

Policlínico Docente: “Raúl Suárez Martínez”

**TUBERCULOSIS PULMONAR: INTERVENCIÓN
EDUCATIVA EN POBLACIÓN DEL
ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO
PROVINCIAL DE ARIZA. CIENFUEGOS, 2019-
2020**

**Tesis presentada en opción al título de Especialista de
Primer Grado en Medicina General Integral.**

Autora: Dra. Jessica Hernández Pérez.

Tutor: MS. María Lina Valdés Gómez.

Asesor: DrC. José Aurelio Díaz Quiñones.

Consultante: Ernesto José López González

Cienfuegos, 2021

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

Uno de los grupos poblacionales que tiene mayor riesgo de enfermar de tuberculosis corresponde al de personas privadas de libertad. **Objetivo:** Aplicar una intervención educativa sobre tuberculosis pulmonar en población del Consultorio Médico de la Familia No 6. Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza. 2019-2020. **Fundamento metodológico:** Se realizó un estudio bietápico en un universo conformado por 40 reclusos con régimen de seminternos pertenecientes al CMF No.6. En su primera parte el estudio fue observacional descriptivo, de corte transversal para caracterizar la población en estudio. La segunda etapa fue un estudio experimental (pre-experimento) aplicando la propuesta diseñada para evaluar el nivel de conocimientos antes y después de implementada a la muestra seleccionada. **Resultados:** predominaron los pacientes en el grupo etario de 30-39 años, nivel escolar de Secundaria Básica y tiempo de internamiento entre 1-6 años. Frecuentaron los pacientes con estado nutricional normal, con antecedentes patológicos personales de HTA y el 97,5% de los pacientes no presentaban antecedentes familiares de TB. El 75,0% de los pacientes fumaban y el 65,0% ingerían bebidas alcohólicas de forma ocasional. **Conclusiones:** Se identificó un bajo nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y sus factores de riesgo en la población estudiada antes de la intervención educativa dado fundamentalmente en la definición de la TBp, los signos y síntomas sospechosos de la misma y la conducta a seguir con las personas que enferman. Luego de diseñada y aplicada la intervención educativa, preponderaron los pacientes con alto nivel de conocimientos por encima del 75 % de las respuestas correctas.

Palabras clave: tuberculosis pulmonar, nivel de conocimiento, estudios de intervención, personas privadas de libertad.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	
RESUMEN	
ÍNDICE	
INTRODUCCIÓN	1
FUNDAMENTACIÓN DEL ESTUDIO.	5
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	7
OBJETIVO GENERAL	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	8
ANTECEDENTES INTERNACIONALES.	8
ANTECEDENTES NACIONALES.	9
DEFINICIÓN DE LA TUBERCULOSIS.	9
ETAPAS DE LA TUBERCULOSIS.....	10
MÉTODO DE TRANSMISIÓN.	10
SÍNTOMAS.	11
MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO.....	12
DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS.	13
MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR EL CONTAGIO:.....	13
INTERVENCIÓN EDUCATIVA.	16
CARACTERÍSTICAS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.	16
ETAPAS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.	17
SESIONES DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.....	17

FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS.....	19
DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO:.....	19
ESCENARIO:.....	19
PERÍODO QUE ABARCA EL ESTUDIO:.....	19
UNIVERSO:	19
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	19
MÉTODOS, PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ...	24
MÉTODOS QUE SE EMPLEARON.....	25
I. ETAPA DE DIAGNÓSTICO.	26
II. ETAPA DE INTERVENCIÓN.	27
III. ETAPA DE EVALUACIÓN.	28
CONSIDERACIONES ÉTICAS.	28
RESULTADOS	29
TABLA 1: DESCRIPCIÓN DE PACIENTES SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y NIVEL DE ESCOLARIDAD. CONSULTORIO MÉDICO DE FAMILIA NO.6. ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO PROVINCIAL DE ARIZA. 2019-2020.....	29
TABLA 2: DESCRIPCIÓN DE PACIENTES SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y PERÍODO DE INTERNAMIENTO.....	30
TABLA 3: DESCRIPCIÓN DE PACIENTES SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y EL ESTADO NUTRICIONAL.....	31
TABLA 4: DESCRIPCIÓN DE PACIENTES SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES.....	32
TABLA 5: DESCRIPCIÓN DE PACIENTES SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES DE TB.	33
TABLA 6: DESCRIPCIÓN DE PACIENTES SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y HÁBITO DE FUMAR.	34
TABLA 7: DESCRIPCIÓN DE PACIENTES SEGÚN GRUPOS DE EDAD E INGESTIÓN DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS ANTES DEL INTERNAMIENTO.....	35

TABLA 8: DESCRIPCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TUBERCULOSIS PULMONAR ANTES DE APLICADA LA INTERVENCIÓN.	36
TABLA 9: DESCRIPCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TUBERCULOSIS PULMONAR DESPUÉS DE APLICADA LA INTERVENCIÓN.	37
DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
ANEXO I: MODELO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	
ANEXO II: TABLA DE DIAGNÓSTICO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE ACUERDO CON EL IMC	
ANEXO III: ENCUESTA SOBRE TUBERCULOSIS.	
ANEXO IV INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO “LA TUBERCULOSIS SE PUEDE CURAR... CUMPLE CON TU TRATAMIENTO”	
ANEXO V: CONSENTIMIENTO INFORMADO JEFE SERVICIOS MÉDICOS DEL MININT	
ANEXO VI: AVAL DEL DIRECTOR DEL POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DE RODAS “RAÚL SUÁREZ MARTÍNEZ”	
ANEXO VII: AVAL DEL CONSEJO CIENTÍFICO DEL MUNICIPIO DE RODAS.	
ANEXO VIII: CONSENTIMIENTO INFORMADO.	

INTRODUCCIÓN

Uno de los grupos poblacionales que tiene mayor riesgo de enfermar de tuberculosis corresponde al de personas privadas de libertad. El mayor riesgo de tuberculosis en prisiones está dado por múltiples factores. Las características propias del ambiente carcelario (hacinamiento, mala ventilación), las condiciones de vida a las que se exponen las personas en las cárceles (mala nutrición, estrés físico y emocional) y el deficiente acceso a la atención de salud, potencian la posibilidad de desarrollar una tuberculosis activa.

La tuberculosis pulmonar (TBp) es una enfermedad infectocontagiosa conocida desde la más remota antigüedad, sus características clínicas y su transmisibilidad se conocen desde antes del año 1000 a.n.e. (1)

Fue llamada tisis (del latín phthisis) por primera vez en la Antigua Grecia por Hipócrates, y su agente causal fue descubierto en 1882 por Robert Koch, quien aisló y cultivó los bacilos responsables de la enfermedad. (2)

Puede afectar a personas de todas edades y ambos sexos, cuyo agente etiológico es el *Mycobacterium tuberculosis*, bacilo ácido alcohol resistente en forma de bastón, que afecta principalmente el tejido pulmonar, desde donde se puede diseminar en el hospedero por extensión directa a través de los conductos linfáticos a los ganglios linfáticos regionales y la corriente sanguínea, la cual distribuye los bacilos a todos los órganos del cuerpo. (1)

A pesar de todos los esfuerzos de la ciencia para la eliminación de la tuberculosis, la aparición de tratamientos eficaces y el establecimiento de las normas para el control de la enfermedad en la comunidad, la TB es considerada actualmente una enfermedad reemergente. (3)

Desde fines de los años 90 del siglo pasado, la Organización Mundial de la Salud comenzó a trabajar en una alianza global para enfrentar la reemergencia de la TB, que en el año 2000 culminó con la creación de la Alianza Alto a la TB, red de más de 500 organizaciones internacionales, incluyendo países, donantes y actores del sector público y privado con el fin de lograr la eliminación de la TB el 2050. (4)

Según el informe de 2016 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron por esta enfermedad (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH). (5)

Se mantienen diferencias en la incidencia de esta enfermedad entre las regiones, el mayor número de casos notificados corresponde a Asia (56%) y África (29%), mientras que el menor número de casos están en el Mediterráneo Este (8%), Europa (4 %) y Las Américas (3 %). En África el 34 % de los casos de tuberculosis está infectado con VIH y en todo el mundo, entre las personas que viven con VIH, el 78 % tiene tuberculosis.(6)

El 82 % de casos nuevos de tuberculosis a nivel global se concentran en los 22 países de mayor carga de la enfermedad; sobresalen en este grupo: la India (2,0-2,3 millones), China (0,9-1,1 millones), Nigeria (340 000-880 000), Pakistán (370 000-650 000), Indonesia (410 000-520 000) y África del Sur (410 000-520 000). En el caso de la India y China de forma independiente aportan el 24 % y el 11 % de los casos globales. (7)

Para la región de Las Américas, en 2012, la incidencia de tuberculosis registrada es de 280 000 casos nuevos, para una tasa estimada de 29 casos por 100 000 habitantes y la tasa notificada de 23 por 100 000 habitantes, estos casos representaron el 3 % de la carga mundial, de ellos 9 800 eran niños. Cuatro países (Brasil, Perú, México y Haití) representaron el 61 % de los casos de tuberculosis. (8)

De acuerdo al informe de la OMS citado, Colombia presentó una incidencia de 16 000 casos nuevos de TB cada año, es decir, 33 casos por cada 100 000 habitantes, con una prevalencia de 23 000 casos, equivalente a 48 pacientes por cada 100 000 habitantes y

alrededor de 770 muertes por esta causa con la exclusión de las muertes por coinfección TB/VIH, es decir 1,6 muertes por cada 100 000 habitantes. El porcentaje de detección de casos fue del 73 %.(9)

Actualmente la TB es la segunda causa de muerte por enfermedades transmisibles en Chile (268 defunciones el 2014, tasa 1.5 por 100.000), con una notificación que supera los 2 mil casos (2.383 casos el 2012, tasa 13,4/100 mil habitantes). (4,10)

Países como Bahamas, Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América, Jamaica y Puerto Rico tienen una baja incidencia menos de 100 casos de tuberculosis por millón de habitantes. Estos países tienen mayores posibilidades de lograr la pre eliminación de la enfermedad para 2035 -reducir los casos nuevos de tuberculosis a menos de 10 por millón de habitantes por año- y posteriormente, para el 2050, la eliminación completa de la tuberculosis, situación que se define como una incidencia de menos de 1 caso por millón de habitantes por año. (5)

En Brasil, el único país americano que aparece en la lista de las naciones más castigadas por la tuberculosis de la OMS a nivel mundial, cerca de 4 600 personas mueren cada año por esa infección y se notifican unos 70 000 casos nuevos. (11)

Gracias a la instauración en Cuba del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) a partir de 1970,(12,13) se ha logrado una disminución de la morbilidad y la mortalidad por esta causa, con una la tasa de incidencia de TB en 2018 y 2019 de 5,8 y 5,2 casos por 100 mil habitantes, respectivamente, con riesgo de mortalidad por esta causa en ambos años de 0,1 defunciones por cada 100 mil habitantes en el año 2019.

En Cienfuegos, la situación de la tuberculosis en las últimas décadas no ha sido diferente a la existente en ámbito nacional e internacional; en el año 1994 se reportaron 86 casos para una tasa de 22,5/105 habitantes: de ellos 79 casos de tuberculosis pulmonar (TBp) (20,7/105 habitantes) y 7 extrapulmonares (1,8/105 habitantes), siendo por dos años consecutivos (1994 y 1995) la provincia de mayor tasa del país. A partir del año 1996 se

aprecia una tendencia al descenso de las tasas hasta el año 2000, año en el que se diagnosticaron un total de 24 casos de TB para una tasa de 6,1/105 habitantes y en el 2002 se notificaron 15 casos de dicha enfermedad con una tasa de 3,7/105 habitantes.(14)

Paulatinamente se ha identificado un detrimento del cumplimiento de los indicadores del PNCT propiciando un aumento del reporte de número de casos en algunos años y en otros, la falta de cumplimiento de los objetivos del programa. (15)

En la actualidad, el país se propone erradicar la tuberculosis pulmonar como problema de salud pública en sus 169 municipios, lo que representa un verdadero reto para un país pobre. Surge entonces la necesidad de fortalecer el diagnóstico y seguimiento de los casos, así como el de los pacientes sintomáticos respiratorios, las terapias preventivas e incrementar la capacidad integral de los trabajadores de la salud. (16)

La enfermedad afecta principalmente a poblaciones que presentan factores de riesgo como: enfermedad pulmonar crónica, diabetes, trasplantes, factores inmunosupresores, farmacodependencia; incluido el consumo de tabaco que incrementa en más del 20 % el riesgo de desarrollar TB.

Según informes de la OMS, la prevalencia de la tuberculosis en las cárceles es hasta 100 veces mayor que entre la población civil. Los casos de tuberculosis en las cárceles pueden representar hasta el 25% de la carga de morbilidad de un país por esta enfermedad. La transmisión se ve favorecida por el diagnóstico tardío, el tratamiento inapropiado, el hacinamiento, la ventilación deficiente y los repetidos traslados.(17)

La presencia de TB en centros penitenciarios es un problema crítico por razones como: depresión del sistema inmune de las personas privadas de la libertad, condiciones de hacinamiento que favorecen la transmisión, factores sociales como desnutrición, estrés al afrontar el encarcelamiento, farmacodependencia, uso de drogas intravenosas e incluso la práctica de conductas sexuales que favorecen la diseminación de patologías como

VIH, entre otros y el déficit del engranaje entre los programas de vigilancia y control epidemiológico lo cual lleva a que se encuentren dentro de la población vulnerable para el desarrollo de la enfermedad. (18)

En la actualidad la información sobre la prevalencia de coinfección en cárceles es desconocida, y no se cuenta con un buen registro de casos.

Los programas de TB efectuados actualmente en las prisiones cubanas han demostrado ser eficaces, consiguiendo –sobre todo a través de la búsqueda activa de casos y la aplicación de tratamientos directamente observados– una reducción importante del número de casos de TB. No obstante, los programas antiTB intrapenitenciarios deben estar íntimamente coordinados con los programas efectuados extrapenitenciariamente.

Con respecto al proceso de determinación de los factores de riesgo asociados a la TB pulmonar se registran publicaciones e investigaciones internacionalmente realizadas por especialistas de Word Health Organization, OPS. (17)

En Latinoamérica prestigiosos investigadores abordan y publican acerca del tema, pudiéndose citar a Aguilera Sanhueza XP (4), Muñoz Sánchez AI (9), Gómez IT (17) y Huapaya Romero RM (19).

