede decir y recalcar que inculcar conocimientos es crucial, utilizando para ello la educación de la salud que permitirá mejorar el nivel de información y conocimientos sobre la tuberculosis, además, permite el cambio de comportamientos orientados hacia la prevención (55).

En cuanto al resultado relacionado a la dimensión de conocimientos sobre tratamiento, podemos decir que el nivel de conocimiento predominante es el medio, este sumado con el conocimiento bajo suma un 70%. Esto coincide con lo planteado por Hora M., que en su estudio señala que el nivel de conocimientos sobre el tratamiento de la tuberculosis multidrogoresistente el 66% tiene un nivel de conocimientos bajo, el 25% tiene un nivel medio (53), ambos suman un total de 91%. Además los resultados difieren de lo encontrado por Calderón M., Pérez L., Robledo J., que obtuvieron un nivel de conocimiento bajo en la dimensión tratamiento (24).

En este aspecto podemos señalar que el resultado concuerda con el análisis de las anteriores dimensiones en donde la razón por la cual predomina el conocimiento bajo y medio se debe a una falta de educación sanitaria. Revisando la literatura científica pudimos encontrar algunos hallazgos que señalan que incluso estudiantes de diferentes carreras en salud, que son supuestamente personas con mayor educación en salud, su conocimiento sobre el aspecto de tratamiento es bastante limitado.

Wilches Esther y colaboradores en un estudio hecho en estudiantes del sector salud, señalan que el conocimiento sobre el tratamiento de la tuberculosis fue sorprendentemente bajo, solo 1.6% identificó el tratamiento inicial apropiado (56).

Por todo esto es importante seguir recalando que la educación tanto al personal de salud como a la comunidad es indispensable.

## **CONCLUSIÓN**

Luego de haber realizado la presente investigación, se llegó a las siguientes conclusiones:

- El nivel de conocimientos acerca de tuberculosis predominante en los jefes de familia de los sectores 10 y 13 del Pueblo Joven Villa Esperanza, es el nivel medio.
- El nivel de conocimientos acerca de tuberculosis predominante en su dimensión conocimientos generales en los jefes de familia de los sectores 10 y 13 del Pueblo Joven Villa Esperanza es medio.
- El nivel de conocimientos acerca de tuberculosis predominante en su dimensión transmisión en los jefes de familia de los sectores 10 y 13 del Pueblo Joven Villa Esperanza es medio.
- El nivel de conocimientos acerca de tuberculosis predominante en su dimensión tratamiento en los jefes de familia de los sectores 10 y 13 del Pueblo Joven Villa Esperanza es medio.
- El nivel de conocimientos acerca de tuberculosis predominante en su dimensión prevención en los jefes de familia de los sectores 10 y 13 del Pueblo Joven Villa Esperanza es bajo.

## **RECOMENDACIONES**

- Sociabilizar los resultados obtenidos con el personal del Centro de Salud Villa Esperanza para que los profesionales empleen nuevas estrategias para concientizar a los jefes de familia así como a la población en general sobre el tema de la tuberculosis.
- Coordinar un equipo de trabajo dentro del establecimiento de salud con participaciones conjuntas de todos los profesionales de salud para realizar actividades de captación y abordaje a los sintomáticos respiratorios.

- Realizar campañas de salud para promover la promoción y prevención acerca de la tuberculosis.
- Concientizar y educar a la familia sobre los mecanismos de transmisión de la enfermedad y como llevar una vida saludable.
- Fortalecer las sesiones extramurales con el fin de mejorar la educación y el cuidado de la enfermedad de tal manera que se promueva la parte preventivo – promocional.
- Considerar y fortalecer los valores humanos en el accionar diario del profesional de enfermería, con la finalidad de brindar cuidados efectivos, con calidad y calidez.

#### **RECOMENDACIONES COMPLEMENTARIAS:**

- Se sugiere que en un futuro se realicen estudios desde el enfoque cualitativo que enriquecerá los hallazgos y podrá dar un mayor conocimiento de la realidad.
- Asimismo, se sugiere incluir otras variables al estudio que permitan realizar estudios de asociación y relación, lo cual permitiría ampliar el análisis de esta problemática.
- Se sugiere realizar el estudio en una población mayor para poder hacer una mejor generalización de resultados.

## REFERENCIAS

1. Vigil I, Domínguez C, Espino Z, García F, Romero D. Modificación de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar en adultos seleccionados de un sector de salud urbano. Medisan [revista en Internet] 2006 [acceso 8 de febrero de 2018]; 10(1): 4-7. Available from: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10\\_1\\_06/san06106.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_1_06/san06106.htm)
2. Vargas E, Ramos J. Conocimientos sobre manejo de tuberculosis multidrogoresistente en profesionales de salud en hospitales de Arequipa - 2011. Rev Investigación Andina [revista en Internet] 2014 [acceso 8 de febrero de 2018]; 13(1): 71-78. Available from: [revistas.uancv.edu.pe](http://revistas.uancv.edu.pe)
3. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2015 [Internet]. 2015. Available from: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/gtbr2015\\_execsummary\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2015_execsummary_es.pdf?ua=1)
4. Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III. Informe epidemiológico sobre la situación de la tuberculosis en España . Madrid-España; 2015 [Internet]. Available from: [http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/pdf\\_2015/TB\\_Informe\\_2014.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/pdf_2015/TB_Informe_2014.pdf)
5. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la Tuberculosis [Internet]. Ginebra Suiza: OMS 2016 [Fecha de acceso: 15 de Mayo 2016]. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/tuberculosis/es/>
6. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis - Plan Regional de tuberculosis 2006 - 2015 [sede Web]. Washington: 2006 [05 de febrero 2018; 27 febrero 2018] [Internet]. p. 82. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=24131&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24131&Itemid)
7. Partners In Health. Perú [sede Web]. Canada: 2016 [05 febrero 2018] [Internet]. Available from: <http://www.pih.org/country/peru>
8. Palacios C. La Tuberculosis en el Perú: Un gravísimo problema de salud

