 **Vicerrectorado de Investigación**

 **Oficina de Investigación, Ciencia y Tecnología**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**Nivel de conocimiento post consejería y su relación con la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del programa de tuberculosis-Hospital**

**el Esfuerzo-Distrito Florencia de Mora 2020.**

 **AUTORAS:**

* **Ms. María Elena Sánchez de la cruz**
* **Ms. Gloria Odilia Torres Alva**

**ASESORA**:

* **DRA YOLANDA RODRIGUEZ NUÑEZ**

**TRUJILLO – PERÚ**

**2020**

**SECCION A: DATOS GENERALES**

1. **Título**

 Nivel de conocimiento post consejería y su relación con la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del programa de tuberculosis-Hospital el Esfuerzo-Florencia de Mora, 2020.

1. **Línea de investigación de la Facultad**

Cuidar/cuidado.

1. **Unidad académica**

 Ciencias de la Salud/Escuela Profesional de Enfermería

1. **Equipo investigador**

• Investigador principal: Ms. MARIA ELENA SANCHEZ DE LA CRUZ

• Ms. GLORIA ODILIA TORRES ALVA

1. **Institución y/o lugar donde se ejecutará el proyecto**

Hospital el Esfuerzo-Distrito Florencia de Mora.

1. **Duración (Fecha de Inicio y término)**

INICIO: setiembre 2020

TERMINO: setiembre 2021

**PLAN DE INVESTIGACIÓN**

1. **Planteamiento y formulación del problema**

La Organización Mundial de la Salud define la tuberculosis como la infección que se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo con diagnóstico de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire. Basta que una persona que este a su lado inhale unos pocos bacilos puede quedar infectada. Es una de las enfermedades infectocontagiosas de mayor incidencia en la población mundial, significa un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, la misma que trae consigo no solo devastadoras consecuencias en la salud personal, sino también a nivel social y económico que constituyen el 80% según la Organización Mundial de Salud de la población mundial, de gran impacto en la salud de las personas (1).

La OMS y la Organización Panamericana de la Salud señalaron en el 2011 que la tuberculosis es causa de muerte de dos millones de personas cada año en el mundo, lo que la convierte en una de las principales causas de defunción entre los jóvenes y adultos. En este año, el mayor número de casos ocurrió en Asia, constituyendo el 60% de casos nuevos en el mundo (2).

La tuberculosis está presente en el mundo entero. En 2017, la cifra más elevada de nuevos casos de tuberculosis se registró en las regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, con un 62% de los nuevos casos, seguidas por la Región de África, con un 25% ; en este año enfermaron aproximadamente un millón de niños de (0 a 14 años), y 230 000 niños. En 2014, el mayor número de casos ocurrió en Asia Sudoriental y en regiones del Pacífico Occidental, a la que correspondió el 56% de los casos nuevos en el mundo (3).

En América Latina en el año 2008 se reportó el 6% del total de casos de tuberculosis en el mundo, se diagnosticaron 125,803 casos nuevos de Tuberculosis Pulmonar con baciloscopia positiva, con una tasa de incidencia de 114 casos por 100,000 habitantes. La tasa de incidencia de todas las formas de Tuberculosis fue de 126 por 100,000 habitantes, con 227,551 casos nuevos, debido sobre todo al incremento de la pobreza y a la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana, el problema se agudiza por el escaso control de esta enfermedad, sumado al abandono del tratamiento, dando como consecuencia la aparición de formas resistentes de esta enfermedad (4).

La Organización Mundial de Salud, refiere que el cumplimiento del tratamiento de la tuberculosis puede definirse como el grado en que la toma de los medicamentos por parte de un paciente coincide con el tratamiento prescrito. La suma de los pacientes curados y de quienes finalizan el tratamiento (estrategia de observación directa), son indicadores pragmáticos del cumplimiento del tratamiento. Incluidos los niños con tuberculosis asociada al VIH murieron por esta causa (5).

En 1991 se inicia la aplicación de la estrategia DOTS (Tratamiento Directamente Observado), haciendo énfasis en la captación de sintomáticos respiratorios por ser un indicador trazador del programa, considerándose adecuado al 5% del total de atenciones registradas en el año de los diferentes servicios en los establecimientos de salud, aun cuando a nivel internacional se considera el 2,5%. Según cifras oficiales, con el uso de la estrategia DOTS (Tratamiento Directamente Observado) se logró que la tasa de incidencia descendiera de 243,2 por 100,000 en 1992 a 172,6 en 1999, aunque al mismo tiempo los fracasos a esquemas secundarios se incrementaron (5).

En el Perú, se puede observar que la mayoría de provincias presentan un mediano riesgo y las 3 ciudades con más alto riesgo son: Lima, Callao, Ucayali y Madre de Dios son catalogas en el año 2017 y 2018 como zonas de alto riesgo a trasmisión de TB Frotis (+). Es importante destacar que el presupuesto ejecutado para combatir el problema de la Tuberculosis en el Perú, entre 1985 -2012 presentó incremento progresivo significativo, en 60% para un mejor manejo de la enfermedad. En la ciudad de Lima, los distritos que concentran mayor incidencia de casos de tuberculosis son: El Agustino, La Victoria, San Juan de Lurigancho, Comas, Villa El Salvador, Ate Vitarte y Villa María del Triunfo con una tasa de incidencia más alta (152 x 10 000 habitantes) (6).

A nivel de región La Libertad el mayor número de pacientes se concentra en la Red de Salud de la provincia de Trujillo, seguido de Virú, Chipen y Ascope. En año 2018 se tuvieron 1662 pacientes cada año van aumentando los casos (7).

En el distrito de Florencia de Mora, la carga de TB es alta, con gran concentración de TB pulmonar frotis positivo; por lo tanto, el riesgo de exposición al Mycobacterium tuberculosis es muy alto para la población en general; el que, sumado a los riesgos sociales y crecimiento urbano marginal del distrito, favorecen la propagación de la enfermedad (7).

En el hospital distrital El Esfuerzo se viene observando que los pacientes que están recibiendo tratamiento, acuden al establecimiento a diferentes horas de la noche, sin respetar las horas para la administración de medicamentos según las investigaciones porque trabajan, estudian, muchos viven solos sin familia y otros tienen riesgos sociales como delincuencia, drogadicción, alcoholismo, etc.