En Cuba varios estudiosos investigan y publican acerca de la TB entre los que se encuentran Isaac Rodríguez M (1), Jam Rivero M (2) y Muñoz Sánchez AI (8).

En Cienfuegos un grupo de investigadores estudian y publican acerca de la TB entre los que podemos mencionar a Delgado Acosta H (16).

Fundamentación del estudio.

La Organización Mundial de la Salud con su estrategia “Fin a la Tuberculosis” espera reducir en más de un 90% la tuberculosis, así como la farmacorresistencia, para el año 2030. (19–21)

Con estas metas en mente, primero se deben solucionar los factores sociodemográficos, factores personales, factores ambientales o factores institucionales de cada país para llegar a lo que se ha propuesto, por eso nuestro estudio va encaminado a elevar el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar en la población del Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza, perteneciente a la provincia de Cienfuegos, dado por la presencia de casos nuevos de TB y la repercusión que estos pudieran tener sobre el resto de la población. Basado en los siguientes elementos: proceder los casos nuevos de un internamiento en el cual se encuentran en régimen seminternos que provienen del penal donde estuvieron en destacamentos en los cuales existe condiciones de hacinamiento, exceso de humedad, donde no llega el sol y trae consigo comorbilidades y enfermedades respiratorias e inmunosupresión. Por otra parte, los combatientes no quedan exentos de estos riesgos, muchos de ellos pasan largas jornadas de trabajo dentro de los destacamentos y algunos de ellos mantienen contacto directo con los enfermos de TB, además de ser éstos los que de no conocer los riesgos de transmisión de la enfermedad, pueden propagarla a la población general.

Todas esas evidencias traen consigo el aumento del flujo de transmisión entre prisiones y la comunidad, la presencia de internos que pasan de un régimen cerrado a un régimen con condiciones de semilibertad, según la conducta y la disciplina lograda hasta el momento, y que constituyen grupos de riesgo de esta infección para la población de la penitenciaria que los recepciona, y la sociedad en sentido general.

Se decide realizar este estudio, formando parte de las estrategias cubanas para la eliminación de la tuberculosis como un problema de salud, encaminado a aplicar una intervención educativa sobre tuberculosis pulmonar en la población del CMF No.6. Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza. 2019-2020, dada la presencia de nuevos casos de la enfermedad, todo lo cual contribuirá a realizar un conjunto de acciones para reducir la incidencia de la enfermedad en la población que permitirá elevar el nivel de conocimientos sobre la infección tuberculosa y sus factores de riesgo.

En el Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza durante en el año 2017 fueron diagnosticados 2 nuevos casos de TBp; para el año 2018 estas cifras aumentaron a 6 nuevos casos. Los presentes datos han conllevado a la realización del presente trabajo que servirá de ayuda en la lucha contra la TBp en prisiones, y ayudará a que los profesionales que trabajan en la Sanidad Penitenciaria, perfeccionen los programas vigentes y continúen mejorando su labor en el control de la TBp.

Problema de investigación.

¿Cómo contribuir a elevar el nivel de conocimientos acerca de la tuberculosis pulmonar y sus factores de riesgo en la población del establecimiento penitenciario provincial de Ariza, Cienfuegos?

Objetivo General

Aplicar una intervención educativa sobre tuberculosis pulmonar en población del Consultorio Médico de la Familia No 6. Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza. 2019-2020

Objetivos Específicos

1. Caracterizar a la población reclusa, según las variables seleccionadas.
2. Identificar el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y sus factores de riesgo en la población en estudio.
3. Aplicar una intervención educativa.
4. Determinar el nivel de conocimientos acerca de la tuberculosis pulmonar y sus factores de riesgo en la población en estudio después de la implementación de intervención educativa

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

En la presente sesión se efectuó un breve marco histórico donde se expusieron los antecedentes internacionales y nacionales relacionados con el objetivo de estudio. A continuación se expusieron los conceptos, síntomas, métodos de diagnóstico y formas de prevención de la tuberculosis pulmonar. Se contextualizó respecto a la intervención educativa, su concepto, etapas y sesiones.

Antecedentes internacionales.

En un estudio realizado por Wilches Luna et al (22) en Colombia en 2014, utilizaron un cuestionario diseñado y validado para indagar los conocimientos, actitudes y prácticas y educación relacionados con TB en 193 estudiantes de los programas de medicina, enfermería, odontología, fisioterapia, fonoaudiología, terapia ocupacional, laboratorio clínico y atención pre-hospitalaria. Los resultados mostraron que 35.2% no identificaron apropiadamente los factores de riesgo para TB nosocomial, sólo el 33.7% conocían la incidencia de TB en el país, y un 1.6% identificó apropiadamente el tratamiento de primera línea. Concluyeron que existen mejores oportunidades para mejorar la educación que reciben los estudiantes con respecto a la TB.

Arivilca y Mamani (23) en Perú, Puno 2014, realizaron una intervención educativa de enfermería en el manejo de los servicios de saneamiento básico, en las familias del sector de Anccaca, Laraqueri, cuyo objetivo fue determinar el nivel de efectividad de la Intervención Educativa de Enfermería en el Manejo de los Servicios de Saneamiento Básico en las familias del sector de Anccaca, Laraqueri. Obtuvo como resultado que el manejo de los servicios de saneamiento básico antes de la intervención educativa fue regular con 75% seguido de bueno 15% y deficiente 10% en los mencionados servicios; después de la intervención, el 85% fue bueno, y solo 15% regular.

Antecedentes nacionales.

Isaac Rodríguez M (1) en su intervención educativa sobre tuberculosis pulmonar en pacientes del Consultorio 12 del Policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez” en Ciego de Ávila, 2012. Aplicó una encuesta sobre el tema antes y después de la intervención educativa, concluyendo con que aumentó considerablemente el nivel de conocimiento después de la intervención en cuanto a grupos de riesgo, formas de recolección de la muestra de esputo, vías de transmisión, síntomas y signos de la enfermedad.

Hernández Rodríguez et al (24) realizó un estudio preexperimental (antes-después) entre enero y diciembre de 2017 con el objetivo de evaluar la utilidad de un programa de intervención educativa para modificar el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar en la población penal del Establecimiento Penitenciario Provincial de Ciego de Ávila. Obtuvieron en su estudio que más de la mitad de los internos tenían nivel educacional medio superior (69,23%). La media de edad fue 37,70 años. El nivel de conocimiento global se incrementó 2,56 %, con un nivel adecuado antes de la intervención y hasta 87,18 % luego de aplicada, con diferencias significativas. La totalidad de participantes manifestó que la intervención le resultó agradable e instructiva.

Estos antecedentes contribuyen de forma valiosa con el estudio orientando a la metodología a seguir para lograr los objetivos propuestos, dan a conocer la realidad nacional e internacional de la situación de tuberculosis ya que es una problemática vigente en la salud del país, al mismo tiempo los antecedentes son instrumentos que ayuda a elaborar un trabajo de investigación.

Definición de la tuberculosis.

Enfermedad infectocontagiosa, prevenible y curable, producida por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, que ataca a cualquier parte del organismo. (25)

Tos persistente y flema por 15 días a más, algunas veces acompañado de sangre en el esputo, temperatura alta, sudoración durante las noches, vértigos, escalofríos y pérdida de peso, son los signos y síntomas más frecuentes. Toda persona que tiene acercamiento con una persona con tuberculosis debe ser sometida a realización de exámenes para un descarte de estar infectado. (26)

El tratamiento empleado se está volviendo una problemática en la resistencia microbiana a los antibióticos. Por ello se debe promover la prevención de la enfermedad y de alguna forma reducir la cifra de casos de personas infectadas con esta enfermedad. (25,26)

Etapas de la tuberculosis.

Exposición: Producida al estar expuesta o tenido contacto la persona con otra que tiene TB.

Infección tuberculosa o tuberculosis latente: Originada cuando las bacterias de TB están en el organismo de una persona y ésta no presenta signos y síntomas de la enfermedad. El (PPD) es positivo, y son normales los RX. En estos casos se establece un tratamiento conocido como “quimioprofilaxis” teniendo el propósito de prevenir la aparición de la enfermedad. (25)

Método de transmisión.

A través del aire se trasmite las bacterias. Un individuo infectado de tuberculosis elimina bacterias de *M. tuberculosis* que están alojadas en las vías respiratorias al hablar, escupir, toser o estornudar. En dichas situaciones, las bacterias eliminadas pueden ser aspirados por un individuo sano que está en frecuente contacto con un enfermo de tuberculosis e infectarse de esa manera, ya sea en vehículos de transporte, colegio, centro de trabajo y en el hogar, todo eso va depender de:

- Las lesiones del enfermo en su tipo y extensión.

- Persona que no recibe tratamiento oportuno.
- Permanencia del contacto con el individuo infectado.
- Números de bacilos expuestos en el aire de la vivienda.

Las personas con la enfermedad activa son las únicas que pueden transmitir la tuberculosis. El diámetro de las gotas infecciosas (flügges) es de 0.5 a 5µm, pudiéndose producirse alrededor de 400.000 en un solo estornudo. (27,28)

Personas con mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.

- Personas portadoras del VIH
- Toda persona que tiene contacto cercano con paciente enfermo de TB.
- Personas que han contraído la enfermedad los 2 últimos años (pasaron de tuberculina negativa a positiva).
- Persona que se inyecta drogas.
- Personas que habitan o laboran en hacinamiento (prisiones, embarcaciones, cuarteles, etc.)
- Persona que padece de enfermedades que debilitan al sistema de defensa del organismo. (29–31)

Síntomas.

- Tos persistente por dos o más semanas.
- Fiebre que durante las noches se incrementa.
- Tos y eliminación de flema sanguinolenta.
- Disminución de apetito y peso.
- Sudoración por las noches.
- Dolor de pecho.
- Cansancio y debilidad constante. (25–27,29,32)

Métodos de diagnóstico.

La tuberculosis activa es diagnosticada al detectar en el tracto respiratorio la M. tuberculosis (TBp) o fuera de él (TB extrapulmonar). En países de bajos recursos sanitarios utilizan métodos modernos como la visión microscópica del bacilo ácido alcohol resistente (BAAR) y el Lowenstein – Hesen. Pero la microscopia más barata y rápida, eficaz en la detección de pacientes contagiosos. (25,33,34)

Se emplea el cultivo en la TB al existir escasa carga bacteriana (mayor sensibilidad) teniendo finalidad identificar cepas y estudio de sensibilidades a distinto tratamiento. La microscopia y el cultivo pueden emplearse para monitorizar el tratamiento. (35)

Examen de baciloscopía o esputo: Forma principal para diagnosticar la tuberculosis. Se toma muestra de la expectoración (flema) teniendo como finalidad observar los bacilos que produce la enfermedad empleando el microscopio. La muestra debe ser recolectada en envase de plástico desechable con tapa rosca y de boca ancha, limpio y seco.

Es recomendable dejar 2 muestras de esputo:

- Se recolecta la 1º muestra posterior a la consulta.
- Al día siguiente la 2º muestra, al despertar el enfermo por la mañana.

Cultivo del esputo: Prueba sensible para el diagnóstico, resultado que es dado 8 semanas después de haber dejado la muestra. Realizada en personas con sospecha de tuberculosis y que la baciloscopía tuvo resultado negativo, empleada también para el seguimiento diagnóstico.

Radiografía de tórax: Prueba de gran utilidad, esencial para diagnosticar tuberculosis, va permitir visualizar la extensión de la enfermedad pulmonar, su evolución y secuelas.

Prueba PPD o cutánea de la tuberculina: Método de Mantoux haciendo decoro al científico Charles Mantoux quien en 1908 introdujo la prueba. Se realiza con la aplicación

de una sustancia inofensiva llamada “tuberculina”, debajo de la piel del brazo; dos días después de haberla aplicado el personal de salud evalúa los resultados. (25)

Diagnóstico precoz y tratamiento de la tuberculosis.

Prevenible llevando una vida saludable e higiénica, identificar oportunamente personas enfermas, certificando su curación para evitar el contagio a otras personas, a través de la vacunación BCG que se aplica a niños en el 1° mes de vida.

Se logra con la eliminación de la infección presente en la comunidad por medio de la detección, diagnóstico oportuno, tratamiento completo en casos de TBp con (BK+). (36)

Vacunación BCG: Aplicada a recién nacidos. Vacuna que previene al niño de la meningitis tuberculosa y tuberculosis miliar.

Quimioprofilaxis: Es la administración de isoniazida (H) 5mg/kg/día de forma diaria por 6 meses, a todo contacto examinado menor de 19 años de pacientes con TBp con BK+. Ayuda a disminuir el desarrollo de la enfermedad en niños infectados. (36)

La tuberculosis se trata tomando varios medicamentos durante un periodo de 6 a 9 meses. En la actualidad hay 10 medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. para el tratamiento de la tuberculosis. Entre los medicamentos aprobados, los fármacos de primera línea contra la tuberculosis, que componen los principales esquemas posológicos de tratamiento, incluyen los siguientes: Isoniazida (INH), Rifampina (RIF), Etambutol (EMB), Pirazinamida (PZA).(37)

Medidas preventivas para evitar el contagio:

- Aplicar la vacuna BCG al RN.
- Diagnosticar de forma temprana y brindar un tratamiento oportuno a las personas con tuberculosis, asegurándose de que el paciente tome su medicación con

regularidad y perseverancia, ya que es efectiva y a pocas semanas de iniciar el tratamiento el enfermo deja de eliminar bacilos.