- pública [sede Web]. Lima: Colegio Médico del Perú; 2016 [05 febrero 2018] [Internet]. Available from: <http://www.cmp.org.pe/inicio/56-ultimas/1762-la-tuberculosis-en-el-peru-un-gravisimo-problema-de-salud-publica.html>
9. PERÚ21. Tuberculosis: Unas 4 mil personas mueren al año en el mundo por la enfermedad [Internet]. Perú 21. 2015. Available from: <http://peru21.pe/vida21/tuberculosis-unas-4-mil-personas-mueren-al-ano-mundo-esta-enfermedad-2214745>
  10. Ministerio de Salud. TB Construyendo alianzas estratégicas para detener la Tuberculosis: La experiencia peruana [Internet]. Lima; 2006. 1-211 p. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/normaspublicaciones/ConstruyendoAlianzasEstrategicas.pdf>
  11. Red de salud Túpac Amará. Analisis de situación de salud. Statew Agric L Use Baseline 2015. 2015;1:152.
  12. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis ( TB ) Estrategia Alto a la Tuberculosis [sede Web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [05 febrero 2018; 15 febrero 2018] [Internet]. Available from: [http://www.who.int/tb/strategy/stop\\_tb\\_strategy/es/](http://www.who.int/tb/strategy/stop_tb_strategy/es/)
  13. Musayón F, Lonchairich N, Salazar M, Leal H, Sllva I, Velásquez D. El rol de la enfermería en el control de la Tuberculosis : una discusión desde la perspectiva de la equidad. Rev Latino-am Enfermagem [revista en Internet] 2010 [acceso 8 de febrero de 2018]; 18(1): 1-9. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es\\_20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_20.pdf)
  14. Benito J. Pasado, presente y futuro de Lima Norte: construyendo una realidad. Lima: Universidad Católica Sede Sapientae; 2008.
  15. Quispe E. Carabayllo: Por los Caminos de Nuestra Historia. Primera. Lima; 2012. 49 p.
  16. INEI. Día Mundial de la Poblacion. 2005;1–56. Available from: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf)
  17. El Peruano. Resolucion N° 036-93-MLM/SMDU. El Peruano/Boletin oficial. Lima; 1993.

18. Adane K, Spigt M, Johanna L, Noortje D, Abera SF, Dinant GJ. Tuberculosis knowledge, attitudes, and practices among northern Ethiopian prisoners: Implications for TB control efforts. PLoS ONE [revista en Internet] 2017 [acceso 8 de febrero de 2018]; 12(3): 1-15. Available from:  
<http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0174692&type=printable>
19. Ruth MG, Kahari L. Community Knowledge , Attitude and Practices on prevention of tuberculosis : A Crossectional Study in Lari Sub-county , Kenya . Journal of Nursing and Health Science [revista en Internet] 2017 [acceso 8 de febrero de 2018]; 6(5): 69-75. Available from:  
[www.iosrjournals.org](http://www.iosrjournals.org)
20. Kigozi NG, Heunis JC, Engelbrecht MC, Janse Van Rensburg AP, Van Rensburg HCJD. Tuberculosis knowledge, attitudes and practices of patients at primary health care facilities in a South African metropolitan: Research towards improved health education. BMC Public Health [revista en Internet] 2017 [acceso 8 de febrero de 2018]; 17(1): 1. BMC Public Health; Available from:  
<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-017-4825-3?site=bmcpublikealth.biomedcentral.com>
21. Carvajal R, Varela M, Hoyos P, Angulo E, Duarte C. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la tuberculosis en trabajadores del sector salud en municipios prioritarios de la Costa Pacífica colombiana. Ciencias de la Salud [revista en Internet] 2014 [acceso 8 de febrero de 2018]; 12(3): 339-352. Available from:  
<http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/3308>
22. Delgado V, Cadena L, Tarazona G, Lozano C, Rueda E. Nivel de conocimientos sobre tuberculosis en dos comunidades del Área Metropolitana de Bucaramanga , Santander. Rev Salud Pública [revista en Internet] 2015 [acceso 8 de febrero de 2018]; 6: 40-51. Available from:  
[http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces\\_salud\\_publica/article/view/3228](http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/3228)
23. Aguilar C. Nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar de los

