



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**“Efectos de un programa educativo en el conocimiento y prevención
materna de tuberculosis infantil. Colegio Nacional Carlos Mariátegui, 2017”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTOR

De La Cruz Cumpén, José Luis

ASESORA:

Mgr. Arévalo Ipanaqué, Janet Mercedes

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Promoción y comunicación en salud

LIMA, PERÚ

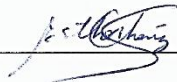
2017

Página de jurado



MGTR. Arévalo Ipanaqué Janet Mercedes.

Presidente



MGTR. Chávez Cachay Esther.

Secretario



MGTR. Liliana Rodríguez Saavedra.

Vocal

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a mi madre. Una mujer que es capaz de dar todo sin percibir nada. De anhelar con todo su corazón sin desear nada a cambio. De dedicar todo en un propósito sin medir la rentabilidad que le aporte su inversión. Gracias por ser mi madre, quien me adiestro que no existen sueños inviables, que desear es domino para lograr mis metas y objetivos.

Agradecimiento:

Me cautivaría que estas líneas sirvieran para manifestar mi más acentuado y cordial reconocimiento a todas aquellas personas que con su impulso han contribuido en la realización del reciente trabajo, en particular a la Mgtr. AREVALO IPANAQUE, JANET MERCEDES, coordinadora de la oficina de indagación, por la disposición, el seguimiento y la supervisión continúa de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de este ciclo.

Un reconocimiento muy particular merece el entendimiento, paciencia y el ánimo recibidos de mi familia y amigos. A todos ellos, muchas gracias.


Declaración de autenticidad

Yo José Luis De La Cruz Cumpén con DNI 43216967 a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Lima, Diciembre 21 del 2017



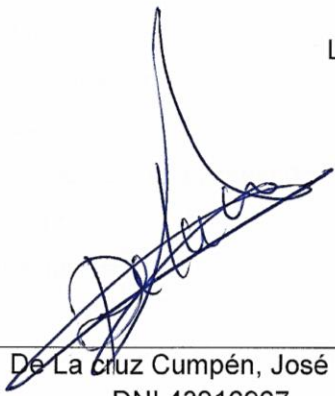
De La cruz Cumpén, José Luis
DNI 43216967

Presentación

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada “Efectos de un programa educativo en el conocimiento y prevención materna de tuberculosis infantil. Colegio nacional n° 0152 José Carlos Mariátegui, 2017”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Lima, Diciembre 21 del 2017



De La Cruz Cumpén, José Luis
DNI 43216967

Índice

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Realidad Problemática	1
1.2. Trabajos previos	5
1.3. Teorías relacionadas al tema	14
1.4. Formulación del problema	39
1.5. Justificación del estudio	40
1.6. Hipótesis	41
1.7. Objetivos	41
I. MÉTODO	
2.1. Diseño de investigación	43
2.2. Variables, Operacionalización	43
2.3. Población y muestra	46
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	46
2.5. Validez y confiabilidad	48
2.6. Métodos de análisis de datos	54
2.7. Aspectos éticos	59
II. RESULTADOS	60
III. DISCUSIÓN	61
IV. CONCLUSIÓN	73
VI. RECOMENDACIONES	74
VII. REFERENCIAS	75

Anexo 1: matriz de consistencia

Anexo 2: calculo muestral.

Anexo 3: encuesta sobre conocimiento y prácticas preventivas sobre tuberculosis infantil.

Anexo 4: resumen de opinión de juicio de expertos acerca del conocimiento y prácticas preventivas sobre tuberculosis infantil.

Anexo 5: confiabilidad del instrumento del conocimiento y sobre prácticas preventivas sobre tuberculosis infantil.

Anexo 6: libro de códigos de conocimiento y prácticas preventivas sobre tuberculosis infantil.

Anexo 7: hoja de información y consentimiento informado

Anexo 8: estructura del programa educativo.

Anexo 9: evidencias del programa educativo.

Anexo 10: cálculo de puntaje según estandares acerca de la tuberculosis infantil.

Anexo 11: tabla de resultados según dimensiones.

Anexo 12: resultado de turnitin

RESUMEN

El trabajo de indagación tuvo como objetivo primordial precisar los efectos de un esquema pedagógico en el nivel de conocimiento y prácticas preventivas que tienen las madres sobre la tuberculosis pulmonar infantil en el Colegio Nacional N° 0152 José Carlos Mariátegui, 2017, en el distrito de San Juan de Lurigancho. El estudio respondió a un enfoque cuantitativo de tipo aplicativo de diseño pre experimental. El universo estuvo establecido por 90 madres cuyos niños estaban registrados en dicho colegio. Se empleó la técnica de la encuesta y como instrumentos el cuestionario para medir la variable entendimiento y escala de Likert para medir la variable práctica. Se encontró que el nivel de conocimiento de las madres varió en el nivel alto de 5,6% en el pretest a 27,8% en el posttest, mientras que el nivel medio descendió de 77,8% en el pretest a 72,8% en el posttest. Así mismo las prácticas preventivas se mantuvieron en un nivel regular variando de 73,3% en el pretest a 90% en el posttest. Se concluye que el esquema pedagógico tiene efectos significativos en el nivel de entendimiento y praxis maternas preventivas en la tuberculosis infantil.

Palabras claves: Mycobacterium tuberculosis, tuberculosis pulmonar, etiología, fisiopatología, transmisión, prevención & control.

ABSTRACT

The primary objective of the research work was to determine the effects of a pedagogical scheme on the level of knowledge and preventive practices that mothers have on childhood pulmonary tuberculosis at the National School No. 0152 José Carlos Mariátegui, 2017, in the district of San Juan de Lurigancho. The study responded to a quantitative approach of application type of pre experimental design. The universe was established by 90 mothers whose children were registered in that school. The survey technique was used and as instruments the questionnaire to measure the variable of understanding and Likert scale to measure the variable practices. It was found that mothers' level of knowledge varied from 5.6% in the pretest to 27.8% in the posttest, while the average level decreased from 77.8% in the pretest to 72.8% in the posttest. . Likewise, preventive practices were maintained at a regular level ranging from 73.3% in the pretest to 90% in the posttest. It is concluded that the pedagogical scheme has significant effects on the level of preventive maternal understanding and praxis in childhood tuberculosis.

Keywords: Mycobacterium tuberculosis, pulmonary tuberculosis, etiology, physiopathology, transmission, prevention & control.

I INTRODUCCIÓN.

1.1. Realidad Problemática.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), la Tuberculosis Pulmonar es una afección muy peligrosa, y sigue siendo para la salud una amenaza, por ser infecto-contagiosa. Se continúa realizando grandes estrategias y números esfuerzos para contrarrestarla; pero apoyados por el desconocimiento sobre esta enfermedad, persiste la cadena de contagio a pesar de contar con fármacos muy efectivos en la terapia preventiva y curativa de la enfermedad. En el año 2014 la OMS, reportó que más de la tercera parte de los habitantes a nivel mundial se encuentran contagiados por el *Mycobacterium tuberculosis*, con una incidencia anual entre ocho a diez millones de casos; ¹ declarándose como emergencia global y un problema de gran magnitud. La Tuberculosis constituye en el Perú y en el planeta un grave y prevalente problema de salud pública aún no resuelto, calificándose como la afección que más daño ha ocasionado a la especie humana a lo extenso de su historia, tanto en las cifras de muertos como de enfermos.²

La tuberculosis Pulmonar (TB) infantil, simboliza la principal causa molesta de emergencia en salud pública, debido no sólo al brote, sino también que la desinformación evidencia focos no vigilados del bacilo tuberculoso en la población activa, que se agrava además por un extenso periodo de latencia e incubación antes de expresarse y revelarse completamente; especialmente en los niños.³

El porcentaje de niños con tuberculosis se estima que representa el 3 a 13% de todos los casos en el mundo.⁴ En el año 2014 se estimó en 1 millón la incidencia de tuberculosis en pequeños de 15 años, de los cuales la tasa de fallecidos fue de 140 mil niños actualmente. Los pequeños de 15 años simbolizan el 6,5 % de casos notificados, con considerables diferencias entre naciones, en aspectos como su situación de vida, estado nutricional, accesibilidad y atención primaria en salud.⁵

La mayoría de los niños pueden sufrir y padecer de tuberculosis pulmonar a cualquier etapa de vida, pero la horquilla implícita más habitual es entre uno y cuatro años. Los

sucesos de estos casos necesitan de la gravedad de la epidemia, la organización de edades de las comunidades, las herramientas y materiales de evaluación y las medidas preventivas en que se ejecuten sistemáticamente la ubicación de familiaridad.⁶

Los datos de vigilancia de la Unión Europea informaron que en el año 2012 al 2015 se reportó 39 695 casos pediátricos, lo que simboliza el 4,3% de todos los sucesos de TB notificados. Las tasas generales de notificaciones de TB en niños menores de 15 años de edad fueron de 4,2% por 100 000 habitantes en el año 2012, y ascendieron a 5,5% por 100 000 habitantes en el año 2015. Sólo 16,9% de los casos pediátricos fueron confirmados bacteriológicamente, destacando los obstáculos diagnósticos y la necesidad de enfoques estandarizados.⁷

A nivel de Latinoamérica la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de la Habana-Cuba: (MINSAP) explico que un paciente puede transmitir el bacilo en un 50% de sus contactos, la población más expuesta y vulnerable son los menores de 15 años, de los cuales un 10% desarrollara la afección en cualquier instante de su vida. Cuba, República Dominicana y Colombia reportaron una incidencia de 6,1 x 100 mil habitantes en el 2014, con 15 sucesos infantiles, que simbolizan el 1,4 % del total y una tasa de 0,8 x 100 mil pequeños de 15 años.⁸

Los reportes epidemiológicos entre 2013 y 2014 muestran en Perú un total de 7.7% casos nuevos en niños menores de quince años, siendo un total de 30 infectados en un promedio por cada cien mil menores. El promedio de casos nuevos de TB en niños que tienen contacto con otros familiares con TB, fue mayor de 49.2%. Así mismo estos porcentajes van incrementándose día a día a 63% de pequeños de cinco años.⁵

Según el Ministerio de Salud en el año 2014 el departamento de Lima registra mayor número de casos de TBC albergando el 60% del país, del cual 22% son menores de 15 años, siendo el tercer departamento con más alta incidencia en adultos y en menores de 15 años; destacando el distrito de San Juan de Lurigancho que tiene una incidencia de 24% en adultos y 0.8% en menores de 15 años.⁵

Según la OMS, la prevención es la acción de prever y anticiparse ante un suceso, también podemos decir que compromete el tomar medidas precautorias y necesarias más apropiadas y pertinentes con la tarea de contrarrestar y disminuir un perjuicio o algún daño que podría producirse. ¹ Un nivel de prevención nos ayuda a favorecer patrones y adoptar conductas adecuadas, que serán en nuestro caso a conducir, conservar y mejorar la salud, evitando situaciones de peligro, riesgo y prevenir enfermedades. ⁹

Por otra parte, la falta de conocimiento afecta a la población en general. En el caso de la tuberculosis infantil, en especial el desconocimiento de las madres de familia sobre la manera de trasmisión, la medicación, medidas y prácticas profilácticas; resalta la importancia de la enseñanza para la salud como herramienta que tiende a mejorar el conocimiento, la práctica y el comportamiento de la comunidad, motivando y garantizando la comodidad del individuo ascendentes y la colectividad a través de una eficiente participación comunicacional. ¹⁰

Esta problemática se puede evidenciar en estudios realizados en otros países. Así, el Programa descendientes Mujer e Infancia (FAMI) de Cartagena (Colombia) en el año 2016 indico que un 31.9 % de las madres de familias tienen bajo conocimiento sobre tuberculosis pulmonar. ¹¹

En el Perú se han realizado pocos trabajos que permitan conocer y determinar el conocimiento y su nivel en madres sobre tuberculosis pulmonar infantil. Según Larico 80% en un centro de salud del distrito de SMP-Lima; las madres de pacientes con esta enfermedad tienen bajo conocimiento sobre ella. ¹² De igual modo según Núñez, el 66% de madres Manchay también tienen bajo conocimiento. ¹³ Y según Acosta, el 46.8% de los padres familia de la Microred de Santa Ana– Huancavelica también tienen bajo conocimiento sobre tuberculosis pulmonar. ¹⁴

Los datos estadísticos no solo muestran deficiente en el conocimiento; sino que con respecto a las prácticas precautorias en consanguíneos de pacientes con tuberculosis pulmonar infantil; la situación es similar. Así, según Ladino (Colombia, 2011) el 32% de los familiares de un establecimiento de Salud no aplica medidas preventivas en los

aspectos de alimentación saludable, aplicación y manejo de bioseguridad, ventilación del ambiente, higiene y descanso no favoreciendo al bienestar del paciente.¹⁵ Según Cortez el 81% de los contactos de la microred del distrito de Chupaca tienen bajo nivel de prácticas en la aplicación de lavado de manos, higiene sobre las prácticas preventivas¹⁶. Según Núñez el 67% de madres beneficiarias de los populares comedores del AA: HH en Manchay distrito de la Molina con respecto tiene un nivel bajo en la realización de la bioseguridad de la contra la TBP.¹³ Según Oré el 25.2% la población del Centro de Salud “ Punchauca ”, distrito de Carabayllo. Lima, no aplica bioseguridad, no ventilada los ambientes donde están los pacientes, no realiza las prácticas preventivas sobre tuberculosis, sino las hace a través de una forma empírica.¹⁷ Según Collazos 44% de los ascendientes de la ESN- PCT, C.S. San Luis, no aplica las medidas preventivas sobre tuberculosis.¹⁸

El Enfermero en su papel de educador no solo educa, sino que también es educado, es decir, ocurre un cambio de roles debido a la interacción; lo que le permite conocer de cerca las percepciones y dudas de los pacientes, para así poner lo aprendido en práctica y determinar una conducta personal saludable a partir de un método que posibilite y proporcione cuidado holístico fundamentado en la educación para la salud

19

Para el presente estudio se eligió el Colegio Nacional José Carlos Mariátegui del distrito de San Juan de Lurigancho donde se observó, niños en deficiente estado de desnutrición, salones en su máxima capacidad (favoreciendo el hacinamiento); además de presentar varios casos nuevos de tuberculosis pulmonar infantil según los registros del centro de salud de la localidad (15% de la población estudiantil). Frente a esta situación se debe evaluar el nivel de información y el entendimiento que tienen los consanguíneos como medida necesaria para poder fomentar actividades en camino de fomentar las prácticas preventivas promocionales, que incluyan detectar casos nuevos, tratamiento controlado y supervisado, seguimiento de sintomáticos respiratorios, visitas frecuentes domiciliarias, entrevista a los familiares y al paciente. Es imprescindible que los habitantes tengan conocimiento, se instruya y esté

informada de cuál es la gravedad del problema, para así generar prácticas y actitudes de cambios en prevención, promoción y cuidados.

Surgen las siguientes interrogantes ¿Un programa educativo llegara a fomentar y mejorar el conocimiento que tienen las madres sobre las medidas precautorias sobre de tuberculosis pulmonar? ¿Cuánto se conoce acerca de las prácticas y medidas preventivas?, ¿saber cuáles son los estigmas se tienen los familiares con respecto, practicas preventivas de la enfermedad infecto-contagiosa? ¿Comprenden las madres los aportes esenciales de la TBC?

1.2. Trabajos Previos:

Antecedentes internacionales.