- Durante el periodo de contagio es recomendable que el enfermo duerma en habitación aparte e intente evitar tener contacto con los miembros de la familia. Cuando ya no estén en periodo de contagio pueden empezar hacer su vida normal.
- El enfermo no debe recibir visitas y se mantendrá alejado de los miembros que vivan con él, hasta dos semanas después de haber recibido el tratamiento. Se pueden contagiar fácilmente de tuberculosis los niños, personas con sistema inmunitario debilitado (cáncer, VIH, los que han tenido trasplante de órganos).
- El enfermo cuando tosa y estornude tiene que cubrir la boca con un pañuelo, no escupir al suelo, al expectorar o eliminar mucosidad debe ser recogida con papel higiénico y eliminarlo al inodoro.
- Ventilar la vivienda y área de trabajo. La persona infectada no debe ubicarse cerca de un ventilador u otro sistema de refrigeración o calefacción porque puede favorecer la transmisión de la enfermedad.
- Alimentarse de forma balanceada, respetando sus horarios. No necesita medida especial al uso de vajilla, cama, ropas, etc.
- Administrar medicamentos de prevención (quimioprofilaxis) a las personas en contacto con enfermos de TB, que sean menores de 19 años. (38,39)

El Programa Nacional y Normas de procedimiento para la Prevención y Control de la Tuberculosis propone estrategia educativa para el control y eliminación de la TB, con el objetivo general de fortalecer las acciones de Promoción y Educación para la Salud que contribuya a la eliminación de la TB en Cuba y como objetivos específicos:

- Incrementar la participación activa de los diferentes sectores y la comunidad en la realización de actividades educativas.
- Elevar la percepción del riesgo de la Tuberculosis pulmonar.

- Proporcionar a los equipos de Salud de los tres niveles de atención, los conocimientos y habilidades necesarios en el enfrentamiento con eficiencia y eficacia de la TB.
- Proporcionar a los medios de difusión masiva los aspectos básicos de la comunicación en el abordaje e información con eficiencia y eficacia para la etapa de eliminación de la TB.
- Diseñar un conjunto de acciones de Comunicación Social en Salud dirigidas a la eliminación de la TB.

Proponiendo como contenidos a destacar.

- Situación de la Tuberculosis en el mundo (destacar que éste es un problema mundial, y que Cuba es uno de los países que puede lograr su eliminación, por lo que se deben fortalecer las medidas de prevención, detección y control).
- Importancia de las acciones establecidas, con énfasis en las medidas de prevención de la Tuberculosis como la principal vía para la eliminación de la enfermedad.
- Información sobre las personas vulnerables de padecer la enfermedad, haciendo énfasis en niños y adultos mayores.
- Características generales, sintomatología, medidas preventivas, periodo de incubación, vías de transmisión, agente causal, profilaxis, tratamiento y rehabilitación.
- Eliminación de estigmas que persisten en los enfermos, sus familiares, la comunidad y los profesionales y trabajadores de la salud en relación con la TB.
- Fundamentar y argumentar la responsabilidad de las personas, la familia, la comunidad e instituciones en la prevención, el control y tratamiento de la tuberculosis.
- Importancia de la adherencia al tratamiento preventivo y curativo en la coinfección TB-VIH/sida.

- Brindar información sobre las enfermedades transmitidas por las vías respiratorias.
- Propiciar la formación de las nuevas generaciones en los principios de la promoción de salud y el trabajo comunitario.
- Contribuir a la cultura general integral sobre el tema.

Según se plantea en el Programa Nacional y Normas de procedimiento para la Prevención y Control de la Tuberculosis, la localización activa de casos en prisiones, es la acción de mayor importancia para la prevención y el control de la TBp. La aparición de un caso en éstas, plantea la adopción de medidas de excepción que limiten o impidan la dispersión de la enfermedad. (15)

Intervención educativa.

Es toda ejecución de acciones que lleva a lograr el desarrollo integral del educando. Es de carácter teleológico: consta de un sujeto agente (educando – educador), la lengua es propositivo (acción de lograr algo), se interviene con el fin de obtener hecho a futuro (meta). Es ejecutada mediante un proceso de autoeducación y heteroeducación, siendo formales, no formales o informales”.

Su importancia radica en que van dirigidas a fomentar hábitos de vida saludables, prevenir las enfermedades y mejorar la calidad de vida, se consideran un pilar fundamental para la atención de la salud.

Características de una intervención educativa.

- Es un mecanismo de trabajo con grupos de personas.
- Es limitado en el tiempo
- Los objetivos son específicos.

Etapas de una intervención educativa.

- **Motivación:** Se da durante toda la sesión de aprendizaje. Se debe promover un ambiente apropiado, donde exista “ganas” de aprender. Los encargados de las dinámicas comunican sobre el plan que se realizara y las diversas tareas o metas de aprendizaje a los asistentes, exigiendo aportaciones y de ser necesario que se envíen los materiales para su elaboración.
- **Transmisión básica:** Intercede el docente en la aplicación del nuevo conocimiento. Se enseña a los participantes el diseño de las problemáticas que enfrentan y los productos que se trabajarán. Se establece grupos de trabajo y se asignan recursos necesarios.
- **Aplicación:** El docente indaga los conocimientos que el estudiante trae consigo.
- **Evaluación:** Es el tiempo en el que se utilizarán estrategias formales y específicas (instrumentos de evaluación) para determinar el logro del aprendizaje esperado.
- **Extensión:** Es la aplicación de lo aprendido en situaciones nuevas de su vida cotidiana. Los asistentes trabajan en la formulación de soluciones, se realiza la consulta a expertos sobre la información disponible.

Sesiones de una intervención educativa.

1° sesión de inicio, se hace la presentación de los objetivos y se establece acuerdo para su desarrollo.

2° conociéndome, comprende elementos para el autoconocimiento de los participantes, desarrollando temas de autoestima, motivación y actitudes productivas.

3° abriendo canales para la prevención, se desarrolla temas de relaciones humanas y la comunicación para conformar un trabajo en equipo.

4° sesión de cierre, el objetivo es integrar todos los temas desarrollados en las sesiones, a través de una reflexión grupal donde los participantes identifiquen el objetivo de la experiencia y como va repercutir en su vida personal y laboral. (25)

FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

Diseño y tipo de estudio: Se realizó un estudio bietápico con el objetivo de elaborar una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar en la población del Consultorio Médico de Familia No.6 del Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza de enero del 2019 a julio de 2020.

Escenario: Consultorio Médico de Familia No.6 del Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza.

Período que abarca el estudio: De enero del 2019 a julio de 2020.

Universo: Conformado por 40 reclusos con régimen de seminternos pertenecientes al CMF No.6.

En su primera parte el estudio fue observacional descriptivo, de corte transversal para caracterizar la población en estudio. A la muestra seleccionada se les aplicó un cuestionario que contenía las siguientes variables: grupos de edad, escolaridad, estado nutricional, antecedentes patológicos personales y familiares de tuberculosis, tiempo de internamiento, hábito de fumar y de ingestión de bebidas alcohólicas, niveles de conocimientos sobre definición, factores de riesgo, signos y síntomas, vías de transmisión y conducta a seguir con las personas que enferman de Tuberculosis Pulmonar (Anexo I).

La segunda etapa fue un estudio experimental (pre-experimento) aplicando la propuesta diseñada para evaluar el nivel de conocimientos antes y después de implementada a la muestra seleccionada.

Operacionalización de variables.

Variable	Clasificación	Definición	Escala	Indicadores
Grupo de edad	Cuantitativo continua.	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el último año cumplido.	- 20-29	Número y porcentajes.
			- 30-39	
			- 40-49	
			- 50-59	
			- 60-69	
Nivel de Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Referido a la educación escolar que el paciente ha completado.	Primaria sin terminar	Número y porcentajes.
			Primaria terminada	
			Secundaria Básica	
			Preuniversitaria	
			Técnico Medio	
		Universitario		
Periodo de internamiento	Cuantitativa discreta	Según el años de internamiento desde la entrada al sistema penal hasta el momento del estudio.	- 1 año-3 años	Número y porcentajes.
			- 4 años-6 años	
			- 7 años-9 años	
			- Más de 9 años	
Estado nutricional	Cualitativa Ordinal,	Según la tabla de diagnóstico del estado nutricional de	Deficiencia energética crónica (DEC) grado 3 (IMC<16)	Número y porcentajes.

		acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC). (Anexo II)	• DEC grado 2 (IMC de 16-17) • DEC grado 1 (IMC de 17-18,5) • Normal (IMC de 18,5-25) • Sobrepeso grado 1 (IMC de 25-30) • Sobrepeso grado 2 (IMC de 30-40) Sobrepeso grado 3 (IMC>40)	
Antecedentes patológicos personales	Cualitativa nominal politómica	Según patologías consideradas de riesgo para enfermar de tuberculosis pulmonar según Programa Nacional.	Diabetes mellitus.	Número y porcentajes.
			Asma bronquial	
			EPOC	
			Cardiopatía isquémica	
			Insuficiencia cardíaca	
			Enfermedades cerebrovasculares	
Antecedentes patológicos			Si	Número y porcentajes.

familiares de TB	Cualitativa nominal dicotómica	Según los enfermedad de TB en la familia.	No	
Hábito de fumar	Cualitativa nominal dicotómica	Referido al consumo de tabaco o cigarrillos.	Si	Número y porcentajes.
			No	
Ingestión de bebidas alcohólicas.	Cualitativa ordinal	Según clasificación de Marconi (criterios basados en la cantidad y frecuencia de consumo)	1. Abstinente total: persona que refiere que nunca ha bebido alcohol. 2. Bebedor excepcional u ocasional: persona que refiere beber cantidades moderadas de alcohol (menos de 20ml de etanol o sus equivalentes) en situaciones muy especiales, no más de 5 veces al año. 3. Bebedor moderado: persona que refiere beber cantidades	Número y porcentajes

			de alcohol menores de 100 ml con periodicidad no mayor de 3 veces a la semana (300 ml de etanol semanal o sus equivalentes) o experimente menos de 12 estados de embriaguez en un año. Grupo de riesgo para convertirse en bebedores excesivos. 4. Bebedor excesivo: persona que refiere beber cantidades de alcohol iguales o mayores de 100 ml, con periodicidad mayor de 3 veces a la semana (300 ml de etanol semanal o sus equivalentes) o	
--	--	--	---	--

			experimente 12 o más estados de embriaguez en un año. 5. Bebedor patológico o alcohólico: persona bebedora de alcohol (independientemente de la cantidad y frecuencia) que presente regularmente síntomas y signos de dependencia del alcohol, ya sean físicos o psíquicos.	
--	--	--	---	--

Métodos, procedimientos y técnicas de recolección de datos

Para la recolección de la información se obtuvieron datos a través de fuentes documentales escritas como fuentes históricas, fuentes estadísticas, informes de investigaciones, documentos oficiales, archivos y publicaciones periódicas; de material monográfico de archivo, así como del análisis de vestigios y restos materiales como fotografías y documentación electrónica. Estos fueron insertados en una base de datos de Microsoft Office Excel y se procedieron estadísticamente en el programa SPSS 15.0,

mediante los cuales se confeccionaron tablas y gráficos. Se empleó también Microsoft Office Word.

Métodos que se emplearon.

Se emplearon métodos científicos del nivel teóricos y empíricos.

Métodos empíricos: se utilizó la guía de observación para organizar los datos y recolectar información de acuerdo a los objetivos establecidos.

Métodos teóricos: se aplicaron los métodos

- Inductivo-deductivo para combinar el movimiento de lo particular a lo general y permitir establecer generalizaciones y razonamientos lógicos acerca del objetivo de estudio, con el movimiento de lo general a lo particular y llegar a conclusiones parciales y generales.

- Analítico -sintético: facilitó fundamentar toda la información recopilada sobre el tema objeto de estudio, durante la revisión bibliográfica, así como el procesamiento e interpretación de los datos obtenidos como resultado de la aplicación de los instrumentos

- Histórico-lógico para a partir de determinados principios, teorías o leyes derivar respuestas que explican fenómenos y que pueden ser confirmadas con la práctica. Con vistas a conocer la esencia del problema, su evolución histórica, la tendencia y su estado actual.

La realización de la intervención, se dividió en tres etapas:

- De diagnóstico
- De intervención
- De evaluación

I. Etapa de Diagnóstico.

Para la ejecución del estudio en esta primera etapa se estableció la comunicación con los pacientes, a fin de lograr la participación de los mismos, lo que quedó validado a través de un documento que fue firmado como constancia de su disposición a participar en el estudio.

Se aplicó una encuesta (Anexo III) validada por la Dra. Marvely Isaac Rodríguez (1) la cual cuenta con un total de 5 preguntas que permitió constatar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre Tuberculosis Pulmonar antes y después de la intervención, donde se indagó sobre algunos aspectos clínicos y epidemiológicos de la entidad infecciosa.

Las variables utilizadas en la encuesta fueron:

1. Nivel de conocimientos sobre definición de la tuberculosis pulmonar: variable cualitativa ordinal politómica operacionalizada como:
 - Alto: Si conoce las 3 formas de los ítems correctos (a-b-e)
 - Medio: Si conoce al menos 2 de los ítems correctos
 - Bajo: Si conoce al menos 1 forma de recolección.
2. Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de Tuberculosis pulmonar: variable cualitativa ordinal politómica, operacionalizada como:
 - Alto: Si conoce 5 o más factores de riesgo (a-b-d-f-g)
 - Medio: Si conoce de 3 a 4 factores de riesgos
 - Bajo: Si conoce menos de 3 factores de riesgo
3. Nivel de conocimiento sobre signos y síntomas sospechosos de Tuberculosis Pulmonar: variable cualitativa ordinal politómica operacionalizada como:
 - Alto: Si conoce los 5 síntomas y signos (a-b-d-g-h)

- Medio: Si conoce al menos 3 ó 4 síntomas y signos
 - Bajo: Si conoce al menos 2 ó 1 síntomas y signos
4. Nivel de Conocimientos sobre vías de transmisión de la tuberculosis Pulmonar: variable cualitativa ordinal politómica operacionalizada como:
- Alto: Si responde correctamente 3 incisos (a-c-g)
 - Medio, Si responde solamente 1 correcto
 - Bajo: Si responde cualquier otro inciso
5. Nivel de Conocimientos sobre la conducta a seguir con las personas que enferman de Tuberculosis Pulmonar: variable cualitativa ordinal politómica operacionalizada como:
- Alto: Si responde correctamente 4 incisos (a-b-d-e)
 - Medio, Si responde solamente 1 correcto
 - Bajo: Si responde cualquier otro inciso
6. Nivel de Conocimientos global: variable cualitativa ordinal politómica, se evaluó de la siguiente manera, otorgándosele a cada respuesta correcta un valor de 5 puntos.
- Alto: calificación entre 85 y 100 puntos.
 - Medio: calificación entre 60 y 84 puntos.
 - Bajo: calificación de menos de 60 puntos.

