Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina
Escuela Profesional de Enfermería

Actitudes hacia la tuberculosis y su asociación con la participación en el control de contactos en familiares de personas afectadas por tuberculosis, Centro de Salud Breña, 2025

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

AUTOR

Dante Ian TORRES GARCIA

ASESOR

Dr. Jhon Alex ZELADITA HUAMAN

Lima, Perú

2025



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Torres D. Actitudes hacia la tuberculosis y su asociación con la participación en el control de contactos en familiares de personas afectadas por tuberculosis, Centro de Salud Breña, 2025 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Enfermería; 2025.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Dante Ian Torres Garcia
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	72854191
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0002-8322-6779
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Jhon Alex Zeladita Huaman
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	40635267
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-5419-5793
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Angela Rocio Cornejo Valdivia
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06708973
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Herminia Magali Mendoza Ortega
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	20719206
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Lourdes Azucena Tafur Pittman
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	15762127
Datos de investigación	

Línea de investigación	No aplica
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	No aplica
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Breña Manzana y lote: 1445 Calle: Jr. Napo Latitud: -12.063969 Longitud: -77.05790733
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Julio 2024 - Octubre 2025 2024 - 2025
URL de disciplinas OCDE	Enfermería https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03 Salud pública, Salud ambiental https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05

UNMSM
Firmado digitalmente por CUBA SANCHO Juana Matilde FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 17.10.2025 10:11:03 -05:00

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

UNMSM
Firmado digitalmente por VASQUEZ ALVA Rolando FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 17.10.2025 16:06:11 -05:00

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN LA MODALIDAD PRESENCIAL PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

1. **FECHA DE LA SUSTENTACIÓN:** 01/10/2025

   HORA INICIO : 09:00 Hrs.

   HORA TÉRMINO : 10:05 Hrs.

2. **MIEMBROS DEL JURADO**

   PRESIDENTE : Dra. Angela Rocio Cornejo Valdivia

   MIEMBRO : Mg. Herminia Magali Mendoza Ortega

   MIEMBRO : Mg. Lourdes Azucena Tafur Pittman

   ASESOR : Dr. Jhon Alex Zeladita Huaman

3. **DATOS DEL TESISTA**

   APELLIDOS Y NOMBRES : Dante Ian Torres Garcia

   CODIGO : 20010266

   R.R. DE GRADO DE BACHILLER NÚMERO: RR-001614-2025-R/UNMSM (13/02/2025)

   TÍTULO DE LA TESIS:

   "Actitudes hacia la tuberculosis y su asociación con la participación en el control de contactos en familiares de personas afectadas por tuberculosis, Centro de Salud Breña, 2025"

4. **RECOMENDACIONES Y/O MENCIONES**

   RD-000226-2025-D-FM/UNMSM)

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

5. NOTA OBTENIDA: 18, dieciocho

(Aprobado con mención honrosa).

6. FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO

 **Firma**	 **Firma**
Dra. Angela Rocio Cornejo Valdivia DNI: 06708973	Mg. Herminia Magali Mendoza Ortega DNI: 20719206
PRESIDENTA	**MIEMBRO**

 **Firma**	 **Firma**
Mg. Lourdes Azucena Tafur Pittman DNI: 15762127	Dr. Jhon Alex Zeladita Huaman DNI: 40635267
MIEMBRO	**ASESORA**

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE
SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Zeladita Huaman Jhon Alex en mi condición de asesor acreditado con RESOLUCIÓN DECANAL N° 004340-2024-D-FM/UNMSM de la tesis cuyo título es **"Actitudes hacia la tuberculosis y su asociación con la participación en el control de contactos en familiares de personas afectadas por tuberculosis, Centro de Salud Breña, 2025"**, presentado por el bachiller Torres Garcia Dante Ian para optar el título en Enfermería.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el 7% de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título en Enfermería.

Lima, 27 de agosto del 2025



Firma del Asesor _____

Nombres y Apellidos del asesor: Dr. Jhon Alex Zeladita Huaman

DNI: 40635267

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

AGRADECIMIENTO

A Dios por brindarme la oportunidad de estudiar, salud y conocimientos que me permitieron ser parte de la carrera de enfermería, por guiarme durante toda la etapa universitaria.

A mi asesor, el Dr. Jhon Zeladita Huamán por impartirme sabiduría motivación y apoyo durante el proceso de elaboración de mi investigación.

A mi alma mater, la UNMSM y docentes de la Escuela Profesional de Enfermería, por la calidad de enseñanza a lo largo de mi preparación profesional.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios por darme la oportunidad de haberla culminado, por darme las fuerzas de continuar y de poder guiarme y por brindarme sabiduría aun en las situaciones difíciles.

A mi padre Juan Marcial Torres Cabezas y al resto de mi familia por brindarme su confianza, valores y educación, así como brindarme el apoyo incondicional durante mis años de formación.

Madai, por tu amor, amistad y la bendición de haber recibido tu apoyo para seguir adelante durante la carrera.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO ii

DEDICATORIA iii

RESUMEN vii

ABSTRACT viii

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN 9

1.1. Planteamiento del problema. 9

1.1.1. Determinación del problema 9

1.1.2. Formulación del problema: 13

1.2. Objetivos 14

1.2.1. Objetivo general 14

1.2.2. Objetivo específico 14

1.3. Justificación de la investigación 14

1.4. Marco Teórico 15

1.4.1. Antecedentes 15

1.4.2. Referente Teórico 20

1.5. Hipótesis 38

CAPITULO II: METODOLOGÍA 39

2.1. Tipo, método y diseño de investigación 39

2.2. Población, muestra y muestreo 39

2.2.1. Población 39

2.2.2. Muestra y muestreo 39

2.3. Técnicas e Instrumentos, recolección y análisis de datos. 40

2.3.1. Técnicas e Instrumentos 40

2.3.2. Validez del instrumento 41

2.3.3. Plan de recolección, procesamiento y análisis estadístico. 41

2.4. Consideraciones éticas. 44
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN 45
3.1. Resultados 45
3.1.1. Resultados generales 45
3.1.2. Resultados específicos 46
3.2. Discusión 50
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 54
4.1. Conclusiones 54
4.2. Recomendaciones 54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 55
INDICE DE ANEXOS 64
ANEXOS A: Operacionalización de variables 65
ANEXOS B: Cálculo de tamaño de muestra 67
ANEXOS C: Instrumento de recolección de datos 68
ANEXOS D: Cálculo de Coeficiente de Validez de Contenido (Hernández-Nieto) . 72
ANEXOS E: Libro de códigos 73
ANEXOS F: Autorización de investigación de la DIRIS Lima Centro 77
ANEXO G: Matriz de datos 78
ANEXOS H: Formato de consentimiento informado 79
ANEXOS I: Tablas y gráficos 81
ANEXOS J: Formulación de la prueba Chi-cuadrado 87

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Actitud hacia la TB de los familiares de personas afectadas por tuberculosis, CS. Breña, 2025.....46

Gráfico 2. Dimensiones de la actitud hacia la TB en los familiares de personas afectadas por tuberculosis, CS. Breña, 2025.....46

Gráfico 3. Participación en el control de contactos de los familiares de personas afectadas por tuberculosis, CS. Breña, 2025.....47

RESUMEN

Introducción: El control de contactos es una estrategia clave para la prevención de la tuberculosis, específicamente entre quienes viven con una persona afectada por esta enfermedad. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos en los últimos años se ha registrado una disminución considerable en el número de contactos registrados y examinados. Asimismo, existe escasos estudios que evalúan la relación entre la actitud con la participación en el control de contactos en Latinoamérica por lo que es importante explorar esa variable como un factor crucial. **Objetivo:** Determinar la asociación entre la actitud de los familiares de personas afectadas por tuberculosis hacia la enfermedad con su participación en el control de contactos en el Centro de Salud Breña en el año 2025. **Metodología:** Investigación cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal. Emplea un instrumento adaptado y validado, tipo escala Likert, para la medición de la actitud. Se trabajó con una muestra de 40 familiares de personas afectadas por tuberculosis atendidas en el Centro de Salud Breña. El análisis se realizó empleando la prueba estadística Chi cuadrado. **Resultados**: La actitud favorable estuvo representada por un 50%, medianamente favorable por un 45% y desfavorable por un 5%; para la participación en el control de contactos, se encontró que el 90% sí cumplió, mientras que un 10% no lo hizo; para la asociación entre variables, se determinó que existe asociación estadística entre la actitud favorable de los familiares de personas afectadas por tuberculosis y la participación en el control de contactos ($p<0.05$). **Conclusiones:** En el primer nivel de atención se encontró que, en los familiares de personas afectadas, la actitud favorable estaría asociada con la participación en el control de contactos, en ese sentido se debería seguir fortaleciendo las estrategias de educación sanitaria incluyendo el componente actitudinal y promoviendo una cultura de corresponsabilidad.

Palabras claves: Actitud, familiares, participación, control de contactos, tuberculosis.

ABSTRACT

Introduction: Contact tracing is a key strategy for tuberculosis prevention, specifically among those living with someone affected by the disease. However, despite efforts in recent years, there has been a considerable decrease in the number of registered and examined contacts. Furthermore, there are few studies evaluating the relationship between attitude and participation in contact tracing in Latin America, so it is important to explore this variable as a crucial factor. **Objective:** To determine the association between the attitude of family members of people affected by tuberculosis toward the disease and their participation in contact tracing at the Breña Health Center in 2025. **Methodology:** A quantitative, descriptive, correlational, and cross-sectional study. It uses an adapted and validated Likert-scale instrument to measure attitude. The study involved a sample of 40 family members of people affected by tuberculosis treated at the Breña Health Center. The analysis was performed using the Chi-square statistical test**. Results:** Favorable attitudes were represented by 50%, moderately favorable by 45%, and unfavorable by 5%. Regarding participation in contact control, 90% did comply, while 10% did not. Regarding the association between variables, a statistical association was found between the attitudes of family members of people affected by tuberculosis and participation in contact tracing ($p<0.05$). **Conclusions:** At the primary level of care, it was found that, among family members of affected individuals, attitudes were associated with participation in contact tracing. In this regard, health education strategies should continue to be strengthened, including attitudinal components and promoting a culture of shared responsibility.

Keywords: Attitude, family members, participation, contact tracing, tuberculosis.

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema.

1.1.1. Determinación del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la TB representa una afección infectocontagiosa causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que continúa siendo un desafío importante para el sistema sanitario a nivel global (1). Su transmisión se da mediante gotículas de saliva que diseminan las personas afectadas e ingresan al organismo a través del sistema respiratorio, por lo que sería el principal sistema afectado debido al depósito de la bacteria en el alveolo pulmonar, sin embargo, el agente que lo causa posee la capacidad de diseminarse y afectar otros tejidos (2).

Los individuos afectados por tuberculosis atraviesan un importante impacto en el componente físico, con manifestaciones que pueden ir desde el dolor del órgano afectado, limitaciones en el funcionamiento físico, fatiga, entre otros (3). Por otra parte, se debe considerar que la tuberculosis representa un problema social debido a la influencia de factores socioeconómicos sobre esta (2), ya sea la pobreza, malnutrición, exclusión social, bajo nivel educativo, entre otros, que favorecen su transmisión, generando graves consecuencias que van más allá de la persona, incluso llegando a afectar el núcleo familiar y a la comunidad (4).

Pese a los progresos científicos en materia de prevención y tratamiento, según datos presentados por la OMS/OPS, anualmente se reportan alrededor de 10 millones de casos nuevos de TB y 1.2 millones de muertes, considerando que más del 80% de los casos ocurren en países donde predominan los sectores económicos menos favorecidos (5).

Además, la OPS en el año 2023 refiere, mediante su informe regional,

que la TB en la Región de las Américas resulta ser un problema sanitario persistente, registrando en ese mismo año un aproximado de 306 000 casos en todas las formas de la enfermedad, un estimado de 32 000 muertes y un leve aumento de la incidencia a pesar de los resultados esperados en la estrategia “Fin de la Tuberculosis”. En la región son siete países los que concentran el 80% de los casos de TB, siendo el Perú el segundo país con mayor carga estimada, lo que corresponde a un estimado del 13% de casos de la región (6).

Según informes de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis del MINSA, durante el año 2023 hubo 31 621 casos nuevos de TB, además de 1424 casos de TB MDR; siendo Lima y Callao los distritos que presentan el 55.6% (18 399) del total nacional de los casos notificados, y el 77% (1099) de los casos de TB MDR a nivel nacional (7). Además, se calcula que en el año 2023 se registró una tasa de incidencia de 141.6 en la región Lima, la cual aumentó en comparación con el año anterior, manteniéndose sobre la tasa de incidencia media del país, de 94.8 (7).

Aquellos individuos que cuentan con mayor riesgo de contagio son los que mantienen un contacto estrecho con el caso índice, compartiendo en promedio más de 6 horas con este último, aunque este también depende de factores como el estado inmunológico de la persona (8, 9). Por otro lado, en la comunidad y en el ambiente intradomiciliario son los niños, sobre todo los menores de 5 años, los que poseen un riesgo aumentado de desarrollar formas graves de TB al compartir entornos con individuos que tienen tuberculosis activa, especialmente si esta no está siendo tratada (10).

Además de ello se debe considerar el impacto que supone el diagnóstico y tratamiento de contactos, ya que se estima que cada uno de los casos de TB diagnosticados daría lugar a una media de 4 contactos en el

ambiente intradomiciliario, de los cuales se asume que el 10% de estos contactos desarrollarán TB activa en etapas posteriores de su vida, dependiendo del estado de sus defensas (11).

Debido a ello, considerando que la enfermedad se puede extender al escenario social inmediato del paciente con diagnóstico de TB, existe la necesidad de hablar del abordaje de los contactos, donde el MINSA lo define como aquel individuo que tiene, o ha tenido, alguna exposición con el caso índice y comparten un mismo domicilio o frecuentan espacios en común (4).

En base a este riesgo, el MINSA establece una normativa de abordaje de la tuberculosis, donde brinda pautas respecto al estudio de contactos, el cual se debe realizar a la totalidad de los contactos de los casos índice con TB, pulmonar y extrapulmonar, en pacientes sensibles y con resistencia farmacológica o que fallecieron antes del inicio del tratamiento; además, se debe incluir tanto a los contactos intradomiciliarios así como a los extradomiciliarios, donde la identificación y evaluación inicial se realizará en el establecimiento de salud, lugar de residencia o espacios de intervención, en un plazo máximo de 2 semanas, para el descarte de TB activa o la identificación de infección latente con el seguimiento correspondiente (4).

En adición a ello, los datos presentados por la DPCTB en relación con el estudio de contactos muestran que la cobertura a nivel nacional ha mantenido valores similares en los últimos años, obteniéndose un 83.5% en el año 2023. Sin embargo, durante el año 2020 y 2021 se registró un descenso considerable en la cantidad de contactos censados y examinados tomando como referencia valores de años anteriores (7).

Este escenario frente al control de la enfermedad encuentra su razón en la pandemia de Covid-19, según lo menciona la OMS y el MINSA,

quienes expresan que la pandemia produjo interrupciones en los servicios de lucha contra la TB, lo que en consecuencia impactó sobre las estrategias de control a nivel global y nacional, reflejándose en el descenso de reporte de casos y el seguido incremento de la transmisión de la enfermedad (4,12).

Asimismo, Donelia Gámez Sánchez en un estudio de seguimiento de contactos de TB, pone en manifiesto que existe una brecha en la detección, seguimiento y control de los sujetos de estudio, debido a que las estrategias básicas se centran en la búsqueda pasiva de casos cuando se sabe que al ser una enfermedad estigmatizada y socialmente rechazada puedan existir contactos que nieguen y asuman actitudes negativas o indiferentes hacia la enfermedad, lo que constituye el principal déficit de los controles de foco realizados, pudiendo propiciar la aparición de nuevos casos (13).

Por otro lado, el entorno familiar además de tener gran importancia como medio de apoyo en el proceso de enfermedad, forma parte de un eje crucial para el control de la tuberculosis ya que esta enfermedad representa una amenaza para todos sus miembros, por lo que la participación de cada uno de ellos en el control de contactos es igual de relevante que la atención del paciente diagnosticado para prevenir la aparición de nuevos casos (14).

De este modo, se puede abordar el tema de las actitudes como aquellas manifestaciones que la persona asume frente a un escenario determinado, yendo de la mano con los valores que ha adquirido e integrado durante su trayecto de vida, siendo estas de las que dependen las consecuencias que traerán para la vida personal (15), siendo de esta forma en la que las actitudes asumidas por la familia frente a la problemática cobran vital importancia.

De manera similar, Silva Llashag y Azañedo Bautista, mediante su investigación reportaron que se evidencian datos alarmantes en cuanto al nivel de actitudes de la población hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, donde predomina un nivel medianamente aceptable entre los encuestados (63%), actitud que predispone a la población a asumir comportamientos negativos frente a la participación en la prevención y tratamiento de la enfermedad (16).