Castillo I, Hernández J, Alvis L. (Colombia, 2016). En su estudio titulado Effectiveness of an Educational Program on Childhood Tuberculosis supported on Information and Communication Technologies aimed at Community mothers from Cartagena. Tuvo como objetivo acodar la efectividad de un programa educativo, que emplea las TIC, para reforzar los entendimientos acerca de la tuberculosis Pulmonar infantil en madres que conforman el programa Familia Mujer e Infancia (FAMI) de Cartagena (Colombia) 2016. Se efectuó un entrenamiento precautorio, vigilado y fortuito sin cegamiento en una comunidad con 50 mamás. El programa educativo (FAMI) fusionó el control de 5 entrevistas presenciales y el soporte virtual de Tecnología de Información y de la Comunicación (TIC). Se realizaron 5 secciones educativas en el grupo control. Teniendo resultados que el promedio de usuarias corresponde a 11 madres comunitarias y el segundo grupo de 8 niños de estas madres. Sin embargo, en ambas agrupaciones se acrecentó el puntaje total del Pretest al Postest (Intervención del conocimiento= 29.9 a 38.2% alto, y Control = 31.9 a 36.8 y Prevención = 18.4 a 24.2). Se concluye que la táctica educativa innovadora que implico el elemento esclarecedor virtual resultó ser valiosamente más atractiva y seguro para acrecentar el nivel entendimiento que la táctica formativa tradicional. ¹¹

Tolossa D, Medhin G, Mengistu Legesse (Etiopía, 2014). En su escrito titulado *Community knowledge, attitude, and practices towards tuberculosis in Shinile town, Somali regional state, eastern Ethiopia: a cross-sectional study*. La investigación se llevó a cabo con el objetivo de determinar el entendimiento, la actitud y las praxis preventivas de las familias comunitarias hacia la TB de pacientes con esta enfermedad. El método es un estudio transversal, en el que participaron 410 familiares cercanos. Llegando al resultado que el 94,9% de los encuestados dijeron que nunca escucharon hablar de TB, sólo el 22,9% sabía cuáles son las medidas y prácticas preventivas como ventilación, higiene y forma de toser. El 80% tiene conciencia de que la tuberculosis puede transmitirse de un paciente a otra persona y el 79,3% sabe que la transmisión de la tuberculosis puede prevenirse. El 75,4 no sabe cómo se la tos persistente (72,4%) fue el síntoma más frecuente de la TB. El (71,0%) dijeron que buscarían tratamiento en un centro de salud si se daban cuenta de que tenían síntomas relacionados con la TB. El (55,4%) consideraban la TB como una enfermedad muy grave y el (69,3%) experimentaban miedo si ellos mismos tenían TB. En conclusión, las familias comunitarias de la ciudad de Shinile tienen conocimiento básico sobre la TB que no se traduce en el conocimiento sobre la causa y prácticas preventivas de la enfermedad. Por lo tanto, la educación para la salud dirigida a traer un cambio significativo en el conocimiento de la TB debe intensificarse dentro del programa de control de la TB. ²⁰

Indra Yani D. (Indonesia, 2012). En su trabajo de investigación titulado *Effect of Family-Based DOTS Support Program on Adherence and Practices to Health Behaviors in Patients with Pulmonary Tuberculosis in Indonesia*. Este estudio tuvo como objetivo examinar el producto de un programa de apoyo DOTS apoyarse en la familia de los pacientes en la adherencia y prácticas de comportamientos de salud en pacientes con tuberculosis pulmonar. Se seleccionaron 60 familiares de pacientes con tuberculosis. Los datos de pre-prueba y post-prueba se recogieron en dos puntos a tiempo, cinco semanas de diferencia, utilizando el cuestionario de adherencia y prácticas preventivas de los comportamientos de salud. La puntuación total de la adherencia y prácticas preventivas de los comportamientos de salud en el grupo experimental fue

significativamente mayor después de recibir atención del programa de apoyo DOTS basada en la familia que la puntuación pretest, = -10,34, $p < 0,001$). Además, después de ajustar la duración del programa como covariables, la adherencia y prácticas preventivas de los comportamientos de salud en el grupo experimental mejoró significativamente en la quinta semana. En comparación con los del grupo control ($p < 0,001$). Este estudio recomendó que el programa de apoyo a la familia DOTS podría mejorar la adherencia y las praxis de previsión de los comportamientos de salud entre los pacientes con tuberculosis pulmonar. Se hicieron sugerencias para ampliar la aplicación de este programa en diversos contextos y ampliar los conocimientos para las prácticas e investigaciones de enfermería.²¹

Ladino Gil E. (Colombia, 2011). En su estudio titulado “Conocimiento y Aplicación de la Practicas Preventivas Promocionales que los Familiares poseen en Pacientes que están en el control preventivo del programa de tuberculosis pulmonar registrados de la Posta de Salud Conde de la Vega Baja; teniendo como única determinación comprender cuál es el nivel de entendimiento y sus medidas preventivas que poseen estas familias y sus pacientes con tuberculosis pulmonar, sobre la afección infectocontagiosa, cuidados, medicación, medidas quimioprolifácticas y preventivas de manera global en cada hogar, el trabajo se desarrollara a través del conocimiento que tiene la persona y la familia del paciente con TB con el proceso de la enfermedad. Obteniendo los siguientes resultados que hay un 41% que tiene nivel de conocimiento entre medio y bajo, sobre la medida profiláctica nos muestra que los familiares tienen un 44% siendo un conocimiento bajo, el cuidar de estas prácticas se evidencia que el 25% tienen bajo conocimiento en la aplicación en el hogar. Se concluye que siendo el conocimiento bajo que poseen las familias del paciente del programa de tuberculosis pulmonar infantil hacen que incrementen la continuidad de la cadena epidemiológica y la incidencia de recientes sucesos, colocando en riesgo las medidas preventivas y la recuperación del mismo, con respecto a los hábitos de prevención en los aspectos de alimentación, aplicación del manejo de bioseguridad en lavado de manos, ventilación del ambiente.¹⁵

Gumeyi Shenny C. (Zimbabwe, 2010) En su estudio titulado Relationship Between Knowledge And Self-Care Practices In Relation To Tuberculosis Preventive Measures Between Members Of The Family Of Patients 20 To 40 Years In The Infectious Apparatus Clinic Of The Beatrice Infectious Hospital. El propósito del estudio es examinar la relación entre las prácticas de autocuidado y el conocimiento que tienen los familiares o cuidadores entre 20-40 años. El estudio utilizó el diseño descriptivo de la correlación. El estudio incluyó una muestra aleatoria de 80 sujetos que comprendían 48 mujeres y 32 varones de edades comprendidas entre 22 y 40 años. Los resultados del estudio mostraron un coeficiente de correlación de Pearson significativamente bajo de conocimiento ($r = .354$, $p * < 0.01$), lo que implica que a medida que aumenta el conocimiento en las familias aumenta el autocuidado. Análisis de regresión $R^2 = 0,125$ expresado como porcentaje 12,5%. Esto implica que el conocimiento representa el 12,5% medio de la varianza en la práctica de autocuidado en relación a realización de bioseguridad, ventilación del ambiente donde se encuentra el paciente, lavados de mano después de la atención con el paciente. Estadísticas $F = 11.140$; $P = 001$). Por lo tanto, es necesario reforzar la educación individualizada en salud y el asesoramiento de los clientes y sus familias. Para que el autocuidado sea efectivo, los clientes deben tener habilidades de conocimiento para realizar el autocuidado. ²²

Antecedentes nacionales.

Acosta Huiza S. (Huancavelica, 2015). En su estudio titulado Nivel de entendimiento acerca de la Patología Tuberculosis Pulmonar y sus Practicas frente a las estrategias preventivas en los consaguineos de los usuarios del programa preventivo y registro de la tuberculosis pulmonar en la microred Santa Ana , departamento Huancavelica 2015. Tuvo como objetivo el evaluar si existe concordancia en el nivel de entendimiento de tuberculosis pulmonar y en actitudes frente a las prácticas preventivas en las familiares de los usuarios del PCT en la Microred Santa Ana- Huancavelica- 2015. El modelo de indagación fue no experimental - observacional; de nivel correlacional y diseño no experimental, transversal y correlacional; métodos inductivo, deductivo, estadístico, analítico y bibliográfico; el instrumento para medir el nivel de conocimiento fue el

cuestionario y la escala tipo likert para medir la actitud. La muestra fue de 47 familiares. Obteniendo los siguientes resultados que el 46.8%, tiene un nivel de entendimiento bajo acerca de la tuberculosis pulmonar de modo que el 44.7% tiene una actitud negativa y el 2.1% una actitud positiva. El 48.9%, tienen un nivel de conocimiento medio o regular, de manera que el 31.9% tiene una actitud positiva y el 17.0% una actitud negativa. El 4.3% tienen un nivel de conocimiento alto, siendo un total de 4.3% que tienen una actitud positiva. De la muestra obtenida el 41.3 son madres con una actitud positiva y el 7,5 son varones con bajo nivel de conocimiento y el 51,2 son otros familiares. Concluyendo que los que tienen conocimiento bajo, tienen una actitud negativa en mayor porcentaje; los que poseen un conocimiento de nivel medio o regular tienen como actitud positiva en mayor porcentaje y los que tienen un conocimiento alto tienen una actitud positiva, por lo que existe relación significativa entre estas variables.¹⁴

Cortez P. I y Curipaco A. (Chupaca, 2015). En su estudio titulado Relación entre Nivel de entendimiento y el empleo de las habilidades preventivas de los familiares de usuarios con problemas en Tuberculosis Pulmonar en la Microred del distrito de Chupaca-2015. La investigación tiene como objetivo precisar si existe relación de las variables conocimiento y su nivel en realización de las prácticas preventivas en los usuarios de estos pacientes que asistente al programa de la enfermedad de TBC en la Micro Red de Chupaca – 2015. La indagación de este trabajo es de modo correlacional, con un modo transversal con enfoque cuantitativo. La ciudadanía es de 200 familiares de los usuarios con tuberculosis de la Microred- Chupaca, donde se laboró con un prototipo de 93 familias = 100% de beneficiarios, siendo el 76% padres de familias y 24 son familiares que viven con ellos. La recolección de los datos obtenidos fue empleando el dialogo y su herramienta es piloto de entrevista rectificada. De preguntas de: “Test of knowledge of preventivemeasures of pulmonarytuberculosis”. El programa de confiabilidad fue usando el coeficiente de Alfa de Cronbach (0.774 Y 0.777 concernientemente) lo que nos señala que la herramienta mostro una magnifica confiabilidad. Los rendimientos establecieron que la aplicación de lavado de manos, higiene acerca de dimensiones precautorias en familiares de los

usuarios con tuberculosis pulmonar fue de (51%) siendo apropiada, y sobre las dimensiones precautorias en medidas inapropiadas que tienen los consanguíneos de los usuarios con tuberculosis pulmonar fue de (49%). En conclusión, se hallaron vínculos directos y significativamente entre las variables, definiéndose que se encuentran relacionados los entendimientos y las conductas sobre prácticas precautorias en los ascendientes de los usuarios con tuberculosis pulmonar de la Microred de Chupaca – 2015. ($r=0.600$; $p= 0.045 < 0.05$).¹⁶

Campos MJ, Salinas RY. (Chimbote, 2013). En su trabajo titulado Efectividad Del esquema pedagógico: Fortaleciendo Mi Entendimiento, Prevengo La Tuberculosis. “A través del fortalecimiento de conocimiento, así previenen la tuberculosis” los cuidadores familiares manejan un nivel de conocimiento del C.S el Progreso. El presente estudio fue de tipo cuasiexperimental, teniendo como objetivo general determinar si los programas educativos: “Fortalecen el conocimiento, previniendo la tuberculosis” en conocimiento y su nivel del cuidador familiar en el C.S. El Progreso. Departamento de Chimbote 2013. Tuvo un universo constituido de 35 cuidadores o familiares. (Mujeres 18 a 43 años un 24%, y varones 18 a 45 años un 5%), en pacientes con la enfermedad tuberculosis pulmonar. Del C.S "El Progreso". Los cuales se le aplico un cuestionario como instrumento teniendo en cuenta la enfermedad y conocimiento en tuberculosis y del proyecto didáctico que fortalecen mi entendimiento, previniendo así la enfermedad de TBC. Las datas fueron procesadas de forma cuantitativos utilizándose mediante la técnica paramétrica estadística de T student, determinando esta siguiente conclusión: Antes que se aplique el programa educativo, evidenciándose que la mayoría tenía un nivel de entendimiento medio de (51,4%) para las mujeres en actitud de prevención, y bajo (34.3%) para los varones en actitud de prevención y siendo 14,3% el conocimiento alto para los cuidadores.» después de haberse aplicado el programa educativo, se observa en la mayoría alcanzo un nivel de entendimiento elevado (100,0%). Existiendo una totalidad de existencia cualitativa ($p=0, 000$) y cuantitativa ($p=0, 000$) proyecto didáctico tiene alta efectividad en "fortalecer mí grado de conocimiento, previniendo la TBC como enfermedad" ²³

Núñez Calderón C. (Manchay, 2013). En su estudio titulado Nivel conocimiento que poseen las mamás beneficiarias de los comedores populares que trabajan en praxis preventivas de la afección de tuberculosis pulmonar. Tuvo como objetivo principal precisar el conocimiento de las madres beneficiarias que trabajan en los comedores populares del AA:HH de Manchay distrito de la Molina la cual medirá las praxis precautorias de la afección de tuberculosis pulmonar. La metodología utilizada fue de abordaje de modo cuantitativo, de estructura descriptivo-correlacional, de tiempo trasversal. Este trabajo de investigación donde plantea en cinco comedores populares del distrito en Pacacamac, el universo conformado por 85 madres. En empleando un instrumento de recolección que es el cuestionario para medir el nivel en conocimiento que tienen las usuarias elaborado por la misma investigadora y pasando por la prueba de validez y sometido a confiabilidad. Los resultados del trabajo de las usuarias de los comedores populares del distrito de Manchay es 66% que tienen conocimiento bajo, medio y alto encontrándose así en igual o semejante proporciones en 18% y de 16% respectivamente. Con respecto en aplicaciones de prácticas preventivas promocionales contra la enfermedad de TBP el 67% presenta un conocimiento de nivel medio, conocimiento de nivel bajo de 20% en la realización de la bioseguridad es alto 13%.¹³

Collazos Flores C. (San Luis, 2012). En su estudio titulado Conocimiento y actitudes que se aplican en prácticas preventivas sobre la enfermedad de tuberculosis pulmonar en familias de paciente de la estrategia en ESN-PCT- centro de salud San Luis 2012. Teniendo el objetivo determinar la relación que existen entre las variables de conocimientos y las actitudes que se aplican en las técnicas preventivas de las familias de los pacientes ESN-PCT- en el C.S San Luis 2012. Este trabajo usó el material que fue de diseño aplicativo, y modo cuantitativo, tipo descriptivo correlacional con un corte tipo trasversal. El universo lo conformó un total de 32 familias de los pacientes del cual 24 son mujeres jóvenes y 5 varones adultos jóvenes y 3 familiares cercanos. Técnica empleada es la entrevista con un instrumento de tipo cuestionario y usando una escala tipo lickert. Los resultados obtenidos basados que 32 familiares es el universo del 100%; siendo el 56% (18) conoce, y siendo el 44% (14) no conoce. A

respectos a los usuarios y su actitud en la realización en prácticas sobre lavado en manos antes y después, ventilación del ambiente y tratamiento de tuberculosis en pacientes y en sus familiares del ESN-PCT, siendo la actitud de aprobación de 56% (18), presentaron el 44% (14) actitud de rechazo. En conclusión: Se estableció que existe relación aplicando la técnica de ji cuadrado obteniendo como resultados $X^2 < x^2$ lo cual hay aceptación de la Hipótesis nula, también podemos decir que el conocimiento no tiene relación con la actitud. Siendo el porcentaje mayor en familiares que no conoce el uso sobre medidas quimioprolifáticas, la aplicación en recién nacido la vacunación de la BCG y que aceptan y tienen buena actitud, seguidamente la significancia es porcentual a que tienen una actitud de conocer y una mala actitud en conocer rechazando la aplicación en la actitud de las medidas preventivas.¹⁸

Oré Vega M. (Lima, 2011). En su trabajo titulado Nivel de entendimiento sobre la enfermedad TBC en familiares de los usuarios en la sala de estancia del C.S "Punchauca", distrito de Carabaylo, Lima-Peru 2011. Empleando el objetivo determinar los conocimientos de la enfermedad en tuberculosis pulmonar sobre la comunidad que acude al C:S de Punchauca, se encuentran un total de 131 familiares que esperan diferentes consultas en la sala de espera del Centro de Salud, en el mes de enero del 2011. El 67,2% de los entrevistados fueron mujeres de 16 a 43 años y el 32.8% de los entrevistados fueron varones de 15 a 50 años. Mostrando los siguientes resultados que señalan que el 90,8% fueron los individuos encuestados que tienen entendimiento de que existe peligro en esta enfermedad de tuberculosis, además este conocimiento no es suficiente y es nulo ya que al encuestarlos con múltiples preguntas se reafirmaron las necesidades, poseer un concepto falso y erróneo de la TBC. La comunidad no recibe orientación e información, ni realiza bioseguridad en atención con el paciente como lavado de manos, no ventila los ambientes donde se encuentra el paciente, no aplican sus prácticas preventivas sobre tuberculosis, sino lo hacen de una forma empírica estas prácticas tal como lo muestra su estudio donde un 25.2% no aplican las medidas y lo realizan a través de la información de parientes 19.1%, laborales (16.8%) otras instituciones que prestan atenciones de salud 23.7% de las cuales las personas se clasificaron por enfermedad respiratorias, tales como

sintomáticas respiratorias con aquellas que tienen antecedentes de la enfermedad tuberculosis pulmonar, ello, atendidos con eficiencia en la mayoría en proporción del entendimiento y las aplicaciones en las practicas preventivas acerca de la enfermedad tuberculosa realizándose en el C.S con diferencia de los usuarios sin sintomatología respiratoria.¹⁷

Larico Cruz M. (Lima, 2009). En su estudio titulado Conocimiento en Prácticas preventivas promociones y actitudes en autocuidado de las familiares de los usuarios con esta afección de Tuberculosis Pulmonar que asisten al C.S Los Libertadores. El trabajo tiene como objetivo brindar informacion, ejecutar las estrategias, al sector multidisciplinario que ejecuta las estrategia en prevencion sanitaria y inspeccion de la afeccion de tuberculosis pulmonar, ademas nos permitira evaluar, el desarrollo de nuevas ideas e innovadoras y motivadoras en reforzar la educuión e indagación para asi beneficiar adecuadamente una atmosfera laboral, para el mensaje con el usuario. Se platea desarrrrollar un trabajo de indagación el procedimiento usado fue descriptivo propectivo correlacional de tiempo transversal. La comunidad es de 40 familiares de los cuales estuvo conformada de 31 mujeres de 14 a 38 años y varones de 12 a 41 años, que cumplen aspecto común de inclusión. La data es de estudio de correlación, la técnica empleada fue directa y el conocimiento a través del instrumento para ser medido por un cuestionario simple y claro permitiendo evaluar, para cuantificar el conocimiento a través del instrumento de diseño lickert en la realización de las aplicaciones de las medidas preventivas. Teniendo el siguiente resultado que el 80% (32) no presenta conocimiento en realización de las Prácticas Preventivas y acerca de las Aplicaciones sobre autocuidado de los usuarios el 55% (20) muestra práctica que son inadecuada. Viendo lo evidenciado se llega a la siguiente conclusión que en el estudio no hay existencia de alguna correlación entre las variables de nivel de conocimiento y las aplicaciones que tiene los familiares de los usuarios con la enfermedad de TBC.¹²

1.3. Teorías relacionadas al tema.

1.3.1. Conocimiento de tuberculosis pulmonar infantil.

Es un conjunto de sumarias de hechos, experiencias educativas y principios que a lo largo de la vida que se van adquiriendo, retienen y almacenando como resultado del aprendizaje y conocimiento de la persona.