II. Etapa de Intervención.

En esta etapa se desarrolló el programa de intervención educativa de acuerdo a las deficiencias de conocimientos encontradas en la etapa de diagnóstico. Para ello se empleó un programa educativo creado por Huaman Boza y Ochoa Luna (61) nombrada

“LA TUBERCULOSIS SE PUEDE CURAR... CUMPLE CON TU TRATAMIENTO” (Anexo IV). Para el mismo se conformaron 2 grupos de 20 integrantes, a los cuales se les impartieron cinco sesiones, con una frecuencia quincenal y una hora de duración, siempre en el horario más conveniente para los integrantes del grupo. Las actividades fueron impartidas siempre por dos profesores y se desarrollaron en las aulas del Establecimiento Penitenciario Provincial, donde están creadas las condiciones estructurales y existe un equipamiento tecnológico adecuado. En cada actividad se cumplieron los aspectos metodológicos específicos para la introducción, desarrollo y conclusiones de una clase. De igual manera se aplicaron las técnicas afectivo-participativas siguientes: lluvia de ideas, lectura eficiente y dramatizaciones.

III. Etapa de evaluación.

Después de concluido el programa de intervención educativa se aplicó nuevamente la encuesta inicial para comprobar el nivel de conocimientos adquirido.

Consideraciones éticas.

La información obtenida solo fue divulgada con fines científicos y se mantuvo el anonimato de todos los pacientes, guardándose todos los principios de la ética médica cubana. Se contó con la carta de aprobación de la Dirección de la Delegación Provincial del MINIT (Anexo V); los Avals del Director del Policlínico (Anexos VI) y del Consejo Científico del Municipio (Anexo VII). Se solicitó el consentimiento informado (Anexo VIII) a todos los pacientes que participaron en el estudio, explicándoles que este estudio no conllevaría ningún riesgo para su salud ni problemas desde el punto de vista legal. No existió la posibilidad de causar algún daño biológico, psicológico o social a ningún recluso interno durante la realización de la investigación.

Los datos obtenidos fueron utilizados únicamente con fines científicos. Desde el punto de vista ético fue factible, pues con los resultados pretendemos mejorar la atención que se ofrece a la población penal.

RESULTADOS

Tabla 1: Descripción de pacientes según grupos de edad y nivel de escolaridad. Consultorio Médico de Familia No.6. Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza. 2019-2020.

			Grupos de edad					Total
			20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	
Nivel de escolaridad	Primaria terminada	No.	1	3	2	0	0	6
		%	2,5%	7,5%	5,0%	0,0%	0,0%	15,0%
	Secundaria Básica	No.	2	7	2	4	2	17
		%	5,0%	17,5%	5,0%	10,0%	5,0%	42,5%
	Preuniversitaria	No.	1	0	0	2	1	4
		%	2,5%	0,0%	0,0%	5,0%	2,5%	10,0%
	Técnico Medio	No.	2	1	5	3	0	11
		%	5,0%	2,5%	12,5%	7,5%	0,0%	27,5%
	Universitario	No.	0	1	1	0	0	2
		%	0,0%	2,5%	2,5%	0,0%	0,0%	5,0%
Total		No.	6	12	10	9	3	40
		%	15,0%	30,0%	25,0%	22,5%	7,5%	100,0%

La tabla 1 describe pacientes según grupos de edad y nivel de escolaridad, donde se pudo apreciar que predominaron los pacientes en el grupo etario de 30-39 años con un 30,0% y el nivel escolar de Secundaria Básica para un 42,5%.

Tabla 2: Descripción de pacientes según grupos de edad y período de internamiento.

			Período de internamiento				Total
			1 año-3 años	4 años-6 años	7 años-9 años	Más de 9 años	
Grupos de edad	20-29	No.	2	2	1	1	6
		%	5,0%	5,0%	2,5%	2,5%	15,0%
	30-39	No.	4	4	2	2	12
		%	10,0%	10,0%	5,0%	5,0%	30,0%
	40-49	No.	3	3	2	2	10
		%	7,5%	7,5%	5,0%	5,0%	25,0%
	50-59	No.	1	3	1	4	9
		%	2,5%	7,5%	2,5%	10,0%	22,5%
	60-69	No.	2	0	0	1	3
		%	5,0%	0,0%	0,0%	2,5%	7,5%
Total		No.	12	12	6	10	40
		%	30,0%	30,0%	15,0%	25,0%	100,0%

Al describir los pacientes según grupos de edad y período de internamiento, presentada en la tabla 2, se conoció que predominaron los pacientes que permanecían internos entre 1-3 años y los de 4-6 años para un 30,0% en cada grupo, estando representado por el grupo etario de 30-39 años.

Tabla 3: Descripción de pacientes según grupos de edad y el estado nutricional.

			Estado nutricional			Total
			DEC grado 1	Normal	Sobrepeso grado 1	
Grupos de edad	20-29	No.	1	1	4	6
		%	2,5%	2,5%	10,0%	15,0%
	30-39	No.	3	6	3	12
		%	7,5%	15,0%	7,5%	30,0%
	40-49	No.	2	5	3	10
		%	5,0%	12,5%	7,5%	25,0%
	50-59	No.	2	5	2	9
		%	5,0%	12,5%	5,0%	22,5%
	60-69	No.	0	1	2	3
		%	0,0%	2,5%	5,0%	7,5%
Total		No.	8	18	14	40
		%	20,0%	45,0%	35,0%	100,0%

Al describir los pacientes según grupos de edad y el estado nutricional, se encontró un predominio de los pacientes con estado nutricional normal en el 45,0%, representado fundamentalmente por el grupo etario de 30-39 años con un 15,0%. Cabe destacar que no se encontraron pacientes con Deficiencia energética crónica grado 3 y grado 2, ni con Sobrepeso grado 2 y 3.

Tabla 4: Descripción de pacientes según grupos de edad y antecedentes patológicos personales.

			APP				
			HTA	DM	Asma Bronquial	Cardiopatía	Trastorno mental
Grupos de edad	20-29	No.	1	0	3	0	2
		%	2,5	0,0	7,5	0,0	5,0
	30-39	No.	4	1	2	0	4
		%	10,0	2,5	5,0	0,0	10,0
	40-49	No.	5	2	3	1	3
		%	12,5	5,0	7,5	2,5	7,5
	50-59	No.	5	2	1	1	1
		%	12,5	5,0	2,5	2,5	2,5
	60-69	No.	2	1	1	1	0
		%	5,0	2,5	2,5	2,5	0,0
Total		No.	17	6	10	3	10
		%	42,5	15,0	25,0	7,5	25,0

En la tabla 4 se presenta la descripción de pacientes según grupos de edad y antecedentes patológicos personales, donde se pudo apreciar que predominaron los pacientes con HTA en el 42,5%.

Tabla 5: Descripción de pacientes según grupos de edad y antecedentes patológicos familiares de TB.

Antecedentes patológicos familiares de					
			TB		Total
			Si	No	
Grupos de edad	20-29	No.	0	6	6
		%	0,0%	15,0%	15,0%
	30-39	No.	1	11	12
		%	2,5%	27,5%	30,0%
	40-49	No.	0	10	10
		%	0,0%	25,0%	25,0%
	50-59	No.	0	9	9
		%	0,0%	22,5%	22,5%
	60-69	No.	0	3	3
		%	0,0%	7,5%	7,5%
Total		No.	1	39	40
		%	2,5%	97,5%	100,0%

La tabla 5 muestra la descripción de pacientes según grupos de edad y antecedentes patológicos familiares de TB, donde se pudo apreciar que el 97,5% de los pacientes no presentaban antecedentes familiares de TB.

Tabla 6: Descripción de pacientes según grupos de edad y hábito de fumar.

			Hábito de fumar		Total
			Si	No	
Grupos de edad	20-29	No.	6	0	6
		%	15,0%	0,0%	15,0%
	30-39	No.	8	4	12
		%	20,0%	10,0%	30,0%
	40-49	No.	6	4	10
		%	15,0%	10,0%	25,0%
	50-59	No.	7	2	9
		%	17,5%	5,0%	22,5%
	60-69	No.	3	0	3
		%	7,5%	0,0%	7,5%
Total		No.	30	10	40
		%	75,0%	25,0%	100,0%

La distribución de pacientes según grupos de edad y hábito de fumar, presentada en la tabla 6, dio a conocer que el 75,0% de los pacientes fumaban, estando representado fundamentalmente por el grupo etario de 30-39 años con un 20,0%.

Tabla 7: Descripción de pacientes según grupos de edad e ingestión de bebidas alcohólicas antes del internamiento.

			Ingestión de bebidas alcohólicas:					
			Abstinentes total	Bebedor excepcional u ocasional	Bebedor moderado	Bebedor excesivo	Bebedor patológico o alcohólico	Total
Grupos de edad	20-29	No.	1	4	0	0	1	6
		%	2,5%	10,0%	0,0%	0,0%	2,5%	15,0%
	30-39	No.	1	7	3	1	0	12
		%	2,5%	17,5%	7,5%	2,5%	0,0%	30,0%
	40-49	No.	3	7	0	0	0	10
		%	7,5%	17,5%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%
	50-59	No.	0	6	1	1	1	9
		%	0,0%	15,0%	2,5%	2,5%	2,5%	22,5%
60-69	No.	0	2	0	1	0	3	
	%	0,0%	5,0%	0,0%	2,5%	0,0%	7,5%	
Total		No.	5	26	4	3	2	40
		%	12,5%	65,0%	10,0%	7,5%	5,0%	100,0 %

La descripción de pacientes según grupos de edad e ingestión de bebidas alcohólicas antes del internamiento, mostró que predominaron los pacientes bebedores excepcional u ocasional con un 65,0%. (Tabla 7)

Tabla 8: Descripción de pacientes según el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar antes de aplicada la intervención.

Nivel de conocimiento	Bajo		Medio		Alto	
	No.	%	No.	%	No.	%
Nivel de conocimientos sobre definición de la TBp	25	62,5%	12	30,0%	3	7,5%
Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de TBp	25	62,5%	13	32,5%	2	5,0%
Nivel de conocimiento sobre signos y síntomas sospechosos de TBp	20	50,0%	15	37,5%	5	12,5%
Nivel de Conocimientos sobre vías de transmisión de la TBp	19	47,5%	15	37,5%	6	15,0%
Nivel de Conocimientos sobre la conducta a seguir con las personas que enferman de TBp	24	60,0%	12	30,0%	3	7,5%
Nivel de Conocimientos global	25	62,5%	12	30,0%	3	7,5%

Fuente: Encuesta.

La tabla 8 muestra la descripción de pacientes según el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar antes de aplicada la intervención educativa, donde se pudo apreciar que antes de la intervención predominaron los pacientes con bajo nivel de conocimiento en el 62,5%. El mayor déficit de conocimientos estuvo en las preguntas relacionadas con la definición de TB y los factores de riesgo en el 62,5% respectivamente.

Tabla 9: Descripción de pacientes según el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar después de aplicada la intervención.

Nivel de conocimiento	Bajo		Medio		Alto	
	No.	%	No.	%	No.	%
Nivel de conocimientos sobre definición de la TBp	1	2,5%	9	22,5%	30	75,0%
Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de TBp	0	0,0%	5	12,5%	35	87,5%
Nivel de conocimiento sobre signos y síntomas sospechosos de TBp	1	2,5%	8	20,0%	31	77,5%
Nivel de Conocimientos sobre vías de transmisión de la TBp	2	5,0%	6	15,0%	32	80,0%
Nivel de Conocimientos sobre la conducta a seguir con las personas que enferman de TBp	2	5,0%	7	17,5%	31	77,5%
Nivel de Conocimientos global	1	2,5%	4	10,0%	35	87,5%

La descripción de pacientes según el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar después de aplicada la intervención educativa, presentada en la tabla 9, dio a conocer que predominaron los pacientes con alto nivel de conocimiento en el 87,5% de los pacientes.

DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación fue realizado con el fin de elaborar una intervención educativa sobre tuberculosis pulmonar en pacientes del Consultorio Médico Familiar # 6 perteneciente al Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza. En el mismo se observó un predominio de pacientes entre 30 y 39 años, datos que coinciden con los de Hernández Rodríguez et al (24), Unsihuay Lila (35), Aquije Ipenza (40) y Ccapcha Elias y Garay Quispe (41).

Por otro lado, en investigaciones trazadas por Córdova Chanamé (25) el mayor porcentaje de pacientes tenían edades que oscilaban entre los 26 a 32 años de edad, Maldonado Ayna (42) expuso un predominio de adultos con edades comprendidas entre los 40 a 49 años y Aguilar Reina (43) expuso mayor cantidad de pacientes en el grupo etario de 21 a 30 años, resultados que difieren de los obtenidos por la autora del presente trabajo.

Bandera Jiménez et al (44) realizaron una caracterización de la población de pacientes con tuberculosis del municipio de Santiago de Cuba donde se estimaron porcentajes superiores de afectados en las edades jóvenes e intermedias de la vida, por lo que resulta importante que en esta intervención haya habido un predominio de pacientes en estos grupos etarios al ser los más afectados.

Maurera y Bastidas (45) expuso que en su investigación, los grupos de edad mayormente afectados por la TB fueron los considerados económicamente productivos, sin que esto necesariamente implique que los demás grupos, particularmente los ubicados en los extremos de la vida, resulten particularmente exentos de riesgo.

Respecto a la distribución de pacientes según el nivel de escolaridad, en el estudio prevalecieron los pacientes con nivel escolar de secundaria básica, similar a lo expuesto por Córdova Chanamé (25) y Unsihuay Lila (35). Resultados diferentes fueron expuestos

por Aquije Ipenza (40) donde primaron los pacientes con grado de instrucción primario, con los de Hernández Rodríguez et al (24) y Muñoz Sánchez et al (9) donde frecuentaron los pacientes con nivel medio superior y Maldonado Ayna (42), Aguilar Reina (43), Mejía Sánchez y Nuñez Villa (46) donde predominaron los pacientes con nivel superior.

El nivel educacional alcanzado por los participantes como preparación de partida, les permite una mejor comprensión del contenido del programa de intervención educativa impartido.

Es importante destacar que a pesar de que la mayor cantidad de pacientes estudiados tenían un nivel básico e educación, varios de ellos se encontraban vinculados a intensos procesos de transformaciones a través de su incorporación al trabajo socialmente útil y otros protagonizaban actividades de carácter artístico, cultural y deportivo.