Ante lo expresado, se debe comprender que el profesional de enfermería es el personal que de manera permanente brinda atenciones esenciales e intervenciones dirigidas al diagnóstico y tratamiento en la estrategia sanitaria de PCT, siendo el responsable de asegurar el acceso oportuno a servicios de salud de calidad, fortaleciendo las acciones de prevención, control, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, a través de un trabajo articulado, haciendo partícipe a la persona, su familia y comunidad, tanto desde una labor educativa que busque potenciar la salud, así como desde un rol orientador.

Teniendo en cuenta el contexto presentado y mi experiencia en el Centro de Salud de Breña, se ha podido observar en los formatos de registro que los contactos tienen dificultades para aceptar el tratamiento antituberculoso, lo que se evidencia en la ausencia de ellos. Ante ello se formula la siguiente interrogante: ¿Existe asociación entre la actitud de los familiares de personas afectadas por tuberculosis hacia la enfermedad con su participación en el control de contactos en el Centro de Salud de Breña, 2025?

1.1.2. Formulación del problema:

¿La actitud que asumen los familiares de personas afectadas por tuberculosis hacia la enfermedad se asocia con la participación en el control de contactos en el Centro de Salud Breña, 2025?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre la actitud de los familiares de personas afectadas por tuberculosis hacia la enfermedad con su participación en el control de contactos en el Centro de Salud Breña en el año 2025.

1.2.2. Objetivo específico

- Identificar las actitudes hacia la tuberculosis de los familiares de personas afectadas por tuberculosis en el Centro de Salud Breña, 2025.
- Identificar la participación en el control de contactos de los familiares de personas afectadas por tuberculosis en el Centro de Salud Breña, 2025.

1.3. Justificación de la investigación

El desarrollo del presente estudio se sustenta en las repercusiones que tiene la tuberculosis debido a que esta enfermedad sigue situándose como una de las razones más comunes de defunción en el mundo y continúa afectando a las poblaciones más vulnerables, considerando al Perú como uno de los países con mayor mortalidad e incidencia de TB en américa latina, además, debido a su gran capacidad infectocontagiosa y a los elementos sociales que la acompañan, produce un gran impacto en la salud de quien la padece, así como en el bienestar emocional y social debido al estigma que esta genera.

Por otro lado, resulta importante canalizar los esfuerzos a la prevención, identificación y tratamiento de los pacientes con TB latente, siendo estos últimos aquellos que poseen alto riesgo de desarrollar y diseminar la enfermedad. Además, se estima que entre las poblaciones que tienen mayor riesgo a desarrollar tuberculosis son los del sector salud, los pacientes con infección por VIH y los contactos intradomiciliarios de pacientes con TB activa, quienes presentan una tasa de activación que oscila entre 10 y 20%.

Por ello, determinar la asociación entre la actitud hacia la tuberculosis y la participación en el control de contactos constituye un aporte importante para la prevención de la tuberculosis. Debido a que demostrar la asociación entre ambas variables permitiría entender cómo las familias interpretan y toman decisiones en relación con la enfermedad, como lo que va a influir en su involucramiento en el control de contactos.

Asimismo, al demostrar la asociación entre las variables, proporcionará evidencias relevantes al personal de enfermería que labora en la estrategia de Prevención Contra la Tuberculosis en el C.S Breña, respecto a la actitud de las contactos intradomiciliarios y su vinculación con el control de contactos, permitiendo brindar información enriquecedora que permita al personal de enfermería abordar estrategias orientadas al abordaje de las actitudes de las familias frente al control y prevención de la tuberculosis, buscando generar un incremento en la cobertura de participación en el estudio de contactos.

1.4. Marco Teórico

1.4.1. Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Naga et al. (17), Etiopía 2023, desarrollaron una investigación con el fin de determinar la adherencia a la detección de contactos en el hogar entre los pacientes de TB en la ciudad de Shashamane. Realizaron un estudio de diseño cuantitativo transversal complementada con una investigación cualitativa, donde trabajaron con una muestra deseada de 421 pacientes a quienes aplicaron un cuestionario estructurado y validado dirigido a evaluar factores sociodemográficos, factores individuales, factores relacionados con el sistema de atención de salud, con la práctica y la clínica de la enfermedad. Conclusiones:

> "Casi la mitad de los encuestados 200 (51%) tenía una actitud favorable con respecto a la susceptibilidad percibida del contacto en el hogar, el beneficio percibido de la detección de contactos y la discriminación social percibida"

Muzakkir et al. (18), Indonesia 2021, realizaron una investigación teniendo como objetivo determinar la correlación entre las actitudes y el comportamiento familiar con los esfuerzos para prevenir la tuberculosis infecciosa. Realizaron un estudio cuantitativo que se llevó a cabo con un enfoque transversal, donde trabajaron con una muestra de 31 encuestados que formaban parte de las familias con tuberculosis a quienes aplicaron un cuestionario estructurado y validado. Conclusiones:

> "Las actitudes o comportamientos de las familias con enfermedad de tuberculosis no se correlacionaron con la prevención de la tuberculosis en el área de trabajo del Centro de Salud de Lembang, Regencia de Majene, Sulawesi Occidental"

Febriani et al. (19), Papúa occidental 2020, realizaron una investigación con el objetivo de describir el nivel de conocimientos, actitudes y comportamientos en la prevención de la tuberculosis. Para ello llevaron a cabo un estudio de diseño cuantitativo utilizando una analítica para determinar la relación entre variables independientes y variable dependiente, donde trabajaron con una muestra conformada por 88 encuestados a quienes aplicaron un cuestionario basado en los objetivos de la investigación. Conclusiones:

> "se puede concluir que existe relación entre actitudes y comportamientos en este estudio, tienden a tener actitudes negativas por lo que se comportan de manera inadecuada/inadecuada en la prevención de la Tuberculosis"

Gebretnsae et al. (20), Etiopia 2020, desarrollaron una investigación donde se plantearon como objetivo describir el estado de implementación de las pruebas de detección de tuberculosis en contactos. Para ello llevaron a cabo un estudio descriptivo de corte transversal, donde trabajaron con un total de 411 casos índice de tuberculosis y 1750 contactos, pertenecientes a la región de Tigray, Etiopía; a quienes aplicaron un cuestionario estructurado para

identificar los factores asociados con el cribado de contactos y la dinámica que tiene esta última. Conclusiones:

> Un total de 396/1750 (22,6 %) de los contactos fueron cribados para TB por los trabajadores sanitarios de salud. De estos, el 84,6% (n = 335) de los contactos fueron examinados en sus hogares, mientras que el 15,4% (n = 61) fueron examinados en puestos de salud.

Goroh et al.(21), Malasia 2020, realizaron una investigación con el objetivo de identificar las barreras para la participación plena en la investigación de contactos de tuberculosis. Realizaron un estudio comparativo transversal con los contactos de TB que asistieron a una visita inicial, trabajando con una población de 1436 contactos identificados de los cuales 237 dieron su consentimiento. Para la recolección de datos emplearon un cuestionario validado para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas entre los contactos. Conclusiones:

> "Cincuenta y tres personas (22,4%) pensaron que había discriminación. Hubo una asociación entre la percepción del estigma y ser familiar cercano de un caso índice de TB. Todos menos uno estuvieron de acuerdo en que el cribado de TB en el hogar valía la pena. La mayoría (87,8%) reconoció que tenía un riesgo elevado de TB."

Antecedentes Nacionales

Torres (22) en Lima el 2023, realizó una investigación con el fin de determinar la actitud de la familia hacia el paciente con diagnóstico y tratamiento de Tuberculosis en el C.M.I Santa Luzmila II Marzo 2022. El método que empleó fue descriptivo de diseño no experimental donde, mediante un muestreo censal, trabajó con una población conformada por 50 familias de pacientes que acuden a recibir su tratamiento al programa de control de TBC, y empleando como instrumento un cuestionario dirigido a medir la variable actitud de los familiares. Conclusiones:

> "Los familiares de los pacientes con Tb presentan una actitud de indiferencia en 60%, 30% de aceptación, 10% de rechazo." "en la

> dimensión cognitiva presentan una actitud de indiferencia en el 50% de los casos" "en la dimensión afectiva presentan un 50% de indiferencia "

Carranza et al. (23) en Lima en el año 2022, realizaron una investigación con el objetivo de describir la cascada de cuidado de la tuberculosis latente para los contactos que recibieron el tratamiento de la TPI en dos establecimientos de salud entre los años 2016-2018 . El método que empleó fue de un estudio tipo cuantitativo descriptivo de corte retrospectivo, donde se trabajó con una población de 162 contactos; emplearon como instrumento un registro de control y evaluaciones de 16 ítems. Hallaron que del total de casos identificados (162 contactos), el 75,9% (123) fueron evaluados y el 30,9% (50) iniciaron con el TPI. Conclusiones:

> "En cuanto a la evaluación de contactos, solo tres de cada cuatro contactos identificados son evaluados por el personal de salud." "De los contactos evaluado, aproximadamente una tercera parte inicia la TPI en el establecimiento de salud."

Huamán et al. (24) en Lima en el año 2021, realizaron una investigación con el objetivo de determinar las actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de pacientes con tuberculosis en el Asentamiento Humano Huáscar 2020. El método utilizado fue de tipo cuantitativo observacional, de corte transversal, donde se trabajó con una muestra conformada por 27 personas de la familia; la técnica usada fue la encuesta y el instrumento utilizado fue un cuestionario de 34 ítems divididos en dos dimensiones que son el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis. Donde hallaron que la actitud de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis fue de indiferente con un 85.4%, aceptación con 11.1% y de rechazo con 3.7%. Conclusiones:

> "Los familiares de los pacientes con tuberculosis, presentan una actitud de indiferencia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, seguida de actitud de aceptación y de rechazo"

Otero et al. (25) en Lima en el año 2020, desarrollaron una investigación donde se plantearon determinar el número de contactos domésticos que fueron evaluados, comenzaron la TPI y la completaron, así como los factores asociados al cumplimiento de las pautas nacionales. La metodología que emplearon en el estudio fue retrospectivo longitudinal donde incluyeron todos los casos de TB registrados entre enero de 2015 y julio de 2016 en 13 centros de salud, contando una población de estudio de 662 casos índice, por lo que se terminó trabajando con 2323 contactos. Donde hallaron que del total de contactos listados el 97.1% (2256) fue evaluado inicialmente, sin embargo, para el control de los 2 meses el porcentaje descendió a 50.1% (1153). Entre las conclusiones principales obtuvieron que:

> "En este estudio, encontramos un cumplimiento parcial de las pautas de investigación de contactos, una aceptación limitada de la terapia preventiva de TB entre los niños y una baja finalización de la misma" "La mayoría de los contactos domésticos y cercanos fueron evaluados después de que el caso índice fuera diagnosticado con TB, pero solo la mitad de ellos tuvo una evaluación de seguimiento a los 2 meses y menos del 10% a los 6 meses."

Salazar (26) en Chiclayo en el año 2020, realizó una investigación teniendo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre las medidas preventivas en los contactos de pacientes con TB. El método que empleó fue de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo correlacional, donde trabajaron con una muestra de 50 contactos del programa de PCT; la técnica que empleó para la recolección de datos fue la entrevista y el instrumento para la variable actitud fue el "Attitude Scale For Preventive Measures Of Pulmonary Tuberculosis". Encontrándose que el 58% de los encuestados tenían una actitud regular. Entre las conclusiones principales obtuvieron que:

> "Se Identificó el tipo de actitud sobre medidas preventivas en contactos de pacientes con tuberculosis pulmonar del "Centro de Salud Monsefú 2019" encontrándose: regular (58%), inadecuada (4%), adecuada (38%)"

1.4.2. Referente Teórico

1.4.2.1. Patogenia de la tuberculosis

El bacilo de Koch o *Mycobacterium tuberculosis* posee como único reservorio al ser humano, este puede ser transmitido en la medida que un individuo sano inspira los aerosoles generados por una persona con tuberculosis. Al ingresar el bacilo al organismo se sitúa en los alvéolos donde son captados por los macrófagos y son dentro de estos donde liberan el antígeno temprano ESAT 6 que impide la lisis bacteriana, iniciando la multiplicación y posterior liberación de los bacilos (27).

Los bacilos liberados serán captados nuevamente por otros macrófagos, proceso que genera una inflamación local que puede diseminar los bacilos por la sangre o hacia los ganglios linfáticos, además, este proceso produce acumulación de cuerpos lipídicos en el citoplasma del macrófago debido a que mantiene a los bacilos adormecidos en su interior y fagocita los tejidos necrosados, resultando en la formación de macrófagos espumosos que pueden bloquear los bronquiolos, generando la primera lesión pulmonar y dando lugar a una posterior cavitación (27, 28).

La lesión generada usualmente se ubica en los lóbulos superiores debido a que existe poca ventilación, poca circulación, menor flujo linfático y drenaje deficiente en comparación a los lóbulos inferiores. Posteriormente aparece el granuloma característico de la tuberculosis, constituido por macrófagos de diferentes grados de activación, pudiendo manifestarse como granulomas necróticos, no necróticos, fibróticos o cavitarios debido a su naturaleza heterogénea (27).

1.4.2.2. Signos y síntomas de la tuberculosis

Los síntomas son manifestaciones subjetivas de la enfermedad o de alguna alteración del estado de salud, experimentada únicamente por el paciente, estos representan las experiencias internas que el paciente siente y expresa al profesional de salud (29). Cabe resaltar que la presentación clínica de los signos y síntomas se ve influenciada por factores como el estado inmunológico, el estado de la enfermedad y la presencia de enfermedades asociadas (30).

Los síntomas locales de la TB están relacionados con el sitio donde se desarrolla la infección, generalmente esta se desarrolla en los pulmones por lo que las manifestaciones clínicas son producto de la respuesta inmunitaria y el subsecuente daño a estos órganos, generando manifestaciones como (30):

- Tos con flema que perdura de 3 a más semanas.
- Disnea.
- Hemoptisis.
- Dolor de pecho.

Por otro lado, además de los síntomas clínicos asociados a la tuberculosis pulmonar, también existe asociación de la enfermedad con otros síntomas sistémicos (30), tales como:

- Fatiga o debilidad.
- Caquexia, desgaste físico.
- Fiebre.
- Escalofríos.
- Sudoración nocturna.
- Pérdida de peso.

1.4.2.3. Tipos de tuberculosis

A. Según localización.

Tuberculosis pulmonar.

Comúnmente el órgano que resulta afectado por la infección por tuberculosis en personas con respuesta inmunitaria normal es el pulmón debido a que este representa el principal órgano implicado en uno de los mecanismos de transmisión del bacilo tuberculoso (31).

El agente causal se deposita por inhalación en el pulmón, donde establece una infección local inicialmente con escasa manifestación clínica. Sin embargo, a medida que esta progresa y debido a que el foco infeccioso primaria suele ser subpleural, existe riesgo de ruptura hacia el espacio pleural y derrame, seguido de la propagación local a los ganglios linfáticos y la posterior diseminación por vía hematógena que desencadena las manifestaciones clínicas (31).

Tuberculosis extrapulmonar.

La TB extrapulmonar representa la presencia de bacilos tuberculosos en órganos diferentes al pulmón, siendo la pleura, ganglios linfáticos, peritoneo, pericardio, piel, el sistema nervioso, el sistema osteoarticular o el aparato genitourinario las áreas que son afectados con mayor frecuencia. Además, este tipo de TB se ha relacionado con la inmunosupresión producida por ser portador del virus de inmunodeficiencia humana, aunque también existe la posibilidad de que una persona aparentemente sana la desarrolle (32).

B. Según etapas de progresión.

Tuberculosis primaria.

La infección primaria es causada por los bacilos de M. tuberculosis, atravesando las defensas de las vías respiratorias de modo que puedan depositarse en las áreas profundas del pulmón en donde iniciarán su proceso de replicación dentro de los macrófagos alveolares (33).

En las primeras semanas de infección puede ocurrir migración donde los bacilos se diseminan por vía sanguínea hacia el resto de los tejidos del organismo. Además, es importante resaltar que generalmente las infecciones primarias tienden a ser asintomáticas, aproximadamente del 95%, y una fracción de estas se solucionan sin mayor intervención, sin embargo, la mayoría desarrolla una fase latente sin sintomatología (33).

Tuberculosis latente.

Ocurre tras la infección primaria, generalmente 3 semanas después al inhibirse la replicación ilimitada del bacilo. Es en esta etapa en donde a partir de las colonias de bacilos se forman los granulomas de células epitelioides donde el bacilo puede sobrevivir durante años, existiendo la posibilidad de que la infección se active o permanezca latente dependiendo del estado del huésped y la virulencia de la tuberculosis. Así mismo, es durante esta fase donde la PPD y las pruebas IGRA en sangre se vuelven positivos (33, 34).