Para Mario Bunge, el conocimiento se caracteriza por el aprendizaje que son proceso que se elaboran o inicia desde el recién nacido hasta que el hombre cierra sus ojos, originando cambios en las acciones del proceso del pensamiento, actividades que se realizan con el fin de aprender. Por otro lado, los animales inferiores no tienen ese mismo proceso entre ellos y el universo, en cambio el ser humano en su proceso trata de conocerlo; basándose en conocer todas las bases sobre la inteligencia, cada ser humano está en el mundo para hacer un proceso pensando, el hombre intenta resolver, comprender, imitar, informar, crecer para hacerlo más comfortable. Todo proceso cognitivo, conlleva aun mundo de conocimiento y no aun mundo artificial; ese proceso creciente nos da al cuerpo unas lluvias de ideas llamando "ciencia", que además de caracterizarse e identificarse se hace llamar conocimiento racional, la cual no trabaja sin el sistemático, para ser hallado por lo exacto, y trabajarlo por lo verificable y por consiguiente falible.²⁴

Según Enrique Luengo, el conocimiento es el conjunto de obras, por tanto, pretende reflexionar y proponer algunos criterios orientadores o principios generativos que pueden conducirnos a un mejor conocimiento y comprensión de la realidad compleja de lo social. Es decir, que, a partir de los aportes de diversos pensadores, busco explorar vías para enfrentar los desafíos metodológicos y epistemológicos aún vigentes.²⁵

Según Berthand Rusell, cada entendimiento conlleva a un conglomerado de informaciones racional y predecible que tiene cada individuo como resultado de la creciente experiencia y para esta buena, y comfortable civilización sea una buena civilización, es necesario aumentar el conocimiento y que vaya del mano acompañado de un aumento de sabiduría intelectual.²⁶

Lo anterior se fundamenta en la idea de que no resulta posible conocer fenómenos o procesos complejos ni reflexionar sobre problemas nuevos con métodos viejos o con

los principios simples que gobiernan el método clásico hipotético deductivo. Para entenderlo mejor, es posible que necesitemos procedimientos nuevos y herramientas lógicas del pensamiento.²⁵

Alcances del conocimiento complejo.

Los conjuntos de ideas, principios, el método–estratégico y los alcances del conocimiento, están integrados por las siguientes tres unidades estrechamente articuladas: ²⁵

- **Los principios del pensar complejo.** Se basan en principios que permiten conocer la realidad de una manera mejor entrelazada y en movimiento. Parto de los principios básicos del pensamiento complejo propuestos por Edgar Morin y, a partir de ellos, profundizo en otros principios que él u otros pensadores sugieren o han desarrollado. Esta presentación recoge una serie de definiciones, planteamientos, intuiciones e inquietudes con el propósito de desprender algunas implicaciones epistemológicas, metodológicas y técnicas para desarrollar la investigación social empírica desde la perspectiva de la complejidad. ²⁵
- **Hacia un método–estrategia del conocimiento complejo.** Para la investigación empírica, se apoya en el escrito anterior, algunas propuestas en torno a la manera de problematizar, conceptualizar, observar, y emplear diversos procedimientos y técnicas de investigación bajo la perspectiva del pensamiento complejo. ²⁵
- **Los límites y posibilidades del conocimiento complejo.** El cuestionar los alcances del conocimiento complejo, asumiendo los límites de la razón e intentando establecer un diálogo con otro tipo de conocimientos, lo que permite preguntarnos sobre los fundamentos mismos del conocimiento y de la investigación científica. ²⁵

Conocimiento complejo. Esta articulación en la tesis implica un conjunto de procesos y actividades que se desarrollan de manera consciente, precisas y que, en su mayoría, fundamentos científicos que son de carácter cognitivo. Se trata de

una serie de estrategias a través de prácticas que permite al ser humano recopilar información, analizarla y extraer conclusiones. Puede decirse que la educación es el responsable de la creación de pensamientos, el raciocinio, el entendimiento, la memoria, la emoción y la imaginación. Todas las habilidades cognitivas de una persona surgen de sus procesos mentales.²⁴

Ingeniería basada en el conocimiento-ic

Para entender la estructura del poder hablar sobre la IC, tenemos que primero entender que es necesario conocer y conceptualizar lo básico del conocimiento. Devenport y Prusak seleccionan el conocimiento incluyendo que pertenecen a la sumatoria de hechos, que conforman un conjunto de prácticas, conocimientos, actitudes en valores e indagación seleccionada y contextualizada, basado en el procedimiento en las cuales todo el modelo mental encargado de interiorizarlo todo lo que se está conociendo racional o conocimiento irracionalmente.²⁷

Su transmisión, se basa el enfoque del conocimiento cognitivo y de ser posible, empleando en ocupaciones conjuntas y distribuidas. El entendimiento tiene que ser explícito, es la inteligencia racional, básico determinando como objetivo determinar de ser entendible o expresado en vocablo, oraciones, cantidades o enunciados, en universal y autónomo de entorno alguno. Asimismo, se le identifica como inteligencia codificable, ya que puede ser sobrentendido muy sencillamente de modo responsable y ser transferido a otros de modo igualmente asequible.^{24, 27}

Adquisición del conocimiento.

La obtención del entendimiento se origina en la detención de nuevas ideas y se concentra en conocer lo que poseen las fuentes proporción invariable de manera dinámicas. Se basan originalmente en la ganancia del entendimiento tácito y explícito que en sus orígenes tienen y que lograr ser expresando en algunos aspectos para que

pueda ser esculpido.^{22, 23} En la ascendencia, el entendimiento procede de origen estáticas, es exponer, origen que se determinan porque están allí el entendimiento y este no intercambia o altera, están consignados; semejantes a manera de libros, artículos, manuales, guías, entre otros.^{25, 27}

Las técnicas de representación del conocimiento.

Así como existen numerosos métodos para el descubrimiento del conocimiento, existe una gran cantidad de métodos para su representación. Las taxonomías propuestas para estos métodos de exhibición se encuentran estructurado según el modelo de entendimiento a representar, para ello se han formado priorizaciones de alianzas con el modelo de entendimiento obtenido en el descubrimiento (conceptual-tácito, conceptual explícito, procedural-tácito o procedural-explícito), el tipo de resultados de entendimiento que se espere obtener al final del ensayo de entendimiento (modelos como: mapas de procesos, modelos de conocimiento, diagramas de flujos, entre otros), o los resultados que se podrían obtener a partir de la técnicas de descubrimiento empleada.²⁷

Tuberculosis pulmonar.

La Tuberculosis Pulmonar (TB) es una infección bacteriana latente en muchos países, porqué es contagioso que compromete todo el cuerpo, pero en especial los órganos pulmonares, además preponderancia en diseminarse a otras partes del cuerpo (Tuberculosis Extrapulmonar). Es la clase más agresiva, peligrosa de todas las bacterias, prevalente en la incidencia causante de la tuberculosis pulmonar la *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) o bacilo de Koch, que pertenece al complejo MTB.^{1, 2, 6}

La tuberculosis (TB) considerada aún de tercer mundo porque sigue siendo emergente de peligrosamente como una dificultad de salud pública que lo tiene la gran totalidad de los países pobres o de tercer mundo, además que sean realizados grandes esfuerzos con planes de disminuir y combatirla, apoyándonos en que existe un programa y conocimiento de cómo se transmite además de contar con personal

capacitado en la administración del medicamento, además para prevenir, tratar, controlar y curar la enfermedad.^{1,4,6}

Generalidades de la tuberculosis pulmonar infantil.

La enfermedad de tuberculosis pulmonar en los niños se muestra diferente los conceptos en el adulto tienen perspectivas en cuanto se desarrolla al comportamiento epidemiológico, presentación además clínica basados en métodos de diagnósticos utilizados, que son más frecuentes y es más visibles en lactantes y pre-escolares.^{2,4,28}

Además, son más frecuentes, los niños que presentan baciloscopía negativa, la cual en ellos se admite la patogenicidad y contagiosidad disminuye, no obstante, normalmente los sucesos de la enfermedad de tuberculosis pulmonar infantil mayormente reflejan una concesión actual, por lo que los trabajos de usuarios son irremplazables.^{2,26} El Día Mundial contra la lucha de la Tuberculosis es el 24 de marzo.²⁸

Etiología: Es producida en el hombre por el *Micobacterium tuberculosis*. Excepcionalmente otras formas de *Micobacterium* de variedad bovina e incluso aviaria pueden atacar también al hombre. El Bacilo de Koch es un germen alcohol ácido resistente (propiedad dada por su componente lípido) caracterizándose por su gran resistencia al medio ambiente, pudiendo conservarse en el durante meses o años.²⁸

Etiopatogenia: Es necesario distinguir fundamentalmente dos formas de enfermedad tuberculosa en el niño. La tuberculosis primaria o primoinfección, forma más frecuente, que comprende el proceso que ocurre con la primera llegada al organismo del Bacilo de Koch y aquellas formas activas que se desarrollan algún tiempo después de curada la primoinfección, que corresponde a la reactivación endógena.²⁸

- **TBC primaria:** En el niño, el Bacilo Koch puede penetrar de distintas maneras al organismo, pudiendo hacerlo a través de la piel, aprovechando heridas o erosiones, por vía digestiva, oídos, etc., pero es con mucho, la vía aérea la más frecuente y habitual puerta de entrada. En esta forma se localiza en el pulmón, de preferencia en los segmentos inferiores de los lóbulos superiores o

segmentos superiores de los lóbulos inferiores y en las vecindades de la pleura. Allí, produce lo que se ha llamado el chancro primario que es una pequeña zona (de uno o pocos cm.) de neumonía tuberculosa y que generalmente es única. Su centro puede caseificarse rápidamente. En esta fase se produce el pasaje de pequeñas cantidades de Bacilo de Koch a la vía sanguínea (diseminación precoz).^{4, 28}

Estos Bacilos habitualmente son bloqueados, permaneciendo en forma latente durante meses o años, pudiendo, en algunos casos, reactivarse posteriormente, produciendo las formas de tuberculosis pulmonares y extrapulmonares (renales, meningitis, óseas, etc.). Los bacilos de Koch del foco pulmonar primario son transportados por los vasos linfáticos hacia los ganglios regionales, causando en ellos lesiones caseosas con aumento de volumen. Este conjunto es lo que se denomina complejo primario TBC y que da en la radiografía la imagen en palanqueta; está formada por el foco pulmonar inicial, uno o más ganglios linfáticos en la región biliar o parabiliar y a lo que se agrega, a veces, el camino linfático que los une.²⁸

Cuando un niño se ha infectado, dos cambios importantes se producen. Uno es que el organismo se vuelve alérgico al B de Koch, (tuberculina positiva) y el otro, es que su reacción frente a él se altera habiendo una mayor resistencia tisular y humoral frente a su infección, lo cual otorga al organismo una mayor defensa o inmunidad contra la tuberculosis.²⁸

- **TBC de reactivación endógena:** Es más propia del adulto y niño mayores de 15 años producidos por la reactivación del Bacilo de Koch, aun después de permanecer estacionario por meses o años. Se localiza en los lóbulos inferiores.²⁹

Tipos de tuberculosis pulmonar en niños.

Tuberculosis pulmonar.

La agresiva es lo que ponen en peligrosa las incidencias, más comunes e infectocontagiosa. Los síntomas más recurrentes en niños son la expectoración con

secreciones bronquiales por acrecentamiento de 15 días. Además de diferentes signos y síntomas que ocasionalmente se manifiestan con perturbación del estado general, constantes fiebre, sudoración excesiva nocturno, carecer de apetito y pérdidas en el peso corporal.³⁰

Tuberculosis extra-pulmonar.

Afecta normalmente a usuarios con disminución de la inmunidad, especialmente en niños e pacientes afectados por la enfermedad VIH/SIDA. Los signos y síntomas frecuentemente están relacionados por la migración del microorganismo dependiendo al órgano afectado: acompañado de signos y síntomas de la enfermedad son inespecíficos normalmente al comienzo insidioso, repentino como sensación febril vespertina, debilidad muscular generalizada, dolor de cabeza, disminución del apetito y pérdida de peso. ²

Tuberculosis pleural: Ocurre generalmente con tos seca, secreción bronquial purulenta, dolor torácico, dificultad respiratoria progresiva, fribícula por las noches, imperfección del estado general, anorexia y privación del peso. ²⁸

Tuberculosis ganglionar: Se presenta con incrementando en el volumen ganglionar con enrojecimiento, localizado generalmente en la área cervical y supraclavicular. Además, se visualizan rasgos inflamatorios y recorridos fistulosos con drenaje de naturaleza caseoso.²⁸

Tuberculosis meníngea: Curse con inapetencia, descompensación más común como, cefalea, vómitos, náuseas, convulsiones, perturbación de la percepción como en tiempo y espacio, conseguir arribar al coma. Al examen físico el usuario presentar dureza de nuca, rasgos meníngeos.²⁸

Tuberculosis laríngea: Ocurre manifestándose de diseño de cambios en la voz (ronquera o pérdida de la voz) y en ocasiones dolor de garganta, inflamación. Por lo general se asocia a TBC pulmonar.^{4, 8}

Tuberculosis ósea: Ocurre generalmente como el dolor es el sistema principal. La columna, cadera y rodilla son las más frecuentemente afectadas, puede

acompañarse de tumefacción de las articulaciones y limitación de la movilidad de los mismos.^{4, 8}

Tuberculosis genitourinaria: Presente polaquiuria, disuria, hematuria y aflicción, acompañada de piuria con urocultivo negativo para gérmenes comunes. La tuberculosis genital en las mujeres puede causar infertilidad, dolor pélvico y alteraciones menstruales. En los individuos puede producir orquitis y prostatitis que afecta frecuentemente al epidídimo manifestando como una masa dura, y ligeramente dolorosa. ^{4, 8}

Situación epidemiológica mundial de la tuberculosis infantil.