En todos los establecimientos y centro penitenciarios existen escuelas adscritas al Ministerios de Educación y a través de ellas muchos han alcanzado el nivel básico y medio superior.

Respecto a la distribución de pacientes según el tiempo de internamiento, se encontró que predominaron los pacientes que permanecían internos entre 1-3 años y los de 4-6 años.

Fernandez et al (47) trazaron una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia y los determinantes de infección latente y desarrollo de tuberculosis pulmonar en un centro carcelario de Palmira, Colombia, donde encontraron que el 55% de los internos con tuberculosis, tenían más de 12 meses de reclusión, agregando que el tiempo de reclusión constituyó el factor de riesgo principal para infección latente por TB.

El tiempo de reclusión prolongada debe considerarse un factor de riesgo de TB, ya sea por exposición a los factores de riesgo como el hábito de fumar, el hacinamiento y falta

de ventilación, o por la exposición directa de pacientes enfermos al resto de la población penal.

En cuanto a la distribución de pacientes en cuanto a los APP, en el estudio predominaron los pacientes con HTA, seguido de los que presentaron DM. Al respecto, González López et al (48) encontraron que el 14,2% de sus pacientes portaban diabetes mellitus, el 8,9 % padecían de asma bronquial y el 21,4 % sufrían enfermedad pulmonar obstructiva crónica, resultados que difieren de la presente investigación.

En los últimos años, la DM se reconoce como un factor de riesgo independiente para el desarrollo de TB, la coexistencia va en aumento y en múltiples investigaciones en el mundo la prevalencia de DM oscila dentro del rango 1,9% y 35% en pacientes con TB.(49)

Se reconoce que la DM triplica el riesgo de TB activa y empeora el resultado de su tratamiento, retrasa la conversión bacteriológica y se relaciona con una mayor proporción de fracasos y recaídas. (50,51)

En cuanto a la relación del asma bronquial y la tuberculosis se ha mencionado que el asma favorece el desarrollo de una bronquitis crónica, es un hecho de observación relativamente frecuente. Se ha explicado, sobre todo, por una mayor facilidad en la implantación bacteriana, consecutiva a las alteraciones funcionales producidas por el asma. No está tan claro que esto suceda respecto a la tuberculosis. Aun admitiendo teóricamente que esto pueda suceder, los gérmenes tuberculosos no son tan ubicuitarios que estén siempre a mano, como la flora bronquítica, para que pueda ser facilitada su implantación. Sin embargo, no está demostrado biológicamente que exista un antagonismo entre tuberculosis pulmonar y asma, aunque se ha pretendido ver clínicamente por varios autores. (52)

Respecto a la distribución de pacientes según grupos de edad y antecedentes patológicos familiares de TB, en el presente estudio solo un 2,5% de los pacientes

contaban con este antecedente, datos que coinciden con los de Norabuena Granda y Moreno Garrido (53).

El estar expuesto a la tuberculosis en la familia, aumenta la probabilidad de que se presenten estos casos, sobre todo en familias donde no se cumplan con las medidas preventivas adecuadamente.

El hábito de fumar preponderó en el 75,0% de los pacientes estudiados en la actual investigación, resultados que coinciden con los de Ccapcha Elias y Garay Quispe (41) donde el 80% de los internos consumían cigarrillos. Datos inferiores fueron expuestos por González López et al (48) donde el 57,1% de los pacientes fumaban.

En este sentido se conoce que el consumo de tabaco incrementa de forma importante el riesgo de enfermar de TB entre quienes tienen este hábito, y en algunos casos de morir por esta causa, es así que a nivel mundial se atribuye 8% de los casos de TB al tabaquismo. (45)

En la población privada de libertad, el consumo de tabaco está asociado a las consecuencias negativas de la pérdida de la libertad, los conflictos personales y situaciones subyacentes, por lo que los problemas de salud asociados a este hábito se encuentran más marcados en esta población. Además de que en prisiones predominan espacios cerrados lo que incide en que la población reclusa no fumadora se vea obligada a compartir espacios con la población fumadora, causando daños también a su salud.

El consumo de tabaco ocasiona cambios patológicos en virtualmente todos los componentes del aparato respiratorio. La exposición activa o pasiva a humo de tabaco ocasiona los siguientes cambios morfológicos en el pulmón: inflamación y fibrosis peribronquiolar, alteración de la estructura y función del epitelio alveolar, engrosamiento de la íntima vascular y destrucción de alvéolos. Las alteraciones funcionales asociadas al tabaquismo incluyen la disminución del clearance mucociliar de sustancias inhaladas, favorece la adherencia de microorganismos a la mucosa respiratoria y ambos en la

permeabilidad alvéolo-capilar secundario al aumento en el número y actividad de las células inflamatorias en el pulmón. (54)

El aumento del riesgo de infecciones respiratorias en el fumador activo y pasivo puede ser parcialmente atribuido al aumento de la adherencia y colonización bacteriana de la mucosa respiratoria, disminución de la depuración mucociliar nasal y de la vía aérea, y alteraciones específicas de la inmunidad humoral y celular. De este modo, se ha planteado que la nicotina, y quizás otros componentes del tabaco, que disminuyen la producción de TNF- α en los macrófagos alveolares, aumentarían la susceptibilidad de los individuos a desarrollar enfermedad tuberculosa progresiva a partir de una infección por M. tuberculosis en estado latente. (54)

Por otro lado, la ingestión de bebidas alcohólicas predominó en el 87,5% de los pacientes. Resultados que coinciden con los de Ccapcha Elias y Garay Quispe (41). Respecto a esta variable, González López et al (48) hallaron que el 46,4% consumían bebidas alcohólicas, datos inferiores a los del presente estudio.

Ahora bien, se imputa a la alteración en el equilibrio de citocinas del sistema inmunitario que el abuso del consumo de alcohol produce el mayor riesgo de padecer de TB observado en ésta y otras poblaciones estudiadas a nivel mundial.(45)

Una de las complicaciones médicas apreciadas en el abuso del alcohol es la alteración en la regulación inmune que conlleva inmunodeficiencia, posiblemente por alteración en el equilibrio de las citoquinas. Como consecuencia aumenta la susceptibilidad a la neumonía bacteriana y a la tuberculosis. (55)

En la discusión en cuanto al nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar antes y después de aplicada la intervención, se pudo apreciar que antes de la intervención predominaron los pacientes con bajo nivel de conocimiento y luego de esta se logró elevar el conocimiento a un nivel alto en un notable porcentaje de la población. El mayor déficit de conocimiento estuvo en las preguntas relacionadas con el concepto de TB y

los factores de riesgo. Estos datos coinciden con los reportados por Carmona Flores y Francia Sipión (56), Hernández Rodríguez et al (24), Norabuena Granda y Moreno Garrido (53), Aguilar Reina (43), Santos Graus (57), Fernández Verdecia et al (58), Pompilla Astuayhua (59) y Unsihuay Lila (35).

Resultados también similares fueron expuestos por González López et al (48), donde el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar es bajo y las preguntas que mayores dificultades tuvieron los pacientes fueron las relacionadas con: manifestaciones clínicas, elementos para la definición de la enfermedad y los factores de riesgo.

Datos que difieren del presente estudio, fueron arrojados por Isaac Rodríguez et al (1) quien mostró que al comienzo del estudio la mayor parte de la muestra poseía un conocimiento medio y una vez concluido el mismo se logró alcanzar un nivel de conocimiento alto solo en el 56% de los encuestados. Expuso que el mayor déficit de conocimientos estuvo relacionado con los síntomas y signos de la enfermedad y las vías de transmisión. Además, Ríos Moncada (60) expuso que solo el 31,1% tenían conocimiento bajo.

Cifras superiores fueron expuestos por Córdova Chanamé (25) donde en el pre test el 93% tenían conocimientos incorrectos acerca de las medida de prevención de la tuberculosis y el en el post test, el 100% poseían conocimiento correcto. Huaman Boza y Ochoa Luna (61) encontraron que el 40% de los encuestados en el pre test presentaban un nivel de conocimiento medio.

Sotelo Buleje (62) encontró que el 54,7% presentó un nivel bajo o nulo respecto al nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar, datos que superan los del presente estudio.

Aguilar Urcia y Aquino Aguirre (63) obtuvieron un predominio de pacientes con conocimiento medio acerca de la TB, resultados que discrepan de los obtenidos en el presente estudio.

Importante destacar que en la Encuesta Nacional sobre Conocimiento y actitud de la Población ante la Tuberculosis, publicado en 2013, se constató que la mayoría de la población cubana de 12 años y más tenían alguna referencia sobre la TBp. (24) Esto se debe a las influencias educativas promocionales recibidas por la población, a través de los medios masivos de comunicación o las preventivas directas emitidas por los profesionales de la salud.

El bajo nivel de conocimiento conduce a un mal comportamiento de la salud y fomenta la transmisión de la enfermedad, fundamentalmente en esta población susceptible, como lo son las personas privadas de libertad. Por lo tanto se hace necesario aumentar el conocimiento para mejorar los comportamientos hacia la salud y suprimir la enfermedad.

Por lo antes mencionado, se hace necesaria la apertura de espacios educativos y de participación comunitaria con temas relacionados con las diferentes enfermedades infecciosas que pueden afectar la salud de la comunidad, entre ellas la tuberculosis; el incremento de los conocimientos puede conllevar a una participación más efectiva en los programas de prevención y control. (64) Se coincide con el planteamiento anterior, al inferir que la labor preventiva se hace más efectiva si se trabaja con los individuos en su lugar de residencia y con la familia, que debe poseer mecanismos internos de regulación.

Pudo incidir en los resultados el que la población haya percibido la tuberculosis como desaparecida del grupo de las enfermedades infecciosas del país y no presta la atención debida a los síntomas respiratorios ni se interesa por buscar información y conocimientos sobre la enfermedad y según criterios emitidos en el 9no Congreso Internacional de Enfermedades Infecciosas la tendencia a la pérdida o disminución de la percepción del riesgo, tanto en la población como en el personal de salud, conlleva al deterioro del programa de control de la enfermedad una de las causas de la reemergencia en Cuba y muchos países. (64)

El control de los factores de riesgo relacionados con la TBp, es imprescindible para la prevención de la enfermedad en cualquier población. Los estudios han demostrado que en cárceles, campamentos y albergues de refugiados, se propician condiciones que desencadenan la transmisión de la enfermedad.

Una de las prioridades para el control de la TBp radica en la prevención secundaria mediante el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, esto garantiza no solo la cura del enfermo sino también la ruptura de la cadena de transmisión. (24) El conocimiento de las principales medidas preventivas por la población es un elemento importante para detener la transmisión de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Al caracterizar la población, predominaron los pacientes entre 30 y 39 años de edad con nivel escolar de Secundaria Básica, más de la mitad presentaban entre 1 y 6 años de internamiento, frecuentaron los pacientes con estado nutricional normal y los que presentaron antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial.

El mayor porcentaje de pacientes no presentaron antecedentes familiares de TB, la tercera parte de los pacientes estudiados fumaban y en la clasificación de la ingestión de bebidas alcohólicas predominaron los antecedentes de bebedor excepcional u ocasional.

Se identificó un bajo nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y sus factores de riesgo en la población estudiada antes de la intervención educativa dado fundamentalmente en la definición de la TBp, los signos y síntomas sospechosos de la misma y la conducta a seguir con las personas que enferman.

Luego de diseñada y aplicada la intervención educativa, preponderaron los pacientes con alto nivel de conocimientos.

RECOMENDACIONES

- Aplicar la intervención educativa planteada en el estudio de manera permanente en la población privada de libertad, y así mejorar el nivel de sus conocimientos y que colaboren en difundir la información aprendida.
- Incorporar en medios de comunicación masiva, programas educativos sobre la enfermedad de tuberculosis.
- Realizar estudios cualitativos con implementación de sesiones educativas para comparar los resultados que se obtengan y brindar alternativas de solución basadas en la realidad de nuestra institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Isaac Rodríguez M, Delgado Gómez L, Frómeta Vázquez G. Intervención educativa sobre tuberculosis pulmonar en pacientes del Consultorio 12 del Policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez”. MEDICIEGO [Internet]. 2012 [citado 10 Oct 2018]; 18 (2). Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/338>
2. Jam Rivero M, León Valdivies YJ, Sierra Martínez YP, Jam Morales BC. Tuberculosis Pulmonar: estudio clínico-epidemiológico. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2017 [citado 12 Oct 2018]; 33 (3): 321-30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252017000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Cabrera Navarro P, Rodríguez de Castro F. Manual de enfermedades respiratorias 2ed. Unión Internacional contra la tuberculosis y las enfermedades respiratorias. Paris, Francia: La Unión; 2005. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/36239410/P-Navarro-Manual-de-Enfermedades-Respiratorias-2ed>
4. Aguilera Sanhueza XP. Tuberculosis en personas privadas de libertad: el efecto reservorio de las prisiones para la tuberculosis en Chile [tesis]. Chile: Universidad de Chile; 2016 [citado 5 Dic 2019]. Disponible en: <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/handle/123456789/538>
5. Organización Mundial de Salud. Tuberculosis [Internet]. 2017 [citado 5 Dic 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
6. León Cabrera P, Pría Barros MC, Perdomo Victoria I, Ramis Andalia R. Aproximación teórica a las desigualdades sociales en la tuberculosis como problema de salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 5 Dic 2018]; 41 (3): 532-546. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000300011&lng=es.