Tuberculosis Activa

Aquellas personas con infección por TB poseen un riesgo del 5 a 10% de padecer tuberculosis en algún momento de su vida, cifra que guarda relación con los hábitos, edad y otros factores de riesgo. Además, aun así, superada la infección primaria, cualquier órgano afectado puede portar un foco de reactivación, donde en alrededor del 50 a 80% de los casos se reactiva en los primeros 2 años o varias décadas después, relacionado a la reinfección o al deterioro de la inmunidad celular (33).

En esta etapa la tuberculosis lesiona los tejidos provocando necrosis granulomatosa, mostrándose con aspecto cavitario, especialmente en aquellos pacientes inmunocomprometidos con compromiso de la hipersensibilidad retardada (33).

C. Según resistencia a medicamentos

Esta es determinada a través de pruebas bacteriológicos o biopsias que permiten detectar resistencia a algún fármaco antituberculoso (4).

- TB resistente a Isoniacida (TB rH)
- TB resistente a Rifampicina (TB RR)
- TB multidrogorresistente (TB MDR): tanto a isoniacida como a rifampicina.
- TB pre extensamente resistente (TB pre XDR): cumple con la denominación de TB RR/MDR sumado a la resistencia de una fluoroquinolona.
- TB extensamente resistente (TB XDR): cumple con la denominación de TB MDR/RR, sumado a

la resistencia de fluoroquinolona y a por lo menos un fármaco del Grupo A.

1.4.2.4. Mecanismos de transmisión de la tuberculosis

Entre las especies de bacilos que pueden causar tuberculosis destaca el M. bovis, M. africanum y el M. tuberculosis como el agente causal más frecuente con vías usuales e inusuales de transmisión (35).

Causando la mayoría de contagios, como mecanismo más importante y frecuente destaca la vía aérea, donde mediante aerosoles que la persona infectada elimina al toser, estornudar o hablar, disemina microgotas con carga bacteriana que podrían ser inhaladas, permitiendo que los bacilos puedan situarse en los alvéolos pulmonares para su posterior replicación (36).

Por otro lado, existen otros mecanismo de infección infrecuentes, ya sea vía digestiva donde el M. bovis ingresa al organismo por ingesta de leche producida por vacas enfermas; vía urogenital; por inoculación o por vía transplacentaria, llamada tuberculosis congénita (35, 36).

Sin embargo, cabe resaltar que el potencial del agente patógeno de invadir el organismo y producir la infección depende de ciertos factores (37):

- Extensión de la enfermedad, pacientes con baciloscopia positiva y con radiografía cavitaria.
- Frecuencia y severidad de la tos, mayor diseminación de partículas con bacilos tuberculosos.
- Aparición de formas farmacorresistentes.
- Afección de la epidemia VIH/SIDA

- Inicio de terapia antituberculosa, manejo de pautas terapéuticas.
- Características de la exposición como hacinamiento, ventilación, grado de contacto y cercanía al enfermo.
- Situación de desnutrición, consumo de drogas y exposición a trabajos de riesgo.

1.4.2.5. Diagnóstico de la tuberculosis

A. Diagnóstico de tuberculosis latente

Los métodos utilizados para la detección de infección latente son indirectos y estos se basan en la reacción de linfocitos sensibilizados y a la presencia de antígenos de M. tuberculosis (38).

El método típico de detección es la **prueba de derivado proteico purificado (PPD)**, donde se administra vía intradérmica una fracción de proteína del bacilo con el fin de observar la reacción de hipersensibilidad retardada. La interpretación del resultado se realiza pasado las 48-72 horas mediante la medición del diámetro de la induración, donde se debe considerar que para un resultado positivo el punto de corte debe ser de 5 mm a más en paciente con inmunodeficiencias o mayor de 10 mm para la población en general (39, 40).

Por otro lado, la **prueba interferon gamma release assay**, o **IGRA** por sus siglas en inglés**,** miden la presencia en sangre de inmunomediadores producidas por las células T sensibilizadas por el bacilo, sin embargo, este método no diferencia entre una infección latente o activa por lo que se recomienda el uso conjunto de la PPD y la IGRA (39, 4).

B. Diagnóstico de tuberculosis activa

La **baciloscopia directa** es una técnica de tinción que permite la identificación rápida del bacilo, para su recolección se solicitan dos muestras de esputo seriadas de por lo menos 3 ml cada una, la primera al contacto con el establecimiento de salud y la segunda al día siguiente al despertar. El procesamiento es realizado por el área de laboratorio y se obtiene un informe de valores en relación con el método de tinción empleado (39, 4).

Los **métodos de cultivo** representan pruebas modelo para el diagnóstico ya que permiten identificar de manera precisa al agente causal, así como la existencia de resistencia al tratamiento, sin embargo, la principal limitante es el tiempo requerido para obtener un resultado definitivo, de 2 a 4 semanas en promedio (39). Actualmente en el Perú existen métodos en los que se emplean medios líquidos o solidos para el cultivo y aislamiento de las micobacterias (4).

Además, hoy en día se cuentan con técnicas moleculares para el diagnóstico de TB como la PMMA, que puede ser empleada rápidamente de modo complementario o sustituir a las pruebas bacteriológicas dado que los resultados pueden ser obtenidos tras unas pocas horas (4).

El **diagnóstico clínico radiológico** está dirigido a cualquier persona de la cual se tenga sospecha de TB y cuente con síntomas respiratorios, además de ser usado en estudio de pacientes de riesgo por exposición, sin

embargo, esta es poco específica debido a que no siempre se observan signos característicos (39). La radiografía de tórax debe realizarse en todo caso en el que exista sospecha de tuberculosis pulmonar y para el seguimiento diagnóstico, por otro lado la tomografía de tórax se reserva en niños, adolescentes y ante la existencia de dudas en el diagnóstico inicial (39, 4).

Además, cuando las manifestaciones clínicas se ven íntimamente relacionadas con algún otro órgano afectado, es necesario complementar el diagnostico con exámenes auxiliares de imágenes, inmunología, histopatología, bacteriología o muestra de tejidos, los cuales deberán ser enviados a laboratorio para su procesamiento (4).

1.4.2.6. Tratamiento de la tuberculosis

A. Tratamiento para TB sensible

El conjunto de medidas comprendidas son de carácter gratuito con un enfoque dirigido a contribuir la adherencia y éxito del tratamiento. El tratamiento por seguir es prescrito por el médico de la estrategia sanitaria, y la organización, así como la ejecución de la administración del esquema es deber del profesional de enfermería, quien supervisa el tratamiento directamente observado (4).

Ante casos de TB sensible, el régimen farmacológico debe iniciar en un periodo de 24 horas tras obtener los resultados de las pruebas diagnósticas, así mismo se debe considerar las respectivas variantes para el esquema. Por ejemplo, el esquema para TB sin infección

por VIH está indicado para TB pulmonar y TB extrapulmonar; en la primera fase se administran 50 dosis de isoniacida (H), rifampicina (R), etambutol (E) y pirazinamida (Z) durante los primeros dos meses de manera diaria, en la segunda fase de administra 54 dosis en total de H y R durante 4 meses, con una frecuencia de tres veces a la semana (4).

Así mismo, para casos en los que el SNC u osteoarticular se ve comprometido, el esquema de tratamiento tendrá una duración de 12 meses, en la primera fase se deben administrar en total 50 dosis de H, R, E, y Z durante 2 meses de manera diaria, en la segunda fase se administra en total 250 dosis de H y R durante 10 meses de manera diaria. Cabe resaltar que el manejo de este tratamiento debe abordarse de manera conjunta con un equipo especializado dependiendo del órgano afectado (4).

Por otro lado, el esquema para afectados con TB e infección por VIH tiene una duración de 6 meses, en la primera fase se debe administrar en total 50 dosis de H, R, E y Z durante 2 meses de manera diaria y, en la segunda fase se administra 100 dosis en total de H y R durante 4 meses de manera diaria (4).

B. Tratamiento para TB drogorresistente

Determinar la resistencia a medicamentos requiere estudios de sensibilidad, sin embargo, existen factores de riesgo que permiten identificar a un paciente como caso probable de TB drogorresistente (4), entre ellos:

- Tratamiento fallido con fármacos antituberculosos de primera línea.
- Contacto con caso de TB drogorresistente.
- Interrupción en la continuidad del tratamiento antituberculoso.

Dichos casos probables requieren atravesar pruebas de sensibilidad para establecer el esquema de tratamiento más adecuado. El esquema de tratamiento para TB resistente a isoniazida (rH) debe iniciar dentro de los 2 días de haberse establecido el diagnóstico, bajo indicación del médico consultor, tiene una duración total de 6 meses en la cual el paciente recibirá un total de 150 dosis de medicación (4).

El esquema para TB resistente a rifampicina (RR) y los casos de TB multidrogorresistente deben iniciar hasta 14 días tras el diagnóstico, bajo indicación de médico consultor, donde la duración del tratamiento dependerá si se decide implementar el esquema oral acortado, prolongado o esquema con inyectable, sin embargo, en los tres casos la terapia se realiza diariamente a excepción de domingos y feriados (4).

Por otro lado, el esquema para TB pre XDR y XDR son elaborados por el CNER y se prescriben previa valoración de dicho comité. Este esquema es elaborado de modo personalizado usando una agrupación prioritaria y secuencial de medicamentos antituberculosis de los grupos A, B y C, el esquema debe incluir al menos 5 medicamentos y la duración de este va de los 18 a 24 meses (4).

1.4.2.7. Medidas preventivas frente a la tuberculosis

La principal medida implementada para dicha enfermedad es la inmunización con el bacilo de Calmette-Guérin (BCG), dirigida a proteger a la población infantil de presentar formas clínicas graves como lo es la meningitis tuberculosa, además, aporta cierta protección en la vida adulta. Por otro lado, existen regímenes de medicamentos que se utilizan durante la quimioprofilaxis, empleada en casos de tuberculosis latente para evitar el desarrollo de la fase activa, el tratamiento preventivo puede incluir regímenes de isoniazida o rifapentina (41).

Además, entre las medidas de protección respiratoria para la persona afectada por TB, su familia e incluso para el personal de salud, se debe hacer uso de la mascarilla N95 como medio para el aislamiento de la vía aérea frente a los aerosoles producidos por las personas infectadas. Ahora bien, de manera complementaria es importante brindar educación sobre el uso adecuado de la protección respiratoria, su reutilización y precauciones que se deben tomar sobre el ajuste de esta (42).

Así mismo, las medidas de regulación ambiental y administrativo buscan mitigar la propagación de aerosoles en el entorno mediante el manejo de la fuente de infección. Por un lado, se deben implementar medidas que permitan maximizar la ventilación natural, así como el flujo constante de aire y, por otro lado, a la identificación de una persona con tuberculosis se debe realizar la separación rápida para disminuir la exposición del resto de personas (43).

De igual importancia, la información y educación brindada a la

población de riesgo constituye un pilar adicional con relación a las medidas de control y prevención, esta información debe estar relacionada a aspectos como (4):

- Mecanismos de transmisión.
- Importancia del diagnóstico y tratamiento.
- Buenos hábitos de salud respiratoria, cubrirse al toser o estornudar.
- Fomento de la ventilación natural en la vivienda, transporte público y espacios de trabajo.

1.4.2.8. Control de contactos de tuberculosis

Se entiende como contacto a aquel individuo que se encuentra expuesto a la persona afectada por tuberculosis (PAT), siendo usualmente la familia en el ambiente intradomiciliario. El control de contactos representa una medida de prevención y se realiza a partir de la identificación de un caso índice, siendo este el individuo en el que se centrará la investigación dirigida por un equipo conformado por el personal encargado de la vigilancia epidemiológica, el responsable de laboratorio y el encargado de la estrategia sanitaria de PCT del establecimiento de salud (4).

El estudio de contacto de TB comprende desde el censo o identificación de contactos, tanto intradomiciliarios y extradomiciliarios, mediante la visita domiciliaria y entrevista para su posterior registro, realizado por el profesional de enfermería responsable, en el registro de control de contactos que figura en la Tarjeta de control de tratamiento respectiva del caso índice, así como en el Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis (SIGTB) (4).

Posterior a ello, se debe desarrollar el examen integral o

evaluación médica de contactos a todos los contactos identificados en el censo en un plazo no mayor a 10 días, en la cual a través de criterios clínicos, radiológicos e inmunológicos se concluye y define la condición en la que se encuentran. Cabe resaltar que se recurre a criterio bacteriológico si el contacto presenta síntomas respiratorios, PPD reactivo o radiología anormal (4).

Así mismo, el contacto de un caso índice que padece de TB sensible debe recibir mínimamente 3 controles, programados al inicio del tratamiento farmacológico, al cambio de fase y al culminar el tratamiento del caso índice; por otro lado, el contactos de un caso de TB resistente debe recibir 6 controles como mínimo, en relación con la normativa (4).

1.4.2.9. Actitud

Secord y Backman hacían referencia a la actitud como una conformación de ciertas regularidades de los pensamientos, sentimientos y disposiciones de cada individuo por actuar hacia algún aspecto de su entorno (44).

Así mismo, se describe que, para Allport, la actitud supone una mentalidad de inclinación, organizada en base a las experiencias del sujeto hacia todos los objetos y situaciones, ejerciendo una influencia directa sobre sus reacciones (45).

En cuanto a Fishbein y Ajzen, presentan la actitud como un estado de susceptibilidad adquirida que responder de manera consciente y modo favorable o desfavorable hacia el objeto actitudinal, del cual se tiene creencias determinadas (46).

En base a la conceptualización que ha recibido la actitud por los diversos autores señalados, se puede concluir que la actitud comprende una postura consciente hacia un objeto o situación determinada, asumiendo un valor positivo o negativo en base al conjunto de creencias que la persona posee.

Por lo tanto, al ser la valoración que cada individuo realiza sobre las cuestiones de la vida diaria, resulta relevante ya que permite la comprensión de la conducta social mediante aspectos como la adquisición de conocimientos, debido a que la persona asimila la información que recibe en base a la evaluación que realiza de la misma; aspectos relacionados a la conducta que manifestamos, ya que manejar un mayor conocimientos sobre las actitudes permite efectuar predicciones más precisas sobre la conducta; por último, el cambio de contexto, al ser la actitud un reflejo de las normas, valores y preferencias sociales que interiorizamos, y estos están sujetos al cambio, las actitudes y normas sociales pueden cambiar también (47).

1.4.2.10. Componentes de la actitud

El modelo mayormente empleado para comprender la complejidad de lo que podemos conocer como un estado de predisposición, es el modelo tridimensional que considera son únicamente tres componentes los que conforman la actitud (48, 49):

- Componente cognitivo: engloba la agrupación de hechos, valores, ideas, expectativas o conocimientos sobre un contexto especifico.
- Componente afectivo o evaluativo: está construido en base a los estados de ánimo, emociones y sentimientos,

positivos o negativos, que se fundamentan en las creencias hacia el objeto en cuestión.

- Componente conativo o conductual: basado en la susceptibilidad a actuar de modo favorable o desfavorable frente a un escenario específico, incluyendo la voluntad a actuar y no solo la acción misma.

1.4.2.11. Teoría del autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Orem, aborda el autocuidado como el eje central de su teoría, mediante el cual propone que este surge a partir de la experiencia propia, así como de una educación continua, siendo de esta forma un quehacer orientado a que los sujetos de cuidado aprenden, en relación con su entorno, para equilibrar aquellas funciones que podrían afectar su desarrollo y, de modo consiguiente, cada dimensión de su vida con el fin de alcanzar un completo estado de bienestar (50).

Además, se describe factores condicionantes para el logro del máximo nivel de bienestar; por ejemplo, el autocuidado del desarrollo, en donde se promocionan condiciones y necesidades que permiten sobrellevar situaciones adversas que puedan interrumpir el proceso crecimiento y desarrollo regular del ser humano, yendo desde la infancia hasta la senectud (50). Por lo tanto, el autocuidado comprende el refuerzo constante de cada persona en la toma de decisiones sobre su estilo de vida.

1.4.2.12. Modelo de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein

La propuesta de Ajzen y Fishbein explica cómo los comportamientos sociales y conductas específicas, en su mayoría, quedan sujetos al control de la información que el sujeto dispone y sistematiza, se plasma en el modelo de la acción razonada. En este se plantea el origen de las decisiones

racionales, indicando que estas decisiones son resultado del comportamiento y expectativas que tiene la persona sobre su propio comportamiento en relación con obtener un determinado resultado **(**51).

Este modelo conjuga elementos actitudinales y comportamentales para explicar las conductas relacionadas con la salud, los cuales son mediados directamente por la "intención comportamental", que está determinada por las actitudes (ligada a la opinión personal de la conducta) y la norma subjetiva (vinculada a las expectativas sociales) (52).

La intención corresponde a la disposición de ejecutar una acción concreta, como un indicador inmediato del comportamiento humano; por otro lado, las actitudes hacia una acción específica reflejan aspectos emocionales personales del individuo respecto a la ejecución de una conducta preventiva y las percepciones que se tiene de esa conducta; finalmente, la norma subjetiva se refiere a la percepción de la persona en relación con las presiones sociales que le son impuestas para realizar una determinada acción al considerar las valoraciones externas (52).