Epidemiología de la historia natural: La tuberculosis (TB) es endémica en muchos países especialmente en los del tercer mundo y mata 2 millones aproximadamente de usuarios cada año. La OMS, manifiesta que hay una estima que para el año 2000 a 2020 estará infectado aproximadamente un billón de personas entre adultos y niños; 200 millones enfermarán, 12 millones de nuevos casos infantiles y 35 millones morirán por tuberculosis. El resurgimiento de la tuberculosis en muchas partes del mundo ha hecho que las autoridades reevalúen y redoblan esfuerzos para un mejor manejo de la estrategia encaminada a eliminar eficazmente esta enfermedad. La OMS en 1993 manifestó a la tuberculosis como una emergencia global.^{10, 31}

A nivel mundial, la enfermedad tiene nuevas tasas de incidencia en TBC en los niños que varía significativamente entre países. El incremento en los porcentuales de acontecimientos nuevos en TBC se reportan entre los territorios de las zonas de Asia Sudoriental-Pacífico Occidental siendo de (58%) y África un total de (28%). Sin embargo, en el mundo son 22 países, que tienen y albergan el incremento de la carga bacteriana (con tasas de incremento mayor a 150 sucesos por cada cien mil ciudadanos), entre los países de Sudáfrica y Swazilandia son los territorios con el mayor incremento conocido mundialmente (alrededor de mil sucesos por cada cien mil ciudadanos cada año). En Américas tienen el territorio en la superioridad de los estados poseen tasas mínimas a 50 sucesos por 100 mil ciudadanos. ⁵

Durante cuantioso tiempo, la prevención, la diagnosis y manejo de la medicación de la TB en los pequeños ha sido indefinidamente abandonado y mal enfocada por el mal diagnostico; y sumo cuidado ha sido dada a la detección y la medicación de sucesos contagiosos en adultos.^{2, 30}

Que pasa con la localización epidemiológica de la enfermedad TBC en la edad prematura es la pediátrica o de menores de 15 años, se ha evolucionado en un acontecimiento generalmente necesario al virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).^{2, 5}

Las notificaciones según OMS, sobre la carga mundial es de 10 al 20% de la de enfermos de TBC de casos nuevos que afectan a niños de quince años, el 75% de los casos son reportados por Asia y por África. Considerándose además que, en localización de alta pre- valencia, la TBC es la causa del 7 al 16% de las neumonías agudas y crónicas, y el 50% de las muertes por neumonía en los niños VIH+.^{2, 5}

El porcentaje exacto de niños con tuberculosis es desconocido; se estima que es de 3-13% de todos los casos. Muchos niños que entran en contacto con un adulto con TB pueden presentar infección tuberculosa latente o desarrollar enfermedad tuberculosa primaria y permanecer asintomáticos por muchos años; sin embargo, 10% de estos pacientes pueden desarrollar enfermedad tuberculosa activa. Por lo tanto, la tuberculosis en los niños da una indicación de una reciente diseminación en la población.^{5, 8}

La TB infantil puede considerarse como la afección que más daño ha ocasionado a la especie humana en la extensión de su historia, tanto en las cifras de muertos como de enfermos (OMS 2014). A nivel mundial la tuberculosis pulmonar (TBP) se produce un alrededor de casi 9 millones de casos por cada año, enfocada especialmente los países de la India, China (con una carga de 35% mundial de la enfermedad de TB) y África (29%). (OMS, 2009 - 2012) Hasta hace poco fallecían anualmente alrededor de 2 millones de niños de una enfermedad cien por ciento curable, y lo que es más grave, se determinar que un aproximadamente del tercio de la población mundial 2 millones de personas siguen siendo contagiadas. Esta población que reacciona a la tuberculina

o al Derivado Proteico Purificado (PPD), representa un reservorio del cual seguirán derivando nuevos casos de tuberculosis, en la actualidad esta enfermedad es fiel reflejo de las enormes diferencias económicas y sociales.⁴ ¿Cuál es el período que se mantienen los bacilos en el medio ambiente? Una vez expedito en forma de aerosoles, a partir de laceraciones ubicadas en los pulmones, los bacilos pueden caer por acción de la fuerza de gravedad; también pueden permanecer suspendidos en el aire durante minutos, a veces durante horas. La evaporación del agua de las gotitas que componen los aerosoles y la acción de la luz destruye a los bacilos expulsados. Esto explica la importancia de la ventilación y la entrada de luz solar en los ambientes que habitamos. ¿La tuberculosis es una enfermedad hereditaria? NO. La tuberculosis no es una enfermedad transmitida hereditariamente. Sin embargo, si existen uno o más enfermos en la familia, las personas que conviven con ese o esos pacientes pueden contagiarse y adquirir la infección tuberculosa.³²

Forma de transmisión de la tuberculosis pulmonar infantil.

La enfermedad de la tuberculosis pulmonar es considerada aun como oportunista ya que tiene una trascendencia social, que plantea severos problemas a nivel mundial en salud pública, debido a sus diferentes situaciones y formas de transmisión y causas como la pobreza, la educación, información, carencia de higiene, aglomeración de personas, escaso nivel didáctico para la salud, estrés social e insuficiente nutrición y desnutrición infantil.⁴

El periodo de la enfermedad de TBC tiene una transmisibilidad que ocurre mientras el usuario elimina o expectora las secreciones con los microorganismos o no empieza el régimen terapéutico. Por lo habitual, después de 15 días del comienzo del bosquejo terapéutico favorecido, la transferencia se aminora gradualmente a elevaciones despreciables. Los menores con tuberculosis pulmonar, generalmente no son contagiosos.⁸

La enfermedad se transfiere por vía aérea, en el momento que un individuo enfermo despidе bacilos al conversar, expectorar, estornudar, sonreír o cantar. La tuberculosis daña primordialmente a los pulmones (Tuberculosis Pulmonar), pero asimismo puede

hacer enfermedad en cualquier miembro del cuerpo humano (Tuberculosis Extrapulmonar).^{8, 28, 32}

Habitualmente, la transmisión puede manifestar acertadamente en una fase preliminar del contagio o en una etapa de transición a afección activa, cuando los usuarios contagiados suelen ser aun asintomáticos y no exteriorizar alteraciones clínicas al examen físico y de laboratorio. La sospecha medica de TB pulmonar en menores generalmente necesitan de la progresión de una lesión inicial y la calcificación de una pequeña área inflamatoria n el pulmón denominado foco de Ghon (lesión parénquima primaria) que solo radiológicamente puede localizar. Dicha presencia evidencian la dificultad de corroborar bacteriológicamente este tipo de casos.^{30, 31}

Otro patrón característico de la transmisión en los pequeños de quince años fue las relaciones con individuos que padecen con TB. Según los datos de vigilancia epidemiológica de los años 2013 y 2014, el porcentaje de casos menores de quince años que tuvieron contactos con otros pacientes con TB, fue mayor (49, 2%) que los mayores de 15 años (30); pero además este porcentaje se incrementó en los más pequeños (63% en menores de 5 años). Estos hallazgos son de esperarse, ya que los niños más pequeños están al cuidado de los padres, y si los padres enferman se incrementa el riesgo de exposición en los niños, que sumando a otros factores incrementan también el riesgo de desarrollar la enfermedad. Por tal motivo es de suma importancia la investigación epidemiológica y el seguimiento de los contactos cuando se sospecha de tuberculosis infantil.⁵

Manifestaciones clínicas en niños.

La tuberculosis primaria, forma más frecuente en el niño, especialmente en la menor de 10 años, suele evolucionar hasta estados relativamente avanzados, sin ninguna sintomatología, y pasar inadvertida. Pero también puede presentarse como un cuadro infeccioso agudo, con fiebre alta y compromiso acentuado del estado general (granuloma; TBC miliar). En todo caso, en todo cuadro infeccioso, debe analizarse y pensarse en la TBC y descartar su pronto diagnóstico. Solo teniéndola presente podrá hacerse su diagnóstico oportuno y precoz.^{10, 28}

La sintomatología habitual en un niño portador de un complejo primario consiste en anorexia, baja de peso o falta de progreso ponderal, en el lactante, febrículas, adinamia o bien síntomas inespecíficos que pueden corresponder a lesiones de otros órganos o tejidos (forma miliar, meníngea, ganglionar, ósea, genitourinarias). El cuadro clínico de la reactivación endógena puede tener el comienzo propio de las formas de TBC del adulto y así debutar con una hemoptisis, como TBC pleural con dolor torácico o, también, como formas similares a la primoinfección, es decir prácticamente asintomáticas.^{10, 28}

Puede presentarse también de manera insidiosa, catarral, como un cuadro respiratorio agudo, con fiebre, malestar, tos húmeda y que suele confundirse con gripe, bronquitis o neumonía. Las formas extrapulmonares presentan el cuadro clínico y sintomatología propia de su localización (meningitis, articular, genitourinaria). Hay algunos signos clínicos que orientan preferentemente hacia el diagnóstico de TBC, tales como el eritema nodoso, la queratoconjuntivitis flictenular, los tubercúlides y los tubérculos coroideos.^{10, 27}

Importancia médico-social.

En nuestro territorio como en cualquier otra nación en vías de desarrollo, la TBC tiene gran importancia médico-social, tanto por las altas cifras de mortalidad que ella provoca, como por la mortalidad elevada que todavía mantiene. La TBC está ligada básicamente a las malas condiciones socio-económicas de la familia, al hacinamiento y al bajo nivel cultural. Sin embargo, por ser una enfermedad infecto-contagiosa puede afectar a cualquier individuo. También en el niño la TBC es causa de un ausentismo escolar importante. Tiene importancia en nuestro país, al porcentaje de población aborígen, la cual evidentemente tiene menores condiciones de defensa racial frente a la TBC. Un índice del riesgo de enfermar de una población lo da la investigación de la prueba de tuberculina.^{8, 28}

1.3.2. Medidas preventivas contra la tuberculosis pulmonar infantil.

La prevención es el producto de precisar la acción de precaver, la cual comprende el decidir las medidas precautorias imprescindibles y más apropiadas con la tarea de contrarrestar una molestia o alguna lesión que pueda producirse. Entonces, la prevención es establecer determinadas discusiones o acciones en camino para aminorar un riesgo o prejuicio.³⁰

Hay varios métodos para prevenir la diseminación de la tuberculosis tales como el tratamiento efectivo de la TB pulmonar activa; control del ambiente (mascarillas, adecuada ventilación e iluminación); quimioprofilaxis o medicación para infección tuberculosa latente (TITL) y la vacunación con BCG.^{27, 30}

Las medidas básicas de mayor rendimiento para bajar la curva de morbimortalidad son:

Prevención: La medida más útil es la vacunación. En casos calificados también es de utilidad la Quimioprofilaxis, la pesquisa diagnóstico y tratamiento de los casos encontrados y las normas de Vacunación: La vacunación BCG es una medida de alta prioridad en las atenciones primario y del programa TB actual del control y transmisión de la tuberculosis Pulmonar. Se aplicará a todo recién nacido y escolar de manera de obtener una máxima cobertura en estos grupos. Primera vacunación (primovacunación). Se hará en las maternidades a los recién nacidos que pesan 2.500 gr. o más, dentro de las 24 primeras horas, simultáneamente con la vacuna Sabin monovalente tipo 1. La excepción a esta norma la determinara el Médico Pediatra, recomendándose la vacunación al alta.^{30, 32}

- **Vacunación con BCG.** Contiene sepas de bacilos vivos atenuados de *M. bovis*. Su eficacia para la prevención de TB oscila en un rango de 0% a 80%, con solamente 38% a 75% de protección contra tuberculosis pulmonar. Esta variabilidad es atribuida a diferencias en la inmunogenicidad de las cepas utilizadas, factores nutricionales e inmunes y la presencia de coinfección con otras micobacterias. Puede ser efectiva contra el desarrollo de TB miliar y meningitis tuberculosa en niños; sin embargo, no previene la adquisición de infección tuberculosa. Se han buscado alternativas a la BCG o utilizar dosis

bajas de BCG para generar una respuesta mediada por células sin un componente significativo Th2 y mejorar de esta forma la protección contra tuberculosis; sin embargo, no existe evidencia suficiente de este efecto.^{30, 32}

- **Quimioprofilaxis.** En Menores de 5 años, está indicada además para infección con VIH, individuos con riesgo aumentado de desarrollar tuberculosis tales como diabetes mellitus, cáncer, enfermedad renal terminal, desnutrición e inmunosupresión. Se recomienda INH 5 a 10 mg/kg/día por 6 a 9 meses. Para pacientes en caso de niños expuestos a adultos con TB resistente a INH, se recomienda como primera línea de acción la quimioprofilaxis con INH 10 mg/Kg/día + RIF 10 mg/Kg/día por 9 meses.^{30, 32}
- **Terapia preventiva con isoniacida (TPI):** La TPI se debe señalar a usuarios diagnosticados de tuberculosis latente, que pertenezcan a las comunidades en riesgo específicos como los menores de quince años y los pacientes con VIH/SIDA. La orientación de la TPI es competencia del médico tratante del EESS y su distribución es competencia del personal de enfermería. Las personas entre cinco y diecinueve años con PPD igual o superior a 10 mm y que son contactos de caso índice con TB pulmonar. En los individuos pequeños de 15 años la dosis es de 10 mg/Kg/día), la que debe administrar en una sola toma, de lunes a domingo por 6 meses. Menores de cinco que son contactos de caso índice con TB pulmonar, independientemente del producto del frotis de esputo del índice y resultado del PPD del menor. Pacientes menores de quince años diagnosticados con el contagio por VIH independientemente del resultado del PPD.^{30, 32}
- **Manejo de los contactos con adultos tuberculosos.** Se recomienda enfáticamente la investigación de la familia completa en contacto con un adulto tuberculoso. Debido a que los riesgos van aumentando la infección y la de progresión patogénica de la enfermedad puede ser rápido en niños, estos deben ser identificados y tratados con INH a tiempo. La OMS recomiendan quimioprofilaxis para todos los niños menores de 5 años expuestos a un adulto con TB, aún si la tuberculina es negativa. Aquellos niños en quienes se

sospecha enfermedad tuberculosa deben estudiarse y recibir tratamiento antituberculoso completo. Los expertos proponen mejorar el diagnóstico y tratamiento de estos casos con infección tuberculosa latente como un medio para prevenir futuras casos de enfermedad tuberculosa. ³⁰

- **Control de contactos.**

Caso índice: El primer caso de tuberculosis nuevo o recurrente en una persona de cualquier edad en un hogar específico u otro lugar comparable en el que otros pueden haber estado expuestos a la tuberculosis. ³⁰

Contacto: Cualquier persona que ha estado expuesta a un caso índice (como se define más arriba). ³⁰

Contacto en el hogar: una persona que comparte (o haya compartido) con el caso de índice el mismo espacio cerrado por varias noches o durante periodos de tiempo prolongado, o con frecuencia durante el día durante los 3 meses anteriores al inicio del episodio de tratamiento actual. ^{30, 32}

Contacto cercano: una persona que no está en el hogar, pero comparten un espacio cerrado, como un lugar de reunión social, lugar de trabajo o establecimiento, por largos periodos durante el día como el caso índice durante los 3 meses antes del inicio del episodio de tratamiento actual. ³⁰

Medidas de control ambiental: las medidas de control ambiental deben maximizar la ventilación natural y/ o instalar sistema de ventilación mecánica priorizar la ventilación natural, garantizando que las puertas y ventanas permanezcan abiertas, libre de cortinas u otro mobiliario. Ubicar las áreas del paciente en espacios abiertos y bien ventilados. ^{30, 32}

Objetivos del control de contactos.

Identificar las personas que estuvieron en contactos con el caso índice, evaluar clínicamente a los contactos (búsqueda de síntomas de TB pulmonar y extra-pulmonar). Realizar Baciloscopia seriada a todos los sintomáticos respiratorios, tratar a los casos de tuberculosis, dar quimioprofilaxis con Isoniacida a los contactos <5 años y pacientes VIH/ SIDA en quienes se descartó una TB activa.

Intervenciones sanitarias en la atención integral de la tuberculosis

Prevención primaria. Para aludir la infestación por el bacilo de la TB en la ciudadanía expuesta se debe ejecutar labores que faculden:

Comunicación, sensibilización y enseñanza al paciente diagnosticado con la enfermedad de tuberculosis pulmonar acerca del:

Uso de mascarilla mientras sea la fase de contaminación (durante se tenga comprobación bacteriológicos afirmativos) o (si la persona está en contacto con pacientes diagnosticados). Cubrirse con el ante brazo la boca y nariz al toser, estornudar o reír y desechar con cuidado el papel higiénico en una bolsa amarrarlo y desecharlo en un depósito adecuado. El uso de mascarilla es disminuir el contagio cubriendo mentón, boca y nariz. En caso de estar en contacto con pacientes positivos usar la mascarilla N° 95 doble filtro. Instauración de medidas de control de infecciones en los EESS, en instituciones que albergan personas y en el domicilio de la persona afectada con TB. Promoción de la ventilación natural en la vivienda del afectado por TB, lugar de estudio, trabajo, unidades de transporte público y en los ambientes de las instituciones públicas y privadas.^{30, 33}

El Ministerio de Salud y las otras instituciones del Sector Salud deben proveer de vacunación con el Bacilo de Calmette - Guerin (BCG) a todos los recién nacidos. Todo recién nacido en el país debe recibir la vacuna BCG tan pronto cuando sea posible, de acuerdo a las normas vigentes del Ministerio de Salud. Los recién nacidos de madres con VIH deben seguir las disposiciones vigentes sobre la prevención de la transmisión vertical del VIH emitidas por el Ministerio de Salud.³²

Prevención secundaria.