7. Word Health Organization. Global tuberculosis report. Geneva: WHO; 2014 [citado 23 Dic 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf
8. Muñoz Sánchez AI, Puerto Guerrero AH, Pedraza Moreno LM. Intervención educativa en trabajadores de la salud sobre la captación de sintomáticos respiratorios de tuberculosis. Rev cub salud pública [Internet]. 2015 [citado 3 Ene 2019]; 41 (1): 46-56. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rcsp/2015.v41n1/o5/>
9. Muñoz Sánchez AI, Rubiano Mesa YL, Saavedra Cantor CJ. Instrumento de medición: conocimientos, actitudes y prácticas en personas con tuberculosis pulmonar. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2019 [citado 21 Feb 2019]; 27:e3086. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/es_0104-1169-rlae-27-e3086.pdf
10. Ministerio de salud de Chile-Programa Nacional de Tuberculosis. TUBERCULOSIS. Informe de Situación en Chile 2014. Santiago de Chile; 2015.
11. Servicio de noticias en salud Al Día – América avanza contra la tuberculosis, pero la meta ahora es “ponerle fin” [Internet]. 2016 [citado 5 Ene 2019]. Disponible en: <https://boletinaldia.sld.cu/alodia/2016/03/27/america-avanza-contra-la-tuberculosis-pero-la-meta-ahora-es-ponerle-fin/>
12. Quintero Salcedo S, Reyes Castillo A, Blanco Zambrano GL, Marrero Rodríguez H, Quintero García JÁ. Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con tuberculosis diagnosticada en el Hospital Provincial "Celia Sánchez Manduley". MEDISAN [Internet]. 2014 [citado 5 Dic 2018]; 18 (6): 799-805. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000600008&lng=es
13. Arnold Domínguez Y. Calidad de la selección de pacientes con síntomas respiratorios según riesgo de padecer tuberculosis pulmonar. MediSur [Internet]. 2013 [citado 5 Dic 2018]; 11(2): 133-140. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000200006&lng=es.

14. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2019 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2020 [citado 8 Ene 2021]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%3%b3nico-Espa%3%b1ol-2019-ed-2020.pdf>

15. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dirección Nacional de Epidemiología. Grupo Nacional Técnico Asesor. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.

16. Delgado Acosta H, González Moreno L, Valdés Gómez M, Hernández Malpica S, Montenegro Calderón T, Rodríguez Buergo D. Estratificación de riesgo de tuberculosis pulmonar en consejos populares del municipio Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2015 [citado 5 Dic 2018]; 13 (2): 275-284. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000200005&lng=es

17. Gómez IT, Llerena CR, Zabaleta AP. Tuberculosis y tuberculosis farmacorresistente en personas privadas de la libertad. Colombia, 2010-2012. Rev. salud pública [Internet]. 2015 [citado 12 Ene 2019]; 17 (1): 97-105. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n1.50937>

18. Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015. Washington, D.C: OPS, © 2006. ISBN 92 75 32673 8. pp. 1-82. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/textcom/cd045364/TbRegPlan2006.pdf>

19. Huapaya Romero RM. Factores de riesgo asociados a tuberculosis multidrogorresistente en pacientes del Centro de Salud San Cosme - La Victoria. 2016 y 2017 [tesis]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2018 [citado 12 Ene 2019]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1406/RHUAPAYA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

20. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis [Internet]. Ginebra 2017. [citado 10 oct 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
21. Organización mundial de la Salud. Global tuberculosis report 2017 [Internet]. Ginebra: OMS 2017 [Citado 20 dic 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259366/1/9789241565516-eng.pdf?ua=1>
22. Huangal Naveda EO, Vega Grados JA. Eficacia de una Intervención Educativa para mejorar los conocimientos sobre Tuberculosis en estudiantes de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque 2017 [tesis]. Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2017 [citado 20 dic 2019]. Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/922?show=full>
23. Arivilca Gutiérrez TM, Mamani Mamani MV. Intervención educativa de enfermería en el manejo de los servicios de saneamiento básico, en las familias del sector de Anccaca, Laraqueri [tesis]. Perú: Universidad Nacional de Altiplano; 2014 [citado 20 dic 2019]. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/1807>
24. Hernández Rodríguez SM, Rodríguez Oropesa AA, García Pérez RP, Blanco Benítez Y, Albear de la Torre D, Valle Yanes I. Intervención educativa sobre tuberculosis pulmonar en el Establecimiento Penitenciario Provincial de Ciego de Ávila. MEDICIEGO [Internet]. 2018 [citado 30 Ene 2019]. 24 (4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=84390>
25. Córdova Chanamé ML. Efecto de una intervención educativa de enfermería en el conocimiento sobre la prevención de tuberculosis pulmonar en madres del AA. HH. Domingo de Ramos Tahuantinsuyo Alto, Independencia, noviembre 2016 [tesis]. Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017 [citado 30 Ene 2019]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/761>
26. Guerrero Reyes RI. Factores de riesgo asociados al no cumplimiento farmacoterapéutico de la tuberculosis pulmonar en personas privadas de su libertad del centro penitenciario de Aucallama (Huaral). Periodo octubre 2016 – abril 2017 [tesis].

Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018 [citado 30 Ene 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2167>

27. Blanco Zambrano GL, Arias del Castillo AM, Marrero Rodríguez H, Quintero Salcedo S, Serra Valdes MA. Tuberculosis pulmonar con baciloscopía positiva en el Municipio Manzanillo de 1990 al 2010. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2015 [citado 12 Dic 2018]; 53 (1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032015000100005&lng=es)

[30032015000100005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032015000100005&lng=es)

28. Acuña Trinidad K, Revilla Saldaña RE. Nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el hospital Nacional de Huaycán abril, 2018 [Tesis]. Universidad Peruana Unión; 2 de diciembre de 2019 [citado 29 Ene 2021]. Disponible en: <http://200.121.226.32:8080/handle/UPEU/2281>

29. Hernández Guerrero IA, Vázquez Martínez VH, Guzmán López F, Ochoa Jiménez LG, Cervantes Vázquez DA. Perfil clínico y social de pacientes con tuberculosis en una unidad de medicina familiar de Reynosa, Tamaulipas, México. Revista digital Aten Fam [Internet]. 2016 [citado 12 Dic 2018]; 23 (I): 14-8. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300700>

30. Carlos Cordova JE. Percepción del Soporte Familiar en Pacientes con Tuberculosis Pulmonar Atendidos en el Hospital de Huaycán, Lima, Perú, 2019 [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2019 [citado 29 Ene 2021]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/2500>

31. Reyes Zarazú KS. Factores de riesgo socioeconómicos asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un centro de salud de Los Olivos durante el periodo 2016-2018 [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2019 [citado 29 Ene 2021]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1969>

32. Callejas Gutiérrez AM. Prevalencia de tuberculosis latente mediante la realización de prueba de QuantiFERON TB Gold In Tube en una muestra de pacientes con cáncer

de dos Hospitales Universitarios de Bogotá-Colombia, entre abril y octubre de 2015. Estudio de corte transversal [Tesis]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina, Departamento de Medicina; 2015. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/55572>

33. Enriquez Choquehuanca KB. Calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar relacionado con el Autoestima, Centro de Salud Cono Sur. julio - setiembre 2018 [Tesis]. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2019 [citado 29 Ene 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/4531>

34. Cruz Alvarez E. Apoyo socio-emocional en pacientes con tuberculosis pulmonar en el centro de salud Perú IV zona, Lima 2019 [Tesis]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 6 de septiembre de 2019 [citado 29 Ene 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3226>

35. UNSIHUAY LILA V. CONOCIMIENTO SOBRE TUBERCULOSIS PULMONAR DE POBLADORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JUAN PARRA DEL RIEGO EL TAMBO, 2019 [Tesis]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 10 de diciembre de 2019 [citado 29 de mayo de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3018>

36. Tuberculosis. Who.int [internet]. OMS; 2017 [citado 25 Dic 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>

37. Caminero J. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Rev Clin Esp [Internet]. 2016 [citado 12 Ene 2019]; 216 (2): 76-84. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256515002301>

38. Rocha Velásquez K. Efecto de intervención educativa de enfermería sobre conocimientos y prácticas preventivas contra el dengue en pobladores de una comunidad Lurín [Tesis]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2016 [citado 23 Ene 2021]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/761>

39. Haro Falcón FE. Características sociodemográficas de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar MDR y XDR en el Complejo Hospitalario PNP “Luis N. Sáenz” durante el período: Julio 2016 a Junio 2018 [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo palma; 2019 [citado 23 Ene 2021]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1781/FHARO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
40. Aquije Ipenza FG. Nivel de conocimiento sobre tuberculosis de los pacientes que pertenecen a la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de tuberculosis de un centro de salud de San Martín de Porres - 2019 [Tesis]. Lima: Universidad Privada del Norte; 8 de agosto de 2019 [citado 23 Ene 2021]. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/21970>
41. Ccapcha Elias NM, Garay Quispe CI. Factores de riesgo para la tuberculosis pulmonar en internos del Centro de Salud del Establecimiento Penitenciario de Cañete, septiembre – noviembre 2019 [Tesis]. Chíncha: Universidad Autónoma de Ica; 9 de octubre de 2020 [citado 23 Ene 2021]; Disponible en: <http://localhost/xmlui/handle/autonomadeica/668>
42. Maldonado Ayna YK. Intervención educativa sobre la medicación en pacientes que asisten al programa preventivo de control de tuberculosis del Hospital III Daniel Alcides Carrión – EsSalud, Tacna – 2019 [Tesis]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann [Internet]; 2019 [citado 23 Ene 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/4006>
43. Aguiar Reina C, Vázquez Marinos A, Soto Cáceres VA. Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar de los pobladores de un distrito con alta incidencia, Chiclayo-Perú. Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque: REM [Internet]. 2017 [citado 12 Ene 2021]; 3 (4): 138-42. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6236149>
44. Bandera Jiménez DC, Romero García LI, Guillén Guillén JR, Solís Aguiar JA. Casos nuevos de tuberculosis y análisis de la tendencia de la enfermedad en el municipio

de Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet]. 2018; 22 (3): 248. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192018000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

45. Maurera D, Bastidas G. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con tuberculosis en el estado Carabobo, Venezuela. Rev Méd Urug [Internet]. 2019 [citado 12 Ene 2021]; 35 (2): 105-112. DOI: 10.29193/RMU.35.2.2

46. Mejía Sánchez J, Nuñez Villa J. Factores asociados a los conocimientos sobre tuberculosis pulmonar en pacientes con VIH/SIDA. CASUS [Internet]. 2019 [citado 12 Ene 2021]; 4 (2): 92-101. DOI: 10.35626/casus.2.2019.212

47. Fernandez BL, Palacio DF, Pacheco R. Prevalence of tuberculosis and risk of pulmonary tuberculosis in close contacts of patients in a penitentiary center in the municipality of Palmira, Colombia. IJEPH [Internet]. 2019 [citado 12 Ene 2021]; 2 (1): e-020. DOI: 10.18041/2665-427X/ijeph.1.5185.

48. González López MJ, González Borroto L, Sotolongo Amechazurra JA, Corzo Rodríguez R, Méndez Mederos HL. Programa de intervención comunitaria dirigido a pacientes con riesgo de tuberculosis pulmonar. Rev cub salud pública [Internet]. 13 de enero de 2020 [citado 8 Feb 2021]; 45 (3): e1522. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2019.v45n3/e1522/>

49. Conde Palomino EG, Condor Leon CC. Factores de riesgo asociados al desarrollo de tuberculosis pulmonar en pacientes con diabetes mellitus tipo II en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2016-2018 [Tesis]. Lima: Universidad Peruana Unión; 13 de febrero de 2020 [citado 29 Ene 2021]. Disponible en: <http://200.121.226.32:8080/handle/UPEU/2974>

50. Céspedes C, López L, Aguirre S, Mendoza Ticona A. Prevalencia de la comorbilidad tuberculosis y diabetes en Paraguay, 2016 y 2017. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 3 Ene 2021]; 43: e105. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.105>

51. Al Rifai RH, Pearson F, Critchley JA, Abu Raddad LJ. Association between diabetes mellitus and active tuberculosis: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017 [cited 2021 Jan 4]; 12: e0187967. DOI:10.1371/journal.pone.0187967
52. Tello Vaidivieso F. Asma y tuberculosis [Internet]. [citado 29 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-pdf-X0300289669305157>
53. Norabuena Granda MA, Moreno Garrido ZR. Nivel de conocimiento sobre tuberculosis en estudiantes de secundaria de Lima, Perú 2019. Horizonte Médico (Lima) [Internet]. julio de 2020 [citado 23 Ene 2021]; 20 (3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X2020000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
54. Daza Bajaña JL, Villarroel Párraga EJ. Tuberculosis pulmonar perfil clínico y epidemiológico [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2019 [citado 29 Ene 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/43272>
55. Sánchez Sánchez FA, Jara Lanchi FG. Caracterización epidemiológica en pacientes con tuberculosis pulmonar [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2019 [citado 29 Ene 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/43853>
56. Carmona Flores KD, Francia Sipión DA. Eficacia de una Intervención Educativa para mejorar los conocimientos sobre Tuberculosis en estudiantes de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque 2017 [Tesis]. Chiclayo: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2017 [citado 29 Ene 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/922>
57. Santos Graus SV. Programa de intervención educativa en el control de la tuberculosis en trabajadores de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Norbert Wiener 2015. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 7 de mayo

de 2018 [citado 23 Ene 2021]; Disponible en:
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1717>

58. Fernández Verdecia LL, Varela La O Y, Paz Lorente C, Herrero Pacheco C, Hernández Mesa PM. Modificación de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar en trabajadores no docentes de la sede Haydee Santamaría Cuadrado. Mul Med [Internet]. 15 de marzo de 2017 [citado 23 de mayo de 2021]; 20 (6): 130-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70899>

59. Pompilla Astuayhua JF. Nivel de conocimiento sobre tuberculosis en estudiantes de quinto de secundaria de una institución educativa pública, Villa María Del Triunfo [Tesis]. Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2020 [citado 23 Ene 2021]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3589>

60. Rios Moncada NE. Nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar de los pobladores de un asentamiento humano de Villa María Del Triunfo 2020 [Tesis]. Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2020 [citado 23 Ene 2021]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3583>

61. Huaman Boza JJ, Ochoa Luna EC. Efectividad de una intervención educativa sobre nivel de conocimiento y adherencia en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud San Miguel- octubre, 2018 [Tesis]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 17 de abril de 2019 [citado 23 Ene 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3000>

62. Sotelo Buleje L. Relación entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis con el autocuidado de los pacientes con tuberculosis pulmonar de la dirección de redes integradas de salud Lima sur. Revista Peruana de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud [Internet]. 3 de julio de 2019 [citado 23 Ene 2021]; 1 (1): 7-11. Disponible en: <http://unijuanpablo.edu.pe/revista/index.php/Repiec/article/view/5>

63. Aguilar Urcia LM, Aquino Aguirre MA. Conocimiento sobre tuberculosis y riesgo de abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar Red Pacasmayo