Partiendo de todo ello, el modelo determina que la intención de ejecutar, o no, una conducta guarda una relación armónica entre lo que uno cree que debe hacer (actitudes) y la percepción que se tiene de lo que los otros creen que uno debe de hacer (norma subjetiva) (52, 53).

1.4.2.13. Enfermería en la prevención y control de la tuberculosis

El profesional de enfermería, mediante su formación académica, profesional, disciplinar y técnica cumplen un

importante rol en la asistencia sanitaria del paciente con tuberculosis, incluyendo procesos que van desde el manejo del cuidado, del proceso patológico y las funciones terapéuticas para garantizar la administración del tratamiento (54).

El escenario presentado, representa el conjunto de estrategias abordadas que mayor impacto tiene para evitar el avance de la enfermedad y mermar su incidencia, debido al hecho de que el profesional de enfermería es quien realiza el mayor aporte en cuanto a recurso humano dirigido al control de la tuberculosis, motivando el autocuidado (55). El aporte de enfermería se centra en la capacidad que tiene para enfatizar en la educación del paciente en materia preventivo promocional que permita interiorizar eficazmente acerca de los cuidados en el hogar, el inicio y consumación del tratamiento, y la aplicación de medidas de prevención orientadas a favorecer el autocuidado, promoviendo comportamientos y entornos saludables en beneficio del paciente y de su familia (54).

Además de las funciones ya mencionadas, el profesional de enfermería posee un papel crucial que implica brindar cuidado, atención y empatía en respuesta a la necesidad de apoyo social de los individuos que padecen tuberculosis, abordado en forma de información de salud y apoyo emocional. El apoyo social brindado por el profesional crea sentimientos de seguridad, confianza y comodidad hacia el tratamiento, permitiendo que se pueda eliminar los pensamientos y actitudes negativas de los pacientes (56).

En conclusión, el profesional de enfermería a cargo de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis asume un rol crucial en la prestación de servicios de salud de

modo integral, abarcando aspectos que van desde la educación en salud, la gestión del tratamiento y el apoyo social, brindados con el fin de disminuir la incidencia y progresión de la enfermedad, así como potenciar continuamente la calidad del cuidado.

1.5. Hipótesis

Hi: Existe asociación entre la actitud favorable de los familiares de personas afectadas por tuberculosis hacia la enfermedad y la participación en el control de contactos, Centro de salud Breña, 2025.

H0: No existe asociación entre la actitud favorable de los familiares de personas afectadas por tuberculosis hacia la enfermedad y la participación en el control de contactos, Centro de salud Breña, 2025.

CAPITULO II: METODOLOGÍA

2.1. Tipo, método y diseño de investigación

En relación con la categorización propuesta por Hernández Sampieri, la presente investigación corresponde a un estudio de tipo cuantitativo, ya que asigna valores numéricos a la variable, además, describe, explica y predice los fenómenos. Es de método descriptivo correlacional, pues la información fue obtenida de la realidad y busca medir la asociación estadística entre las variables de estudio. Es de corte transversal ya que los datos son obtenidos en un tiempo determinado. De nivel aplicativo debido a que los datos obtenidos son susceptibles a medición y permiten brindar información relevante sobre la participación en el control de contactos (57).

2.2. Población, muestra y muestreo

2.2.1. Población

Conformada por 40 familiares de personas afectadas por tuberculosis atendidos en la estrategia sanitaria de PCT del Centro de Salud Breña, 2025, cifra obtenida de un total de 20 personas afectadas por TB quienes manifestaron contar con familiares dentro del hogar.

2.2.2. Muestra y muestreo

Debido a que se tuvo acceso a la totalidad de los familiares, contactos intradomiciliarios, se optó por trabajar mediante un muestreo censal.

Criterios de inclusión

- Familiar de paciente que recibe tratamiento antituberculoso en el C.S. Breña.
- Mayor de edad, de 18 a más años.
- Individuo capaz de comunicarse y responder el cuestionario de manera autónoma.
- Familiar que forme parte de la vivienda de manera permanente.

Criterios de exclusión

- Contacto intradomiciliario menor de edad.
- Persona que no sepa leer o escribir.
- Familiar que haya abandonado el ambiente familiar, vivienda.
- Individuo con deterioro cognitivo que impida el llenado del cuestionario.

2.3. Técnicas e Instrumentos, recolección y análisis de datos.

2.3.1. Técnicas e Instrumentos

La técnica usada fue la encuesta y como instrumento se empleó el cuestionario, el cual tuvo por objetivo recopilar datos sobre las variables actitud y participación, respectivamente.

El instrumento en mención se encuentra constituido por cinco partes; la primera parte comprende la introducción; la segunda parte abarca las instrucciones de llenado; la tercera parte corresponde a los datos sociodemográficos del contacto; la cuarta parte comprende los datos específicos en relación con la variable actitud; y la última parte abarca los datos específicos en relación con la variable participación.

Para la variable actitud, se realizó una adaptación al cuestionario de la investigadora Rojas Tello Gladys Pilar empleado en el estudio titulado "Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el centro de salud Tablada de Lurín, noviembre-diciembre 2005", quien utilizó una escala Likert de 5 puntos (58). La adaptación que se empleó en el presente estudio consta de un total de 16 ítems, divididos en la dimensión diagnóstico y la dimensión tratamiento, cada una con de 8 preguntas. Por otro lado, para la variable participación en el control de contactos, este fue elaborado en base al flujograma del control de contactos en tuberculosis que figura en la norma técnica de salud para el cuidado integral de la persona afectada

por tuberculosis (4), consta de un total de 7 preguntas que buscan determinar si el involucrado participa o no participa en el control de contactos. Adicionalmente se optó por agregar 2 preguntas que servirán como base para la ejecución de diversos estudios ya que proporcionan información sobre el inicio de la terapia preventiva contra la tuberculosis (TPTB).

2.3.2. Validez del instrumento

La validación se realizó mediante la evaluación por juicio de expertos, proceso en el cual se entregó copias del cuestionario conjuntamente con fichas de validación a tres profesionales de enfermería con conocimientos en el tema; posterior a ello, los resultados atravesaron un análisis estadístico para determinar la validez del instrumento, del cual se obtuvo un CVC de 0.853, lo que indica una validez buena (Anexo D).

2.3.3. Plan de recolección, procesamiento y análisis estadístico.

Para la recolección de datos fue necesario contar con el acta de aprobación emitido por el Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de San Fernando, por lo que se realizó la adecuación del consentimiento informado para cumplir con las condiciones para la aprobación del proyecto.

Tras la aprobación del proyecto, dicha acta fue presentada como requisito a la Unidad Funcional de Docencia e Investigación de la DIRIS Lima Centro con el fin de obtener la autorización para la ejecución del proyecto, el cual se consiguió satisfactoriamente y el informe fue enviado al establecimiento de salud donde se haría la recolección.

La coordinación se realizó mediante el envío de un oficio y carta de presentación al director del Establecimiento de Salud, el Dr. Dario

Flavio Rodriguez Ramirez, y el personal de enfermería responsable del área de PCT para obtener las facilidades para la aplicación del instrumento.

Se inició con la recolección de datos en el mes de julio del año 2025, en el horario de la mañana y en las tardes, previa coordinación con la población objetivo según lo expuesto en el consentimiento informado.

En relación con el procesamiento de datos, para la variable actitud se realizó manualmente de acuerdo con la escala ordinal de análisis de datos planteada, siguiendo el análisis respectivo para cada uno de los ítems con relación a la dirección de sus enunciados:
En el caso del ítem 1 al 8, negativo:

- Totalmente de acuerdo (TA): 1 punto.
- De acuerdo (A): 2 puntos.
- Indeciso (I): 3 puntos.
- En desacuerdo (D): 4 puntos.
- Totalmente en desacuerdo (TD): 5 puntos.

En el caso del ítem 9 al 16, positivo:

- Totalmente de acuerdo (TA): 5 puntos.
- De acuerdo (A): 4 puntos.
- Indeciso (I): 3 puntos.
- En desacuerdo (D): 2 puntos.
- Totalmente en desacuerdo (TD): 1 punto.

Durante el procesamiento e interpretación de datos, se trabajó utilizando el método de valores máximos y mínimos para la determinación y agrupación de los intervalos en las categorías de "Favorable", "Medianamente favorable" y "Desfavorable". Tras la determinación de intervalos para la variable "actitud", se aplicó

el valor concerniente para cada intervalo, fijando la intensidad del siguiente modo:

Intensidad de la variable actitud hacia la tuberculosis:

- Actitud favorable = 60 - 80
- Actitud medianamente favorable = 38 - 59
- Actitud desfavorable = 16 - 37

Intensidad de la variable para la dimensión diagnóstico:

- Actitud favorable = 30 - 40
- Actitud medianamente favorable = 19 - 29
- Actitud desfavorable = 8 - 18

Intensidad de la variable para la dimensión tratamiento:

- Actitud favorable = 30 - 40
- Actitud medianamente favorable = 19 - 29
- Actitud desfavorable = 8 - 18

Por otro lado, los datos de la variable participación fueron procesada de manera manual en base al flujograma del control de contactos de tuberculosis, teniendo en consideración que al omitir o no seguir el flujo de control se consideró el valor final de “no participa” para la variable en mención.

Los datos obtenidos fueron codificados y tabulados para su posterior representación en la matriz de datos, haciendo uso del software Microsoft Excel para el posterior análisis. Asimismo, al analizar las variables se generaron rangos y categorías de resultados para cada dimensión en base a los resultados obtenidos, resultados que fueron representados en gráficos y tablas haciendo uso del programa SPSS versión 30.

Finalmente, la valoración de la asociación entre la variable independiente y dependiente se realizó mediante un análisis utilizando el software IBM SPSS.

2.4. Consideraciones éticas.

Los familiares que participaron en la presente investigación fueron previamente informados de manera verbal y escrita, asegurando mantener la confidencialidad de sus datos mediante un consentimiento informado en el cual se detalló a los participantes el motivo e importancia de contar con su participación en el presente estudio, manifestando que toda información que brinden será usada exclusivamente para fines relacionados al estudio y estos permanecerán de manera anónima.

Asimismo, se ejecutará teniendo en cuenta aspectos como:

a. La autonomía: Resguardando la libertad del familiar de ejercer su decisión de aceptar participar voluntariamente en el presente estudio, mediante la firma del consentimiento informado.
b. La justicia: Preservando el trato equitativo a todos aquellos que participen en el proceso de recolección de datos u otro asociado al presente estudio.
c. La beneficencia: Manteniendo el fin principal de hacer el bien para la sociedad, buscando generar un incremento en la cobertura de participación en el estudio de contactos.
d. No maleficencia: Protegiendo a los participantes, evitando acciones o escenarios que resulten en daño a los participantes.
e. Respeto: Por los procesos administrativos necesarios para la autorización de recolección de datos en el establecimiento de salud correspondiente; asimismo, respeto por los derechos fundamentales de los participantes durante todo el proceso en el que participen en el presente estudio.

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Resultados

3.1.1. Resultados generales

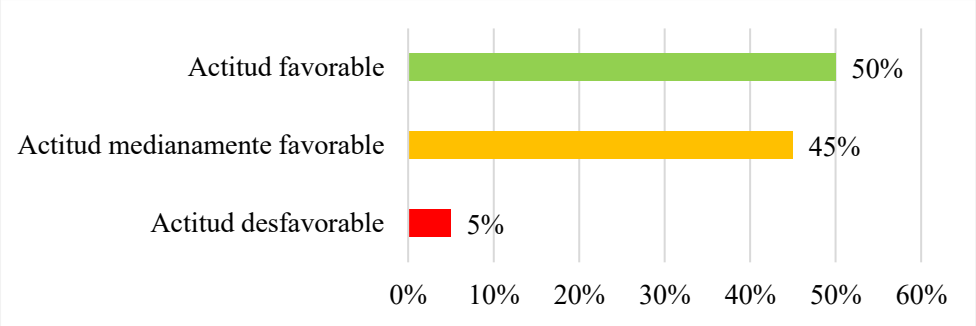
Respondieron el cuestionario 40 familiares (100%), de los cuales la mayoría solo cuentan con secundaria completa (42.5%), seguido de los que cuentan con educación superior completa (35%), y por último aquellos con educación superior completa (22.5%). Asimismo, en cuanto a la situación laboral, una notable mayoría sí trabaja (75%), mientras que un porcentaje mínimo no labora (25%).

En cuanto a la relación que tienen con el caso índice, se obtuvo una mayor predominancia para la alternativa “Otros“ (50%), en el cual se pudo encontrar primos, tíos, sobrinos o abuelos; por otro lado, aquellos que guardan relación de “Esposo(a)”, “Madre”, “Hijo(a)“ y “Padre” mostraron porcentajes mínimos, representados por el 15%, 12.5%, 12.5% y 10%, respectivamente.

Por último, referente al padecimiento de alguna enfermedad se obtuvo que de manera predominante no presentan ninguna enfermedad (70%), mientras que aquellos que padecen alguna enfermedad precisaron entre ellas a la hipertensión, diabetes, inmunodepresión y tuberculosis, representados por el 15%, 10%, 2.5% y 2.5%, respectivamente. (ANEXO I)

3.1.2. Resultados específicos

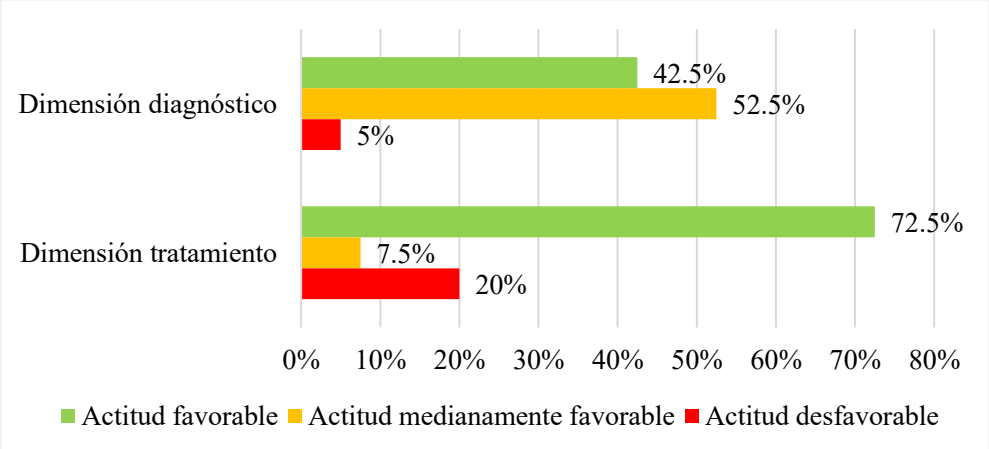
Gráfico 1. Actitud hacia la TB de los familiares de personas afectadas por tuberculosis, CS. Breña, 2025.



Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico 1 se muestra que el 50% de los contactos tiene una actitud favorable, mientras que solo el 5% reporta una actitud desfavorable.

Gráfico 2. Dimensiones de la actitud hacia la TB en los familiares de personas afectadas por tuberculosis, CS. Breña, 2025.



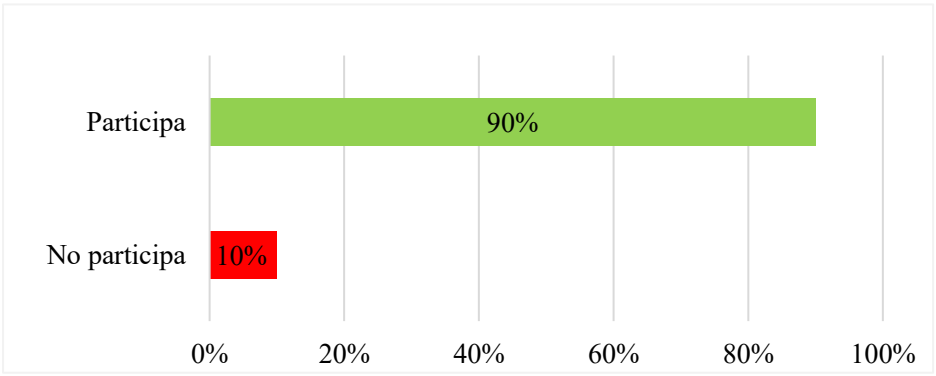
Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico 2, se obtuvo que en la dimensión diagnostico el 52.5% posee una actitud medianamente favorable, frente a un 5% que tuvo una actitud desfavorable. Por otro lado, para la dimensión tratamiento el 72.5% presentó actitud favorable, mientras que el 7.5% posee una actitud medianamente favorable.

En la Tabla 3, se observa que, para los indicadores de la dimensión diagnóstico, el 27.5% y 35% está "Totalmente de acuerdo" y "De acuerdo", respectivamente, en relación con el sentimiento de miedo a contagiarse por asistir al C.S. a realizar las pruebas de despistaje.