Diagnóstico y tratamiento TBC:

La promoción y prevención es basado en fortalecer conocimiento a través de actividades que ayuden al reconocer el diagnóstico precoz y brindar un tratamiento

oportuno, eficaz en todos los pacientes con esta enfermedad de tuberculosis con frotis de esputo positivo.^{30, 32}

Estudio de familiaridad: El mapeo, análisis y observación de vecindad y usuarios cercanos se debe ejecutar en forma permanente, y estimular en todos los índices con TBC, en proporciones en manera pulmonares como extrapulmonares, susceptibles y resistentes a fármacos.³²

El hacinamiento, se utiliza para referirse a la acción de hacinarse, entendiéndose por esto una situación en la que se produce una acumulación de personas u objetos con consecuencias negativas. Más específicamente, este término acostumbra a utilizarse como un indicador para medir las condiciones de salubridad a la que se expone un conjunto de personas que habita dentro de un mismo sitio o vivienda, pues, a mayor cantidad de individuos por metro cuadrado, menores son las condiciones de buena salud. El hacinamiento es un factor que mantiene una vinculación muy estrecha con la pobreza, puesto que revela de manera explícita cuáles son las condiciones en las que debe sobrevivir una familia. Es posible detectar dos formas de hacinamiento a nivel social. La primera de ellas es de tipo crónico y estacional, ya que surge cuando uno de los miembros menores de una familia decide formar su propio núcleo familiar, pero aún no cuenta con los recursos económicos suficientes como para hacerlo, por lo que provoca un aumento temporal del número de habitantes de un hogar. La segunda forma de hacinamiento es de tipo estructural y se encuentra estrictamente ligada a la pobreza, puesto que se trata de una situación que no ha logrado revertirse.³⁴

Prevención terciaria.

Es el conjunto de acciones dirigidas a la rehabilitación de las personas afectadas por tuberculosis que presentan complicaciones durante su enfermedad y que provocan secuelas físicas, cuya finalidad es mejorar la calidad de vida de los pacientes. La rehabilitación respiratoria oportuna es importante y básica que sea considerada en la atención primaria. Asimismo, la rehabilitación laboral debe ser considerada para que la persona se reinserte a actividades productivas, sin que ello signifique que vuelva a exponerse a los mismos factores de riesgo que lo llevaron a enfermar.³⁰

La Población pediátrica se considera realmente expuesta a cualquier contacto con un paciente con tuberculosis, por eso el programa nacional de control de la TBC 2015, del MINSAL Chile define dos tipos de contactos.⁵

- Contactos íntimos o intra-domiciliarios: Personas que conviven con el enfermo.
- Contactos habituales o extra-domiciliarios: Personas que mantienen formas de relaciones frecuentes con el caso índice por condiciones de carácter laboral, escolar, de vecindad, de actividad social o familiar. ⁵

La prevención de cuidado en ambos casos se debe maximizar, las barreras de prevención teniendo en cuenta la sintomatología del paciente y en que escala del tratamiento va. La promoción de la etiqueta de tos; es usar mascarillas, en caso de trabajar con ellos usar los respiradores con filtros N° 95, en personas que tosen; siempre de lo posible aislar al paciente que la separación ya que sufrir una afección transmisible del resto de los individuos, con el propósito de evitar la infestación. El apartamiento utilizo la técnica de barrera que consiste en limitar los microorganismos a un área determinada, (habitación o unidad del paciente), todo el equipo dentro de esa área se considera contaminado. ^{30, 32}

Aislamiento respiratorio, lavado de mano, uso de pañuelos desechables paciente o familiar). Individuos en dormitorios solos. Todo individuo que se incorpore al cuarto debe de usar mascarilla, guantes no debe salir nada del habiente, buena ventilación, si el familiar sale del ambiente o ser trasladado debe usar mascarilla, no se necesita bata. ^{30, 32}

Tendencias epidemiológicas y perspectivas de alcanzar la eliminación y como llevar a casos de baja incidencia.

Se han logrado tasas de TB muy bajas en entornos que han asegurado una combinación de acceso casi universal la evaluación y la medicación de alta calidad de la tuberculosis, la protección social y el desarrollo socioeconómico en general, con una nutrición mejorada y condiciones de vida y de trabajo A partir de estas observaciones podemos deducir que la eliminación de la TB es posible con las herramientas actuales,

siempre y cuando los factores mencionados continúen mejorando y aplicándose a todas las personas. ³⁵

El marco de acción para los países de cómo llevar a una disminución de la incidencia de tuberculosis (<100 casos de TB por millón de ciudadano) que están luchando por la eliminación de la tuberculosis. Los desafíos comunes del sistema de salud son que el compromiso político, la financiación, la experiencia clínica y la conciencia general de la TB disminuyen a medida que disminuye la incidencia de TB. El marco presenta una respuesta adaptada a estos retos, agrupados en ocho áreas de acción prioritarias: 1) garantizar el compromiso político, la financiación y la administración de la planificación y los servicios esenciales; 2) dirigirse a los grupos más vulnerables y de difícil acceso; 3) atender las exigencias especialmente de los migrantes y debatir; 4) realizar el cribado de TB activa en contactos de tuberculosis y grupos seleccionados de mayor riesgo, y proporcionar medicación apropiado; 5) optimizar la organización y atención de la tuberculosis resistente a los fármacos; 6) garantizar la vigilancia continua, la supervisión y evaluación de programas y la gestión de datos basados en casos; 7) invertir en investigación y nuevas herramientas; Y 8) apoyar la previsión, la atención y la inspección de la tuberculosis a nivel mundial. El enfoque general debe ser multisectorial, centrándose en la entrada equitativo a la evaluación y cuidados de alta índole y en el tratamiento de los determinantes sociales de la TB. Debido a la creciente globalización y la movilidad de la población, la respuesta debe tener dimensiones tanto nacionales como globales. ³³

Manejo nutricional. La alimentación es la acción por la cual se proporciona o suministra alimentos al organismo, esto incluye la selección de alimentos, preparación o cocción y su ingestión; alimentos que proporcionan sustancias que llamamos nutrientes y vitaminas, que se necesitan para poder mantener una buena salud y contrarrestar afecciones. Considerado parte de los signos y síntomas clínicos establecidos en usuarios con TB están asociados con la desnutrición, no obstante, existe una número considerable de usuarios que podrían mostrar obesidad. Se pueden emplear la frecuencia alimentaria acompañada del recordatorio de 24 horas. Se ha demostrado que los pacientes que ingieren medicamentos contra la tuberculosis

presentan afectos adversos gastrointestinales que no solo altera la absorción, metabolización de los nutrientes y micronutrientes, asimismo ocasionan problemas digestivos a modo nausea, vómitos y alteraciones en los sentidos del gusto y del olfato, en consecuencia, en el descenso del consumo de nutrientes, por ende, el deterioro del estado hemodinámico y nutricional.³⁶

- **Objetivos de la atención nutricional.** Los objetivos de la atención nutricional, dado que es una enfermedad infecciosa, está dirigido a: Prevenir la desnutrición, mantener el peso y la masa celular corporal idónea para cada paciente, mejorar la función inmune relacionada con la infección, alcanzar las necesidades nutricionales individuales.³⁷

Nutrioterapéutica.

Basado en energía, proteínas, vitaminas B6, lípidos, carbohidratos, vitaminas y minerales, vitaminas A, D, B12.³⁶

Recomendaciones de energía y proteínas.

Alimentación.

- Fraccionar a seis comidas al día, en pacientes con pérdida de apetito o en actividad escolar. Consumir 500 a 750 mL de leche, yogur o queso diariamente para asegurar la ingesta adecuada de vitamina D y calcio. Consumir 5 a 6 porciones de frutas y verduras al día. Medio vaso de jugo es una porción de fruta aproximadamente. Las preparaciones deben ser presentables (apetitosas) y de buen sabor. Alimentación balanceada que cubra las necesidades de energía y nutrientes. Utilizar alimentos como azúcar, aceite vegetal, mantequilla de maní, huevos, leche desnatada en polvo para incrementar la densidad energético-proteica de las preparaciones, sin incrementar cantidad o volumen. Las mejores fuentes dietéticas de vitamina B6 (piridoxina) son la levadura, el

germen de trigo, la carne de cerdo, el hígado, los cereales integrales, las legumbres, las papas, los plátanos y la avena y beber agua segura al menos 10 a 12 vasos al día.³⁶

- El grupo de los lácteos (también productos lácteos, lácticos o derivados lácteos) incluye alimentos como la leche y sus derivados procesados (generalmente fermentados). La leche y los productos lácteos son alimentos que tienen un perfil nutricional que los hace adecuados para la población general que no presenta problemas de reacción a la proteína lactosa o intolerancia a la lactosa. El consumo de leche y lácteos se ha asociado tradicionalmente al mantenimiento de una buena salud ósea debido a que son productos ricos en calcio y vitamina D (imprescindible para la absorción de este mineral).³⁷

Actividad física

El tratamiento nutricional debe ser complementado por actividad física por los beneficios que brinda al sistema inmune, al estado anímico, permite una imagen saludable, ayuda a prevenir la pérdida muscular, ayuda a la resistencia corporal. Se recomienda actividades al aire libre como caminar, caminata rápida, aeróbicos, salto, subir montañas, etc. y en el hogar: lavado, limpieza, jardinería etc.³⁸

Todos los días nos aseamos y enseñamos a nuestros hijos, hermanos y pacientes a practicar la higiene, lavándonos las manos a chorro y con frecuencia en las actividades de antes de comer, antes de disponer de las comidas, en seguida de ir al baño o letrina, en seguida de cambiar los pañales al bebe. Lavar la ropa y la cambiarlo con frecuencia.

38

Higienizar el Domicilio: Siempre asear, desinfectar y ordenadas, barrer integro todos los días el domicilio, antes de barrer mojar el pavimento con agua, todos los días sacudir y tender nuestro lecho y orear nuestras frazadas y la luz natural debe de entrar naturalmente. En nuestras casas tenemos y cuidamos nuestros jardines, plantas para una mejor oxigenación, legumbre que empleamos en nuestra nutrición. Lavamos las legumbres a chorro antes de disponer a comerlas. ³⁸

La carencia de costumbres higiénicas apropiadas por parte de los individuos se transforma en una dificultad peligrosa, no sólo por lo fastidioso de un mal aspecto o de los malos olores, sino por la latente amenaza de transferencia de virus y gérmenes a otros individuos.³⁸

1.3.3. Funciones de enfermería.

El rol del profesional de enfermería está basado en utilizar la investigación como evidencia sistemática para el raciocinio crítico y la toma de decisiones. Cuando las enfermeras emplean la teoría para estructurar su praxis, mejora la calidad de la atención. Considerar la práctica de enfermería en un contexto teórico ayuda al individuo, familia y comunidad a desarrollar habilidades analíticas con la capacidad de pensar y aclarar sus valores. Así mismo la teoría de enfermería sirve como marco para reconocer las necesidades abarcando la expresión Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística de cuidado integral a través de datos fiables y válidos orientada hacia un objetivo. Refleja una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. ^{9, 19}

El modelo de promoción de la salud en base en la Teoría del aprendizaje de Nola Pender, que postula sobre la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta. En base a la teórica podemos desarrollar estrategias encaminadas a la Promoción de Salud como respuestas válidas que permitirán resaltar la importancia del entorno social como elemento indispensable para lograr la verdadera equidad en salud, tiene dentro de las herramientas la comunicación y la educación para la salud las cuales estarán dirigidas a difundir y fomentar los estilos de vida teniendo como base la cultura, la política social y económica ;esto lleva a destacar la importancia de los procesos de construcción social de la salud y la necesidad de la participación de la sociedad en el alcance de los objetivos propuestos y esencialmente, para el logro de cambios de conductas y condiciones necesarias en el camino hacia una mejor salud.

El postulado expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta). El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo.^{9, 19}

La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas.¹⁹

En síntesis, el modelo plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, ésta es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Vista así, la promoción de la salud es una actividad clave en los diferentes ámbitos en que participan los profesionales de enfermería, esta consideración fundamenta la relevancia de analizar los trabajos que se han realizado en torno a dicho modelo a fin de identificar los intereses que orientan su uso y los hallazgos de las investigaciones.⁹

1.3.4. PROGRAMA EDUCATIVO.

"Fortaleciendo Mi Conocimiento, Prevengo La Tuberculosis"

Un proyecto es un conjunto de actividades a realizarse en un lugar determinado, en un tiempo determinado, con determinados recursos, para lograr objetivos y metas preestablecidas; todo ello seleccionado como la mejor alternativa de solución luego de un estudio o diagnóstico de la situación problemática.⁴⁰

El modelo del programa es educativo preventivo con una evaluación formadora. La autorregulación implica un conjunto de procesos donde la enseñanza va de la no con el aprendizaje. El programa educativo es una acción o cimientos que tiene una causa y efecto pedagógicos: la educación sanitaria es el enfoque provechoso de los desarrollos prácticos, metodológicos de la enseñanza y de levantamiento enfocados en el entendimiento. Esos dos pilares basados en un esquema del torno y de distintos problemas en salud pública. El eje primordial de un programa educativo es la enfermera, por la capacidad de educar y desenvolvimiento en equipo, sección o en charla educativa.⁹

La elaboración comprende la construcción de un proyecto educativo que implica identificar cuáles son los problemas a atender, como un árbol teniendo en cuenta la evolución de las causas, toxicidad, consecuencias y efectos a partir de lo mencionado tenemos que planear y ejecutar un proceso que nos lleve alcanzar nuestro objetivo que llegue plantear una solución en total o parcial.⁴⁰

Pretender ser un modelo educativo de intervención en torno a aspectos diversos de la educación en salud pública en los que las madres de familias son protagonistas y donde la evaluación tiene una función claramente formativa que favorece la renovación de los propios programas y la autorregulación de las madres. Las tareas fundamentales del equipo pedagógico son, por una parte, el desarrollo de programas de educación con las madres, y por otra, la investigación educativa acerca de estrategias, metodología, evaluación, así como la elaboración de diversos materiales, ofertando en todo momento sus frutos.⁴⁰

Un propósito es un compuesto de actividades a ejecutarse en un lugar definido, en un periodo definido, con determinados recursos, para conseguir los propósito y finalidad preestablecidas; todo ello escoger como la destacada elección de solución luego de un análisis o diagnosis de la circunstancia problemática.⁴⁰

La identificación de una necesidad educativa, los intereses institucionales, académicos y/o personales del autor del proyecto, así como la definición de los objetivos que se persiguen con la propuesta. Programa: el proceso de enseñanza-aprendizaje diseñado en tono a un tema concreto. Debe tener un tiempo limitado y estar bien estructurado. Se organiza en secuencias. Por lo que definimos secuencia como un conjunto de actividades organizadas dentro de un programa. Terminamos tres secuencias: la preliminar, las intermedias habrá tantas intermedias como subtema contenga el tema a estudiar) y final la secuencia se divide a su vez, en microsecuencias. La microsecuencias la definimos como las acciones de enseñanza-aprendizaje asociadas al subtema en cuestión. Cada microsecuencias contiene uno o varios elementos que lo adoptan de sentido.⁴¹

Etapas de un programa educativo.

- Análisis de la situación educativa.
- Selección y definición del problema.
- Definición de los objetivos del proyecto.
- Justificación del proyecto.
- Planificación de las acciones (Cronograma de trabajo).
- Recursos humanos, materiales y económicos.
- Evaluación.
- Redacción del proyecto terminal.⁴⁰

Marco estructural.

Según Marriner (2007), en la teoría de Nola Pender refiere que el "Modelo de Promoción de Salud" sirve como base para el estudio de como las personas toman decisiones, sobre su propio cuidado de la salud, y de las personas que tienen a su cargo. ⁴¹

1.4. Formulación del problema de investigación.

Problema general:

¿Cuáles son los Efectos del Programa Educativo "Fortaleciendo Mi Conocimiento, Prevengo La Tuberculosis" en el nivel conocimiento y prácticas preventivas que tienen las madres sobre tuberculosis pulmonar infantil en el Colegio Nacional José Carlos Mariátegui, 2017?

Problemas específicos:

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre tuberculosis pulmonar infantil; según dimensiones, antes y después del programa educativo "Fortaleciendo Mi Conocimiento, Prevengo La Tuberculosis"?
- ¿Cómo son las prácticas preventivas que tienen las madres sobre tuberculosis pulmonar infantil; según dimensiones, antes y después del programa educativo "Fortaleciendo Mi Conocimiento, Prevengo La Tuberculosis"?

1.5. Justificación del estudio.

El motivo de este trabajo fue la intención de aportar a la disminución de la tasa de morbi-mortalidad por TBC ya que se sabe que esta es una enfermedad de salud pública y ataca a la población más joven que son los niños de uno a cuatro años, lo que se refleja con el incremento de los casos.

Con los resultados de estudio se pretende lograr el compromiso y apoyo del equipo multidisciplinario, de las madres y de los actores sociales comunitarios para generar espacios de cambio en las conductas preventivas.

Desde el punto vista práctico este estudio permitirá que la institución educativa disponga de datos actualizados, veraces y precisos de la realidad problemática y sobre todo del conocimiento que tienen las madres de familias, para poder así generar estrategias innovadoras en las actividades de tutorías y escuelas de padres, que mejoren el conocimiento y las praxis de prevención de tuberculosis pulmonar infantil.

Los resultados de este estudio servirán de insumo para realizar nuevas investigaciones dirigidas a medir los efectos de las intervenciones en tutorías y escuelas de padres en la mejora de las actividades preventivas promocionales de tuberculosis infantil. Además, el instrumento de este estudio fue construido en base a la realidad problemática y con un lenguaje idóneo para el entendimiento de las madres, elaborado por el mismo autor; servirá de herramienta útil para futuros investigadores.