Considerando que es de gran preocupación el riesgo de abandono del tratamiento de los nuevos casos con tuberculosis pulmonar BK+ con esquema I, el cual representa una barrera importante para el control de la enfermedad en el distrito de Florencia de Mora y siendo un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y el ámbito socioeconómico, nos planteamos el siguiente problema donde es importante determinar:

**Formulación del Problema.**

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos post consejería y la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del programa de tuberculosis Hospital El Esfuerzo, distrito Florencia de Mora 2020?

1. **Antecedentes**

**Internacionales**

Golemba, F., Martearena R., Achinelli F., Rovai G., en su estudio Hepatotoxicidad medicamentosa y tuberculosis en un hospital del noreste argentino: estudio transversal. En el año 2015, se desarrolló una investigación de tipo observacional y descriptivo, que incluyó como población de estudio a todos los pacientes mayores de 16 años que se les diagnóstico de tuberculosis, la investigación determinó que la prevalencia de hipertransaminasemia para su población es de 7,6% (9 pacientes, 6 hombres y 3 mujeres) con una media de edad de 34,6 años +- 14,3, concluyendo que la hipertransaminasemia por antituberculosos (anti-TB) se ha asociado a factores como edad mayor de 35 años, sexo femenino, embarazo, desnutrición, alcoholismo, presencia de virus de la inmunodeficiencia humana, hepatopatía previa, tratamiento diario, diabetes, insuficiencia renal, tratamiento combinado (8).

En Durban, Sudáfrica realizaron un estudio, para ver la lesión hepática inducida por medicamentos antituberculoso; revisaron las historias clínicas del periodo 2005 a 2013 de 1016 pacientes, identificaron 53 casos de lesión hepática por los medicamentos anti-TB potencialmente hepatotóxicos con Isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) fueron incluidos al estudio. Una vez normalizada las enzimas hepáticas, 42 (79%) pacientes fueron redesafío (retomaron el mismo tratamiento), de los cuales en 30 pacientes (57%) se usó el régimen de re-inclusión (administraron todos los medicamentos anti-TB a la vez) y en 12 pacientes (23%) fue por la introducción paulatina y 11(21%) no fueron re-desafío; 37(88%) pacientes no presentaron recurrencia de hepatotoxicidad y 5 que presentaron recurrencia 4(80%) tenía un régimen de re-desafío y uno un re-desafío por pasos. 39(93%) eran VIH coinfectados. 10 pacientes tenían comorbilidades (9).

**Nivel Nacional**

Sáenz, A. en su tesis Adherencia al tratamiento y los factores determinantes en pacientes con tuberculosis, Microred de José Leonardo Ortiz ,2018. La muestra estuvo constituida por 90 personas afectadas por tuberculosis pulmonar donde los resultados muestran que todos los factores se están presentando de forma adecuada en el paciente con tuberculosis, a diferencia del factor propio del tratamiento en donde un 49% de pacientes presenta de forma inadecuada este factor, ya sea por haber interrumpido su tratamiento por falta de medicamentos o haber presentado un malestar cuando los consumía. El nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis en la Microred de José Leonardo Ortiz se encontró que el 78% de ellos presentan un nivel alto, el 12% un nivel medio y un 10% un nivel bajo. Entre los hallazgos relevantes se encontró que existe evidencia estadística para concluir que los factores determinantes se relacionan a la adherencia del tratamiento, ya que estas se encuentran asociadas estadísticamente con un p<5% (10).

Acosta S. en su tesis nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la microred de Santa Ana - Huancavelica 2014 de tipo no experimental - observacional; nivel correlacional. La muestra fue de 47 familiares. Obteniéndose como resultados que el 46.8%, tiene un nivel de conocimiento bajo sobre la tuberculosis pulmonar de modo que el 44.7% tiene una actitud negativa y el 2.1% una actitud positiva. El 48.9%, tienen un nivel de conocimiento medio o regular, de manera que el 31.9% tiene una actitud positiva y el 17.0% una actitud negativa. El 4.3% tienen un nivel de conocimiento alto, siendo un total de 4.3% que tienen una actitud positiva. Concluyendo que los que tienen conocimiento bajo, tienen una actitud negativa en mayor porcentaje; los que tienen un nivel de conocimiento medio o regular tienen una actitud positiva en mayor porcentaje y los que tienen un conocimiento alto tienen una actitud positiva, por lo que existe relación significativa entre estas variables (11).

Atuncar P. en su trabajo de investigación nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud de los pacientes, centro salud San Juan de Salinas, 2017 la investigación fue de tipo aplicada, descriptivo correccional. La población estuvo conformada por 50 pacientes y la muestra fue 45. Obtuvo resultados como que el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar se correlaciona con un valor de r igual a 0,605, lo cual indica una relación directa y significativa con la actitud hacia el tratamiento de tuberculosis pulmonar a nivel de p<0,01 y cada una delas dimensiones de la variable actitud hacia el tratamiento dela tuberculosis pulmonar. Conclusión existe relación directa entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar con la actitud hacia el tratamiento de tuberculosis pulmonar (12).

Pinto O., Meléndez J, Miluska Lesly en su tesis nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar en pacientes que acuden al Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, 2018: fue descriptivo y transversal, con una muestra de 384 participantes en el HNSEB. Se obtuvo como resultados que de los 384 participantes la edad promedio fue de 33 años ± 13 años, siendo la máxima 78 años y mínima 18 años, de ellos, el 58.9% (226) correspondieron al sexo masculino y 41.1%(158) al sexo femenino, teniendo un grado de instrucción de nivel primaria el 1.8%(7), secundaria el 37.8%(145) y técnico o superior el 60.4%(232), pudiendo haber sido culminados o no. Así mismo, la tabla refleja que de todos ellos el 67.4%(259) tenía un empleo y que el 32.6%(125) se encontraba desempleado. El nivel de conocimiento de todos los encuestados fue bajo con un 82%. Conclusiones: El nivel de conocimiento que tuvieron los integrantes del estudio sobre tuberculosis pulmonar fue bajo (13).

Capacute, K. en su proyecto de investigación estudio la relación entre el nivel de conocimiento de Tuberculosis Pulmonar y la actitud hacia el tratamiento del paciente. El estudio fue de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal; tomando como unidades de estudio a 65 pacientes con Tuberculosis Pulmonar. Los resultados obtenidos indicaron que el 56,92% presentó un nivel medio de conocimiento y el 50,77% mostró actitud de indiferencia al tratamiento; concluyéndose que existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento de Tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Microred Cono Sur. (p<0. 05), (14).