En la Tabla 4, para los indicadores de la dimensión tratamiento, el 20% y 10% está "Totalmente en desacuerdo" y "En desacuerdo", respectivamente, con relación a considerar importante asistir al C.S. a realizar los controles como contacto de TB. (ANEXO I)

Gráfico 3. Participación en el control de contactos de los familiares de personas afectadas por tuberculosis, CS. Breña, 2025.



Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico 3, referente a la participación en el control de contactos de los familiares, del total de encuestados se encontró que el 90% participó en el control de contactos en cada una de sus etapas, mientras que el 10% restante no participó en el proceso de control.

PRUEBA DE HIPOTESIS PARA LA PRUEBA CHI-CUADRADO

PASO 1: Planteo de Hipótesis

H0: No existe asociación entre la actitud favorable de los familiares de personas afectadas por tuberculosis hacia la enfermedad y la participación en el control de contactos, Centro de salud Breña, 2025.

H1: Existe asociación entre la actitud favorable de los familiares de personas afectadas por tuberculosis hacia la enfermedad y la participación en el control de contactos, Centro de salud Breña 2025.

PASO 2: Nivel de significación

Es el criterio que se empleará para aceptar o rechazar la hipótesis.
Alpha = 5% (0,05)

PASO 3: Criterio de Decisión

Si Pvalue (Sig. asintotica) < 5%. Entonces, se rechaza la H0.
Si Pvalue (Sig. asintotica) >= 5%. Entonces, se acepta la H0.

PASO 4: Prueba Estadística

Test de Chi Cuadrado
Las variables de interés son categóricas.

PASO 5: Desarrollo de la Prueba

Tablas 2. Análisis bivariado de participación según la actitud en familiares de pacientes con diagnóstico de TB atendidos en el CS. Breña, 2025.

Participación		N Actitud			Total	X^2/ GL	P valor
		Favorable	Medianamente favorable	Desfavorable			
Participa	N	20	16	0	36	20.25 / 2	< 0.001
	%	100.0 %	88.9 %	0 %	90 %		
No participa	N	0	2	2	4		
	%	0 %	11.1%	100.0 %	10 %		
Total	N	20	18	2	40		
	%	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

PASO 6: Conclusión

Como el P-value (Sig. asintotica) < 5%, entonces se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto, existe evidencia suficiente para afirmar que la actitud favorable de los familiares y la participación en el control de contactos sostienen una asociación estadísticamente significativa.

3.2. Discusión

El control de contactos de tuberculosis representa una estrategia esencial que implica la búsqueda activa e implementación de un plan de intervención dirigida a los contactos con el objetivo de preservar su bienestar. Sin embargo, a pesar de la implementación de la estrategia y las ventajas implicadas en su cumplimiento, aún se observa una brecha importante respecto a la cobertura que esta tiene (7). Por lo que, el cumplimiento de la estrategia de control de contactos puede estar siendo afectada por factores como la actitud hacia determinantes específicos como la aceptación de la enfermedad y el cumplimiento de la terapia preventiva (59). Por ello, es importante determinar si elementos como la actitud guardan relación con el cumplimiento del control de contactos, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares, buscando reducir así la incidencia y mortalidad de la tuberculosis.

En esta investigación se comprobó la hipótesis de investigación planteada, por lo que se puede señalar que existe asociación estadísticamente significativa entre la actitud favorable hacia la TB y la participación en el control de contactos ($P< 0.001$). Este hallazgo es similar al estudio de Febriani et al. (2020), quienes señalan que existe asociación significativa entre la actitud y el comportamiento de prevención de las familias residentes del distrito de Meyado, donde existe alta carga de tuberculosis. Contrariamente, en la investigación de Muzakkir et al. (2021) reportan que no existe asociación entre la actitud familiar y las prácticas preventivas ($p= 0.413$). Los autores de este último estudio señalan que uno de los motivos por lo que no se encontró asociación podría atribuirse a la participación de factores socioculturales, cognitivos o diferencias contextuales en la implementación de la estrategia. De ello podemos rescatar que, en determinados contextos, las actitudes de los familiares constituyen un factor determinante en la adopción de conductas preventivas puesto que una actitud positiva se traduce en una mayor implicación en las actividades de control, además, refuerzan la idea de

considerar al componente actitudinal en la formulación e implementación de estrategias de control con el objetivo de optimizar las intervenciones.

En relación con la actitud frente a la tuberculosis, se encontró que la mitad de los familiares encuestados poseen una actitud favorable. Estos resultados guardan relación con los hallazgos de Naga et al., (2023) en Etiopía, quienes sugieren una tendencia similar donde alrededor del 51% de sus encuestados poseen una actitud favorable. Sin embargo, discrepan con lo reportado en estudios nacionales como el de Salazar (2020) y Huamán et al. (2021), quienes coinciden en señalar que los contactos poseen una actitud predominantemente indiferente o regular, representados por el 58% y 85.4%, respectivamente; lo cual difiere significativamente de los hallazgos del presente estudio, posiblemente debido a que en esos estudios los autores sugiere diferentes formas de gestionar la actitud debido a la intervención de factores sociodemográficos. Además, dichos autores resaltan la necesidad de adecuar las estrategias a garantizar el acceso a la cobertura universal de salud, especialmente en materia de sensibilización. Ello sugiere que, si bien existe una tendencia hacia la actitud positiva frente a la tuberculosis, aún existe la necesidad de reforzar la actitud de manera considerable en la población puesto que podría limitar la eficacia de la estrategia de prevención y control.

En cuanto al cumplimiento del control de contactos, en la presente investigación se revela que 9 de cada 10 familiares cumplieron con el estudio de contactos. Este hallazgo coincide con la investigación de Otero et al. (2020), quienes identificaron que el 97.1% asistió a su primer control y fueron evaluados inicialmente. Asimismo, con la investigación de Carranza et al. (2022) en el cual reportan que los contactos identificados, en su mayoría, cumplieron con el control de contactos; sin embargo, en menor porcentaje (75,9%). Estos resultados constituyen un indicador favorable y refleja una adecuada participación en una de las principales estrategias de control de tuberculosis, sin embargo, también evidencia que aún persiste un porcentaje que demanda estrategias de seguimiento más intensivas.

Cabe resaltar que, si bien existe un notable cumplimiento del control de contactos, se evidencia que 1 de cada 10 contactos no lo realiza. Ello representa un riesgo para la identificación temprana tanto de casos activos como infecciones latentes, imposibilitando la interrupción de la cadena de transmisión y aumentando la posibilidad de nuevo brotes en la comunidad. Se estima que cada caso no controlado daría como resultado una media de 4 contactos, valores que se ven apoyados por investigaciones como la de Otero et al. (2020). De esta manera, garantizar el control exhaustivo de todos los contactos no solo protege la salud individual, sino que también constituye una estrategia costo-efectiva para la salud pública.

Por otro lado, en el estudio de Goroh et al. (2020) identificaron que, del total de contactos identificados, solo el 56% asistió a la primera cita de control y descarte de tuberculosis, escenario que representa una importante barrera en la cobertura de estudio de contactos. De igual forma, en la investigación de Gebretnsae et al. (2020), identificaron que la proporción de contactos que atravesó la evaluación de contactos ascendió solo a 22.6%, lo que difiere de la presente investigación ya que los resultados obtenidos se encuentran en un nivel considerablemente superior, lo que posiblemente se deba a que en esos escenarios los mecanismos de seguimiento y sensibilización de los familiares no fueron abordados de manera efectiva.

Finalmente, estos hallazgos logran mayor comprensión al abordarse desde la teoría de autocuidado de Dorothea Orem, mediante el cual precisa que para que un individuo sea capaz de vivir con una mejor calidad de vida, los cuidados básicos que debe recibir deben estar orientados a brindar apoyo para aprender a pensar y actuar por sí mismo. Orem afirma que este individuo sería capaz de conocer, utilizar aquellas ideas y consecuentemente, guiar sus esfuerzos con el fin de desempeñar acciones de autocuidado de manera autónoma. Por lo tanto, la interrupción de este proceso o cuando las capacidades de los individuos se ven superadas se genera un déficit de autocuidado, lo que contextualmente se

ve reflejado en una baja participación en el control de contactos. Desde esta perspectiva, el rol de enfermería se enmarca principalmente en un sistema de apoyo donde el profesional no solo provee información, sino que también fortalece las habilidades, la confianza y la motivación de los individuos para cumplir con las medidas de control, buscando transformar actitudes, corregir prácticas inadecuadas y crear un entorno que favorezca la responsabilidad compartida en la prevención de la tuberculosis.

CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- Existe asociación estadísticamente significativa entre la actitud favorable de los familiares de personas afectadas por tuberculosis y la participación en el control de contactos ($p<0.05$), lo que permite confirmar la hipótesis de investigación.
- La actitud de los familiares hacia el diagnostico y tratamiento hacia la tuberculosis en el Centro de Salud Breña en el año 2025 fue mayoritariamente medianamente favorable y favorable, respectivamente.
- En la participación en el control de contactos, se identificó que 9 de cada 10 familiares participaron activamente en el primer control, lo que refleja un alto nivel de compromiso con las acciones de prevención y control de la enfermedad.

4.2. Recomendaciones

- A las enfermeras de la estrategia sanitaria de PCT, fortalecer las estrategias de educación sanitaria dirigidas a los familiares de personas afectadas por TB, que incluyan indicadores clave como el miedo al contagio vinculado a la atención y la importancia de los tres controles para los contactos, con el fin de consolidar actitudes favorables hacia la enfermedad y el tratamiento, promoviendo así una cultura de corresponsabilidad en el cuidado de la salud individual, familiar y comunitaria.
- A las autoridades del establecimiento de salud, implementar talleres de sensibilización y capacitación sobre las medidas de vigilancia de la tuberculosis, fomentando el proceso de adaptación y adopción del autocuidado en el hogar.
- A los futuros investigadores, realizar estudios complementarios que profundicen en las motivaciones y barreras de los familiares con actitudes medianamente favorables y desfavorables, con el fin de diseñar intervenciones focalizadas y sostenibles en el tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. OMS [Internet]; 2024 [citado agosto 2024]. Disponible en : https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis
2. Echemendía Castillo JC, García Pérez RP, Castillo Estenoz M. Una mirada actualizada sobre la tuberculosis. Mediciego [revista de internet]. 2023;29:e3601. Disponible en: https://zenodo.org/records/11493890
3. Álvarez Lopez DI, Almada Balderrama JA, Espinoza Molina MP. Álvarez Hernández G. Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con tuberculosis pulmonar. Neumol Cir Torax [revista en la internet]. 2020 [citado agosto 2024];79 (2): 87-93. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/pdf/nct/v79n2/0028-3746-nct-79-02-87.pdf
4. MINSA. Norma técnica de salud para el cuidado integral de la persona afectada por tuberculosis, familia y comunidad. N° 200-MINSA. Lima Perú, DGIESP. 2023. Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6344.pdf
5. Organización Panamericana de la Salud. Directrices unificadas de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 4: Tratamiento de la tuberculosis farmacosensible. Washington, D.C.: OPS; 2023 [citado agosto 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57618/9789275327326_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
6. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la Tuberculosis en las Américas [Internet]. 2024 [citado agosto 2024]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis/situacion-tuberculosis-americas
7. MINSA. Sala situacional de tuberculosis [internet]. DPCTB. 2023 [citado agosto 2024]. Disponible en: http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/eventos/eventos.aspx?op=2075
8. Ministerio de salud y Proyección Social. Abecé sobre tuberculosis. Minsalud [internet]. Bogotá Colombia. 2021 [citado agosto 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/abece-tuberculosis-msps.pdf

9. Godoy P, Alsedá M. Vigilancia de los contactos en la tuberculosis: ¿cómo podemos mejorar la estrategia? Enferm Infecc Microbiol Clin. [revista en internet]. 2019 [citado agosto 2024]; 37 (8): 493-495. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S0213005X19301697/first-page-pdf
10. Macías Parra M. Tuberculosis pediátrica. Bol Med Hosp Infant Mex [revista en internet]. 2017 [citado agosto 2024]; 74(1): 1-2. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462017000100001#:~:text=tuberculosis%20en%20la%20poblaci%C3%B3n%20pedi%C3%A1trica,nuevamente%20en%20la%20adolescencia5.
11. Gullón Blanco JA, et al. Estudio de contactos de pacientes con tuberculosis en España: análisis de costes. SEPAR [revista de internet]. 2022 [citado agosto 2024]; 58(1): 448-450. Disponible en: https://acortar.link/GwDyBp
12. Organización Mundial de la Salud. Aumenta la morbimortalidad por tuberculosis durante la pandemia de COVID-19. OMS [internet]; 2022 [citado agosto 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/27-10-2022-tuberculosis-deaths-and-disease-increase-during-the-covid-19-pandemic
13. Gámez Sánchez D, et al. Seguimiento de los contactos de casos de tuberculosis. Revista Cubana de Medicina General Integral [revista de internet]. 2021 [citado agosto 2024]; 37(1): 1346. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2021/cmi211j.pdf
14. Chavez Rimache L, Ugarte Gil C, Brunette M. The community as an active part in the implementation of interventions for the prevention and care of tuberculosis: A scoping review. PLOS Glob Public Health [revista de internet]. 2023 [citado agosto 2024]; 3(12): 0001482. Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001482
15. Cornejo Silva AT, Meléndez Arangurí R, Ulloa Pérez DJ. La trascendencia de las actitudes es todo en la vida. Revista de Investigación de estudiantes de Psicología [revista de internet]. 2018 [citado agosto 2024]; 7(2): 1-10. Disponible en: https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/jang/article/view/1506/1331

16. Silva Llashag RV, Azañedo Bautista YR. Actitud frente a su enfermedad y tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar sensible del Centro de Salud Infantas, Los Olivos - 2019. [Tesis]. Lima: Universidad de Ciencias y Humanidades. 2021 [citado septiembre 2024]. Disponible en: https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/620/Silva_RV_Aza%c3%b1edo_YR_tesis_enfermeria_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Naga Mamo A, et al. Household Contact Tuberculosis Screening Adherence and Associated Factors Among Pulmonary Tuberculosis Patients on Follow-Up at Health Facilities in Shashamane Town, Southeast Ethiopia. Dovepress [revista de internet]. 2023 [citado septiembre 2024]; 17: 1867-1879. Disponible en: https://doi.org/10.2147/PPA.S411685
18. Muzakkir, et al. Family Attitudes and Behavior toward Tuberculosis Prevention in the Lembang Health Center Area, West Sulawesi, Indonesia. Maced J Med Sci [revista de internet]. 2021 [citado septiembre 2024]; 9(E): 1497-1494. Disponible en: https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.7267
19. Robeka Wanma F, et al. Hubungan Tingkat Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Pencegahan Tuberkulosis di Distrik Meyado, Kabupaten Teluk Bintuni, Papua Barat. Jurnal Keperawatan Muhammadiyah [revista de internet]. 2020 [citado septiembre 2024]; 5(2): 228-235. Disponible en: https://doi.org/10.30651/jkm.v5i2.5746
20. Gebretnsae, H., Ayele, B.G., Hadgu, T. et al. Implementation status of household contact tuberculosis screening by health extension workers: assessment findings from programme implementation in Tigray region, northern Ethiopia. BMC Health Serv Res [artículo de revista]. 2020 [citado septiembre 2024];20:72. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12913-020-4928-x
21. Michelle May DG, et al. Factors Affecting Continued Participation in Tuberculosis Contact Investigation in a Low-Income, High-Burden Setting. Trop Med Infect Dis [revista de internet]. 2020 [citado septiembre 2024]; 5: 124. Disponible en: https://doi.org/10.3390/tropicalmed5030124
22. Torres Condezo Y. Actitud de la familia hacia el paciente con diagnóstico y tratamiento de tuberculosis en el centro materno infantil Santa Luzmila II,

marzo 2022. [Tesis]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista. 2023 [citado septiembre 2024]. Disponible en: https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/50bf538c-c78e-4f21-bc63-88ad548e4a59

23. Carranza Paucar G, Ore Raymundo C. Cascada de cuidado de la tuberculosis latente en dos establecimientos de salud de primer nivel de atención de Lima Sur, 2016-2018. [Tesis]. Lima: Universidad María Auxiliadora. 2022 [citado septiembre 2024]. Disponible en: https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/873/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Huamán Tito AM, Santamaría Valdera MA. Actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de pacientes con tuberculosis en el Asentamiento Humano Huáscar, 2020. [Tesis]. Lima: Universidad María Auxiliadora. 2021 [citado septiembre 2024]. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12970/484
25. Larisa Otero, et al. Contact evaluation and isoniazid preventive therapy among close and household contacts of tuberculosis patients in Lima, Peru: an analysis of routine data. Tropical Medicine and International Health [revista de internet]. 2020 [citado septiembre 2024]; 25(3): 346-356. Disponible en: https://doi.org/10.1111/tmi.13350
26. Salazar Vallejo I. Conocimiento y Actitud sobre Medidas Preventivas en Contactos de Pacientes con Tuberculosis de un Establecimiento de Salud - Red Chiclayo 2019. [Tesis]. Chiclayo: Universidad César Vallejo. 2020 [citado septiembre 2024]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/47696/Salazar_VIDP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Rodriguez Duque JC. Tuberculosis: estado actual. Rev Med Clin Condes [revista de internet]. 2024 [citado septiembre 2024]; 35(30): 169-177. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864024000439?via%3Dihub