- pobladores de un distrito con alta incidencia en enfermería [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad San Martín de Porres; 2017 [Internet]. Available from: [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2986/3/aguilas\\_rca.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2986/3/aguilas_rca.pdf)
24. Calderón M, Pérez L, Robledo J. Conocimiento y actitudes sobre tuberculosis en pacientes pertenecientes al programa de control de la Tuberculosis [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017 [Internet]. Available from: [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/655/Conocimiento y actitudes sobre tuberculosis en pacientes pertenecientes al programa de control de la tuberculosis de San Juan de Lurigancho%2C Lima-Perú.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/655/Conocimiento_y_actitudes_sobre_tuberculosis_en_pacientes_pertenecientes_al_programa_de_control_de_la_tuberculosis_de_San_Juan_de_Lurigancho%2C_Lima-Peru.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  25. Ferrer E, Quispe R. Conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia el tratamiento de los pacientes que asisten al centro de salud materno infantil Manuel Barreto - San Juan de Miraflores [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Privada Arzobispo Loayza; 2015 [Internet]. Available from: [http://repositorio.ual.edu.pe/bitstream/handle/UAL/13/006 FERRER SALCEDO%2C ELIZABETH MIRIAM - QUISPE LINARES%2C ROSARIO DEL PILAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ual.edu.pe/bitstream/handle/UAL/13/006_FERRER_SALCEDO%2C_ELIZABETH_MIRIAM_-_QUISPE_LINARES%2C_ROSARIO_DEL_PILAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  26. Huaman E, Vásquez F. Nivel de conocimientos de tuberculosis pulmonar en los pacientes de tres centros de salud de la micro red San Martín de Porres [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2016 [Internet]. Available from: <http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/49/huaman-camones-ester.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  27. Bravo S. Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar en pacientes del programa de control de tuberculosis, Red Puno – 2015 [tesis Licenciatura]. Perú - Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2017 [Internet]. Available from: [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4668/Bravo\\_Aguila](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4668/Bravo_Aguila)

r\_Silvia\_Magaly.pdf?sequence=1&isAllowed=y

28. Secretaría de salud México. Manual de procedimientos en tuberculosis para personal de enfermería [Internet]. Secretaría de salud México; 2007. 1-55 p. Available from: [http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/descargas/pdf/manual\\_procedimientos\\_enf\\_tb.pdf](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/descargas/pdf/manual_procedimientos_enf_tb.pdf)
29. Gonzáles L, Gonzáles P. Tuberculosis. Buenos Aires: Hospital F.J. Muñiz; 2013. 648 p.
30. Álvarez W, Rodríguez F, Rodríguez J, Villena V. Neumología clínica. 2010. 867 p.
31. Loscalzo J. Harrison Neumología y cuidados intensivos. Primera. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2013. 572 p.
32. Rodríguez J. Tuberculosis. Rev. Med. Clin. Condes [revista en Internet] 2014 [acceso 8 de febrero de 2018]; 25(3):547-552. Available from: [https://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF\\_revista\\_médica/2014/3\\_abril/16-Dr.Rodriguez.pdf](https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF_revista_médica/2014/3_abril/16-Dr.Rodriguez.pdf)
33. Molina W, Quesada A, Sanchez W. Tisiología. Tuberculosis pulmonar en adultos (Reporte de un caso).Revista medica de costa rica y centroamerica [revista en Internet] 2011 [acceso 8 de febrero de 2018]; 58(2): 87-92. Available from: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/596/art15.pdf>
34. Granich R, Binkin N, Jarvis W, Simone P, Rieder H, Espinal M, et al. Normas para la prevención de la tuberculosis en los establecimientos de asistencia sanitaria en condiciones de recursos limitados [Internet]. 2002. 51 p. Available from: [http://www.who.int/tb/publications/who\\_tb\\_99\\_269\\_sp.pdf](http://www.who.int/tb/publications/who_tb_99_269_sp.pdf)
35. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la Atención integral de las personas afectadas por Tuberculosis [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2013. 170 p. Available from: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>
36. Sanz B, Blasco T. Conocimientos, actitudes y percepciones de la población

- inmigrante latinoamericana enferma de tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Atención Primaria [Internet]. 2009;41(4):193–200. Available from: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13136331&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=27&ty=111&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v41n04a13136331pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13136331&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=111&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v41n04a13136331pdf001.pdf)
37. Acevedo J, Trujillo M, López M. La problemática de los grupos vulnerables : Visiones de la realidad [Internet]. 1-303 p. Available from: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000023.pdf#page=105>
  38. Segarra M, Bou J. Concepto , tipos y dimensiones del conocimiento : configuración del conocimiento estratégico. 2005;53:175–95.
  39. Valdés A. Familia y Desarrollo. Intervenciones en Terapia Familiar. Primera. 2007. 1-194 p.
  40. Gonzales G, Borrego M, Suárez R, Tejera G, Pérez C. Enfermería Familiar y Social [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2004. 525 p. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+Title#0>
  41. Enciclopedia Britanica. La familia: concepto, tipos y evolución. Encicl británica en Español [Internet]. 2009;6. Available from: [http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad4/lec\\_42\\_LaFam\\_ConcTip&Evo.pdf](http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad4/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf)
  42. Bustamante S. Enfermería Familiar. Principios del cuidado a partir del saber (in)común de las familias [Internet]. Vol. 1. 2004. 138 p. Available from: <http://www.efamiliarycomunitaria.fcm.unc.edu.ar/libros/Enfermer?aFamiliar.pdf>
  43. Aristizabal G, Blanca D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Rev Enfermería Universitaria [revista en Internet] 2011 [acceso 8 de febrero de 2018]; 8(4): 16-23. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>

44. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ª ed. Ciudad de México: Mc GrawHill; 2014. 600 p.
45. OPS/OMS. Día Mundial de la Tuberculosis : las poblaciones vulnerables son las más afectadas. [Internet]. 2013. Available from: [http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1134&Itemid=268](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1134&Itemid=268)
46. García B, Quintanal J. Técnicas de Investigación. Métodos Investig y Disgnóstico en la Educ [Internet]. :1–23. Available from: <http://brayebran.aprenderapensar.net/files/2010/10/TECNICAS-DE-INVEST.pdf>
47. Barón L. Confiabilidad y validez de constructo del instrumento “habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas que viven una situacion de enfermedad cronica” [Internet]. Sinab. 2010. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/3806/>
48. Poblete M, Alvarado O. Principios bioéticos para la práctica de investigación de enfermería. Revista Enfermeria IMSS. 2005;13(3605):161–5.
49. Musayón F, Loncharich N, Salazar M, Leal H, Silva I, Velásquez D. El rol de la enfermería en el control de la tuberculosis : una discusión desde la perspectiva de la equidad. 2010;1–9.
50. Oré M. Nivel De Conocimientos Sobre Tuberculosis Entre Los Pacientes En Sala De Espera. Centro De Salud “ Punchauca ” [tesis mamestría]. Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2014 [Internet]. Available from: <http://www.inppares.org/revistasss/Revista X 2010/11-Conocimientos Tuberculosis.pdf>
51. González R. “ La falta de profesionales de salud contribuye a la inequidad en salud ” [Internet]. 2016. Available from: [http://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3485:raul-gonzalez-montero-la-falta-de-profesionales-de-salud-contribuye-a-la-inequidad-en-salud&Itemid=900](http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3485:raul-gonzalez-montero-la-falta-de-profesionales-de-salud-contribuye-a-la-inequidad-en-salud&Itemid=900)
52. Nuñez C. Conocimientos de madres beneficiarias de comedores populares

sobre medidas preventivas de Tuberculosis Pulmonar - Manchay. Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2013.

53. Hora M. Nivel de conocimientos sobre la tuberculosis multidrogoresistente en población general del centro de salud Mirones Bajo [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014 [Internet]. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3954>
54. Organización Mundial de la Salud. ¿ Qué es la tuberculosis y cómo se trata ? [Internet]. 2016. Available from: <http://www.who.int/features/qa/08/es/>
55. Contreras G, Contreras C, Jiménez F, Solís M, Torres C. Promoción de la Salud y Prevención de la Tuberculosis en Centros Penitenciarios. 2014.
56. Wilches E, Hernández N, Hernández O, Pérez C. Conocimientos, actitudes, prácticas y educación sobre tuberculosis en estudiantes de una facultad de salud. 2016;129–41.

## **ANEXOS**

## ANEXO A

**CODIGO:**

**FECHA:**

**ENCUESTADOR:**

**RA/VA**

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE NIVEL DE CONOCIMIENTO  
ACERCA DE TUBERCULOSIS EN JEFES DE FAMILIA DE UNA  
POBLACIÓN VULNERABLE DEL PUEBLO JOVEN VILLA  
ESPERANZA DE CARABAYLLO  
2016**

Estimado Señor (a):

El cuestionario que se le presenta a continuación es referente a la evaluación del nivel de conocimiento acerca de la Tuberculosis. En ellos se le formulan preguntas acerca del tema de Tuberculosis, el cual tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento acerca de tuberculosis en los jefes de familia. Le agradeceremos responderlas del modo más honesto posible; sus respuestas son absolutamente confidenciales.

**INSTRUCCIONES:** A continuación se presentan preguntas. Conteste marcando con un sólo circulo (O) o una sola aspa (X) una alternativa de respuesta. Si Ud. tuviera alguna duda, pregúntele a la persona a cargo.

### **SECCION 1: ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS**

1. ¿Qué edad tiene? ..... años

2. Sexo:  F  M

3. ¿Grado de instrucción?

- a. Primaria incompleta
- b. Primaria completa
- c. Secundaria incompleta
- d. Secundaria completa
- e. Superior o técnico

4. ¿Condición laboral?
- a. Independiente
  - b. Dependiente
  - c. Su casa
5. ¿Estado civil?
- a. Soltera
  - b. Casada
  - c. Viuda
  - d. Divorciada
  - e. Conviviente
  - f. Separada
6. Servicios básicos que posee:
- ( ) Agua por red pública
  - ( ) Luz eléctrica
  - ( ) Desagüe
7. ¿Cuántos miembros habitan en su casa?
- a. 2
  - b. 2 – 4
  - c. 5 – 7
  - d. 7 – a más

## **SECCIÓN 2: INFORMACIÓN ESPECÍFICA**

### **- CONOCIMIENTOS GENERALES:**

1. ¿Qué es la tuberculosis?
- a. Es una enfermedad contagiosa que se diagnostica con una prueba de esputo y/o placa radiográfica del pulmón.
  - b. Es una enfermedad que se transmite de padres a hijos con causa desconocida.
  - c. Es una enfermedad que no es contagiosa.
  - d. Es una enfermedad incurable.
  - e. No sé.