**Nivel Local**

Sagastegui, C. en su tesis titulada incidencia y factores de riesgo de tuberculosis multidrogoresistente en adultos. Hospital I Santa Isabel - El Porvenir – Trujillo, el estudio fue de diseño: Observacional, analítico de casos y controles anidados en una cohorte. Con una población de 34 casos de TB - MDR y 68 controles con TB no MDR. Donde los resultados fueron que la incidencia de TB - MDR durante el período fue de 8.94 %. La función de tendencia de la incidencia es +0.693 % por año. El género femenino no fue factor de riesgo de incidencia de TB – MDR. El promedio de edad en los grupos MDR – NOMDR fue de 34.0571 -35.13. La edad mayor de 40 años no fue factor de riesgo de TB-MDR. Todos los pacientes con TB fueron del grupo Nivel educativo bajo. El tratamiento previo fue factor de riesgo para TB – MDR. La Diabetes mellitus no fue factor de riesgo de TB – MDR. El abandono de tratamiento fue factor de riesgo de TB – MDR. El tratamiento irregular fue factor de riesgo de TB – MDR. El contacto con paciente MDR fue factor de riesgo de TB – MDR. Conclusiones: El tratamiento previo, el tratamiento irregular, el abandono del tratamiento y el contacto con paciente MDR fueron factores de riesgo de TB – MDR (15).

1. **Justificación (importancia, resultados esperados, impacto: social, económico, ambiental u otro).**

La tuberculosis (TB) continúa siendo un importante problema de salud global. La carga de la enfermedad causada por la TB se mide en términos de incidencia, prevalencia y mortalidad. Para el año 2014 a nivel mundial se estimó que, alrededor de 9.6 millones de personas enfermaron de TB y 1,5 millones murieron a causa de esta enfermedad. Además, se estimó también que 480 mil personas desarrollaron tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) y 190 mil murieron a causa de esta. A nivel mundial, la tasa de incidencia de TB varía ampliamente entre los países. El mayor porcentaje de casos nuevos de TB se reportaron en los países de las regiones de Asia Sudoriental - Pacífico Occidental (58%) y África (28%). Sin embargo, son 22 países en todo el mundo los que concentran la mayor carga de enfermedad (con tasas de incidencia mayores a 150 casos por cada 100 mil habitantes), dentro de estos Sudáfrica y Swazilandia son los países con la incidencia más alta a nivel mundial (aproximadamente más de mil casos por cada 100 mil habitantes cada año). En la región de las Américas la mayoría de los países tienen tasas inferiores a 50 casos por 100 mil habitantes. (3)

Por lo que es muy importante disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia de tuberculosis mediante la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno gratuito y supervisado de las personas con Tuberculosis (TB) en todos los servicios de salud del país, brindando atención integral de calidad con la finalidad de disminuir la morbimortalidad y sus repercusiones sociales y económicas (2).

El presente trabajo de investigación aportará sobre la efectividad de la consejería que brinda la enfermera a los pacientes con tuberculosis esto servirá como material de estudio para mejorar dicha consejería. Es importante aplicar la consejería de manera adecuada durante todo el proceso del tratamiento para la mejora a la adherencia al tratamiento antituberculoso, evitando así el aumento de la morbimortalidad, la probabilidad de contagio a otras personas, aparición de la resistencia bacteriana y el aumento de costo del tratamiento antituberculoso.

La presente investigación aportará significativamente, a través de la información científicamente validada, conocer la situación en la que se encuentran los pacientes en lo referente a los conocimientos sobre esta enfermedad, la Tuberculosis, de tal forma que contribuya la actividad preventiva promocional del profesional de enfermería.

1. **Objetivos**
	1. **Objetivo General:**

Determinar el nivel de conocimiento post consejería y su relación con la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del programa de tuberculosis-Hospital el Esfuerzo-Distrito Florencia de Mora 2020.

* 1. **Objetivos Específicos:**
* Identificar el nivel de conocimientos sobre tuberculosis post consejería
* Identificar la adherencia al tratamiento antituberculoso.
1. **Resultados finales.**

Se presentarán cuadros unidimensionales y bidimensionales con sus respectivos valores absolutos y porcentuales, según los objetivos generales y específicos; así mismo se obtendrá la prueba estadística.

1. **Medios de Verificación**.

Instrumentos de recolección de datos:

* Cuestionario de Nivel de Conocimientos post- consejería
* Ficha de recolección de datos
1. **Marco Teórico**

El conocimiento es la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón, la naturaleza cualidades y relaciones de las cosas. Entonces podemos decir que el conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y el aprendizaje de la persona, este aprendizaje inicia desde el nacimiento y continúa hasta la muerte, originando cambios en la personalidad, pensamientos y actitudes (8).

Adíela Calzada menciona que existen 3 tipos de conocimiento, el conocimiento empírico que es aquel conocimiento adquirido por la experiencia. Es el conocimiento que no se adquiere filosofando ni teorizando sino de la práctica y del contacto directo con la realidad, por la percepción que se hace de ella. Menciona también al conocimiento filosófico como el conocimiento que se obtiene de los documentos escritos, pero esto no quiere decir que el filósofo se dedique únicamente a recopilar datos escritos, sino que los analiza y los corrobora en la práctica humana, y el tercer tipo es el conocimiento científico que es aquel que intenta hacer generalizaciones sobre los objetos atendiendo exclusivamente a los elementos de los fenómenos relacionados entre sí. Es un proceso crítico mediante el cual el hombre va organizando el deber, va superando las experiencias cotidianas hasta llegar a un saber sistemático, ordenado, coherente, verificable, preciso, especializado y universal (9).

Charles Peirce nos dice que existen cuatro métodos de adquirir el conocimiento; el de la tenacidad, aquí el individuo se empeña en la verdad, en su verdad, aunque existan hechos que la refuten esta clase de método se asocia con la percepción donde se evidencia el involucramiento del investigador al sostener su propia verdad. El método de autoridad donde el individuo deja de creer en su verdad y toma como verdadera la tradición impuesta por un grupo o medio de autoridad. El método de Intuición, las proposiciones a priori coinciden con el razonamiento y no con la experiencia. Este método considera que las personas alcanzan la verdad por medio de la comunicación y el intercambio libre, el dilema está en que por lo general no existe un acuerdo para determinar quién tiene la razón. Finalmente, el método científico, este método se encarga de disipar las dudas sin basarse en creencias. Este tipo de enfoque científico tiene una característica básica que no posee ningún otro es la autocorrección y la comprobación interna (16).