28. Pere Joan C. Patogénesis de la tuberculosis y otras micobacteriosis. Enferm Infecc Microbiol Clin [revista de internet]. 2018 [citado septiembre 2024]; 36(1): 38-46. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X17303099
29. Universidad de Navarra. Diccionario Médico: Síntoma [internet]. 2023. Disponible en: https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/sintoma
30. Lanake Luies, Ilse du Preez. The Echo of Pulmonary Tuberculosis: Mechanisms of Clinical Symptoms and Other Disease-Induced Systemic Complications. Clinical Microbiology Reviews [revista de internet]. 2020 [citado septiembre 2024]; 33(4). Disponible en: https://doi.org/10.1128/cmr.00036-20
31. Sarah M Lyon, Milton D Rossman. Pulmonary Tuberculosis. Microbiology Spectrum [revista de internet]. 2017 [citado septiembre 2024]; 5(1). Disponible en: https://doi.org/10.1128/microbiolspec.tnmi7-0032-2016
32. Amado Garzón SB, et al. Tuberculosis extrapulmonar: un reto clínico vigente. Universitas Medica [revista de internet]. 2020 [citado septiembre 2024]; 61(4). Disponible en: https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-4.reto
33. Edward A Nardell. Tuberculosis. Manual MSD [internet]. 2022 [citado septiembre 2024]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/micobacterias/tuberculosis
34. Peña M Carlos. Tuberculosis latente: diagnóstico y tratamiento actual. Rev chil enferm respir [Internet]. 2022 [citado septiembre 2024]; 38(2): 123-130. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482022000300123.
35. Barba Evia JR. Tuberculosis ¿Es la pandemia ignorada? Rev Mex Patol Clin Med Lab [revista de internet]. 2020 [citado septiembre 2024]; 67(2): 93-112. Disponible en: https://dx.doi.org/10.35366/95554
36. González Consuegra JA. La tuberculosis: una mirada desde la Atención Primaria de Salud [internet]. 2024 [citado septiembre 2024]. Disponible en: https://jorcienciapdcl.sld.cu/index.php/tprofesores2024/profesores2024/paper/viewFile/606/1386

37. Alcívar Solórzano LP, et al. Factores que inciden para la presencia de tuberculosis. Dom Cien [revista de internet]. 2018 [citado septiembre 2024]; 4(4): 69-97. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6657248
38. Universidad de Chile. Tuberculosis pulmonar [internet]. 2021 [citado septiembre 2024] Disponible en: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2021/09/V.-Tuberculosis-pulmonar.pdf
39. Baquero Artigao F, et al. Actualización del diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Anales de Pediatría [revista de internet]. 2023 [citado octubre 2024]; 460-469. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.03.011
40. María Elvira Balcells M, Carlos Peña M. Avances en tuberculosis en el 54º Congreso Chileno de enfermedades respiratorias. 3ª parte: Prevención de la tuberculosis activa mediante el tratamiento de la tuberculosis latente. Rev Chil Enferm Respir [revista de internet]. 2023 [citado octubre 2024]; 39: 254-259. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/rcher/v39n3/0717-7348-rcher-39-03-0254.pdf
41. Jennifer Furin, Helen Cox, Madhukar Pai. Tuberculosis. The lancet [internet]. 2019 [citado octubre 2024]; 393(10181): 1642-1656. Disponible en: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30308-3/abstract
42. Castañeda Narváez JL, Hernández Orozco HG. Mascarilla N95: una medida útil en la prevención de la tuberculosis pulmonar. Acta Pediatr Mex. [revista de internet]. 2017 [citado octubre 2024]; 38(2): 128-133. Disponible en: https://doi.org/10.18233/apm38no2pp128-1331365
43. Riitta A Dlodlo, et al. Manejo de la tuberculosis: una guía de buenas prácticas esenciales. París, Francia: Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. 2019 [citado octubre 2024]. Disponible en: https://theunion.org/sites/default/files/2020-08/Manejo-de-la-Tuberculosis-Septima-edicion.pdf
44. Paul F Secord, Carl W Backman. Social Psychology. 2da ed. New York, McGraw-Hill. 1974. Recuperado de: https://archive.org/details/socialpsychology0000seco/page/n17/mode/1up

45. Dimas Sulbarán. Medición de actitudes. Universidad Central de Venezuela [Artículo]. 2009 [citado octubre 2024]. Disponible en: https://psicologiaexperimental.wordpress.com/wp-content/uploads/2010/03/escalas-de-actitudes.pdf
46. Gonzáles Ruiz LI, Izquierdo Rus T. Aplicación de la teoría de la conducta planificada (TCP) en estudiantes universitarios. Aula de Encuentro [revista de internet]. 2023 [citado octubre 2024]. Disponible en: https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ADE/article/view/7642/7751#info
47. Pablo Briñol, Carlos Falces, Alberto Becerra. Actitudes [Capítulo 17]. Psicología social. España: McGraw-Hill USA; 2007 [citado octubre 2024]; 25(2): 457-490. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=270941
48. Pallí Monguilod C, et al. Actitudes y discurso. Universitat Oberta de Catalunya. 1ra ed. Barcelona. FUOC. 2019 [citado octubre 2024]. Disponible en: https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/148292/3/Modulo2_ActitudesYDiscurso.pdf
49. Zea Laura RI. Actitudes hacia el cuidado holístico al adulto mayor en estudiantes de enfermería de una universidad pública de Lima, Perú 2021. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2023 [citado octubre 2024]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/47893cb6-86b4-48cd-939b-4ad38e860c7c/content
50. Prado Solar LA, et al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Med Electron [revista de internet]. 2014 [citado octubre 2024];36(6): 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&1ng=es.
51. Silvia Ubillos, Sonia Mayordomo, Darío Páez. Actitudes: Definición y Medición [Capítulo 10]. Psicología Social, Cultura y Educación. España:

Pearson Educación; 2004 [citado octubre 2024]. Disponible en: https://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capitulo%20X.pdf

52. Universidad Veracruzana. Modelos Psicológicos de la Salud que han abordado el VIH/SIDA. México: CENDHIU [internet]. 2018 [citado octubre 2024]. Disponible en: https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/Modelos-de-accion-razonada.pdf
53. Reyes Rodríguez L. La teoría de la acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. INED [revista de internet]. 2007 [citado octubre 2024];7: 66-77. Disponible en: https://www.google.com/url?q=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2358919.pdf&sa=D&source=docs&ust=1732922882509429&usg=AOvVaw3cWRXhNfQBI7TkHIrGMOWD
54. Miñope Sampén MP. Rol de la enfermería y control de la tuberculosis pulmonar del hospital referencial de Ferreñafe - Lambayeque, 2018. [Tesis]. Pimentel: Universidad Señor de Sipán. 2018 [citado octubre 2024]. Disponible en: https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/5348/Mi%C3%B1ope%20Sampen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
55. Alexandre Arcêncio R, Fredemir Palha P, Nóia Maciel E. The diagnosis and treatment of latent tuberculosis by nurses in Brazil: a necessary strategy. REBEn [revista de internet]. 2023 [citado octubre 2024];76(1): e760101. Disponible en: https://doi.org/10.1590/0034-7167.2023760101
56. Nyoman Elfiyunai N, Rumbo Pandin MG. The Role of Nurses in Providing Social Support in Tuberculosis Treatment: Literature Review. Creative Commons [internet]. 2021 [citado octubre 2024]. Disponible en: https://www.preprints.org/manuscript/202104.0126/v1
57. Hernández R. Metodología de la investigación. McGRAW-HILL [internet]. 2014 [citado agosto 2025]; Disponible en: https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf
58. Rojas Tello G. Actitud de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el centro de salud “Tablada de Lurin” noviembre –

diciembre 2005 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2026 [citado agosto 2025]. Disponible en: https://surl.li/iqfsal

59. Godoy P, et al. Resultados preliminares sobre estudio de contactos en Cataluña. Rev Enf Emerg. [revista en internet]. 2019 [citado agosto 2025]; 18 (3): 146-155. Disponible en: http://enfermedadesemergentes.com/articulos/a730/jornadas_enf-emergentes_MESA-4_3_2019.pdf

INDICE DE ANEXOS

ANEXO A Operacionalización de variables

ANEXO B Cálculo de tamaño de muestra

ANEXO C Instrumento de recolección de datos

ANEXO D Cálculo del Coeficiente de Validez de Contenido (Hernández-Nieto)

ANEXO E Libro de códigos

ANEXO F Autorización de investigación de la DIRIS Lima Centro

ANEXO G Matriz de datos

ANEXO H Formato de Consentimiento informado

ANEXO I Tablas y gráficos

ANEXO J Formulación de la prueba Chi-cuadrado

ANEXOS A: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N.º DE ÍTEMS	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
Actitud hacia la tuberculosis.	Predisposición adquirida en base a ideas, sentimientos y convicciones del contacto intradomiciliario, para responder de modo consciente sobre un asunto específico, control de la tuberculosis.	Actitud frente al diagnóstico de la tuberculosis	- Rechazo social al despistaje de la tuberculosis. - Negación al resultado de la prueba de descarte de TB. - Vergüenza de ser un contacto de tuberculosis. - Vergüenza de un resultado positivo de PPD. - Importancia del tiempo de resultados de la prueba de PPD. - Miedo al contagio al asistir al ambiente del C.S. por las pruebas de despistaje de TB. - Importancia de realizarse las pruebas de detección dadas en la consulta. - Importancia de que un nuevo contacto realice las pruebas de despistaje de manera oportuna.	N° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.	Actitud favorable Actitud medianamente favorable Actitud desfavorable
		Actitud frente al tratamiento de la tuberculosis.	• Importancia de asistir al C.S a realizar los controles como contacto de caso de TB. • Seguridad frente a la protección de la terapia preventiva para contactos de TB. • Aceptación de asistencia al número de controles necesarios como contacto. • Preocupación sobre el desconocimiento de cómo cumplir adecuadamente la terapia preventiva. • Confianza en la continuidad del tratamiento preventivo como medio de protección contra la TB. • Importancia de la asistencia y continuidad del tratamiento preventivo de TB. • Importancia de acudir a recibir los controles como contacto de TB. • Aceptación al saber que puedo experimentar efectos adversos durante el tratamiento preventivo.	N° 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16.	
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE Es la evaluación sobre la tendencia a la acción que tiene el contacto intradomiciliario frente a la tuberculosis, que será medido a través de un cuestionario como favorable, medianamente favorable y desfavorable.					

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	N.º DE ÍTEMS	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
Participación en el control de contactos	Acción de tomar involucramiento en un evento, actividad o proceso, en el cual se muestra cierto nivel de compromiso, acción y responsabilidad que impactará en el desarrollo o éxito de la actividad.	Asistencia al Centro de Salud para evaluación médica. Realización de evaluación médica. Realización de pruebas de diagnóstico.	N° 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23,	Participa No participa
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE Compromiso de involucrarse que asume el contacto intradomiciliario frente al estudio de control de contactos, que será medido a través de un cuestionario y se expresará como participa y no participa				

ANEXOS B: Cálculo de tamaño de muestra

En el presente estudio no se realizó el uso de algún método para cálculo de tamaño de muestra debido a que la población con la que se trabajó fue pequeña y finita, por ello se considera al total de la población para el presente estudio, siendo así el muestreo censal el utilizado para representar toda la población.

Siendo en total veintidós pacientes con diagnóstico de TB los que son atendidos en la estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Centro de Salud Breña, se obtuvo a través de sus cartillas de tratamiento que en total son cuarenta contactos los que figuran en el Registro de Casos y Controles por lo que se decidió abordar al total de la población identificada.

ANEXOS C: Instrumento de recolección de datos

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. Presentación

Estimado Sr. (a), mi nombre es Dante Torres Garcia, egresado de la carrera profesional de enfermería en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, me dirijo a usted en esta oportunidad para hacerle presente el instrumento mostrado a continuación como parte del estudio de investigación titulado "Actitudes hacia la tuberculosis y su asociación con la participación en el control de contactos en familiares de personas afectadas por
tuberculosis, Centro de Salud Breña, 2025.", cuyo objetivo es identificar la actitud y la participación de los familiares que son contactos de pacientes con tuberculosis; por ese motivo se le pide encarecidamente su participación a través de sus respuestas en el presente cuestionario, expresándole que la información que me brinde será de carácter anónimo y confidencial, únicamente para su uso en el presente estudio. Agradezco de antemano su colaboración.

II. Instrucciones

A continuación se le hará presente una serie de enunciados sobre las actitudes frente a la tuberculosis que experimenta el contacto intradomiciliario.
Por ello se solicita que marque con una equis (X) la opción que mejor se adecue a lo que piensa y en la forma en cómo actúa, en una escala que se expresa en
- Totalmente de acuerdo (TA)
- De acuerdo (A)
- Indeciso (I)
- En desacuerdo (D)
- Totalmente en desacuerdo (TD)

Recuerde que no existen respuestas buenas ni malas y debe contestar todas las preguntas sin dejar ninguna en blanco.

III. Contenido

a. Datos generales

1. Edad: ……. años.
2. Sexo:

   Masculino ( ) Femenino ( )

3. Grado de instrucción:

   Primaria completa ( ) Secundaria completa ( )

   Superior completa ( ) Superior incompleta ( )

4. Relación que usted tiene con el paciente:

   Esposo (a) ( )

   Hijo (a) ( )

   Madre ( )

   Padre ( )

   Otros …….

5. Situación laboral

   Sí trabajo ( ) No trabajo ( )

6. Enfermedades previas o pre-existentes

   ( ) Tuberculosis previa, año …….

   ( ) Diabetes

   ( ) Hipertensión

   ( ) Inmunosupresión

   ( ) Ninguna

b. Datos específicos:

RESPECTO A LAS ACTITUDES HACIA LA TUBERCULOSIS

		TA	A	I	D	TD
1	Considero que puedo sentirme socialmente rechazado si me realizo las pruebas de despistaje de Tuberculosis.					
2	Sentiría negación al saber que mi prueba de despistaje resulta positiva					
3	Sentiría vergüenza que sepan que soy un contacto de mi					

	familiar con tuberculosis.					
4	Sentiría vergüenza si mi examen de PPD (prueba de descarte en el brazo) resulta positivo.					
5	Me importa poco que los resultados de la prueba de PPD (prueba de descarte en el brazo) se demore					
6	Siento miedo de contagiarme por ir al consultorio de Tuberculosis del Centro de Salud a realizarme las pruebas de despistaje.					
7	Considero poco importante cumplir con las indicaciones de exámenes o pruebas de despistaje para descarte de TB.					
8	Considero poco importante que un nuevo contacto realice las pruebas de despistaje de manera oportuna.					
9	Considero importante que asista al C.S a realizar mis controles como un contacto de caso de Tuberculosis.					
10	Siento seguridad al saber que la terapia preventiva para contactos me puede proteger contra la Tuberculosis.					
11	Acepto que debo asistir al menos a tres controles con el médico como contacto de tuberculosis.					
12	Me preocupa desconocer sobre cómo cumplir adecuadamente la terapia preventiva.					
13	Siento confianza al saber que la continuidad del tratamiento preventivo me protege de la tuberculosis.					
14	Considero importante no faltar o dejar inconcluso el tratamiento preventivo de Tuberculosis.					
15	Considero importante recibir controles como contacto de Tuberculosis.					
16	Siento aceptación al saber que puedo experimentar efectos secundarios/molestias durante el tratamiento preventivo.					

Adaptado de Rojas Tello G, "Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el centro de salud Tablada de Lurín, noviembre-diciembre 2005"

RESPECTO A LA PARTICIPACIÓN EN EL CONTROL DE CONTACTOS

A continuación, le voy a consultar sobre su participación en la evaluación de contactos que realiza el centro de salud.

17. Luego de que a su familiar le diagnosticaron Tuberculosis, ¿usted acudió al Centro de Salud para ser evaluado por el Médico tratante o Enfermera?

Sí ( ) No ( ) Fin de la encuesta.

18. En caso no acudió, ¿cuál fue el motivo?

……

19. Cuándo usted acudió al centro de salud, ¿fue evaluado para descartar si tienen o no tuberculosis?

Sí ( ) No ( ) Fin de la encuesta.

20. ¿Quién fue el profesional que le realizó la evaluación?

Enfermera ( ) Médico ( ) Ambos ( )

21. Luego de la evaluación del médico, ¿le solicitaron algún examen de laboratorio o prueba (PPD - Prueba de esputo - Radiografía)?

Sí ( ) No ( ) Fin de la encuesta.