1.6. Hipótesis.

H₁: El programa educativo "Fortaleciendo Mi Conocimiento, Prevengo La Tuberculosis" tiene efectos positivos en el nivel de conocimiento y prácticas preventivas de las madres sobre tuberculosis pulmonar infantil del Colegio Nacional José Carlos Mariátegui, 2017.

H₀: El programa educativo "Fortaleciendo Mi Conocimiento, Prevengo La Tuberculosis" no tiene efectos positivos en el nivel de conocimiento y prácticas preventivas de las madres sobre tuberculosis pulmonar infantil del Colegio Nacional José Carlos Mariátegui, 2017.

Hipótesis específicos:

- Existen diferencias significativas en el nivel de conocimiento; según dimensiones, de las madres sobre tuberculosis pulmonar infantil antes y después del programa educativo "Fortaleciendo Mi Conocimiento, Prevengo La Tuberculosis".
- Existen diferencias significativas en las prácticas preventivas; según dimensiones, que tienen las madres sobre tuberculosis pulmonar infantil antes y después del programa educativo. "Fortaleciendo Mi Conocimiento, Prevengo La Tuberculosis"

1.7. Objetivos.

Objetivo general.

- Determinar los Efectos de un Programa Educativo "FORTALECIENDO MI CONOCIMIENTO, PREVENGO LA TUBERCULOSIS" en el nivel de conocimiento y prácticas preventivas que tienen las madres sobre tuberculosis pulmonar infantil. Colegio Nacional José Carlos Mariátegui, 2017.

Objetivos específicos.

- Evaluar el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre tuberculosis pulmonar infantil; según dimensiones, antes y después del programa educativo "Fortaleciendo Mi Conocimiento, Prevengo La Tuberculosis".
- Evaluar las prácticas preventivas; según dimensiones, que tienen las madres sobre tuberculosis pulmonar infantil antes y después del programa educativo. "Fortaleciendo Mi Conocimiento, Prevengo La Tuberculosis".

II. MARCO METODOLOGICO.

2.1. Diseño de investigación.

La investigación respondió a un enfoque cuantitativo de tipo aplicativo porque se ejecutó un programa educativo y contribuyó a la solucionar un problema práctico inmediato.⁴²

El diseño del trabajo de indagación fue experimental de tipo pre experimental por el motivo que se realizó una evaluación con anterioridad y posteriormente una segunda con la estrategia que adoptó el investigador para responder al problema y de manipular la variable del programa educativo, con un solo grupo.⁴²

2.2. Variables de operacionalización.

VI = Programa Educativo. (Ver la página inferior)

VD₁ = Conocimiento sobre tuberculosis Pulmonar Infantil.

VD₂ = Prácticas preventivas de tuberculosis Pulmonar Infantil.

CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<p align="center">Conocimiento sobre tuberculosis Pulmonar Infantil.</p>	<p>Es el conglomerado de conocimiento e información, hechos y principios sobre la tuberculosis Pulmonar infantil y sus medidas preventivas que se van adquiriendo y retienen a lo largo de la vida.</p>	<p>Fue medido a través de un cuestionario que incluyó preguntas sobre conocimiento, contagio, tipos, signos y síntomas, alimentación, inmunización, ventilación y despistaje.</p>	<p>Enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Concepto de TBC. -Etiología. -Medios de Contagio. -Localización. -Edades más comunes que afecta. -Signos y Síntomas. 	<p>ORDINAL</p> <p>Alto =8-10</p> <p>Medio=3-7</p> <p>Bajo= 0- 2</p>
		<p>Los resultados se interpretaron como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto =16-20 ➤ Medio=6-15 ➤ Bajo= 0- 5 	<p>Prevención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Hábitos alimenticios. -Inmunización. -Quimioprofilaxis. -Ventilación. -Hacinamiento. -Barreras 	<p>ORDINAL</p> <p>Alto =9-12</p> <p>Medio=4-8</p> <p>Bajo= 0- 3</p>

--	--	--	--	--	--

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Prácticas de Medidas Preventivas de TBC infantil.	Es la suma de hechos, acciones, interacciones y comportamientos puestos en prácticas relacionadas a evitar la transmisión de tuberculosis pulmonar infantil.	Fue evaluado a través de un cuestionario que mide hábitos alimenticios, hábitos de como toser y escupir las secreciones bronquiales, ventilación e iluminación del hogar y medidas higiénicas.	Medidas Personales.	-Vacunación. -Alimentación. -Examen de Control. -Hábitos al toser y escupir. -Lavado de manos.	ORDINAL Bueno = 60-65 Regular = 32-59 Deficiente = 0-31
		Los resultados se interpretaron como: Bueno = 106-115 Regular = 56-105 Deficiente= 22-55	Medidas ambientales.	-Ventilación e iluminación. -limpieza diaria del domicilio. -Número de habitantes que moran la vivienda. -Prevención con los contactos.	ORDINAL Bueno =8-10 Regular =3-7 Deficiente= 0-2

2.3. Población, muestra y muestreo.

La Población (N). - Se consideró para el estudio de investigación la población de madres de los alumnos de primaria que estudian en el Centro Educativo Nacional José Carlos Mariátegui San Juan Lurigancho, 2017. Pertenecientes del 1° al 6° de primaria siendo un total 180 madres cuyos niños están registrados en las actas y registro ministerial del año en curso.

Muestra (n). - La proporción a trabajar fue finita y según la fórmula de cálculo muestral, se determinó en un número de 122.79 madres. (Ver Anexo 2)

Muestreo; No Probabilístico De Tipo Accidental.- Porque los individuos se eligieron de manera casual, sin ningún juicio previo. Se trabajó solo con las madres que voluntariamente asistieron a todo el programa, que hicieron una total de 90.

Criterios de selección.

Criterio de inclusión:

- Todas las madres del 1° al 6° grado de primaria del Colegio Nacional Mixto José Carlos Mariátegui San Juan de Lurigancho. 2017.
- Todas las madres que acepten participar.

Criterios de exclusión

- Madres que no asistan a las 3 secciones educativas.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para medir la variable conocimiento se empleó como técnica la encuesta y el instrumento fue el cuestionario basado en 20 interrogantes con alternativas Policotómicas, divididas en 2 dimensiones: Enfermedad y Prevención: la primera conto con 9 preguntas y la segunda conto con 11 preguntas.

Para medir las prácticas preventivas se empleó la técnica de la encuesta y el instrumento fue la escala de Likert modificada basado en 22 preguntas con alternativas Policotómicas, divididas en 2 dimensiones: Medidas personales con 9 enunciados y medidas ambientales con 11 enunciados. (Ver anexo 3).

La recolección de datos fue realizada de la siguiente manera:

- Se solicitó la autorización para la ejecución del proyecto al director del centro educativo José Carlos Mariátegui a través de una solicitud, la matriz de contingencia y la carta de presentación de la universidad.

Teniendo la aprobación, se coordinó con la directora de primaria y el profesor encargado de la sala de capacitación que se encuentra en el tercer piso del pabellón "A" donde se llevó a cabo las 3 sesiones educativas y coordinando también con el servicio de tutoría y escuela de padres para ponernos de acuerdo en las fechas y hora que acudirían las madres.

Luego se invitó al total de las madres para que participen en el Programa, iniciándose en la fecha establecida con las madres que aceptaron participar en el estudio con el consentimiento informado (90),

Fue considerado los principios de anonimato, libre participación y confidencialidad para el desarrollo del estudio.

Fue realizado el programa educativo "Fortaleciendo mi conocimiento, Prevengo la tuberculosis", con una duración de 45 minutos por sesión, realizándose 1 sesión educativa por semana.

Al inicio de la primera sesión se les aplicó el pretest para la evaluación de nivel de conocimiento y prácticas preventivas, el cual tuvo una duración de 15 minutos.

Se aplicó el postest al final de la última sesión educativa para evaluar el nivel de entendimiento y prácticas preventivas que adquirieron después de culminar el Programa Educativo con una duración de 15 minutos.

Se tomaron en cuenta a las madres que asistieron a las 3 secciones educativas.

Validación y confiabilidad del instrumento.

La validación del instrumento fue determinada mediante el Juicio de expertos, en donde se contó con la participación de 6 profesionales entre docentes universitarios, especialistas en el área asistencial y de investigación, los cuales evaluaron ambos instrumentos de nivel de conocimiento con un total de promedio de 74% y de prácticas preventivas un total de promedio de 68%. (Ver anexo 4)

Para la determinación de la confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto, en la cual fueron encuestadas 10 madres del AA. HH José Carlos Mariátegui del distrito de San Juan Lurigancho 2017, las cuales no formaban parte de la muestra. Luego se pasó al programa SPSS 20 para evaluarlo con el alfa de Cronbach donde se obtuvo como resultado 0.703 para el cuestionario, y para la escala likert como resultado 0.732, lo cual indica que los instrumentos son confiables. (Ver anexo 5).

2.5. Métodos de análisis de datos

Para el desarrollo del análisis de los datos se utilizó todo un proceso en el cual se empezó con el vaciamiento de los instrumentos del Pretest y Postest al programa SPSS 24, luego se realizó la configuración del libro de códigos siguiendo con los cálculos de puntaje, los cuales nos permitió tener los márgenes de los estatinos con los niveles bajo, medio y alto para la variable de nivel conocimiento y para la variable prácticas preventivas de deficiente, regular y bueno, luego se tabularon los datos de cada dimensión, y al final se hizo la sumatoria de todas las dimensiones utilizando el programa SPSS 24, siguiendo con la interpretación de los resultados con los cálculos de puntajes según criterios de estatinos. Y finalmente los resultados se representaron con las estadísticas descriptivas representadas por medio de tablas de frecuencia, porcentajes y de gráficos, los cuales fueron interpretados.

Para la prueba de hipótesis se utilizó la estadística inferencial, estableciéndose la diferencia de medias, las pruebas de normalidad, las pruebas paramétricas y la t de student para muestras relacionadas.

2.6. Consideraciones éticas.

La investigación tuvo en cuenta los siguientes principios éticos:

Consentimiento informado: las madres que participaron de este estudio de investigación fueron previamente informadas de los objetivos y beneficios que ganaron en su participación. (Ver anexo 6)

Respeto a la persona: las madres tuvieron derecho a decidir si participaban o no del trabajo de investigación.

Respeto a la privacidad: se guarda en reserva la identidad de las participantes.

Beneficencia: el cual se vieron reflejados en el incremento de los conocimientos y prevención materna en tuberculosis infantil.

III. RESULTADOS:

3.1. Resultados descriptivos.

Tabla 1

Nivel de conocimiento según dimensiones, que tienen las madres sobre tuberculosis pulmonar infantil antes y después del programa educativo.

		PRE TEST		POST TEST	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
GENERALIDADES	BAJO	28	31.1%	0	0%
	MEDIO	59	65.6%	74	82.2%
	ALTO	3	3.3%	16	17.8%
	Total	90	100%	90	100%
MEDIDAS PREVENTIVAS	BAJO	28	31.1%	0	0%
	MEDIO	52	57.8%	66	73.3%
	ALTO	10	11.1%	24	26.7%
	Total	90	100%	90	100%
TOTAL NIVEL DE CONOCIMIENTO	BAJO	15	16.7%	0	0%
	MEDIO	70	77.8%	65	72.2%
	ALTO	5	5.6%	25	27.8%
	Total	90	100%	90	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres sobre la tuberculosis infantil en el Colegio Nacional N° 0152 José Carlos Mariátegui. De La Cruz. 2017.

Interpretación: El efecto del programa educativo sobre tuberculosis infantil mostro cambios en el nivel de conocimiento global en las madres: El nivel bajo que paso de 16.7% a 0% y el nivel alto que paso de 5.6% % a 27.8%, asimismo vemos que en las dimensiones tanto generalidades como medidas preventivas hubo un cambio equitativo mostrando variaciones similares desapareciendo el conocimiento bajo e incrementando el conocimiento alto en aproximadamente en 22.2%. La dimensión que muestra mayor conocimiento tanto antes 11.1% y después 26.7% del programa educativo en las medidas preventivas.

Tabla 2

Prácticas preventivas según dimensiones, que tienen las madres sobre de la tuberculosis pulmonar infantil antes y después del programa educativo.

		PRE TEST		POST TEST	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
MEDIDAS PERSONALES	DEFICIENTE	20	22.2%	3	3.3%
	REGULAR	70	77.8%	87	96.7%
	BUENO	0	0%	0	0%
	Total	90	100%	90	100%
MEDIDAS AMBIENTALES	DEFICIENTE	13	14.4%	12	13.3%
	REGULAR	77	85.6%	78	86.7%
	BUENO	0	0%	0	0%
	Total	90	100%	90	100%
TOTAL PRACTICAS PREVENTIVAS	DEFICIENTE	24	26.7%	9	10%
	REGULAR	66	73.3%	81	90%
	BUENO	0	0%	0	0%
	Total	90	100%	90	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres sobre las Prácticas preventivas de la tuberculosis infantil en el Colegio Nacional N° 0152 José Carlos Mariátegui. De La Cruz. 2017.

Interpretación: Vemos que el programa educativa no produjo cambios en las buenas practicas preventivas que se mantuvieron en 0% antes y 0% después del programa educativo. La dimensión que es más susceptible a cambios son las medidas personales y que estos cambios solo se apreciaron en las prácticas preventivas regulares que estas pasaron a deficientes 26.7% antes y 10% después y las regulares 73.3% antes y 90% después del programa educativo. Las dimensiones medidas personales y medidas ambientales no mostraron grandes cambios es decir las medidas personales tubo en el nivel regular de 77.8% antes y paso 96.7% después del programa educativo. En comparación de la dimensión de las medidas ambientales que solo mostro 1% que mejoro en el nivel regular de 85.6% antes y 86.7% después del programa educativo.

Tabla 3

Nivel de Conocimiento y prácticas preventivas que tienen las madres sobre tuberculosis pulmonar infantil antes y después del programa educativo.

		PRE TEST		POST TEST	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
NIVEL DE CONOCIMIENTO	BAJO	15	16.7%	0	0%
	MEDIO	70	77.8%	65	72.2%
	ALTO	5	5.6%	25	27.8%
	Total	90	100%	90	100%
PRACTICAS PREVENTIVAS	DEFICIENTE	24	26.7%	9	10%
	REGULAR	66	73.3%	81	90%
	BUENO	0	0%	0	0%
	Total	90	100%	90	100%

Fuente: Cuestionario y escala de Likert aplicado a las madres del Colegio Nacional N° 0152 José Carlos Mariátegui. De La Cruz. 2017

Interpretación: El efecto del programa educativo sobre prevención mostro cambios en el nivel de conocimiento y prácticas preventivas antes y después. Pero estos cambios fueron mayores en el nivel de conocimiento donde desaparece el nivel bajo 16.7% antes y 0% después, mientras que no ocurrió lo mismo en las prácticas preventivas ya que el nivel deficiente se mantuvo presente 26.7% antes y paso a 10% después. Observamos también que el incremento en el nivel de conocimiento fueron de 22.2%. Pero en las prácticas preventivas no tenemos datos de las buenas prácticas donde se mantuvo 0% antes y 0% después del programa. Solo se observaron cambios en el nivel alto de 5.6% antes y 27.8% después, mientras no hubo la presencia de las buenas practicas ni antes (0%) ni después (0%) del programa educativo.

3.2. Prueba de hipótesis de variable conocimiento.

Prueba de hipótesis

Se realizó la prueba de normalidad para la variable Conocimiento utilizando el estadístico de kolmogorow:

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
DIFERENCIA	,065	90	,200*	,986	90	,191

a. Corrección de significación de Lilliefors

Sobre la base de la prueba de Kolmogorov-Smirnov se puede concluir al 95% de confianza que las diferencias pertenecen a una población con distribución normal (sig =0.2 >0.05) aceptando la H₀ y se rechaza la H₁.

H₀: es normal.

H₁: no es normal.

Grafico 1

Vemos que en la nube de dispersión es creciente ya que tiene la variable con una dependencia o tendencia lineal es positiva ya que los puntos se concentra por encima de la línea y no se encuentra disperso por encima ni por debajo de la línea.