El conocimiento así adquirido puede ser medido en las personas, llegando a establecer niveles de conocimiento: Naranjo, A., clasifica al nivel de conocimiento en adecuado como la información significante, es decir, susceptible de formar o transformar las representaciones del sujeto, modificar su comportamiento transmitir información a diario una respuesta adecuada y el conocimiento inadecuado como la información que no es transmitida en forma clara y precisa y se transmite concepto erróneos (17).

La salud es “el goce de un alto nivel de bienestar mental y social, por tanto, el conocimiento que el ser humano tenga influye en la toma de decisiones en relación a su salud”. Es importante resaltar la función que tiene la comunicación para la salud razón por la cual la Promoción de la Salud la definió como el proceso de facultar a las personas para que aumenten el control que tienen sobre su salud y para mejorarla. También la podemos definir como la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño (18).

La información y la comunicación en salud son fundamentales para la adopción de modos de vida sanos, en forma individual y colectiva. Dado que el comportamiento humano es un factor primordial en los resultados de salud, las inversiones sanitarias deben centrarse tanto en los comportamientos como en los establecimientos de salud y la prestación de servicios. La solución de los problemas de salud requiere que las personas comprendan y estén motivadas para adoptar o cambiar ciertos comportamientos” (18).

La Consejería es una herramienta de comunicación por excelencia, una relación de ayuda que pretende implicar al individuo, a partir de sus propias necesidades y emociones. Mediante la Consejería se brinda orientación, información, apoyo emocional y se ayuda a tomar decisiones para adoptar o cambiar ciertos comportamientos (16,18).

La Consejería como “un diálogo confidencial entre el cliente y el consejero con el propósito de que el cliente logre lidiar y contribuir con el mejoramiento de su salud de manera que pueda tomar decisiones personales relacionadas con su enfermedad” (18).

La consejería se ha hecho sinónimo de asesoría y consultoría e independiente de cómo se le denomine, implica una relación para brindar orientación, información, contención, apoyo, evaluación y discusión de estrategias de acción para mantener una situación favorable. El consejero debe dirigir la sesión de forma sutil, buscando conocer la demanda real del usuario, favoreciendo un ambiente que facilite el diálogo entre ambos. Es necesario evitar enjuiciar, etiquetar y regañar a la persona, lo que permitirá crear una atmósfera de cordialidad, entendimiento y respeto y conservar la confidencialidad (19).

La Organización Mundial de la Salud declaró la tuberculosis como una urgencia mundial agravada, es un problema de salud pública de gran relevancia y es la principal causa de muerte en personas adultas (1).

Los factores de riesgo de no adherencia al tratamiento son diversos, entre ellos se encuentran el estigma social de la enfermedad, las reacciones adversas, la intolerancia a los medicamentos y la relación no asertiva entre el personal de salud y paciente, estos han sido ampliamente investigados sobre todo en los países desarrollados (7).

La pobre adherencia al tratamiento constituye el principal obstáculo para el control global de la enfermedad; por ello, es importante articular el programa de control de la TBC con otras estancias como la economía, la política, la ética y el quehacer propio de las organizaciones que velan por el bienestar de los pueblos; para convertir las acciones en un frente común de prevención y control de la TBC (20).

Existen métodos para determinar la adherencia de un paciente al tratamiento como el registro de la asistencia diaria ESN - PCT donde se suministran los medicamentos, reporte de paciente, conteo de tabletas. Por el contrario, la sospecha de no adherencia se da cuando el paciente no asiste a la toma de su medicamento por dos días consecutivos y se considera abandono a la inasistencia de la persona al tratamiento por más de 30 días (20).

Como parte de la educación del paciente, los trabajadores de la salud deben explicar la importancia de por qué quienes tienen la enfermedad de tuberculosis necesitan tomar sus medicamentos, deben explicar cómo la adherencia al tratamiento de la tuberculosis es positiva para el paciente y para los demás. Por ejemplo, cumplir el tratamiento puede ayudar a que el paciente se sienta mejor antes, a que cure la tuberculosis y a que regrese a sus actividades normales. De manera similar, la adherencia al tratamiento puede evitar que la enfermedad se siga propagando a otros, también debe explicar al paciente que algunas personas tienen problemas para respetar el cronograma de medicamentos (21).

El trabajador de la salud debe ayudar a los pacientes a identificar y abordar los posibles problemas de cumplimiento. Es más probable que los pacientes cumplan el tratamiento si se les ayuda a adoptar las decisiones y elegir las soluciones, en lugar de limitarse a escuchar lo que deben hacer. Algunos pacientes pueden enfrentar obstáculos, que pueden evitar que cumplan el tratamiento. Muchos trabajadores de la salud creen saber qué pacientes cumplirán las indicaciones; sin embargo, no hay manera de predecir quién tomará los medicamentos correctamente y quién, no. los pacientes no comprenden por completo el régimen de tratamiento, como tomar los medicamentos o los motivos para la duración prolongada de la terapia (21).

Esta falta de conocimientos puede conducir a una incapacidad o falta de motivación para completar el tratamiento. A ello se suma que algunos pacientes tienen fuertes creencias personales o culturales sobre la enfermedad de tuberculosis cómo debe tratarse y a quiénes deben recurrir para obtener ayuda. Cuando se diagnostica la tuberculosis o el tratamiento entra en conflicto con esas creencias, los pacientes pueden manifestar una variedad de conductas, como volverse temerosos, ansiosos o aislarse de los trabajadores de la salud. Por otro lado cuando el paciente y el trabajador de la salud no hablan el mismo idioma, pueden surgir problemas con la adherencia al tratamiento. Los trabajadores de la salud deben tratar de superar esta barrera idiomática por diversos medios, incluso con el uso de un intérprete (21).

La falta de acceso a la atención médica también puede ser un obstáculo para completar satisfactoriamente el tratamiento de la tuberculosis. Por ejemplo, los pacientes pueden tener horarios laborales que entren en conflicto con los horarios de la clínica o quizás no haya transporte para llegar hasta ella. Finalmente, cuando los pacientes y los trabajadores de la salud no establecen una relación de confianza, esto puede afectar negativamente la adherencia al tratamiento. Si un paciente desarrolla confianza con el trabajador de la salud, es más probable que siga las instrucciones y coopere. También es más factible que plantee preguntas e inquietudes al trabajador de la salud (23).