[Tesis]. Trujillo: UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO; 2019 [citado 23 Ene 2021].
Disponble en:
<https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/11624/1850.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

64. Saavedra Gutiérrez MC. Conocimientos y actitud hacia el tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Distrital Santa Isabel. El Porvenir [Tesis]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 8 de agosto de 2019 [citado 29 Ene 2021]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/13310>

ANEXOS

ANEXO I: MODELO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Edad ____

Nivel escolar: _____

Período de internamiento en la institución: _____

Estado nutricional: _____

Peso _____

Talla _____

IMC _____

Antecedentes patológicos personales: _____

Antecedentes patológicos familiares de TBp

____ Si

____ No

Hábito de fumar

____ Si

____ No

Ingestión de bebidas alcohólicas:

____ Abstinente total

___ Bebedor excepcional u ocasional

___ Bebedor moderado

___ Bebedor excesivo

___ Bebedor patológico o alcohólico

ANEXO II: TABLA DE DIAGNÓSTICO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE ACUERDO CON EL IMC

ANEXO. Diagnóstico del estado nutricional de acuerdo con el IMC

IMC:	16,0	17	18,5	20	22	25	30	40	Estatura/cm
Estatura/cm	Peso corporal en kg								Estatura/cm
1,40	31,4	33,3	36,3	39,2	43,1	48,0	58,8	78,4	1,40
1,41	31,8	33,8	36,8	39,8	43,7	48,7	59,6	79,5	1,41
1,42	32,3	34,3	37,3	40,3	44,4	50,4	60,5	80,7	1,42
1,43	32,7	34,8	37,8	40,9	45,0	51,1	61,3	81,8	1,43
1,44	33,2	35,3	38,4	41,5	45,6	51,8	62,2	82,9	1,44
1,45	33,6	35,7	38,9	42,1	46,3	52,6	63,1	84,1	1,45
1,46	34,1	36,2	39,4	42,6	46,9	53,3	63,9	85,3	1,46
1,47	34,6	36,7	40,0	43,2	47,5	54,0	64,8	86,4	1,47
1,48	35,0	37,2	40,5	43,8	48,2	54,8	65,7	87,6	1,48
1,49	35,5	37,7	41,1	44,4	48,8	55,5	66,6	88,8	1,49
1,50	36,0	38,3	41,6	45,0	49,5	56,3	67,5	90,0	1,50
1,51	36,5	38,8	42,2	45,6	50,2	57,0	68,4	91,2	1,51
1,52	37,0	39,3	42,7	46,2	50,8	57,8	69,3	92,4	1,52
1,53	37,5	39,8	43,3	46,8	51,5	58,5	70,2	93,6	1,53
1,54	37,9	40,3	43,9	47,4	52,2	59,3	71,1	94,9	1,54
1,55	38,4	40,8	44,4	48,1	52,9	60,1	72,1	96,1	1,55
1,56	38,9	41,4	45,0	48,7	53,5	60,8	73,0	97,3	1,56
1,57	39,4	41,9	45,6	49,3	54,2	61,6	73,9	98,6	1,57
1,58	39,9	42,4	46,2	49,9	54,9	62,4	74,9	99,9	1,58
1,59	40,4	43,0	46,8	50,6	55,6	63,2	75,8	101,1	1,59
1,60	41,0	43,5	47,4	51,2	56,3	64,0	76,8	102,4	1,60
1,61	41,5	44,1	48,0	51,8	57,0	64,8	77,8	103,7	1,61
1,62	42,0	44,6	48,6	52,5	57,7	65,6	78,7	105,0	1,62
1,63	42,5	45,2	49,2	53,1	58,5	66,4	79,7	106,3	1,63
1,64	43,0	45,7	49,8	53,8	59,2	67,2	80,7	107,6	1,64
1,65	43,6	46,3	50,4	54,5	59,9	68,1	81,7	108,9	1,65
1,66	44,1	46,8	51,0	55,1	60,6	68,9	82,7	110,2	1,66
1,67	44,6	47,4	51,6	55,8	61,4	69,7	83,7	111,6	1,67
1,68	45,2	48,0	52,2	56,4	62,1	70,6	84,7	112,9	1,68
1,69	45,7	48,6	52,8	57,1	62,8	71,4	85,7	114,2	1,69
1,70	46,2	49,1	53,5	57,8	63,6	72,3	86,7	115,6	1,70
1,71	46,8	49,7	54,1	58,5	64,3	73,1	87,7	117,0	1,71
1,72	47,3	50,3	54,7	59,2	65,1	74,0	88,8	118,3	1,72
1,73	47,9	50,9	55,4	59,9	65,8	74,8	89,8	119,7	1,73
1,74	48,4	51,5	56,0	60,6	66,6	75,7	90,8	121,1	1,74
1,75	49,0	52,1	56,7	61,3	67,4	76,6	91,9	122,5	1,75
1,76	49,6	52,7	57,3	62,0	68,1	77,4	92,9	123,9	1,76
1,77	50,1	53,3	58,0	62,7	68,9	78,3	94,0	125,3	1,77
1,78	50,7	53,9	58,6	63,4	69,7	79,2	95,1	126,7	1,78
1,79	51,3	54,5	59,3	64,1	70,5	80,1	96,1	128,2	1,79
1,80	51,8	55,1	59,9	64,8	71,3	81,0	97,2	129,6	1,80
1,81	52,4	55,7	60,6	65,5	72,1	81,9	98,3	131,0	1,81
1,82	53,0	56,3	61,3	66,2	72,9	82,8	99,4	132,5	1,82
1,83	53,6	56,9	62,0	67,0	73,7	83,7	100,5	134,0	1,83
1,84	54,2	57,6	62,6	67,7	74,5	84,6	101,6	135,4	1,84
IMC	DEC 3	DEC 2	DEC 1	Normal		Sobrepeso 1	Sobrepeso 2	Sobrepeso 3	

Fuente: Bailey KE, Ferro-Luzzi A. Use of body mass index in assessing individual and community nutritional status. Bull of the World Health Org. 1995;73:673-80.

ANEXO III: ENCUESTA SOBRE TUBERCULOSIS.

Buen día, trabajadores de la Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza. En esta ocasión estamos realizando esta encuesta para saber si la población tiene los conocimientos y actitudes adecuadas sobre la tuberculosis pulmonar, lo que permitirá conocer la realidad en una población tan vulnerable, y con ello elaborar estrategias de prevención.

Su participación en este estudio es voluntaria y el llenado es de manera anónima.

Las respuestas que usted nos brinde servirán para el presente estudio. Con el llenado de la encuesta entendemos que brinda su consentimiento para participaren la investigación.

¿Conoce usted qué es la tuberculosis pulmonar?

___ Es una enfermedad muy contagiosa;

___ Puede padecerla desde un niño hasta un anciano;

___ Aparece solo en los animales

___ No tiene cura

___ Tiene cura.

¿Cuáles son los factores de riesgo de la tuberculosis pulmonar?

___ Los que viven junto a un paciente con la enfermedad.

___ Alcohólicos.

___ Obesos.

___ Personas que permanecen en instituciones cerradas;

___ Personas que padecen enfermedades del corazón.

___ Los que tienen debilidad del Sistema Inmunológico (defensas).

___ Desnutridos

¿Cuáles son los signos y síntomas de la tuberculosis pulmonar?

___ La fiebre acompañada de sudoración en horas nocturnas.

___ Síntomas respiratorios de más de 14 días

___ Vómito

___ Puede haber tos con acompañamiento de sangre.

___ Dolor de cabeza

___ Dolor en los huesos

___ Decaimiento.

___ Pérdida de peso y de apetito.

¿Cómo se transmite la tuberculosis pulmonar?

___ Oral.

___ Por transfusión de sangre.

___ Vía respiratoria

___ Por exceso de trabajo.

___ Por contacto sexual con una persona enferma.

___ Es hereditario

___ Por contacto directo con una persona enferma no tratada

¿Qué conducta debe tomarse cuando existe un caso de tuberculosis pulmonar?

___ El estudio del Esputo (secreciones) es de gran importancia en el control y diagnóstico de la enfermedad.

___ El enfermo cuando tosa y estornude tiene que cubrir la boca con un pañuelo y no escupir al suelo.

___ Es una enfermedad que no se cura por lo que no se considera importante su tratamiento con antibióticos.

___ El enfermo se mantendrá alejado de los miembros que vivan con él, hasta dos semanas después de haber recibido el tratamiento.

___ Es una enfermedad curable si se hace el tratamiento adecuado, a pesar de la larga duración del mismo.

ANEXO IV INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO “LA TUBERCULOSIS SE PUEDE CURAR... CUMPLE CON TU TRATAMIENTO”

Antes de iniciar la intervención educativa se contó con el consentimiento informado de los participantes; el consentimiento informado se entregó en el inicio de la intervención y en ese momento se les proporcionó información del programa, así como del objetivo de esta intervención.

OBJETIVO GENERAL

- Elevar el conocimiento de los pacientes a la estrategia nacional control y prevención de tuberculosis en el Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconocer las características de la enfermedad como causa, sintomatología, diagnóstico, prevención, tratamiento de la tuberculosis.
- Identificar las consecuencias de no cumplir con el tratamiento farmacológico.

En las sesiones educativas se abordaron temas relacionados con la tuberculosis pulmonar, y se utilizaron técnicas participativas que amenizaron cada una de ellas, las cuales se desarrollaron de la siguiente manera:

- Primera Intervención Educativa

Conociendo sobre la enfermedad de la Tuberculosis y tipos, en la actualidad.

- Segunda Intervención Educativa

Conociendo como se contagia y la sintomatología de la enfermedad.

- Tercera Intervención Educativa

Conociendo cuales son los factores de riesgo y diagnostico la enfermedad.

- Cuarta Intervención Educativa

Conociendo como prevenimos la tuberculosis.

- Quinta Intervención Educativa

Conociendo la razón de no abandonar al tratamiento.

GRUPO BENEFICIARIO: Pacientes del CMF #6 del Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA: Exposición interactiva, participativa.

RECURSOS HUMANOS: profesionales de salud del establecimiento

RECURSOS MATERIALES: Tríptico, banner, pizarra, plumones, papelógrafos

DURACIÓN: 30 minutos aproximadamente por cada sesión.

LUGAR: aulas del Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza.

PRIMERA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Conociendo sobre la enfermedad de la Tuberculosis y tipos, en la actualidad.

Objetivo Específico	Tema/ Contenido(S)	Metodología	Recursos Y Materiales Didácticos	Duración
Lograr que los pacientes reconozcan la enfermedad, sus causas y los daños que ocasiona la enfermedad.	SALUDO Y BIENVENIDA Buenos días señores y señoras somos licenciados egresados de la Universidad WIENER venimos a daremos inicio a nuestra primera sesión de intervención educativa sobre la enfermedad de la Tuberculosis en la actualidad, así que bienvenidos y muy agradecidos por su asistencia.	Expositiva Participativa (Lluvia de ideas)	Rotafolio Cinta adhesiva Papel Bond Cartulinas. Imperdibles Plumones o lápices de colores 	2 min.
	Presentación de la expositora y saludo a los asistentes. ¿Quién es quién? Se entregará a cada paciente una tarjeta con su nombre para que se lo prenda en el pecho, luego siguiendo un orden, van diciendo cada uno de sus			10 min.

nombres y de donde vienen. Luego se realizó el (pre test) del trabajo de investigación.

INTRODUCCION

La tuberculosis persiste como un problema mundial de salud pública de grave magnitud, que requiere atención urgente. Siendo la tuberculosis una enfermedad prioritaria a nivel mundial y para dar respuesta a la problemática que ésta representa, la OMS está poniendo en marcha la Estrategia ALTO A LA TUBERCULOSIS.



¿Qué es la Tuberculosis?

La Tuberculosis o TBC es una enfermedad infecciosa y contagiosa causada por un microbio llamado Bacilo de Koch (BK). Afecta principalmente a los pulmones, pero también puede causar daño a la pleura, los ganglios, estómago y genitales y otras partes del



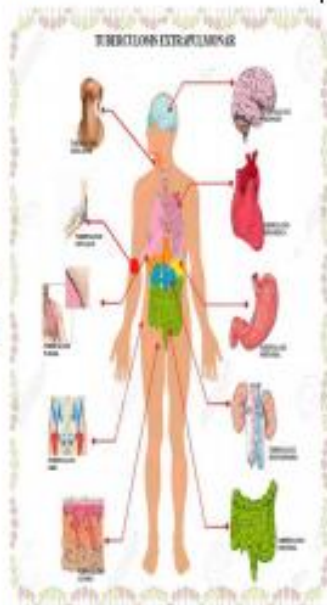
10min.

cuerpo. Es PELIGROSA si la persona enferma y no recibe tratamiento oportuno; vamos a ver lo siguiente:

TBC EXTRAPULMONAR

Es aquella que se disemina y afecta varios órganos y tejidos como son:

- ✓ Cerebro
- ✓ Huesos
- ✓ Riñones
- ✓ Articulaciones
- ✓ Sistema nervioso
- ✓ Sistema digestivo
- ✓ Ganglios linfáticos



Juego de láminas conociendo la tuberculosis

8min.

SEGUNDA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Conociendo como se contagia y la sintomatología de la enfermedad.