2. ¿Qué tipo de microorganismo causa la tuberculosis?
  - a. Una bacteria llamada bacilo de Koch.
  - b. Un virus.
  - c. Un parásito.
  - d. Un hongo.
  - e. No sé.
  
3. ¿A qué órgano del cuerpo afecta principalmente la tuberculosis?
  - a. Riñón.
  - b. Hígado.
  - c. Pulmones.
  - d. Cerebro.
  - e. No sé.
  
4. ¿Cuáles son los síntomas característicos para sospechar de que una persona pueda tener tuberculosis?
  - a. Dolor de hueso y articulaciones.
  - b. Tos intensa por más de 15 días, pérdida de peso, falta de apetito, escalofríos, sudor durante la noche.
  - c. Dolor de cabeza.
  - d. Mareos, vómitos.
  - e. No sé.
  
5. ¿Dónde consultaría usted en caso de sospecha de tuberculosis?
  - a. En el centro de salud más cercano a su localidad.
  - b. En la farmacia.
  - c. A un curandero.
  - d. Otro:  
Especificar: .....

- **CONOCIMIENTOS SOBRE TRANSMISIÓN**

6. ¿La tuberculosis es una enfermedad contagiosa?
  - a. Sí.
  - b. No.

- c. A veces.
  - d. Solo en temporada de invierno.
  - e. No sé.
7. La tuberculosis se transmite por:
- a. Por toser y/o estornudar delante de otras personas.
  - b. Por comer en los mismos utensilios.
  - c. Relaciones sexuales.
  - d. Transfusión de sangre.
  - e. No sé.
8. ¿Se puede evitar la transmisión de la enfermedad?
- a. Sí.
  - b. No.
  - c. A veces.
  - d. Es difícil hacerlo.
  - e. No sé.
9. Que debe de hacer una persona enferma con tuberculosis para no transmitir la enfermedad a otros:
- a. Uso de mascarillas.
  - b. Estar al día con la toma de medicamentos.
  - c. Tener una nutrición saludable y balanceada.
  - d. Todas las anteriores.
  - e. No sé.
10. Una persona se puede contagiar de tuberculosis si:
- a. Tiene una mala nutrición.
  - b. Tiene falta de higiene.
  - c. Consume alimentos contaminados.
  - d. Consume alimentos chatarra.
  - e. No sé.
- **CONOCIMIENTOS SOBRE TRATAMIENTO**
11. Sobre el tratamiento de la tuberculosis usted puede afirmar:
- a. Es costoso.
  - b. Es totalmente gratuito.

- c. Que es doloroso.
  - d. No causa daño alguno.
  - e. No sé.
12. ¿Cómo se cura la tuberculosis?
- a. Con tratamiento que recibirá en el EE.SS. gratuitamente.
  - b. Haciendo deporte.
  - c. Tomando hierbas.
  - d. Tomando bebidas calientes.
  - e. No sé.
13. ¿Cuánto tiempo dura el tratamiento?
- a. 1 mes.
  - b. Solo semanas.
  - c. Por lo general 6 meses, pero eso depende del tipo de tuberculosis que tenga.
  - d. Años.
  - e. No sé.
14. Una persona que está tomando el tratamiento, no puede:
- a. Caminar.
  - b. Tomar alcohol.
  - c. Comer saludable.
  - d. Conversar con nadie.
  - e. No sé.
15. Usualmente se recibe el tratamiento para la tuberculosis en:
- a. La Farmacia.
  - b. En las clínicas.
  - c. En los establecimientos de salud más cercano a su localidad.
  - d. En un consultorio médico privado.
  - e. No sé.

- **CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN**

16. ¿La vacuna que nos protege de las formas graves de la tuberculosis es?
- a. Antitetánica.
  - b. Rotavirus.

- c. BCG.
- d. Influenza.
- e. No sé.

17. ¿A qué edad se debe aplicar la vacuna para evitar las formas graves de tuberculosis?

- a. Al año.
- b. A los 5 meses.
- c. Al mes de nacido.
- d. Recién nacido.
- e. No sé.

18. ¿Cómo debería ser la alimentación para evitar enfermarse de tuberculosis?

- a. Comer diariamente Carnes, menestras, verduras, frutas y cereales.
- b. Comer cada 2 días galletas, salchipapas, frutas, papas.
- c. Comer una vez por semana frutas, ensaladas, gaseosa, grasas y carnes.
- d. Comer 2 veces por semana cereales, verduras, pan, ají y frutas.
- e. No sé.

19. ¿Cómo debe ser la vivienda para evitar el contagio de la tuberculosis?

- a. Con poca ventilación y poca iluminación.
- b. Iluminada y poca ventilación.
- c. Iluminada y ventilada.
- d. Ventilada y poca iluminación.
- e. No sé.