La estigmatización o la condena al ostracismo por parte de su familia, cónyuge o comunidad. En consecuencia, es posible que rechacen el diagnóstico y rehúsen el tratamiento. El estado de salud mental del paciente, incluidas las adicciones, puede tener un impacto adverso en el cumplimiento y la finalización del tratamiento de la tuberculosis, al igual que en la investigación satisfactoria de los contactos. Anteriormente se incluyeron algunas razones por las cuales los pacientes pueden incumplir el tratamiento. Es importante tener en cuenta que todo paciente puede tener problemas con el cumplimiento de las indicaciones. Cuanto más sepa el trabajador de la salud sobre el paciente, mejor podrá comprender y abordar los posibles problemas de adherencia que el paciente pueda tener. Cada paciente es diferente y puede requerir distintos enfoques para asegurar el cumplimiento (23).

Aun con capacitación y DOT, algunos pacientes pueden seguir afrontando obstáculos para cumplir el tratamiento. El trabajador de la salud debe identificar las razones específicas por las que el paciente no cumple. Los motivos son distintos para cada paciente. Una vez que se conoce el conjunto específico de problemas de cumplimiento, el trabajador de la salud puede hacer un plan personalizado de medidas para superar las dificultades y promover la adherencia. Hay varias estrategias adicionales que el trabajador de la salud puede emplear a fin de abordar las barreras para el cumplimiento como: 1. Crear un acuerdo de adherencia, 2. Ayudar a los pacientes a respetar las citas. 3. Usar incentivos y facilitadores para mejorar la adherencia. 4. Alentar al paciente a buscar apoyo. 5. Suministrar los medicamentos para la tuberculosis en preparaciones fáciles de tomar. 6. Coordinar otros servicios (19).

La consejería puede ser aplicada en nuestro medio para disminuir el abandono al tratamiento en pacientes con tuberculosis implementándose una “cadena educacional” mediante la cual se entrene al personal de salud en la importancia del problema y sus estrategias de abordaje y éste a su vez eduquen a las personas afectadas (17,22).

Es responsabilidad del profesional de enfermería, por ello como consejero desarrolla un papel preponderante en la toma de decisiones del aconsejado y en su orientación para la solución de sus problemas (23).

La falta de información básica sobre la enfermedad lleva a los pacientes a tomar alternativas, entre ellas, asistir o no al tratamiento antituberculoso. Es ahí donde la enfermera tiene el papel preponderante como agente de salud, pues es la más próxima a la persona y es un canal de información directa, ella es mediadora de conflictos, puesto que sus cuidados se dirigen y se enfocan en las dificultades, obstáculos y problemas, de los requirentes de esa atención con la finalidad de sensibilizar y capacitar, para el fortalecimiento de su autonomía con respecto a su enfermedad, y ofrecer ayuda profesional en forma eficaz y eficiente (24).

La consejería tiene como objetivo educar al paciente, brindando soporte al manejo integral que permita eliminar ideas erróneas que puedan confundir al paciente, haciéndole comprender el problema que enfrentan y la importancia de la adherencia al tratamiento (23).

Un componente clave del manejo de casos es ayudar a los pacientes a cumplir y completar el tratamiento de la tuberculosis. Adherencia al tratamiento se refiere al cumplimiento del curso recomendado de tratamiento mediante la ingesta de todos los medicamentos indicados durante todo el plazo sugerido. Incumplimiento es la incapacidad o negativa del paciente a tomar los medicamentos recetados contra la tuberculosis (25).

1. **Hipótesis**
	1. **Hipótesis de investigación**

**Ha: El** nivel de conocimiento post consejería se relaciona con la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del programa de tuberculosis-Hospital el Esfuerzo-Distrito Florencia de Mora 2020

* 1. **Hipótesis nula**

**Ho: El** nivel de conocimiento post consejería no se relaciona con la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del programa de tuberculosis-Hospital el Esfuerzo-Distrito Florencia de Mora 2020.

1. **Metodología**
	1. **Ámbito de Estudio**

 El proyecto de investigación se llevará a cabo en el Hospital el Esfuerzo – Distrito de Florencia de Mora. Trujillo, durante los meses de setiembre 2020 a setiembre 2021

* 1. **Tipo y Diseño General del Estudio**

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, correlacional, de corte transversal (26).

El diseño general del estudio que se utilizará es el siguiente:

 **X**

**M: r**

 **Y**

Donde:

**M:** Muestra

**X:** nivel de conocimientos post consejería

**Y**: adherencia al tratamiento antituberculoso.

**r: relación**

1. **Universo de Estudio, Selección y tamaño de la muestra, Unidad de análisis, Criterios de Inclusión y exclusión**
* **Universo de Estudio**

El universo estará constituido por 22 pacientes del programa de tuberculosis del hospital distrital el esfuerzo población que será intervenida considerándola como universo muestral.

* **Muestra**

En el presente estudio se trabajará con el universo muestral de 22 pacientes del programa de tuberculosis del hospital distrital El Esfuerzo los mismos que serán encuestados, para identificar el nivel de conocimiento sobre tuberculosis post consejería y la adherencia al tratamiento antituberculoso.

* **Unidad de Análisis y Observación**

Cada uno de los pacientes del programa de tuberculosis que cumplan con los criterios de inclusión.

**Criterios de Inclusión**

* Pacientes hombres y mujeres
* Pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y extra pulmonar
* Pacientes que recibieron consejería.
* Pacientes con diferentes esquemas y fases de tratamiento.

**Criterios de Exclusión**

* Pacientes menores de edad.
* Pacientes con tratamiento domiciliario
* **Operacionalización de Variable**

**Variable X:**nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar- post consejería

Es el conjunto de información adquirida o aprendido por los pacientes con tuberculosis luego de la consejería recibida por el profesional de enfermería.

**Definición Operacional**

Se clasificará en:

* Bajo nivel de conocimiento post consejería: 10 - 19 puntos.
* Moderado nivel de conocimiento post consejería: 20 - 25 puntos.
* Alto nivel de conocimiento post consejería: 26 – 30 puntos.

**Variable Y:** adherencia al tratamiento antituberculoso

**Definición Conceptual**

Se refiere a la predisposición o tendencia a patrones de conducta establecidas por parte de los pacientes hacia el cumplimiento y la finalización del tratamiento de la tuberculosis.