22. ¿Se realizó alguno de esos exámenes (PPD - Prueba de esputo - Radiografía)?

Sí ( ) No ( )

Especificar…….

23. En caso no se realizó, ¿Cuál fue el motivo?

……

……

24. ¿Ha iniciado o recibido terapia preventiva contra la tuberculosis (quimioprofilaxis)?

Sí ( ) No ( ) Fin de la encuesta.

25. En caso sí recibió terapia preventiva, ¿Cuál fue el esquema recibido?

( ) Isoniacida (H) diaria

( ) Isoniacida + Rifampicina (H + R) diaria

( ) Rifampicina (R) diaria

( ) Rifapentina (P) + Isoniacida (H) semanal,

( ) Levofloxacino (Lfx) diario

ANEXOS D: Cálculo de Coeficiente de Validez de Contenido (Hernández-Nieto)

Ítem	J1	J2	J3	S xij	(Mx)	CVCi	Pei	CVCic
1	4	5	5	14	4,6667	0,9333	0,0370	0,8963
2	4	5	4	13	4,3333	0,8667	0,0370	0,8297
3	4	5	5	14	4,6667	0,9333	0,0370	0,8963
4	4	5	5	14	4,6667	0,9333	0,0370	0,8963
5	4	5	4	13	4,3333	0,8667	0,0370	0,8297
6	4	5	5	14	4,6667	0,9333	0,0370	0,8963
7	4	5	5	14	4,6667	0,9333	0,0370	0,8963
8	4	5	5	14	4,6667	0,9333	0,0370	0,8963
9	4	5	5	14	4,6667	0,9333	0,0370	0,8963
10	4	5	5	14	4,6667	0,9333	0,0370	0,8963
11	4	5	5	14	4,6667	0,9333	0,0370	0,8963
12	4	5	5	14	4,6667	0,9333	0,0370	0,8963
13	4	5	5	14	4,6667	0,9333	0,0370	0,8963
14	4	5	5	14	4,6667	0,9333	0,0370	0,8963
15	4	5	5	14	4,6667	0,9333	0,0370	0,8963
16	4	5	5	14	4,6667	0,9333	0,0370	0,8963
17	4	5	5	14	4,6667	0,9333	0,0370	0,8963
18	4	5	5	14	4,6667	0,9333	0,0370	0,8963
19	4	5	5	14	4,6667	0,9333	0,0370	0,8963
20	4	5	4	13	4,3333	0,8667	0,0370	0,8297
21	4	5	5	14	4,6667	0,9333	0,0370	0,8963
22	4	5	5	14	4,6667	0,9333	0,0370	0,8963
23	5	5	5	15	5,0000	1,0000	0,0370	0,9630
							S	20,4823
					n de ítems	23	CVCt	0,8905
							CVCtc	**0,8535**

En la presente investigación, tras el análisis de validez del instrumento de recolección de datos, se obtuvo un CVCtc de 0.853, lo que indica una validez buena.

Así mismo, posterior a la validez del instrumento de incluyó dos ítems al instrumento, por lo que finalmente este estaría compuesto por 25 ítems.

ANEXOS E: Libro de códigos

N° pregunta	Ítem	Categoría	Código
DATOS GENERALES			
P1	Edad	De 18 a 35 años	1
		De 36 - 55 años	2
		De 56 - 75 años	3
P2	Sexo	Masculino	1
		Femenino	2
P3	Grado de instrucción	Primaria completa	1
		Secundaria completa	2
		Superior completa	3
		Superior Incompleta	4
P4	Relación que usted tiene con el paciente	Esposo (a)	1
		Hijo (a)	2
		Madre	3
		Padre	4
		Otros	5
P5	Situación laboral	Sí trabajo	1
		No trabajo	2
P6	Enfermedades previas o pre-existentes	Tuberculosis previa	1
		Diabetes	2
		Hipertensión	3
		Inmunosupresión	4
		Ninguna	5
DATOS ESPECIFICOS			
P1	Considero que puedo sentirme socialmente rechazado si me realizo las pruebas de despistaje de Tuberculosis.	TA	1
		A	2
		I	3
		D	4
		TD	5
P2	Sentiría negación al saber que mi prueba de despistaje resulta positiva	TA	1
		A	2
		I	3
		D	4
		TD	5
P3		TA	1

	Sentiría vergüenza que sepan que soy un contacto de mi familiar con tuberculosis.	A	2
		I	3
		D	4
		TD	5
P4	Sentiría vergüenza si mi examen de PPD (prueba de descarte en el brazo) resulta positivo.	TA	1
		A	2
		I	3
		D	4
		TD	5
P5	Me importa poco que los resultados de la prueba de PPD (prueba de descarte en el brazo) se demore	TA	1
		A	2
		I	3
		D	4
		TD	5
P6	Siento miedo de contagiarme por ir al consultorio de Tuberculosis del Centro de Salud a realizarme las pruebas de despistaje.	TA	1
		A	2
		I	3
		D	4
		TD	5
P7	Considero poco importante cumplir con las indicaciones de exámenes o pruebas de despistaje para descarte de TB.	TA	1
		A	2
		I	3
		D	4
		TD	5
P8	Considero poco importante que un nuevo contacto realice las pruebas de despistaje de manera oportuna.	TA	1
		A	2
		I	3
		D	4
		TD	5
P9	Considero importante que asista al C.S a realizar mis controles como un contacto de caso de Tuberculosis.	TA	5
		A	4
		I	3
		D	2
		TD	1
P10		TA	5
		A	4

	Siento seguridad al saber que la terapia preventiva para contactos me puede proteger contra la Tuberculosis.	I	3
		D	2
		TD	1
P11	Acepto que debo asistir al menos a tres controles con el médico como contacto de tuberculosis.	TA	5
		A	4
		I	3
		D	2
		TD	1
P12	Me preocupa desconocer sobre cómo cumplir adecuadamente la terapia preventiva.	TA	5
		A	4
		I	3
		D	2
		TD	1
P13	Siento confianza al saber que la continuidad del tratamiento preventivo me protege de la tuberculosis.	TA	5
		A	4
		I	3
		D	2
		TD	1
P14	Considero importante no faltar o dejar inconcluso el tratamiento preventivo de Tuberculosis.	TA	5
		A	4
		I	3
		D	2
		TD	1
P15	Considero importante recibir controles como contacto de Tuberculosis.	TA	5
		A	4
		I	3
		D	2
		TD	1
P16	Siento aceptación al saber que puedo experimentar efectos secundarios/molestias durante el tratamiento preventivo.	TA	5
		A	4
		I	3
		D	2
		TD	1
P17	Luego de que a su familiar le diagnosticaron Tuberculosis, ¿usted	Sí	1

	acudió al Centro de Salud para ser evaluado por el Médico tratante o Enfermera?	No	0
P18	En caso no acudió, ¿cuál fue el motivo?	-	-
P19	Cuándo usted acudió al centro de salud, ¿fue evaluado para descartar si tienen o no tuberculosis?	Sí	1
		No	0
P20	¿Quién fue el profesional que le realizó la evaluación?	Enfermera	1
		Médico	2
		Ambos	3
P21	Luego de la evaluación del médico, ¿le solicitaron algún examen de laboratorio o prueba (PPD - Prueba de esputo - Radiografía)?	Sí	1
		No	0
P22	¿Se realizó alguno de esos exámenes (PPD - Prueba de esputo - Radiografía)?	Sí	1
		No	0
P23	En caso no se realizó, ¿Cuál fue el motivo?	-	-
P24	¿Ha iniciado o recibido terapia preventiva contra la tuberculosis (quimioprofilaxis)?	Sí	1
		No	0
P25	En caso sí recibió terapia preventiva, ¿Cuál fue el esquema recibido?	Isoniacida (H) diaria	1
		Isoniacida + Rifampicina (H + R) diaria	2
		Rifampicina (R) diaria	3
		Rifapentina (P) + Isoniacida (H) semanal,	4
		Levofloxacino (Lfx) diario	5

ANEXOS F: Autorización de investigación de la DIRIS Lima Centro

PERÚ | Ministerio de Salud | Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud | Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

CONSTANCIA N° 33

AUTORIZACIÓN DE EJECUCIÓN
DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
ACTA N° 06 -2025-COM.INV-DIRIS-LC

EXPEDIENTE N.º 202523303

El que suscribe, Director Ejecutivo de la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, da Constancia que:

TORRES GARCIA DANTE IAN

Autor del Proyecto de Investigación: **"ACTITUDES HACIA LA TUBERCULOSIS Y SU ASOCIACION CON LA PARTICIPACION EN EL CONTROL DE CONTACTOS EN FAMILIARES DE PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS, C.S. BREÑA 2025".** Ha cumplido con los requisitos exigidos por la Unidad Funcional de Docencia e Investigación y el Comité de Investigación de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, dando por **APROBADO,** la Autorización para la Ejecución del Proyecto de Investigación, teniendo una vigencia de:

FECHA DE INICIO : 23 de Junio del 2025.

FECHA DE TÉRMINO : 31 de Diciembre del 2025.

Asimismo, se le informa que su responsabilidad culmina con la presentación del informe Final, la publicación y socialización de resultados con las Oficinas, Estrategias y Establecimientos de Salud de interés de la jurisdicción, en bien de la Salud Pública del País.

Esperando el cumplimiento de todo lo antes mencionado, quedo de usted.

Lima, 20 de Junio del 2025.

Atentamente,

PERÚ | Ministerio de Salud | Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

MC. JOSÉ ELISEO BERNABLE VILLASANTE
DIRECTOR EJECUTIVO
DIRECCIÓN DE MONITORIO Y GESTIÓN SANITARIA

MINISTERIO DE SALUD DIRIS Lima Centro V°B° U.F. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

JEBV/JLMC/N...
Archivo C.C.

https://dirislimacentro.gob.pe
Av. Nicolas de Piérola 589 – Cercado de Lima, Perú

ANEXO G: Matriz de datos

							DIMENSIÓN DIAGNOSTICO								DIMENSIÓN TRATAMIENTO								PUNTAJE						CONTROL DE CONTACTOS									
N° Caso	DATOS GENERALES						DATOS ESPECÍFICOS																														
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	D1	INTENSIDAD 1	D2	INTENSIDAD 2	D TOTAL	GENERAL	E17	E18	E19	E20	E21	E22	E23	E24	E25	PARTICIPACIÓN
1	1	2	2	3	1	5	1	1	3	4	1	4	5	2	1	5	5	5	5	5	5	5	21	Actitud medianamente favorable	36	Actitud favorable	57	Actitud medianamente favorable	1	-	1	2	1	1	-	0	-	Participa
2	3	1	3	5	1	5	4	5	5	5	4	2	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	35	Actitud favorable	39	Actitud favorable	74	Actitud favorable	1	-	1	1	1	1	-	0	-	Participa
3	1	1	4	4	1	5	3	2	3	3	4	2	4	4	4	3	4	4	3	5	5	3	25	Actitud medianamente favorable	31	Actitud favorable	56	Actitud medianamente favorable	1	-	1	1	1	1	-	0	-	Participa
4	1	2	2	5	1	2	2	4	2	2	2	4	5	5	2	4	5	5	5	5	5	4	26	Actitud medianamente favorable	35	Actitud favorable	61	Actitud favorable	1	-	1	1	1	1	-	0	-	Participa
5	1	2	4	5	1	3	1	4	4	4	5	1	5	4	4	4	5	5	5	5	5	4	28	Actitud medianamente favorable	37	Actitud favorable	65	Actitud favorable	1	-	1	1	1	1	-	0	-	Participa
6	3	1	4	5	2	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	4	2	4	4	4	4	39	Actitud favorable	30	Actitud favorable	69	Actitud favorable	1	-	1	3	1	1	-	0	-	Participa
7	1	2	2	5	2	5	5	5	5	5	4	5	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	39	Actitud favorable	8	Actitud desfavorable	47	Actitud medianamente favorable	1	-	1	1	1	1	-	0	-	Participa
8	1	2	2	3	1	5	5	5	5	5	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	37	Actitud favorable	39	Actitud favorable	76	Actitud favorable	1	-	1	1	1	1	-	0	-	Participa
9	1	1	2	5	1	5	3	5	5	5	4	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	34	Actitud favorable	39	Actitud favorable	73	Actitud favorable	1	-	1	1	1	1	-	0	-	Participa
10	1	2	2	1	1	2	2	4	3	3	3	4	5	5	5	5	3	5	5	5	5	3	29	Actitud medianamente favorable	36	Actitud favorable	65	Actitud favorable	1	-	1	3	1	1	-	0	-	Participa
11	1	2	4	2	2	5	2	4	5	5	2	1	5	5	4	4	4	5	5	4	4	4	29	Actitud medianamente favorable	34	Actitud favorable	63	Actitud favorable	1	-	1	3	1	1	-	0	-	Participa
12	2	2	2	5	1	4	4	4	4	4	5	4	5	5	4	5	5	4	4	4	4	3	35	Actitud favorable	33	Actitud favorable	68	Actitud favorable	1	-	1	3	1	1	-	0	-	Participa
13	1	1	3	5	1	5	2	2	4	2	2	1	5	4	2	2	4	4	2	2	4	5	22	Actitud medianamente favorable	25	Actitud medianamente favorable	47	Actitud medianamente favorable	1	-	1	3	1	1	-	0	-	Participa
14	2	2	3	2	1	5	1	2	2	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	21	Actitud medianamente favorable	32	Actitud favorable	53	Actitud medianamente favorable	1	-	1	1	1	1	-	0	-	Participa
15	3	2	2	3	2	3	1	2	1	1	3	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	19	Actitud medianamente favorable	36	Actitud favorable	55	Actitud medianamente favorable	1	-	1	2	1	1	-	0	-	Participa
16	2	2	3	5	1	5	1	1	1	1	3	1	3	3	1	4	1	3	1	1	1	1	14	Actitud desfavorable	13	Actitud desfavorable	27	Actitud desfavorable	0	-	-	-	-	-	-	-	-	No participa
17	1	1	2	5	1	5	1	1	1	1	5	1	3	3	1	4	1	3	1	1	1	1	16	Actitud desfavorable	13	Actitud desfavorable	29	Actitud desfavorable	0	-	-	-	-	-	-	-	-	No participa
18	2	1	2	5	2	5	3	3	2	3	3	1	3	5	2	2	1	3	2	2	3	3	23	Actitud medianamente favorable	18	Actitud desfavorable	41	Actitud medianamente favorable	0	-	-	-	-	-	-	-	-	No participa
19	3	1	2	5	2	5	4	2	4	2	2	1	4	3	3	2	3	3	1	2	2	2	22	Actitud medianamente favorable	18	Actitud desfavorable	40	Actitud medianamente favorable	0	-	-	-	-	-	-	-	-	No participa
20	2	2	3	5	2	3	2	1	1	1	5	1	4	4	1	3	2	3	3	5	3	1	19	Actitud medianamente favorable	21	Actitud medianamente favorable	40	Actitud medianamente favorable	1	-	1	2	1	1	-	0	-	Participa
21	1	1	3	1	1	2	4	4	4	4	3	2	5	5	5	5	5	4	5	1	5	3	31	Actitud favorable	33	Actitud favorable	64	Actitud favorable	1	-	1	1	1	1	-	0	-	Participa
22	2	1	4	5	1	5	4	2	2	1	4	2	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	23	Actitud medianamente favorable	34	Actitud favorable	57	Actitud medianamente favorable	1	-	1	1	1	1	-	0	-	Participa
23	2	1	2	4	1	5	5	4	5	5	5	5	5	2	5	5	5	4	4	5	4	4	36	Actitud favorable	36	Actitud favorable	72	Actitud favorable	1	-	1	1	1	1	-	0	-	Participa
24	1	2	2	3	1	5	3	2	2	2	5	2	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	24	Actitud medianamente favorable	31	Actitud favorable	55	Actitud medianamente favorable	1	-	1	1	1	1	-	0	-	Participa
25	1	1	4	1	1	5	5	2	3	1	2	5	2	5	2	4	4	5	4	4	5	3	25	Actitud medianamente favorable	31	Actitud favorable	56	Actitud medianamente favorable	1	-	1	3	1	1	-	0	-	Participa
26	1	1	3	1	1	2	5	3	4	4	3	2	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	31	Actitud favorable	38	Actitud favorable	69	Actitud favorable	1	-	1	3	1	1	-	1	1	Participa
27	2	2	3	4	1	5	3	2	3	3	4	2	4	4	4	3	4	4	3	5	5	3	25	Actitud medianamente favorable	31	Actitud favorable	56	Actitud medianamente favorable	1	-	1	1	1	1	-	0	-	Participa
28	2	1	2	1	1	3	1	1	1	1	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	20	Actitud medianamente favorable	36	Actitud favorable	56	Actitud medianamente favorable	1	-	1	1	1	1	-	0	-	Participa
29	2	1	4	2	1	5	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	3	29	Actitud medianamente favorable	32	Actitud favorable	61	Actitud favorable	1	-	1	1	1	1	-	0	-	Participa
30	2	2	3	5	1	5	4	4	4	4	3	2	5	5	1	1	1	2	1	2	1	2	31	Actitud favorable	11	Actitud desfavorable	42	Actitud medianamente favorable	1	-	1	1	1	1	-	0	-	Participa
31	3	2	2	3	2	5	4	4	4	4	3	2	5	5	1	1	1	2	1	2	1	2	31	Actitud favorable	11	Actitud desfavorable	42	Actitud medianamente favorable	1	-	1	2	1	1	-	0	-	Participa
32	2	2	3	5	1	3	4	4	4	4	3	2	5	5	1	1	1	2	1	2	1	2	31	Actitud favorable	11	Actitud desfavorable	42	Actitud medianamente favorable	1	-	1	3	1	1	-	0	-	Participa
33	2	1	3	4	1	1	3	5	5	5	4	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	34	Actitud favorable	39	Actitud favorable	73	Actitud favorable	1	-	1	3	1	1	-	0	-	Participa
34	2	1	3	5	1	5	3	2	3	3	4	2	4	4	3	4	4	3	4	5	5	3	25	Actitud medianamente favorable	31	Actitud favorable	56	Actitud medianamente favorable	1	-	1	3	1	1	-	0	-	Participa
35	3	1	3	2	1	5	5	2	3	2	2	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	29	Actitud medianamente favorable	34	Actitud favorable	63	Actitud favorable	1	-	1	1	1	1	-	1	1	Participa
36	3	2	2	5	2	5	5	4	3	4	5	4	5	4	5	5	5	4	4	3	4	3	34	Actitud favorable	33	Actitud favorable	67	Actitud favorable	1	-	1	1	1	1	-	0	-	Participa
37	2	2	4	1	2	3	4	4	5	4	4	4	5	4	4	3	4	4	3	3	4	4	34	Actitud favorable	29	Actitud medianamente favorable	63	Actitud favorable	1	-	1	3	1	1	-	1	1	Participa
38	2	1	3	5	1	5	5	3	5	4	3	3	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	33	Actitud favorable	38	Actitud favorable	71	Actitud favorable	1	-	1	1	1	1	-	1	1	Participa
39	3	2	2	2	1	5	3	4	3	3	3	5	4	4	4	4	5	4	5	4	5	4	29	Actitud medianamente favorable	35	Actitud favorable	64	Actitud favorable	1	-	1	3	1	1	-	1	1	Participa
40	2	2	4	5	1	5	5	5	5	5	2	1	5	3	4	5	5	5	4	5	5	4	31	Actitud favorable	37	Actitud favorable	68	Actitud favorable	1	-	1	1	1	1	-	0	-	Participa