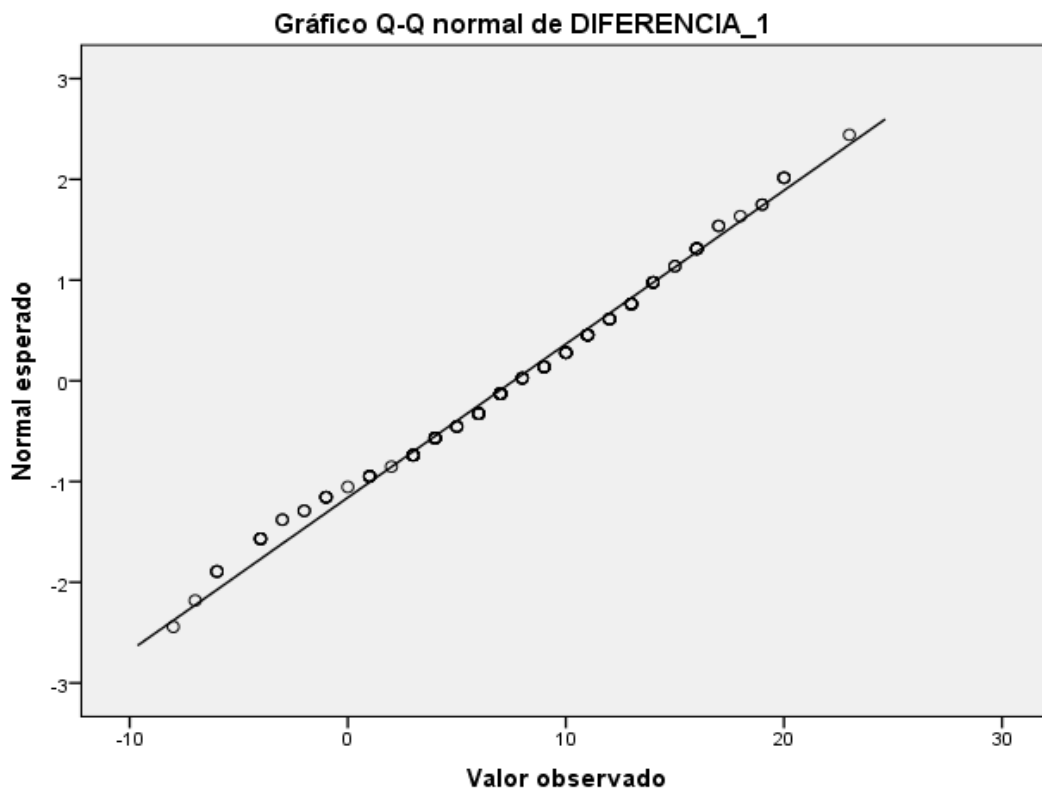
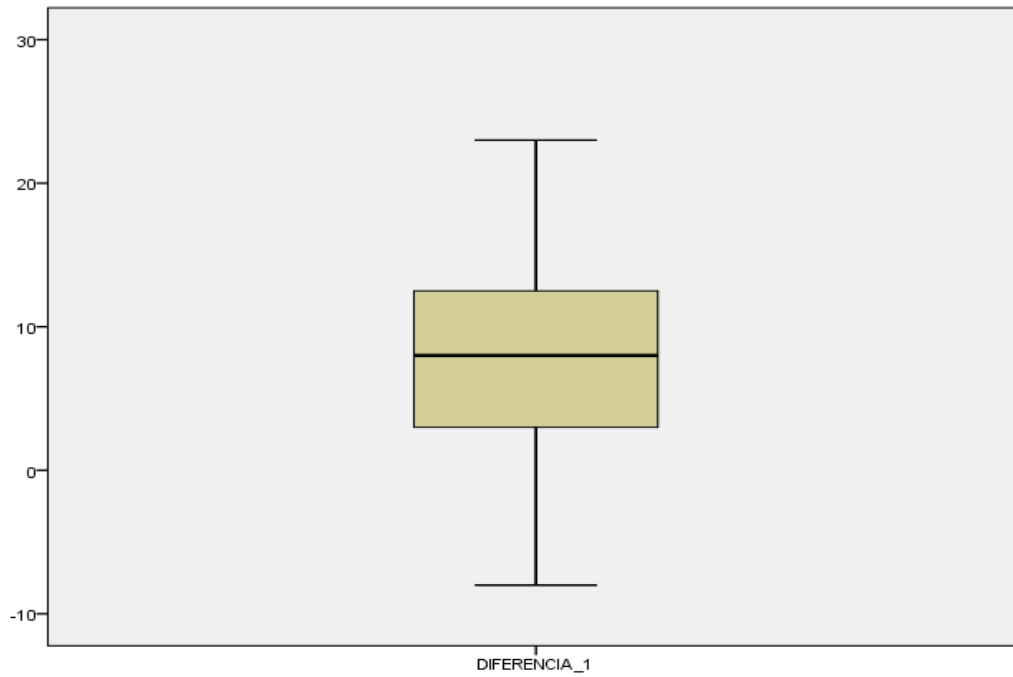


Grafico 2

En nuestro diagrama de caja y brazos podemos ver el valor mínimo, valor del cuartil 1, valor de la mediana, el cuartil 2, el valor del cuartil 3 y el valor máximo viendo que no ha señalado ningún punto ni ningún asterisco por lo tanto nos indica que no hay puntos externos mostrando una normalidad.



Prueba t de student.

Se cumplió la normalidad y no existen valores discordantes se debe aplicar la prueba t para muestras relacionadas. Se aplicó la prueba T de student para la variable conocimiento en muestras relacionadas.

Prueba de muestras emparejadas

	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
SUMA_TOTAL_POST SUMA_TOTAL_PREST	7,603	6,559	,562	6,491	8,715	13,517	90	,000

Con un resultado de Sig 0.00 ($p < 0.05$), aceptando la H1 y se rechaza la H₀, hay una diferencia significativa en la media del conocimiento de las madres antes y después del programa educativo, por lo cual se concluye que el programa educativo tiene efectos significativos sobre el conocimiento en las madres.

3.3. Prueba de hipótesis de variable practicas preventivas.

Se realizó la prueba de normalidad para la variable Prácticas utilizando el estadístico de kolmogorow:

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
DIFERENCIA_2	.068	90	,200*	.980	90	.180

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Sobre la base de la prueba de Kolmogorov-Smirnov se puede concluir al 95% de confianza que las diferencias pertenecen a una población con distribución normal (sig =0.2 >0.05) aceptando la H_0 y se rechaza la H_1 .

H_0 : es normal.

H_1 : no es normal.

Grafico 1

Vemos que en la nube de dispersión es creciente ya que tiene la variable con una dependencia o tendencia lineal es positiva ya que los puntos se concentra por encima de la línea y no se encuentra disperso por encima ni por debajo de la línea.

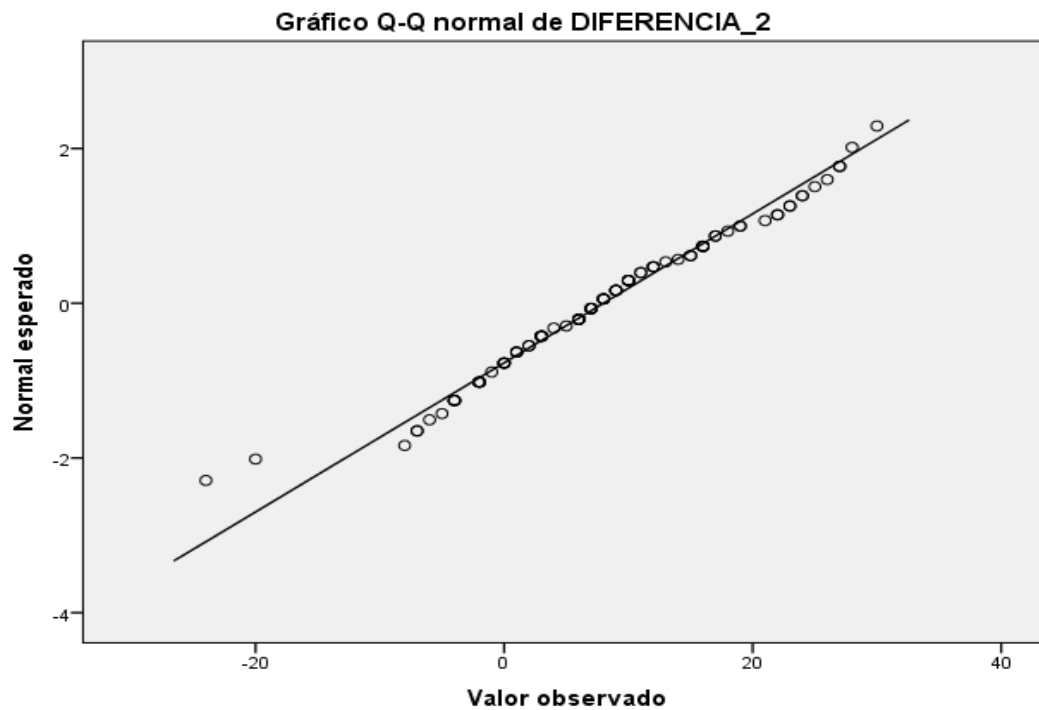
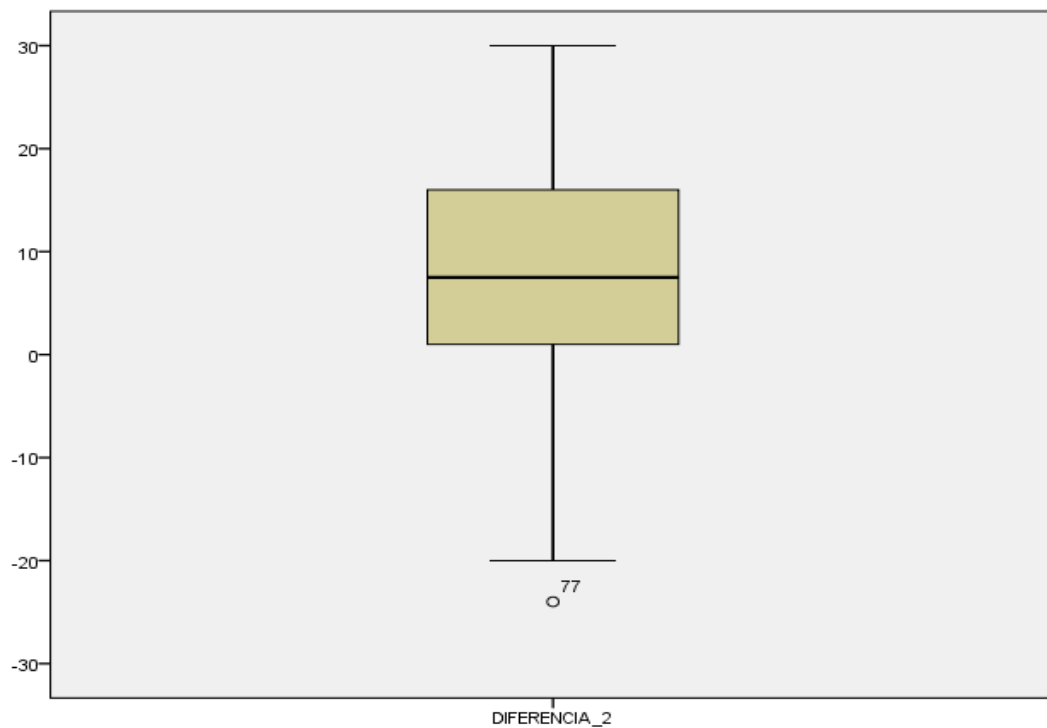


Grafico 2

En nuestro diagrama de caja y brazos podemos ver el valor mínimo con un punto alejado de la media, el valor del cuartil 1, valor de la mediana, el cuartil 2, el valor del cuartil 3 y el valor máximo viendo que no ha señalado ningún punto ni ningún asterisco por lo tanto nos indica que no hay puntos externos mostrando una normalidad.



Prueba t de student.

Se cumplió la normalidad y no existen valores discordantes se debe aplicar la prueba t para muestras relacionadas. Se aplicó la prueba T de student para la variable conocimiento en muestras relacionadas.

Prueba de muestras emparejadas

	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
SUMATORIA_PRE								
SUMATORIA_POST	-5.022	4.802	.506	-6.028	-4.017	-9.923	89	.000

Con un resultado de Sig 0.00 ($p < 0.05$), aceptando la H1 y se rechaza la H₀, hay una diferencia significativa en la media de las practicas preventivas de las madres antes y después del programa educativo, por lo cual se concluye que el programa educativo tiene efectos significativos sobre las prácticas en las madres.

IV. Discusión:

Acerca del nivel de entendimiento que tienen las madres sobre la tuberculosis infantil, en el presente estudio se encontró en el pretest un nivel bajo de 16.7% que luego paso en el postest a 0%, y en el pretest un nivel alto 5.6% % que luego paso en el postest a 27.8%. En la prueba de hipótesis mostro un resultado de Sig 0.00 ($p < 0.05$), aceptando la H1 y se rechaza la H₀, hay una diferencia significativa en la media del conocimiento y las practicas preventivas Estos resultados de los antecedentes coinciden con dos resultados internacionales, así Castillo I, Hernández J, Alvis L.¹¹ en su estudio realizado en Colombia, encontraron en su postest un 9% que tienen nivel conocimiento bajo y 24.9% nivel de conocimiento alto, de igual manera Tolossa D, Medhin G, Mengistu Legesse²⁰ en su estudio realizado en Etiopía, las madres tenían conocimiento bajo en su pretest 17.1%, y 2.9% nivel de conocimiento alto sobre la tuberculosis infantil. A nivel nacional tenemos Núñez Calderón C¹³ en su estudio realizado en Manchay donde las madres de los comedores populares tienen nivel de conocimiento bajo en su postest 6% y alto 28%. Por otro lado los resultados de este trabajo difieren con tres resultados internacionales y dos resultados nacionales. A nivel internacional tenemos Indra Yani D.²¹ en su estudio realizado en Indonesia, las madres tenían conocimiento bajo en su postest de 21.25% y 47.83% en el nivel alto, así como Ladino Gil E¹⁵ en su estudio realizado en Colombia, donde los resultado del pretest mostro que los familiares tienen un nivel de conocimiento bajo 21% y 38% conocimiento alto, de igual manera Gumeyi Shenny C²² en su estudio realizado en Zimbabwe donde el nivel de conocimiento bajo fue de 12,5% y 35,3% conocimiento alto que tienen las familias sobre la tuberculosis Pulmonar. A nivel nacional Acosta

Huiza S¹⁴ en su estudio realizado en Huancavelica demostró que los familiares tienen nivel de conocimiento bajo 46.8%, y 18.9%, tienen conocimiento alto sobre la tuberculosis pulmonar comparado con los resultados de pretest, así como Collazos Flores C¹⁸ en su estudio realizado en San Luis donde encontró 56% de conocimiento alto, y 44% nivel bajo. Según la base teórica el conocimiento de la tuberculosis infantil es un conjunto de sumatorias de hechos, experiencias educativas y principios que a lo largo de la vida que se van adquiriendo y almacenando como resultado del aprendizaje. El conocimiento se caracteriza por el aprendizaje que son proceso que se elaboran o inicia desde el recién nacido hasta que el hombre cierra sus ojos, originando cambios en las acciones del proceso del pensamiento, actividades que se realizan con el fin de aprender.²⁴ El programa educativo es una acción o cimientos que tiene una causa y efecto pedagógicos: la educación sanitaria es el enfoque provechoso de los desarrollos prácticos, metodológicos de la enseñanza y de levantamiento enfocados en el entendimiento. Esos dos pilares basados en un esquema del torno y de distintos problemas en salud pública. El eje primordial de un programa educativo es la enfermera, por la capacidad de educar y desenvolvimiento en equipo, sección o en charla educativa.⁴⁰ El modelo de promoción de la salud en base en la Teoría del aprendizaje de Nola Pender, postula la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta. En base a la teórica podemos decir que el programa educativo influye en el desarrollo de estrategias encaminadas a la Promoción y prevención de la Salud como respuestas válidas que permitirán a las madres resaltar la importancia del entorno social como elemento indispensable para lograr la verdadera equidad en salud, tienen dentro de las herramientas la tecnología, comunicación y la educación para la salud.⁹ La profesión de enfermería no está ajena a esta intención, pues es parte de su filosofía el contribuir con el nivel adecuado y calidad de vida de la persona sujeto de atención, más aun específicamente en el caso de la Tuberculosis infantil, la enfermera desempeña un rol crucial en los programas de control. No en vano en el plan nacional de tuberculosis norma técnica 2013, se considera a enfermería como un socio histórico en el trabajo contra la Tuberculosis, pero ahora con exigencias mayores en su desempeño. En tal sentido, las acciones existentes deben ser integrales y reducir de manera radical la tuberculosis infantil

desde el control de la pobreza. Más aún, estas intervenciones deberían ser entendidas y ejecutadas con esa visión por los profesionales involucrados hasta el nivel operativo.