**Definición Operacional**

* Adherencia: 40 - 60 puntos
* No adherencia: 20 – 39 puntos
* **Procedimientos para la Recolección de Información. Instrumentos a utilizar**

El procedimiento de recolección de información en el presente estudio de investigación estará basado en la aplicación de los siguientes instrumentos de valoración:

1. Técnicas de recolección de datos: Encuesta y entrevista
2. Instrumentos de recolección de datos:

**Cuestionario de Nivel de Conocimientos sobre tuberculosis pulmonar post- consejería**

Consta de 20 preguntas, cada pregunta con alternativas y distribuidos en 03 dimensiones: de los cuales 07 preguntas corresponden a tratamiento farmacológico, 03 preguntas a cuidados en el hogar y 1O preguntas de medidas preventivas. Todas las preguntas plantean respuestas cerradas con cinco alternativas, siendo una de ellas correcta y cuatro incorrectas (Ver anexo 01).

Para construir la escala de medición, se asignó valores de 2 puntos a las respuestas correctas y 0 a las incorrectas, que finalmente se sintetizó en las siguientes categorías: Nivel bajo < 20 puntos, Nivel regular De 20 a 30 puntos y Nivel alto de 31 a 40 puntos.

Instrumento para recojo de información respecto a adherencia post consejería:

**Ficha de recolección de datos**

La recolección de datos se realizará a través de la verificación de la tarjeta de control de asistencia, administración de medicamentos y la “Guía para las buenas prácticas de consejería en tuberculosis” del Ministerio de Salud-2006, considerándose 02 categorías: AdherenciayNo adherencia.

**Confiabilidad y Validez del Instrumento**:

Este instrumento denominado: Nivel de conocimientos sobre tuberculosis, ha sido será validado por juicio de expertos y se aplicará la prueba estadística alfa de Cronbach.

**Método y Análisis de Datos**

La información recolectada a través de los instrumentos descritos será ingresada y procesadas en el programa estadístico IBM SPSS STATISTICS Versión 25. Los resultados se presentarán en tablas de una y doble entrada, de forma numérica y porcentual. Para determinar el tipo de relación que existe entre las variables se hará uso de la prueba Tau C de kendall que mide la relación entre dos variables; considerando que existen evidencias suficientes de significación estadística si la probabilidad de equivocarse es menor o igual al 5 por ciento (p≤0.05).

**Consideraciones éticas.**

Para garantizar los aspectos éticos de la población en estudio se mantendrá el anonimato de los participantes, a quienes se les explicará el tipo de investigación a realizar, respetando su derecho a retirarse de la misma en caso lo consideren conveniente y si durante la ejecución del estudio decidan ya no proseguir. Así mismo se les asegurará la confidencialidad de la información proporcionada para la investigación, garantizándoles que no se dará a conocer a otras personas su identidad como participantes, así se estará aplicando los principios éticos señalados en la investigación con seres humanos.

Para el recojo de la información se proporcionará un ambiente de privacidad, planificando como tiempo promedio para aplicar los cuestionarios 20 minutos aproximadamente.

Se solicitará el consentimiento informado (anexo 3).

**Bibliografía**

1. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva. Día mundial de la tuberculosis. OMS [INTERNET]; 2017 [citado el 27 de marzo 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/campaigns/tb-day/2018/es/>
2. Organización Panamericana de la Salud. Consejería orientada en los jóvenes para prevenir VIH/ITS y para promover la salud sexual y reproductiva: una guía para proveedores de primera línea. Washington, D.C.: OPS; 2005.
3. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C.: OPS; 2008.
4. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Manual de Procedimientos en Tuberculosis para Personal de Enfermería. Ciudad de México: Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades; 2007.
5. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control de la tuberculosis/Ministerio de salud. Dirección General de salud de las personas. Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de tuberculosis. Lima: MINSA; 2006.p. 277.
6. Instituto Nacional de Salud. Diálogo deliberativo del Resumen de Política de Intervenciones dirigidas a disminuir el abandono al tratamiento antituberculoso. Lima: INSUNAGESP; 2011.
7. Ministerio de Salud. MINSA invertirá S/142millones para reforzar lucha contra la tuberculosis. MINSA [INTERNET]; 2018 [citado el 27 de marzo de 2018]. Disponible: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/>
8. Golemba A, Ferreyra F, Martearena R, Achinelli F, Rovai G. Hepatotoxicidad medicamentosa y tuberculosis en un hospital del noreste argentino: estudio transversal .Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/6135.act>. Acceso 15 de noviembre del 2019
9. Costinuik C, Gosnell B, Moosa M. Tuberculous drug-induced liver injury and treatment rechallenge in human immunodeficiency virus co-infection. J Infect Dis Glob. 2015; 7(4):151-156. Durban, Sudáfrica. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26752869
10. Sáenz, A., Adherencia al tratamiento y los factores determinantes en pacientes con tuberculosis, Microred de José Leonardo Ortiz,2018. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/5345>.
11. Acosta S., Nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis de la microred de Santa Ana – Huancavelica, 2014. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/471>
12. Atuncar P., Pivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud de los pacientes, centro salud San Juan de Salinas, 2017. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1422>.
13. Pinto O., Meléndez J, Miluska Lesly. Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar en pacientes que acuden al Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, 2018. Disponible en:
14. Capacute Chambilla Katerine M. Relación entre el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la MiCrored Cono Sur Tacna 2012. Disponible en:
15. Sagástegui C., Incidencia y factores de riesgo de tuberculosis multidrogoresistente en adultos. Distrito El Porvenir, Trujillo. I anta Isabel - El Porvenir. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1600>
16. Culqui D, Cajo J, Suárez L. Grijalva C, Reategui S. Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. Rev Panam Salud Pública. 2005; 18(1):14–20
17. Naranjo A. Definición de Conocimiento. [INTERNET]. 2008 [citado 14 de Ene 2019]. Disponible en :/ /culturafutura. wordpress.com/2008/0 1 /20/definicionde%E2%80%9Cc onocimiento%E2%80%9D-la-nueva-sociedad-de-la-informacion/.
18. Ribeiro S, Amado V, Camelier A, Fernandes M, Schenkman S. Estudio caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. J Pneumol. 2004:26(6):291-6.
19. Millán T, Morera I, Vargas N. Consejería a adolescentes: descripción epidemiológica y motivos de consulta. Rev. méd Chile. 2007; 135(4):457-463.
20. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and treatment of tuberculosis among patients infected with human immunodeficiency virus: principles of therapy and revised recommendations. MMWR 1998; 47(20):1-60.
21. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control de la tuberculosis/Ministerio de salud. Dirección general de salud de las personas. Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de tuberculosis. Documento técnico: consejería en tuberculosis, Confección VIH/TB Y TB MDR Lima: MINSA; diciembre 2006
22. Subsecretaría de Salud Pública, División de prevención y control de enfermedades, Programa nacional de prevención y control del VIH/SIDA e ITS. Manual de formación básica en consejería para el VIH y las ITS. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública; 2011.
23. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control de la tuberculosis/Ministerio de salud. Dirección general de salud de las personas. Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de tuberculosis. Documento técnico: consejería en tuberculosis, Confección VIH/TB Y TB MDR Lima: MINSA; diciembre 2006
24. Rodríguez N, Rubio T. Bases conceptuales de la consejería en enfermería. In Crescendo. 2010; 1(2): 319–323.
25. Plan General Estrategia Sanitaria Nacional Características epidemiológicas de la tuberculosis pulmonar en La Libertad- Perú. SCIÉNDO15 (1):65-74.2012 74 de Tuberculosis 2004-2006. Lima: MINSA. Dirección General de Salud de las Personas; 2004
26. Hernández S., Roberto, Fernández C., Carlos y Baptista L. María del Pilar, Metodología de la investigación, 5a México: McGraw Hill Interamericana, 2010.