Objetivo Específico	Tema/ Contenido(S)	Metodología	Recursos Y Materiales Didácticos	Duración
Identificar los síntomas, la detección y el diagnóstico en el grupo de estudio y que estos actuarán de forma consciente para modificarlos.	Se da inicio a la segunda intervención educativa con el respectivo saludo a todos os participantes que estuvieron presentes.	Expositiva Participativa (Lluvia de ideas)	Hilos De Colores Hojas Bond Lápices Plumones De Papelógrafos Rotafolio	2min
	Se realizó una retroalimentación del tema impartido en la sesión anterior para lo cual no hubo dudas en lo referente al grupo. Después se dividió el en 5 grupos de xx integrantes. Para ello se utilizó la técnica Hilos de colores (Garrett, 1999). Se entregó a cada participante un hilo de colores repartiendo 5 colores en total. Luego se les pidió a los que tuvieran el hilo de un mismo color se unieran para formar un grupo. Para posteriormente			10 min



	analizar el tema a debatir, en esta sesión se utilizó la técnica lluvia de ideas. Se le pidió a cada grupo que escribieran en un papel ¿Cómo se contagia y posibles síntomas que harían pensar a una persona que está enfermo de tuberculosis pulmonar?, para esta actividad se les proporciono 5 minutos para que el grupo interactuara y sacaran sus propias conclusiones asesorados por el autor del estudio, una vez concluida esta actividad, tenían que leer los síntomas en que concluyeron los grupos. A partir de lo mencionado por los participantes, se cerró la actividad señalando que los síntomas que presentan en la enfermedad pueden afectar no sólo físicamente, sino también psicológicamente.			
	¿Cómo se contagia la TBC? Se transmite de persona a persona por el aire. El enfermo elimina gotitas CARGADAS DE MICROBIOS cuando tose, estornuda, canta o habla. El aire contaminado es respirado por la persona sana			10 min

	produciéndose el contagio. La transmisión se produce en todo sitio, donde se mantienen las gotas de saliva en el aire. El riesgo de infección de una persona es alto si éste se encuentra en contacto por mucho tiempo, en un ambiente cerrado con una persona con TBC pulmonar. ¿Cómo NO se contagia? ✚ NO se contagia por usar los mismos cubiertos ✚ (cuchara, tenedor, etc.) ✚ NO se contagia por dar la mano ✚ NO se contagia por tocar o usar la ropa ni las sabanas. NO se puede transmitir por transfusión de sangre ni por la leche materna. ¿Cuáles son los síntomas de la TBC? El síntoma PRINCIPAL es la TOS con FLEMA por más de 15 días. Las personas que presentan este síntoma principal son llamados "SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS",			
--	--	--	--	--

	ellos deben acudir al establecimiento de salud para realizarse la prueba de esputo y descartar la tuberculosis. Ésta prueba es completamente gratuita en todos los establecimientos de salud. Gran parte de los problemas respiratorios se curan en un plazo no mayor de dos semanas, por lo que una persona con tos por un periodo mayor, es sospechoso de tener TBC pulmonar, siendo indispensable realizarse los exámenes de esputo. Las personas con TBC pulmonar pueden presentar los síntomas o señales adicionales, como: ✚ Pérdida de peso. ✚ Sudor por las noches. ✚ Cansancio. ✚ Decaimiento. ✚ Fiebre. ✚ Dolor torácico. ✚ Hemoptisis (eliminan sangre por la boca).		 SÍNTOMAS DE LA TUBERCULOSIS 1. Tos con flema por más de 15 días. 2. Fiebre por las noches. 3. Cansancio todo el día. 4. Falta de apetito y pérdida de peso.	
--	--	--	---	--

	Al finalizar la réplica educativa, se procede a la retroalimentación, y evaluar los conocimientos adquiridos por los participantes durante la réplica. Usamos preguntas abiertas sobre el tema desarrollado.			8 min
--	---	--	--	-------

TERCERA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Conociendo cuales son los factores de riesgo y diagnostico la enfermedad.

Objetivo Específico	Tema/ Contenido(S)	Metodología	Recursos Y Materiales Didácticos	Duración
Despertar el interés de los participantes en mejorar sus conocimientos sobre los factores de riesgo y el diagnóstico de la enfermedad.	Se da inicio a la segunda intervención educativa con el respectivo saludo a todos os participantes que estuvieron presentes.	Participativo (lluvia de ideas). Expositiva	Cartulinas Papel Boon Lápices Rotafolio	2min
	Se realizó una retroalimentación del tema impartido en la sesión anterior para lo cual no hubo dudas en lo referente al grupo. Hacemos un juego CAZANDO MARIPOSAS Preparar con anticipación			10min

papales en forma de mariposas, escribir en una de las caras una pregunta en relación al tema que se tratara, ideas que se quieran fijar, los participantes formarán un círculo, el expositor indicara en que momento las personas lanzaran las mariposas al aire y todos deben tratar de coger una mariposa luego leer la pregunta que se ha formulado y responder cuando el expositor lo indique.

¿Cuáles son los factores de riesgo?

Existen situaciones o condiciones (factores de riesgo) que incrementan la presencia de la TBC, por lo tanto, es importante conocer estos factores que hacen a las personas más propensas a infectarse y luego a enfermar, es necesario considerar:

✚ Como se transmite el Bacilo de Koch.



10min

- ✚ Cuán rápido se contagia el bacilo de una persona con TBC a otra persona que no la tiene.
- ✚ Presencia de enfermedades crónicas debilitantes (diabetes, insuficiencia renal crónica, desnutrición, anemias, infección por VIH).
- ✚ Antecedente Familiar.
- ✚ Hacinamiento.
- ✚ Falta de higiene y ventilación.
- ✚ Falta de agua y servicios higiénicos.
- ✚ Estilos de vida inadecuados (drogadicción, alcoholismo)
- ✚ Alimentación deficiente e inadecuada.

Existen además diversos factores físicos y emocionales que pueden aumentar la posibilidad de presentar la enfermedad, el debilitamiento de nuestro sistema de defensas es uno de los factores más



	importantes y ello puede ocurrir en aquellas personas que tiene la infección por el VIH. ¿Cómo se diagnostica la TBC? El método de mayor eficacia para detectar personas sospechosas de tuberculosis pulmonar es la Baciloscopia (Examen de esputo o flema) Los resultados pueden ser BK positivo o BK negativo. Al sintomático respiratorio Bk positivo se le debe iniciar tratamiento de inmediato. Al sintomático respiratorio Bk negativo, pero con sospecha de TBC, será necesario repetir cada dos semanas la baciloscopia y realizarse otros exámenes como: • Cultivo de esputo • Radiografía de tórax			
--	---	--	--	--

	Técnica de la prueba de tuberculina Para descartar la enfermedad, esto se llama "seguimiento diagnóstico".			
	Después de la intervención educativa brindada se evaluó con preguntas relacionadas a la sesión y así poder medir la efectividad de la intervención educativa.			8min

CUARTA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Conociendo como prevenimos la tuberculosis.

Objetivo Especifico	Tema/ Contenido(S)	Metodología	Recursos Y Materiales Didácticos	Duración
Promover medidas preventivas para la tuberculosis.	Una vez más cumpliendo con lo establecido agradeciendo a los asistentes damos inicio a la cuarta y última intervención educativa.	Expositivo Visual (vídeo) https://www.youtube.com/watch?v=...	Computadora Reflector Papel bond Lapiceros	2min
	En esta oportunidad se dividió el grupo en equipos, para utilizar la técnica de integración: ¿Qué			10min

	Este examen es gratuito en los establecimientos de salud. ✚ Es necesario practicar buenos hábitos de higiene personal y mantener limpia la vivienda. ✚ La ventilación adecuada de las habitaciones del hogar ayuda a reducir la transmisión de la TBC. La luz natural del sol, como fuente de rayos ultravioleta, destruyen a los Bacilos de Koch. Los que sospecha de la enfermedad a tomar precauciones sencillas, tales como: ✚ Taparse la boca al toser o estornudar con papel higiénico desechable. ✚ Usar recipientes cubiertos para el esputo. ✚ Girar la cabeza para evitar toser directamente a la cara. ✚ Ventilar su habitación. ✚ Alimentarse adecuadamente con una alimentación balanceada. ✚ Dejar de fumar, tomar o consumir drogas.			
--	---	--	--	--

	🚰 Lavarse las manos antes y después de cualquier actividad.			
	Al finalizar la réplica educativa, se procede a la retroalimentación, y evaluar los conocimientos adquiridos por los participantes durante la réplica. Usamos preguntas abiertas sobre el tema desarrollado. Al final de esta sesión se les agradeció su participación en la intervención educativa y se aplicaron los instrumentos a todos los participantes en la intervención educativa (post test).			8min

QUINTA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Conociendo la razón de no abandonar al tratamiento.

Objetivo Específico	Tema/ Contenido(S)	Metodología	Recursos Y Materiales Didácticos	Duración
Sensibilizar a los participantes el NO abandonar el tratamiento y	Con los saludos respectivos a los asistentes agradeciendo su participación, nuevamente cumpliendo con lo establecido comenzaremos nuestra quinta intervención, y hoy hablaremos sobre la razón importante de NO abandonar el tratamiento, hacemos	Expositiva Participativo	Tarjetas de colores Cartulina Lapiceros de colores Rotafolio	2min

cumplirlo para mejorar su salud.	un recordatorio de la sesión pasada para saber la lección aprendida.			
	Fomentar la participación de los integrantes realizando preguntas que se encuentran en un sobre cerrado de colores, que al azar elegimos a los participantes para que escojan y se les hace la pregunta relacionados con la intervención educativa y premiando con frutas a las respuestas correctas.			10min
	¿Por qué NO se debe abandonar el tratamiento? El enfermo que abandona el tratamiento NO SE CURA. Los bacilos se vuelven resistentes a los medicamentos que el paciente está tomando y se necesitará nuevas medicinas para combatir esos bacilos, es decir aparece TB Multidrogoresistente. Asimismo, estas nuevas medicinas tendrán que tomarse por más tiempo y por lo general con fuertes malestares.			10min

	El enfermo puede volver a presentar BK positivo, y contagiar a toda la familia, amigos o a cualquier persona cercana. ¿Qué es la TBC-Resistente? Es el mismo microbio de la TBC pero más FUERTE Y PELIGROSO ya que algunos medicamentos no los combate. El microbio se vuelve resistente a los medicamentos antituberculosos. La única manera de detectar si una persona tiene TB MDR es realizando una prueba de sensibilidad a los medicamentos antituberculosos en el cultivo de BK del paciente y demostrando resistencia por lo menos a la Isoniacida y Rifampicina. Éste examen se realiza en los establecimientos de salud de manera gratuita. Caso de tuberculosis extensamente resistente (TB XDR), persona con tuberculosis pulmonar o extra pulmonar que cuenta con resultado de prueba de sensibilidad que muestra resistencia a rifampicina, isoniacida, una fluoroquinolona (levofloxacin o			
--	---	--	--	--

	moxifloxacina) y a un antibiótico inyectable de segunda línea (kanamicina, amikacina o capreomicina). ¿Cuál es la diferencia entre la TBC y TBC-Resistente? La diferencia radica en el TRATAMIENTO. <i>TBC SENSIBLE:</i> • Es de 6 a 9 u 12 meses. • Se necesita 4 tipos de medicamentos (R,H,Z,E) Puede causar algunas molestias. <i>TBC - RESISTENTE:</i> • Es de 18 a 24 meses generalmente. • Se necesita mayor cantidad de medicamentos (INYECTABLES). Puede causar molestias MÁS fuertes y graves (como molestias gástricas, dolor de cabeza, náuseas, malestar general, y otras más. <i>TBC XDR:</i>			
--	--	--	--	--

	.tratamiento en internamiento por los menos 2 meses en ambientes con adecuado control de infecciones, recibiendo medicamentos parenterales.			
	Se evaluara y se utilizó preguntas abiertas después de la sesión educativa para medir los conocimientos adquiridos.			8min

ANEXO V: CONSENTIMIENTO INFORMADO JEFE SERVICIOS MÉDICOS DEL MININT

A través de este documento deseo expresar que he sido informado acerca del desarrollo en la Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza, de una investigación titulada Intervención educativa sobre tuberculosis pulmonar en población del CMF No.6. Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza. 2019 – 2020 cuya autora es la Dra. Jessica Hernández Pérez, ya que la misma contribuirá a elevar los conocimientos sobre dicha patología en la población de estudio.

Se me ha informado, además, que los datos inherentes a la unidad y que constituyan riesgos para la defensa del país, serán solamente del conocimiento de los investigadores. De igual manera se me ha explicado que de este estudio no se obtienen beneficios económicos para los investigadores que la realizan, ni para mí.

Sobre la base de lo antes planteado en este documento y habiendo aclarado todas mis dudas, expreso mi disposición a autorizar la ejecución de esta investigación en nuestra institución, así como a apoyar en lo concerniente a la logística necesaria para su desarrollo.

Y para que así conste firmo el siguiente documento:

Nombre y Apellidos: _____

Firma: _____

Médico: _____

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO VI: AVAL DEL DIRECTOR DEL POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DE RODAS “RAÚL SUÁREZ MARTÍNEZ”

Título: Intervención educativa sobre tuberculosis pulmonar en población del CMF No.6.
Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza. 2019 – 2021

Yo Dr. (a) _____ Director(a) del Policlínico Raúl Suárez Martínez, he sido informado por la Dra. Jessica Hernández Pérez de su interés por la realización de un estudio que tiene como objetivo: Aplicar una intervención educativa sobre tuberculosis pulmonar en población del Consultorio Médico de la Familia No 6. Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza. 2019-2020. Considerando la situación actual que presenta nuestro municipio respecto a esta problemática creo oportuno la realización de este trabajo y como constancia de aprobación firmo la presente.

Firma Director del Policlínico Universitario de Rodas “Raúl Suárez Martínez”

Día_____Mes_____Año_____

ANEXO VII: AVAL DEL CONSEJO CIENTÍFICO DEL MUNICIPIO DE RODAS.

Por este medio, yo Presidente del Consejo Científico de Rodas informo mi consentimiento para la realización de la investigación:

Intervención educativa sobre tuberculosis pulmonar en población del CMF No.6. Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza. 2019 - 2021 por la Dra. Jessica Hernández Pérez y tutorada por la Dra. María Lina Valdés Gómez, Especialidad de II Grado en Higiene y Epidemiología, Máster en Salud Pública, Profesor Auxiliar; una vez que se me ha explicado los objetivos y beneficios de la misma desde el punto de vista social y humano.

Por tal motivo firmo la presente como constancia de mi aceptación a los _____ días del mes de _____ del año _____.

ANEXO VIII: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo _____ autorizo a la autora de la investigación Intervención educativa sobre tuberculosis pulmonar en población del CMF No.6. Establecimiento Penitenciario Provincial de Ariza. 2019 – 2021, de manera consciente y voluntaria a utilizar la información ofrecida por mí en su investigación. Se nos hizo saber que esta tendrá fines científicos y los resultados serán expuestos en jornadas científicas; los datos ofrecidos tendrán la garantía de confiabilidad establecida por los acuerdos internacionales y códigos de ética. De igual manera se nos dio a conocer que tenemos la potestad de abandonar la investigación en el momento que lo estimemos conveniente sin menoscabo de las relaciones con el investigador.

Firma de la Paciente