20. ¿Cuáles de las siguientes medidas preventivas cree usted que sean la más eficaz para evitar la tuberculosis?

- a. Lavado de manos.
- b. Cubrirse la boca y nariz al toser y estornudar.
- c. Evitar el hacinamiento y tener una alimentación saludable.
- d. Todas las alternativas.
- e. No sé.

## TABLA DE RESPUESTAS SEGÚN DIMENSIONES

<b>PREGUNTAS</b>	<b>DIMENSIÓN CONOCIMIENTOS GENERALES</b>
1	A
2	A
3	C
4	B
5	A
	<b>DIMENSIÓN TRANSMISIÓN</b>
6	A
7	A
8	A
9	B
10	A
	<b>DIMENSIÓN TRATAMIENTO</b>
11	B
12	A
13	C
14	B
15	C
	<b>DIMENSIÓN PREVENCIÓN</b>
16	C
17	D
18	A
19	C
20	D

## ANEXO B

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIOS OBSERVACIONALES

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

**Nombre del investigador (es):**

- Acero Rodriguez Vilma.
- Amorín Huamaní Rocio.

**Título del proyecto:**

NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE TUBERCULOSIS EN JEFES DE FAMILIA DE UNA POBLACIÓN VULNERABLE DEL PUEBLO JOVEN VILLA ESPERANZA CARABAYLLO - 2016

**Justificación de la investigación:**

**Propósito:** El presente estudio permitirá determinar el nivel de conocimientos acerca de tuberculosis en el Pueblo Joven Villa Esperanza de Carabayllo.

Si usted acepta, le pediremos hacer los siguientes procedimientos:

**A)** Responder un cuestionario escrito y acceso a información existente.

**Inconvenientes y riesgos:** ninguno, solo se pedirá responder el cuestionario y sin ocasionarle ningún gasto económico en su hogar.

**Beneficios para los participantes:** Tiene la posibilidad de conocer los resultados del análisis de la investigación.

**Confidencialidad:** Solo los investigadores tendrán acceso a la información que usted proporcione. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificada cuando los resultados sean publicados.

**Consultas posteriores:** Si usted, tuviese alguna pregunta adicional durante el desarrollo de este estudio, acerca de la investigación o sus derechos como participante en la investigación, puede dirigirse a las estudiantes, responsables del estudio 943542101 y 989898054.

**Participación voluntaria y retiro:** Su participación es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

HE LEÍDO Y COMPRENDIDO.

YO, VOLUNTARIAMENTE FIRMO ESTA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombres y apellidos del (a) participante - Firma	
--	--

## ANEXO C

### NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN PUNTAJE OBTENIDO

**VARIABLE GENERAL:** Nivel de conocimiento acerca de la tuberculosis.

Puntaje	Nivel de conocimiento
[ 17 , 20 ]	Alto
[ 12 , 16 ]	Medio
[ 0 , 11 ]	Bajo

**DIMENSIÓN 1:** conocimientos generales

Puntaje	Nivel de conocimiento
5	Alto
[ 3 , 4 ]	Medio
[ 0 , 2 ]	Bajo

**DIMENSIÓN 2:** Conocimientos sobre la transmisión

Puntaje	Nivel de conocimiento
5	Alto
[ 3 , 4 ]	Medio
[ 0 , 2 ]	Bajo

**DIMENSIÓN 3:** Conocimiento sobre la transmisión

Puntaje	Nivel de conocimiento
5	Alto
[ 3 , 4 ]	Medio
[ 0 , 2 ]	Bajo

**DIMENSIÓN 4:** Conocimiento sobre la prevención

Puntaje	Nivel de conocimiento
5	Alto
[ 3 , 4 ]	Medio
[ 0 , 2 ]	Bajo

**ANEXO D**

<b>OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE</b>							
<b>TÍTULO: Nivel de conocimiento acerca de tuberculosis en jefes de familia de una población vulnerable del Pueblo Joven Villa Esperanza de Carabayllo, 2016</b>							
<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>N° DE ITEMS</b>	<b>VALOR FINAL</b>	<b>CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES</b>
<b>Nivel de conocimiento acerca de la tuberculosis</b>	Es el grado de información que posee una persona producto de la experiencia y aprendizaje.	Es el grado de información que posee el jefe de familia del comité 10 y 13 del Pueblo Joven Villa Esperanza de Carabayllo, producto de la experiencia y aprendizaje sobre los conocimientos generales, la transmisión, el tratamiento y la prevención acerca de la tuberculosis; el cual será medido con el Cuestionario de Conocimientos acerca de tuberculosis.	Conocimientos generales	Valoración de respuesta de preguntas 1, 2, 3, 4, 5	5	Alto [17-20]	Respuesta correcta es un punto, respuesta incorrecta es cero puntos. Valor máximo es 20 puntos y valor mínimo es cero puntos.
			Conocimientos sobre la trasmisión	Valoración de respuesta de preguntas 6, 7, 8, 9, 10	5	Medio [12-16] Bajo [0-11]	
			Conocimientos sobre el tratamiento	Valoración de respuesta de preguntas 11, 12, 13, 14, 15	5		
			Conocimientos sobre la prevención	Valoración de respuesta de preguntas 16, 17, 18, 19, 20	5		

**OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE**

<b>VARIABLE</b>	<b>NATURALEZA DE LA VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICION DE LA VARIABLE</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>Nº DE ITEMS</b>	<b>ITEMS</b>
<b>Nivel de conocimiento acerca de la tuberculosis</b>	Cualitativa o categórica	Ordinal	Conocimientos generales	Valoración de respuesta de preguntas Respuesta correcta = 1 Respuesta incorrecta = 0	5	1, 2, 3, 4, 5
			Conocimientos sobre la trasmisión	Valoración de respuesta de preguntas Respuesta correcta = 1 Respuesta incorrecta = 0	5	6, 7, 8, 9, 10
			Conocimientos sobre el tratamiento	Valoración de respuesta de preguntas Respuesta correcta = 1 Respuesta incorrecta = 0	5	11, 12, 13, 14, 15
			Conocimientos sobre la prevención	Valoración de respuesta de preguntas Respuesta correcta = 1 Respuesta incorrecta = 0	5	16, 17, 18, 19, 20

## ANEXO E

### RESULTADOS DE JUICIOS DE EXPERTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CONGRUENCIA DE ÍTEMS	AMPLITUD DE CONTENIDO	REDACCIÓN DE LOS ÍTEMS	CLARIDAD Y PRECISION	PERTINENCIA	TOTAL
Augusto Escalante Candía	85%	85%	85%	85%	85%	0.85
Epifanio Sánchez Garavito	85%	85%	95%	85%	85%	0.87
Hugo Pérez Centeno	85%	85%	85%	85%	85%	0.85
Eduardo Matta Solis	85%	95%	85%	95%	85%	0.89
Irma Macahuachi Nuñez	95%	95%	85%	85%	95%	0.91
					<b>RESULTADO</b>	<b>0.874</b>

<b>DEFICIENTE</b>	0-69%	65%
<b>ACEPTABLE</b>	70-80%	75%
<b>BUENO</b>	80-90%	85%
<b>EXCELENTE</b>	90-100%	95%

**ANEXO F**

**PRUEBA PILOTO EN EL AL AA.HH. EL VALLECITO**



## ANEXO G

# ACTA DE EVALUACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA



### UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

*"Año de la consolidación del Mar de Grau"*

ACTA CEI N° 003

14 de septiembre de 2016

### ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA

En el distrito de Los Olivos, a los 16 días del mes de agosto del año dos mil dieciséis, el Comité de Ética en Investigación en seres humanos y animales ha evaluado el proyecto: **"Nivel de conocimiento acerca de tuberculosis en jefes de familia de una población vulnerable del asentamiento humano Villa Esperanza de Carabaylo 2016"**. Código ID-005.

Teniendo en cuenta que el mismo reúne las consideraciones éticas.

POR TANTO:

El Comité de ética en Investigación,

RESUELVE

**APROBAR**, el proyecto titulado **"Nivel de conocimiento acerca de tuberculosis en jefes de familia de una población vulnerable del asentamiento humano Villa Esperanza de Carabaylo 2016"**. Código ID-005.



  
Richard Clemente Antón Talledo  
Secretario  
del Comité de Ética en Investigación



  
c. Segundo Germán Millones Gómez  
Presidente  
del Comité de Ética en Investigación

SGMG / PDMM

[www.uch.edu.pe](http://www.uch.edu.pe)

Av. Universitaria 5175 Los Olivos Telf.: 528-0948

## ANEXO H

# CARTA DE PRESENTACIÓN AL DIRIGENTE DEL PUEBLO JOVEN VILLA ESPERANZA

 **UCH** UNIVERSIDAD DE  
CIENCIAS Y  
HUMANIDADES  
Resolución N° 411-2006-CONAFU  
Resolución N° 175-2007-CONAFU

**CARTA N° 037- 2016-FCS - UCH**

Los Olivos, 26 de agosto de 2016

Señora:  
**Carlos Campos Calixtro**  
**DIRIGENTE**  
**AAHH. Villa Esperanza de Carabayllo**

Presente -

**Asunto:** Facilidades para recolección de información para trabajo de Investigación.

Es grato dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente en nombre de la Universidad de Ciencias y Humanidades y el mío propio, a la vez comunicarle que nuestra estudiante:

AMORÍN HUAMANÍ ROCIO                      Código N° 12220003  
ACERO RODRIGUEZ VILMA                      Código N° 12220001

Se encuentra desarrollando la tesis que lleva por título **NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE TUBERCULOSIS EN JEFES DE FAMILIA DE UNA POBLACIÓN VULNERABLE DEL ASENTAMIENTO HUMANO VILLA ESPERANZA DE CARABAYLLO - 2016** para obtener el título de licenciado en enfermería por lo que solicitamos a usted tenga a bien darnos su aprobación y las facilidades correspondientes para recolectar la información necesaria para el desarrollo de la tesis, comprometiéndonos a hacerle llegar el informe final de dicho levantamiento de información.