**SECCIÓN C: CRONOGRAMA DE INVESTIGACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Actividad | Meses |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | 1º Planteamiento del problema, objetivos y justificación  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 2º Construcción del marco teórico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 3º Formulación de hipótesis y marco metodológico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 4º Elaboración y prueba de instrumentos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  5º Recolección de datos. 6º Tratamiento de los datos7º Análisis de resultados8º Formulación de conclusiones y recomendaciones9º Redacción del informe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 10º Presentación del informe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**SECCIÓN D: PRESUPUESTO DEL PROYECTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Partida presupuestaria** | **Monto (S/.)** |
| 1. Equipos y bienes duraderos (hasta un 25% del presupuesto)
 |  1,300.00 |
| 1. Recursos humanos (hasta un 25% del presupuesto)
 |  1,200.00 |
| 1. Materiales e insumos
 |  200.00 |
| 1. Pasajes y viáticos
 |  1,500.00 |
| 1. Servicios tecnológicos
 |  1,350.00 |
| **TOTAL** |   **5,550.00** |

**CUADRO Nº 1: Equipos y bienes duraderos (adjuntar proformas)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Equipos y bienes duraderos** | **Especificaciones técnicas** | **Proforma (fecha)** | **Costo unitario** | **Cantidad** | **Costo total S/.** |
| **Laptop** |  |  | **1,300.00** | **1** | **1,300,000** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**CUADRO Nº 2: Recursos Humanos - Valorización del equipo Técnico**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Escuela o Unidad a la que pertenece** | **% de dedicación** | **Honorario mensual** | **Nº de meses** | **Costo total S/.** |
| Estadístico |  -------------- | parcial | 600.00 | 2 | **1200.00** |
| Tesista | Enfermería | parcial |  | 12 |  |
|  |  |  |  |  |  |

**CUADRO Nº 3: Material e insumos (adjuntar proformas)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Descripción** | **Costo unitario** | **Cantidad** | **Costo total S/.** |
| Papel Bond A4 | 25.00 | 2 millares | 50.00 |
| Lapiceros |  1,00 | 25 unid. | 25.00 |
| Grapadora | 35.00 | 1 unid | 35.00 |
| Grapas |  10.00 | 1 caja | 10.00 |
| USB | 35.00 | 1 unid. | 35.00 |
| Lápices |  1.00 | 25 unid. | 25.00 |
| Perforador | 20.00 | 1 unid | 20.00 |
|  | **Total** |  | **200.00** |

**CUADRO Nº 4: Pasajes y viáticos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Descripción** | **Costo unitario** | **Cantidad** | **Costo total S/.** |
| Movilidad local | 20.00 | **75** | **1500.00** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**CUADRO Nº 5: Servicios tecnológicos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Descripción** | **Costo unitario** | **Cantidad** | **Costo total S/.** |
| Análisis especializado | 600.00 | 1 |  600.00 |
| Digitación | 500.00 | 1 |  500.00 |
| Fotocopias | 0.10 | 100 |  10.00 |
| Empastado | 30.00 | 3 |  90.00 |
| Impresiones | 50.00 | 3 |  150.00 |
|  | Total |  | **1,350.00** |

**ANEXO N° 01**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CUESTIONARIO**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE TUBERCULOSIS PULMONAR**

 **Autoras**

El objetivo de la encuesta es determinar el nivel de conocimiento post consejería y su relación con la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del programa de tuberculosis-Hospital el Esfuerzo-Distrito Florencia de Mora 2020. Su participación en el siguiente cuestionario es de gran importancia para la realización del presente estudio, por lo tanto, solicitamos su colaboración y acceso a sus datos mencionados en dicho cuestionario, tomando en cuenta que la información brindada solo será de uso exclusivo para dicho estudio. El cuestionario es totalmente anónimo ¡Muchas Gracias!

**INSTRUCCIONES:**

A continuación, se presentan una serie de preguntas con 5 alternativas, marque Ud. con un aspa (X) la que considere correcta.

**DATOS GENERALES DEL INFORMANTE**

1. **Edad:**
* 15a20
* 21 a 30
* 31 a40
* 41 a50
* 51 a + '
1. **Sexo:** M F
2. **Grado de Instrucción**:
* Sin instrucción
* Primaria
* Secundaria
* Superior
1. **Ocupación:**
* Empleado
* Independiente
* Estudiante
* Ama de casa
* Desempleado