ANEXOS H: Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado familiar, por medio del presente documento le hago llegar un cordial saludo y a su vez presentar el trabajo de investigación que me encuentro realizando, titulado: **"Actitudes hacia la tuberculosis y su asociación con la participación en el control de contactos en familiares de personas afectadas por tuberculosis, Centro de Salud Breña, 2025."** El cual tiene por propósito determinar la actitud del familiar de la persona afectada por tuberculosis hacia la enfermedad, y su asociación con su participación en el control de contactos en el Centro de Salud Breña en el año 2025.

¿Para qué se firma este documento?

Lo firma para poder constatar y brindar confirmación escrita sobre su voluntad de participar en el estudio.

¿Por qué se está haciendo este estudio de investigación?

Tiene como propósito recopilar información sobre las actitudes que tienen los familiares de las personas afectadas por la tuberculosis hacia la enfermedad y su asociación con la participación en el control de contactos.

¿Qué pasa si digo "sí, quiero participar en el estudio"?

Si dice que sí le preguntaré sobre las actitudes o predisposiciones que tiene frente a la tuberculosis en su situación de contacto intradomiciliario. Este estudio no tiene respuestas correctas o incorrectas.

¿Cuánto tiempo tomará el estudio?

El estudio tomará alrededor de 15 minutos de su tiempo.

¿Qué pasa si digo "no quiero participar en el estudio"?

Usted tiene todo el derecho de expresar una negativa frente a su participación y no será tratado de manera diferente. No recibirá penalización de ningún tipo.

¿Qué pasa si digo que sí, pero cambio de opinión más tarde?

Usted puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento. No recibirá penalización de ningún tipo.

¿Quién verá mis respuestas?

Las únicas personas con autorización para ver sus respuestas son las que trabajan en el estudio y las que se aseguran de que éste se realice de manera correcta. Cabe recalcar que cuando compartamos los resultados del estudio no incluiremos su nombre.

¿Me costará algo participar en el estudio?

No.

¿Qué debo hacer si tengo preguntas?

Si bien no debería haber preguntas durante el estudio, Usted puede realizar su consulta con el encargado encuestador en cualquier momento; o vía telefónico mediante el número 986 195 580 si surgieran dudas después de finalizar el registro de sus respuestas.

¿Tengo que firmar este documento?

Firme solamente si desea participar en el estudio.

Habiendo sido informado(a) del propósito de esta y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será única y exclusivamente para fines de la investigación en mención, mi participación es libre y voluntaria, por lo cual firmo este consentimiento informado.

He comprendido la información brindada, quedando satisfecho y brindando consentimiento para mi participación voluntaria en el presente estudio.

Lima,..... de.....del 2025.

_____

Firma del participante

Apellidos y nombres.

ANEXOS I: Tablas y gráficos

Tabla 1. Datos generales de los familiares de pacientes con diagnóstico de TB atendidos en el CS. Breña, 2025.

Edad	**Frecuencia**	**%**
De 18 a 35 años	15	38%
De 36 - 55 años	17	43%
De 56 - 75 años	8	20%
Sexo		
Masculino	19	47.5%
Femenino	21	52.5%
Grado de instrucción		
Primaria completa	0	0.0%
Secundaria completa	17	42.5%
Superior completa	14	35.0%
Superior incompleta	9	22.5%
Relación que tiene con el paciente		
Esposo (a)	6	15.0%
Hijo (a)	5	12.5%
Madre	5	12.5%
Padre	4	10.0%
Otros	20	50.0%
Situación laboral		
Sí trabajo	30	75%
No trabajo	10	25%
Enfermedades previas o preexistentes		
Tuberculosis	1	2.5%
Diabetes	4	10.0%
Hipertensión	6	15.0%
Inmunosupresión	1	2.5%
Ninguna	28	70.0%

Otros: Familiares de 3ra y 4ta línea.
Fuente: Elaboración propia

Tablas 2. Análisis bivariado de participación según la actitud en familiares de pacientes con diagnóstico de TB atendidos en el CS. Breña, 2025.

N Actitud					
Favorable	**Medianamente favorable**	**Desfavorable**	**Total**	**X^2/ GL**	**P valor**
20	16	0	36		
100.0 %	88.9 %	0 %	90 %	20.25 / 2	< 0.001
0	2	2	4		
0 %	11.1%	100.0 %	10 %		
20	18	2	40		
100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %		

Tabla 3. Indicadores de la actitud hacia la TB, para la dimensión diagnóstico, en los familiares de personas afectadas por tuberculosis, CS. Breña, 2025.

Indicadores	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indeciso		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Rechazo social al despistaje de la tuberculosis.	7	17.5%	5	12.5%	8	20.0%	10	25.0%	10	25.0%
Negación al resultado de la prueba de descarte de TB.	5	12.5%	11	27.5%	4	10.0%	13	32.5%	7	17.5%
Vergüenza de ser un contacto de tuberculosis.	5	12.5%	5	12.5%	9	22.5%	10	25.0%	11	27.5%
Vergüenza de un resultado positivo de PPD.	7	17.5%	6	15.0%	7	17.5%	11	27.5%	9	22.5%
Importancia del tiempo de resultados de la prueba de PPD.	1	2.5%	7	17.5%	13	32.5%	11	27.5%	8	20.0%
Miedo al contagio al asistir al ambiente del C.S. por las pruebas de despistaje de TB.	11	27.5%	14	35.0%	1	2.5%	8	20.0%	6	15.0%
Importancia de realizarse las pruebas de detección dadas en la consulta.	0	0.0%	1	2.5%	3	7.5%	10	25.0%	26	65.0%
Importancia de que un nuevo contacto realice las pruebas de despistaje de manera oportuna.	0	0.0%	2	5.0%	4	10.0%	13	32.5%	21	52.5%

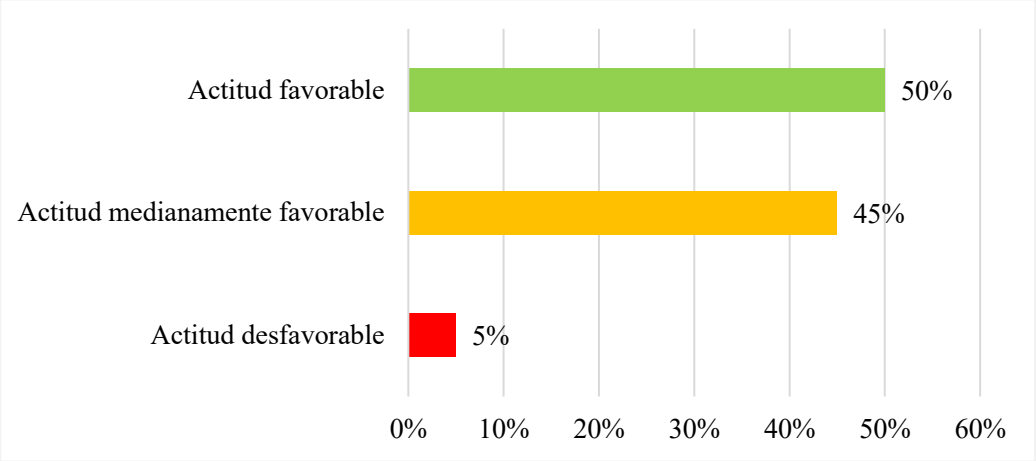
Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Indicadores de la actitud hacia la TB, para la dimensión tratamiento, en los familiares de personas afectadas por tuberculosis, CS. Breña, 2025.

Indicadores	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indeciso		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Importancia de asistir al C.S a realizar los controles como contacto de caso de TB.	14	35.0%	12	30.0%	2	5.0%	4	10.0%	8	20.0%
Seguridad frente a la protección de la terapia preventiva para contactos de TB.	17	42.5%	11	27.5%	5	12.5%	3	7.5%	4	10.0%
Aceptación de asistencia al número de controles necesarios como contacto.	17	42.5%	13	32.5%	2	5.0%	1	2.5%	7	17.5%
Preocupación sobre el desconocimiento de cómo cumplir adecuadamente la terapia preventiva.	12	30.0%	17	42.5%	6	15.0%	4	10.0%	1	2.5%
Confianza en la continuidad del tratamiento preventivo como medio de protección contra la TB.	16	40.0%	11	27.5%	4	10.0%	2	5.0%	7	17.5%
Importancia de la asistencia y continuidad del tratamiento preventivo de TB.	18	45.0%	10	25.0%	2	5.0%	6	15.0%	4	10.0%
Importancia de acudir a recibir los controles como contacto de TB.	19	47.5%	12	30.0%	2	5.0%	1	2.5%	6	15.0%
Aceptación al saber que puedo experimentar efectos adversos durante el tratamiento preventivo.	3	7.5%	17	42.5%	10	25.0%	4	10.0%	6	15.0%

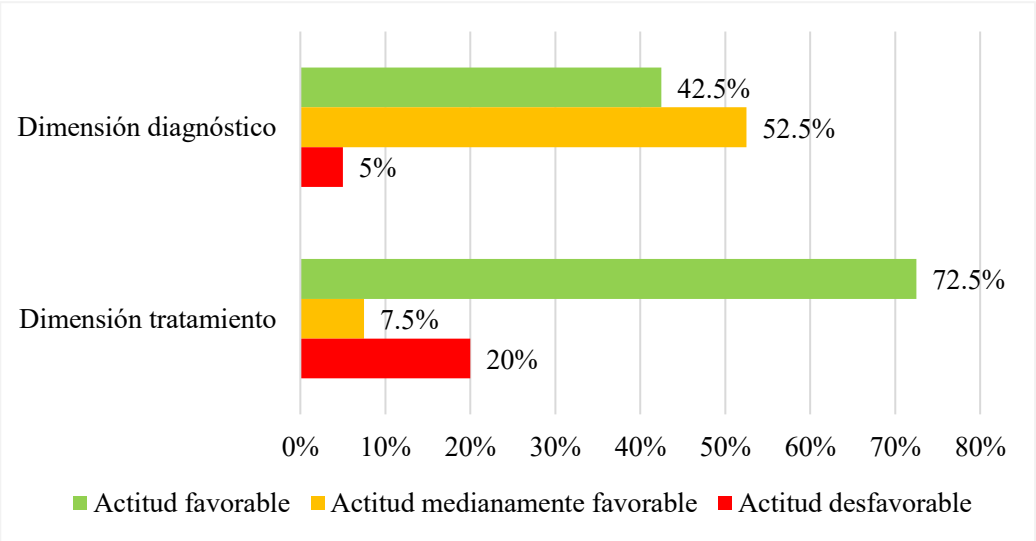
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1. Actitud hacia la TB de los familiares de personas afectadas por tuberculosis, CS. Breña, 2025.



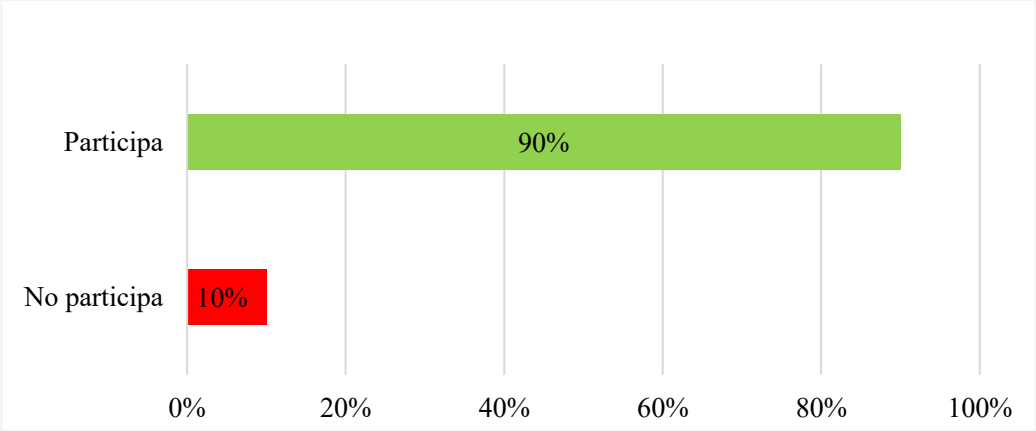
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2. Dimensiones de la actitud hacia la TB en los familiares de personas afectadas por tuberculosis, CS. Breña, 2025.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3. Participación en el control de contactos de los familiares de personas afectadas por tuberculosis, CS. Breña, 2025.



Fuente: Elaboración propia

ANEXOS J: Formulación de la prueba Chi-cuadrado

A continuación, se describe el proceso seguido para la formulación de la prueba estadística de Chi-cuadrado, empleada para evaluar el ajuste de una distribución observada en relación con una distribución esperada.

1. **Planteamiento de la hipótesis estadística.**
   - **Hipótesis nula (H0):** No existe asociación entre la actitud favorable de los familiares de personas afectadas por tuberculosis hacia la enfermedad y la participación en el control de contactos, Centro de salud Breña, 2025.
   - **Hipótesis alternativa (H1):** Existe asociación entre la actitud favorable de los familiares de personas afectadas por tuberculosis hacia la enfermedad y la participación en el control de contactos, Centro de salud Breña, 2025.

2. **Establecer el nivel de significancia.**

   Se establece un nivel de significancia de $\boldsymbol{\alpha}$ = 0.05, que representa un 5% de probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando esta es verdadera.

3. **Cálculo del estadístico Chi-cuadrado**

   Se calcula el estadístico de prueba $\boldsymbol{\chi}^2$ utilizando la siguiente fórmula.

$$\boldsymbol{\chi^2} = \sum \frac{(O_i - E_i)}{E_i}$$

   Donde:

   - Oi: Frecuencia observada.
   - Ei: Frecuencia esperada.

   Este cálculo se realiza en cada categoría, posteriormente se suman todos los valores para obtener el estadístico final. Además, se determina el p-valor asociado al estadístico, utilizando la distribución Chi-cuadrado con los grados de libertad correspondientes.

4. **Comparación con el nivel de significancia**

   Se compara el p-valor obtenido con el nivel de significancia establecido:

   - Si $\boldsymbol{p - valor \leq \alpha}$, se rechaza la hipótesis nula (H_0).

- Si $\boldsymbol{p - valor} > \boldsymbol{\alpha}$, no se rechaza la hipótesis nula (H_0).

5. Conclusión

Como el P-value (Sig. asintotica) < 5%, entonces se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto, existe asociación estadísticamente significativa entre la actitud favorable y la participación en el control de contactos en la población estudiada.