Sin otro en particular hago propicia la ocasión para manifestarle mi estima personal,  
Atentamente,

  
**César Abraham Suárez Oré**  
**DIRECTOR**  
Universidad de Ciencias y Humanidades  
Escuela Académico Profesional de Enfermería

www.uch.edu.pe  
Av. Universitaria 5175 Los Olivos. Telf.: 528-0948

## ANEXO I

# DOCUMENTO DE APROBACIÓN Y FACILIDADES PARA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO EN EL PUEBLO JOVEN VILLA ESPERANZA



ASOCIACION DE POBLADORES DEL PUEBLO JOVEN VILLA ESPERANZA -APPJOVE  
Partida N°13619230, Superintendencia Nacional de los Registros Públicos

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"  
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

Villa Esperanza, 06 de setiembre del 2016

Oficio N° 07-2016-CDPJVE/DC

Señor:

César Abrahán Suarez Ore

Director de la Escuela Académico Profesional de Enfermería

Universidad de Ciencias y Humanidades

Av. Universitaria 5175 Los Olivos. Telf.: 528-0948

Presente.

**ASUNTO:** APROBACION Y FACILIDADES PARA TRABAJO DE TESIS EN EL PUEBLO JOVEN VILLA ESPERANZA, DISTRITO DECARABAYLLO, LIMA-LIMA.

**Ref. :** Carta N° 037-2016-FCS-UCH

Es grato dirigirme a usted, en atención a su Carta en referencia, mediante el cual solicita aprobación y facilidades para el recojo de información necesarios para el desarrollo de tesis, en mi comunidad.

Al respecto le informo que lo solicitado en su carta ha sido comunicado y aprobado en sesión de Consejo Directivo, debido a su importancia para la salud comunitaria, tema en el cual también estamos comprometidos.

En consecuencia, se brindara las facilidades a las estudiantes:

AMORIN HUAMANI ROCIO Código N° 12220003

ACERO RODRIGUEZ VILMA Código N° 12220001

Para el recojo de información que requiera la tesis: "NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE TUBERCULOSIS EN JEFES DE FAMILIA DE UNA POBLACION VULNERABLE DEL ASENTAMIENTO HUMANO VILLA ESPERANZA DE CARABAYLLO – 2016.

Asimismo comunicamos que, pueden coordinar además con las agentes comunitarias Sra. Julia Berrospi Sosa Cel. N° 991166306 y la Sra. Cirila Pérez Matamorros Cel. N° 997691045, conocedoras de las familias en la zona de intervención.

Atte,



ASOCIACION DE POBLADORES DEL PUEBLO JOVEN VILLA ESPERANZA -APPJOVE

CARLOS DANIEL CAMPOS CALIXTRO  
PRESIDENTE

Carlos Daniel campos calixtro  
Presidente del Consejo Directivo

DNI N° 06833004

Dirección: Calle 9 de Octubre N° 562, Pueblo Joven Villa Esperanza. Celular N° 998278080, ieeperu@hotmail.com

## ANEXO J

### RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS EN TABLAS

**Tabla 1: Nivel de conocimiento acerca de tuberculosis en jefes de familia según el sexo**

		Nivel de conocimiento acerca de la tuberculosis		
		Sexo	Bajo	Medio
Sexo	Femenino	26.2%	54.8%	19%
	Masculino	34.8%	52.2%	13%

**FIGURA 1.** Nivel de conocimiento acerca de tuberculosis en jefes de familia según el sexo. (n=130)

En la figura 1 se observa que en el sexo femenino el 26.2% del total tienen un conocimiento bajo, el 54.8% tienen un conocimiento medio y el 19% tienen un conocimiento alto; mientras que en el sexo masculino el 34.8% del total tienen un conocimiento bajo, el 52.2% tienen un conocimiento medio y el 13% tienen un conocimiento alto.

**Tabla 2: Nivel de conocimiento acerca de tuberculosis en jefes de familia según el grado de instrucción**

		Nivel de conocimiento acerca de la tuberculosis		
		Bajo	Medio	Alto
Grado	Primaria incompleta	46.7%	53.3%	0%
	Primaria completa	18.2%	72.7%	9.1%
	Secundaria incompleta	48.5%	45.5%	6.1%
	Secundaria completa	22%	54%	24%
	Superior o técnico	9.5%	57.1%	33.3%

**FIGURA 2.** Nivel de conocimiento acerca de tuberculosis en jefes de familia según el grado de instrucción. (n=130)

En la figura 2 se observa que en primaria incompleta el 46.7% tienen un conocimiento bajo y el 53.3% tienen un conocimiento medio; en primaria completa el 18.2% tienen un conocimiento bajo, el 72.7% tienen un conocimiento medio y el 9.1% tienen un conocimiento alto; en secundaria incompleta el 48.5% tienen un conocimiento bajo, el 45.5% tienen un conocimiento medio y el 6.1% tienen un conocimiento alto; en secundaria completa el 22% tienen un conocimiento bajo, el 54% tienen un conocimiento medio y el 24% tienen un conocimiento alto; y por último en el grado de instrucción superior el 9.5% tienen un conocimiento bajo, el 57.1% tienen un conocimiento medio y el 33.3% tienen un conocimiento alto.