**DATOS ESPECÍFICOS**

1. **¿Qué tipo de enfermedad es la tuberculosis?**
2. Contagiosa
3. Hereditaria
4. Viral
5. Desconocida
6. No sabe
7. **¿Cómo se contagia la tuberculosis?**
8. Por el aire con microbios que respiramos
9. Por el agua con microbios que bebemos
10. Por las relaciones sexuales con pacientes con tuberculosis
11. Por compartir cubiertos, ropas u otros objetos con los pacientes con tuberculosis
12. No sabe
13. **¿Cuánto** tiempo debe presentar tos una persona para sospechar que tiene tuberculosis?
14. Por más de 7 días sin flema
15. Por más de 15 días, con o sin flema
16. Por más de 7 días con flema
17. Por más 1 O días sin flema
18. No sabe
19. **¿Qué condición es necesaria para que la persona se enferme con tuberculosis?**
20. Una mala alimentación
21. La falta de higiene
22. El consumo de alguna comida contaminada
23. El uso de los mismos cubiertos o vasos
24. No sabe
25. **¿Cuántos esquemas de tratamiento existen para la tuberculosis?**
26. 1
27. 2
28. 3
29. 4
30. No sabe
31. **¿Cuáles son los principales medicamentos que recibe un paciente con tuberculosis?**
32. Aspirina, gravol, ampicilina, y etambutol
33. Estreptomicina, ampicilina, gravol y plidan
34. Rifampicina, isoniazida, etambutol y pirazinamida
35. Furosemida, penicilina, gravol y aspirina
36. No sabe
37. **¿Cuáles son las molestias más comunes que pueden presentar los pacientes que reciben medicamentos contra la tuberculosis?**
38. Diarrea y dolor de estómago
39. Vómitos y diarreas
40. Náuseas y dolor de estómago
41. Náuseas y vómitos
42. No sabe
43. **¿Cuál de las siguientes acciones es necesaria para curarse de la tuberculosis?**
44. Realizar ejercicios físicos
45. No dejar de tomar las pastillas
46. Alimentarse en exceso
47. No ir a trabajar
48. No sabe
49. **¿Qué ocurre con la tuberculosis si el paciente no inicia tratamiento Oportuno?**
50. Disminuye
51. Se mantiene igual
52. Desaparece
53. Se extiende
54. No sabe
55. **¿Qué ocurre con los microbios de la tuberculosis si no se cumple o se abandona el tratamiento?**
56. Se vuelven débiles a los medicamentos
57. Se vuelven resistentes a los medicamentos e) Desaparecen
58. Se mantienen igual
59. No sabe
60. **¿Con qué líquido de preferencia debe tomar el paciente los medicamentos?**
61. Agua pura y mates
62. Leche y jugos
63. Café y té
64. Gaseosa y agua
65. No sabe
66. **¿Qué alimentos debe consumir mayormente el paciente con tuberculosis?**
67. Harinas, verduras y frutas
68. Carnes, productos lácteos y menestras
69. Verduras, frutas y carnes
70. Productos lácteos, verduras y frutas
71. No sabe
72. **¿Qué medida de precaución debe tener el paciente con tuberculosis al toser?**
73. Cubrirse la boca y mantenerse alejado
74. Cubrirse la boca y no hablar
75. Cubrirse la boca y evitar hablar de frente
76. Cubrirse la boca y hablar de frente
77. No sabe
78. ¿**Qué debe hacer el paciente cuando elimina flema?**
79. Eliminarlo directamente al recipiente de basura
80. Eliminarlo en una bolsa y luego quemarlo
81. Eliminarlo directamente en una bolsa plástico
82. Eliminarlo en papel higiénico y echarlo en una bolsa plástica
83. No sabe
84. **¿Cómo deben ser las actividades diarias del paciente con tuberculosis?**
85. Continuar con las actividades diarias
86. Disminuir sus actividades diarias
87. incrementar sus actividades diarias
88. No realizar ninguna actividad
89. No sabe.
90. **¿Cómo debe mantenerse la vivienda del paciente con tuberculosis para disminuir el contagio?**
91. Iluminada y con poca ventilación
92. Con poca iluminación y poca ventilación
93. Con poca iluminación y ventilada
94. Iluminada y ventilada
95. No sabe
96. **¿Qué examen debe realizarse el paciente mensualmente para su control durante el tratamiento?**
97. Radiografía de tórax
98. Análisis de esputo
99. Análisis de sangre
100. Examen de orina
101. No sabe
102. **¿Cuál de las siguientes acciones obligatoriamente debe realizar el Paciente con tuberculosis al inicio de su tratamiento, cambio de fase y su alta?**
103. Asistir a la consulta médica
104. Asistir a la consulta nutricional
105. Asistir a la consulta con la asistenta social
106. Asistir a la consulta psicológica
107. No sabe
108. **¿Cada cuánto tiempo debe controlar su peso el paciente con tuberculosis?**
109. Mensualmente
110. Diariamente
111. Semanalmente
112. Quincenalmente
113. No sabe
114. **¿Qué tratamiento farmacológico deben recibir los menores de 15 años que están en contacto con el paciente con resultado de esputo positivo?**
115. Pastillas de rifampicina
116. Pastillas de isoniazida
117. Pastillas de etambutol
118. Pastillas de pirazinamida
119. No sabe

**ANEXO 2**





**ANEXO N° 03**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

...........................................................................luego de haber recibido información del trabajo de investigación a realizar por las estudiantes ………, acepto ser encuestado con el propósito de contribuir a la realización del trabajo de investigación titulado **NIVEL DE CONOCIMIENTO POST CONSEJERÍA Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS-HOSPITAL EL ESFUERZO-DISTRITO FLORENCIA DE MORA 2019** el cual permitirá que la Escuela de Enfermería tome en cuenta estos casos.

Entiendo que los datos de mi identidad y los datos que proporcione serán totalmente anónimos y confidenciales, y que no tendrán ninguna consecuencia sobre mi persona, y que podre tener acceso a los resultados que se encuentren en dicho trabajo de investigación, doy el consentimiento de participar para que así conste la aceptación por mi propia voluntad, por lo que procedo a firmar el presente a los… días del mes de… del 2019.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usuario del área de PCT

 ………………………… ……..……………

 DNI: ……….. DNI: ………

 Investigadora Investigadora

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**ANEXO N° 04**

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **VARIABLE** | **DEFINICION CONCEPTUAL** | **DIMENSIONES** | **DEFINICION OPERACIONAL** | **INSTRUMENTO** |
| Nivel de conocimiento post consejería | Es el conjunto de información adquirida o aprendido por los pacientes con tuberculosis luego de la consejería recibida por el profesional de enfermería. |  | Se clasificará en:* Bajo nivel de conocimiento post consejería: 10 - 19 puntos.
* Moderado nivel de conocimiento post consejería: 20 - 25 puntos.
* Alto nivel de conocimiento post consejería: 26 – 30 puntos.
 | **ENCUESTA** |
| Adherencia al tratamiento antituberculoso | Se refiere a la predisposición o tendencia a patrones de conducta establecidas por parte de los pacientes hacia el cumplimiento y la finalización del tratamiento de la tuberculosis. |  | Se clasificará en:* Adherencia: 40 - 60 puntos
* No adherencia: 20 – 39 puntos
 | **ENCUESTA** |