19

Así mismo, podemos discutir que existe antecedentes que evalúa pre-postest los cuales el resultado inicial fueron muchos más altos que lo del estudio. Esto se podría deber a que son distintas realidades, recordando que la población de estudio son comunidades campesinas que se encuentra en su gran mayoría con un grado de instrucción de primaria incompleta, al poco tiempo de la dinámica metodológica del programa educativo. En los resultados del postest vemos en los antecedentes que el programa educativo ha sido muy bueno llegando a duplicar el resultado del estudio, esto se podría deber a que han contado con más especialistas, la muestra ha sido toda una comunidad, el tiempo de realización del programa ha sido de 3 meses. La dinámica empleada ha sido retroalimentación, las sesiones educativas han sido 1 mes por semana siendo un total de 12 sesiones con una duración de 1 hora cada sesión. Por todo lo mencionado se puede decir que el conocimiento que tienen las madres es distinto en cada muestra, al comparar los resultados del postest vemos que los antecedentes internacional tiene un valor muy alto, al nacional esta deficiencia se debe, la limitación educativa, mala interpretación de la información, falta de interés en el aprendizaje de las madres, la poca familiaridad con los recursos para obtener información, falta de acceso a la tecnología, carecen de medios de comunicación como el internet que también se suma al difícil del aprendizaje, situación que pone en riesgo el respaldo educativo para poder tomar decisiones oportunas y adecuadas para el cuidado de su salud.

- _ En la dimensión de generalidades sobre la tuberculosis pulmonar infantil, se encontró en el pretest nivel de conocimiento bajo 31.1% que luego paso en el postest a 0% y 3.3% que luego paso a 17.8% en el postest nivel de conocimiento alto. Se han encontrado un antecedente internacional que ha evaluado esta dimensión. Así Castillo I, Hernández J, Alvis L.¹¹ en su estudio realizado en

Colombia, encontraron en el postest 3.1% tuvo nivel de conocimiento bajo y 14.9% nivel de conocimiento alto. A nivel nacional tenemos Campos MJ, Salinas RY.²³ en su trabajo realizado en Chimbote donde encontró que no se reporta casos para nivel de conocimiento ni bajo ni antes 0% y ni después 0% y en el postest 36,4% que los cuidadores mostraron nivel de conocimiento alto en la efectividad del programa educativo, de igual manera Núñez Calderón C¹³ en su estudio realizado en Manchay donde las madres de los comedores populares presentaron en su postest nivel de conocimiento bajo 1,3% y 20,7% nivel de conocimiento algo después del programa educativo. Considerando que en esta dimensión se incluyeron preguntas sobre concepto, etiología, causas, signos y síntomas. Según la base teórica en las generalidades sobre la tuberculosis infantil, la enfermedad de tuberculosis pulmonar en los niños se muestra diferente los conceptos en el adulto tienen perspectivas en cuanto se desarrolla al comportamiento epidemiológico, presentación además clínica basados en métodos de diagnósticos utilizados más económicos, medidas de contagio que son más frecuentes y es más visibles en lactantes y pre-escolares.^{1, 4, 26} Es una infección bacteriana latente en muchos países, porque es contagioso y se disemina en los grupos cerrados y que compromete todo el cuerpo, pero en especial los órganos pulmonares, además preponderancia en diseminarse a otras partes del cuerpo (Tuberculosis Extrapulmonar).^{1,2,26} Los resultados tienen mejoras del pre y postest comparados con los antecedentes nacional e internacional no difieren con el contexto de nacional, ahora estos resultados se podrían deber a que la población de estudios a la accesibilidad de la comunicación como cantidad inadecuada de información, falta de capacidad de recolectar la información, falta de capacitación, falta de seguimiento de la retroalimentación. Todos estos factores y la mala difusión que las personas no reconozcan la importancia de saber sobre estos temas como el día mundial de la lucha contra la tuberculosis y como estamos como país saber cuáles son los distritos de mayor incidencia de la enfermedad. La buena capacitación por parte del profesional de la salud es fundamental para la productividad. Este es el proceso de adquirir conocimientos técnicos, teóricos y prácticos que mejorarán el desempeño de las madres en sus hogares.

- Opinión. Para comentar de forma más específica, se presenta el análisis de los resultados más interesante de esta dimensión. Se le pregunto a las madres si se presenta tos por más de 15 días y se obtuvo como resultado que el pretest de 67.2% que son incorrecta y correctas 32,8% para luego pasar al postest de 42,2% incorrectas y un 57,8% correctas. Estos resultados concuerdan con un resultado nacional que tenemos Núñez Calderón C¹³ en su estudio realizado en Manchay donde las madres de los comedores populares tienen un resultado en su pretest 70.4% son incorrectas y 29.6% son corectas. Deacuerdo la base teorica la TB infantil puede considerarse como la afección que más daño ha ocasionado a la especie humana en la extensión de su historia ya sea por el grado de sobrevivencia del bacilo y en especial a su sintomatología.⁴ No se debe subestimar el síntoma de la tos. La Tos y flema por más de 15 días puede ser tuberculosis", señalar que la tos es la manera más precoz de diagnosticar la tuberculosis pulmonar que contagia.⁸ En base a lo encontrado se puede deducir que sigue jugando un papel importante la desinformación ya que es la situación que la madre no reconoce como un síntoma importante de la TB, muchas de ellas pasa por alto síntomas creyendo que puede ser un resfriado común y por la estación climática del año. La falta de conocimiento de la existencia de la norma técnica de la tuberculosis pulmonar.
- Se le pregunto también a las madres sobre qué síntomas presenta un niño con tuberculosis pulmonar obteniendo como resultado que el pretest 63.1% incorrecta y 36.9% correctas que luego pasaron al postest 38.9% incorrectas y 61.1% correctas. Se han encontrado un antecedente internacional y dos nacionales que ha evaluado este ítem. Así Castillo I, Hernández J, Alvis L.¹¹ en su estudio realizado en Colombia, encontraron en su pretest 69.7% que son incorrectas y 30.3% que son correctas. A nivel nacional tenemos Núñez Calderón C¹³ en su estudio realizado en Manchay donde las madres de los comedores populares han avaluado este item mostrando 46% son incorrectas y 54% son correctas, de igual manera Acosta Huiza S¹⁴ en su estudio realizado en Huancavelica demostró 66.8% son incorrectas y 33.2% son correctas. Deacuerdo la base teorica la tuberculosis primaria, forma más frecuente en el niño, especialmente en la menor

de 10 años, suele evolucionar hasta estados relativamente avanzados, sin ninguna sintomatología, y pasar inadvertida. Pero también puede presentarse como un cuadro infeccioso agudo, con fiebre alta y compromiso acentuado del estado general (granuloma; TBC miliar).²⁷ La sintomatología habitual en un niño portador de un complejo primario consiste en anorexia, baja de peso o falta de progreso ponderal, en el lactante, febrículas, adinamia o bien síntomas inespecíficos que pueden corresponder a lesiones de otros órganos o tejidos.^{8, 27} En base a lo encontrado en los antecedentes nacional podemos decir que ante la comparación de Manchay el conocimiento es mayor al de San Juan de Lurigancho debido que al acceso a la información por parte de las madres, por el personal de salud realizando charlas y talleres ya que ellas tienen contacto directo con el público objetivo. Falta de acceso a la difusión tanto por parte del personal de salud como de los medios de comunicación.

_Sobre el nivel de conocimiento en la dimensión de las medidas preventivas sobre la tuberculosis pulmonar infantil, se encontró en el pretest 31.1% que luego paso en el postest a 0% y 11.1% que luego paso a 26.7% tienen nivel de conocimiento alto. Estos resultados coincide con dos resultados internacional, así Gumeyi Shenny C²² en su estudio realizado en Zimbabwe que mostro que el pretest nivel de conocimiento bajo 12,5% y 42,3% en el nivel alto que tienen las familias sobre las medidas preventivas de la tuberculosis Pulmonar y de igual manera Tolossa D, Medhin G, Mengistu Legesse²⁰ su estudio realizado en Etiopía, se tomaron los resultados del postest, las madres tenían nivel de conocimiento bajo 2.5%, y 41.7% conocimiento alto sobre la medidas preventivas de la tuberculosis infantil. Este trabajo coincide con tres estudios nacionales tenemos Cortez Povis I, Curipaco A.¹⁶ en su estudio realizado en Chupaca donde encontraron que los familiares de los usuarios con tuberculosis pulmonar en su dimensión de medidas preventivas encontró en su postest que el nivel de conocimiento bajo 1.5% y el nivel alto 37,8%, así como Acosta Huiza S¹⁴ en su estudio realizado en Huancavelica demostró un único resultado que tienen los familiares nivel de conocimiento bajo 1.4%, y 29,7% nivel de conocimiento alto sobre las medidas preventivas de la tuberculosis

pulmonar. Este trabajo difiere con un estudio nacional tenemos Larico M.¹² en su estudio realizado en Lima lo realizo con un solo resultado donde encontró que los familiares tienen un nivel de conocimiento bajo 27.5% y 6% nivel de conocimiento alto de sobre las medidas preventivas. Según la base teórica sobre las medidas preventivas es el resultado de concretar la acción de prevenir, la cual implica el tomar las medidas precautorias necesarias a través del conocimiento y más adecuadas con la misión de contrarrestar un perjuicio o algún daño que pueda producirse.²⁷ Entonces, la prevención es disponer determinadas cuestiones o acciones en marcha para aminorar un riesgo o el daño.²⁷ Hay varios métodos para prevenir la diseminación de la tuberculosis tales como el tratamiento efectivo de la TB. Pulmonar activa; control del ambiente (mascarillas, adecuada ventilación e iluminación); quimioprofilaxis o medicación para infección tuberculosa latente (TITL) y la vacunación con BCG.^{30,32} La comparación de los antecedentes nacional a pesar de ser distritos muy similares vemos que la diferencia de los resultados podrían deberse a la rutina de trabajo donde sabes que Lima es una metrópolis en la cual las personas cada vez van más rápido, donde no concientizan de la peligrosidad de la enfermedad, además sabemos socioculturalmente que las personas del distrito de Lima que muchas de ellas son de provincia donde el grado de instrucción es mínimo en algunas personas lo cual no favorece la información y educación en medidas preventivas. Otro factor que ayuda a la proliferación de la enfermedad es el hacinamiento muchos ellos alquilan espacio muy reducido donde viven muchos ellos. Las madres no toman estas medidas preventivas muchas veces por la desinformación o algunos casos el desinterés del tema.

- A las madres encuestadas se le pregunto sobre Cuántas veces al día debe ingerir alimentos un niño para que este bien protegido contra la TBC, obteniendo en el pretest los siguientes resultados 64,5% son incorrectas y 35.5% correctas, para luego pasar al postest con 40% incorrectas y 60% correctas. No existen antecedentes que hayan evaluado este ítem. Sin embargo en la base teórica podemos encontrar que la alimentación es la acción por la cual se proporciona o suministra alimentos al organismo, esto incluye la selección de alimentos,

preparación o cocción y su ingestión; alimentos que proporcionan sustancias que llamamos nutrientes y vitaminas, que se necesitan para poder mantener una buena salud y prevenir enfermedades.³⁷ Considerable parte de los signos clínicos identificados en usuarios con TB están asociados con la desnutrición, no obstante, existe una cantidad importante de pacientes que podrían presentar obesidad o una alimentación no balanceada también falta de información y educación de una alimentación saludable.³⁶ En base a lo encontrado se puede deducir que los resultados del postest todavía siguen siendo altos en incorrectos lo que podría deberse a la falta de educación e información sobre la buena o adecuada alimentación, y el costo de los alimentos son factores que influyen a tener un cuadro de desnutrición. Uno de ellos son los hábitos y creencias negativos las cuales intervienen en las dietas inadecuadas, aditivas y artificiales, los gustos y preferencias que son primordiales para la actual elección de alimentos, la disponibilidad de alimentos, actualmente estamos bombardeados por publicidad y comida en todas partes que influyen en sus elecciones y en el número de comidas que realizan, dado que siempre están a la mano, presiones de tiempo debido al actual ritmo acelerado de vida, las personas cada vez se dan menos tiempo para alimentarse adecuadamente, economía, algunas opciones, como la comida rápida todas estas informaciones influyen en la elección de una alimentación no balanceada pasado en el desconocimiento que tiene las madres.

Con respecto a las prácticas preventivas sobre tuberculosis infantil que tienen las madres se encontró tanto en el pretest como en el postest que no existe las buenas practicas preventivas y que se mantuvieron 0% antes y 0% después del programa educativo, las prácticas preventivas regulares antes 73.3% y 90% después y que estas pasaron a deficientes antes 26.7% y 10% después del programa educativo. Existen resultados de antecedentes internacionales con resultados que difieren, así Tolossa D, Medhin G, Mengistu Legesse ²⁰ en su estudio realizado en Etiopía, donde mostro en el pretest que las madres tenían unas prácticas deficientes 18.6% y 62.3% prácticas regulares, de igual manera Indra Yani D.²¹ en su estudio realizado en Indonesia,

encontró en su pretest 14.7% de las madres realizo prácticas deficientes y 58.3% realizo prácticas regulares sobre la tuberculosis pulmonar. A nivel nacional tenemos Núñez Calderón C¹³ en su estudio realizado en Manchay donde las madres de los comedores populares mostro en su postest que tienen nivel de prácticas bajas o deficiente 0%, y 67% nivel medio o regular, asi mismo Larico Cruz M.¹² en su estudio realizado Lima encontró el único resultado 80% de las madres presentan unas prácticas regulares y 20% práctica que son deficientes. Por otro lado los resultados de este presente estudio difieren con un estudios nacionales tenemos Cortez Povis I, Curipaco A.¹⁶ en su estudio realizado en Chupaca donde encontraron en su postest que los familiares de los usuarios con tuberculosis pulmonar en esta dimensión fue 51% siendo deficiente, y 49% regulares los consanguíneos de los usuarios con tuberculosis. Según la base teórica las medidas preventivas es el resultado de concretar la acción de prevenir, la cual implica el tomar las medidas precautorias necesarias y más adecuadas con la misión de contrarrestar un perjuicio o algún daño que pueda producirse. Entonces, la prevención es disponer determinadas cuestiones o acciones en marcha para aminorar un riesgo o el daño.²⁷ Hay varios métodos para prevenir la diseminación de la tuberculosis tales como el tratamiento efectivo de la TB pulmonar activa; control del ambiente (mascarillas, adecuada ventilación e iluminación); quimioprofilaxis o medicación para infección tuberculosa latente (TITL) y la vacunación con BCG.³⁰ La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas basados en cambios de prevención.¹⁷ Por todo lo mencionado se puede decir que a nivel internacional se muestra que los antecedentes difieren con los resultados del estudio. Esto se podría deberse a que la población se encuentra en otra realidad sociocultural, económica y su población en su mayoría son personas con grado de instrucción de superior que ayuda al respaldo de la educación por parte de las madres. La población estudiada realizada practicas preventivas en nivel regular, la mala ubicación geográfica que no cuentan con una vivienda adecuada para acceder a los servicios básicos (agua y desagüe, luz), presentan un déficit de saneamiento ambiental la poca accesibilidad a los servicios de salud. La pobreza extrema los cuales son el

origen de múltiples factores que condicionan la permanencia del foco infeccioso de la tuberculosis pulmonar.

_Con respecto a la dimensión de prácticas personales que tienen las madres fue la más susceptible a cambios mostrando en el pretest 22.2% prácticas deficientes y 77.8% prácticas regulares, en el posttest 3.3% prácticas deficientes y las regulares 96.7% y 90% después del programa educativo. Estos resultados nacionales difieren con Núñez Calderón C¹³ en su estudio realizado en Manchay donde las madres de los comedores populares tienen un resultado en su posttest 0.4% son incorrectas y 79.6% son correctas, de igual manera Campos MJ, Salinas RY.²³ en su trabajo realizado en Chimbote donde encontró en su posttest prácticas deficientes 0% y 36,4% prácticas regulares que tienen los cuidadores. Considerando que en esta dimensión se incluyeron preguntas sobre alimentación, hábitos al toser y escupir, vacunación y lavado de manos. Según la base teórica en medidas personales. La alimentación es la acción por la cual se proporciona o suministra alimentos al organismo, esto incluye la selección de alimentos, preparación o cocción y su ingestión; alimentos que proporcionan sustancias que llamamos nutrientes y vitaminas, que se necesitan para poder mantener una buena salud y prevenir enfermedades.³⁶ La vacunación BCG es una medida de alta prioridad en las atenciones primario y del programa TB actual del control y transmisión de la tuberculosis Pulmonar. Se aplicará a todo recién nacido y escolar de manera de obtener una máxima cobertura en estos grupos.²⁹ El tratamiento nutricional debe ser complementado por actividad física por los beneficios que brinda al sistema inmune, al estado anímico, permite una imagen saludable, ayuda a prevenir la pérdida muscular, ayuda a la resistencia corporal.³⁷ Los resultados de los antecedentes son muy diferentes a lo del estudio a pesar de ser distritos muy similares y el mismo público objetivo las madres de los comedores de Manchay y de Chimbote están realizando mejores prácticas preventivas esto podría deberse que hay un trabajo en conjunto y que están siendo capacitadas por el personal de salud a través de charlas y talleres educativos, por la misma función que ellas están de manera directa con la

población. Otro factor que influye en la desinformación es el desinterés de las madres.

- A las madres encuestadas se le pregunto sobre si niño consume diariamente lácteos como leche, huevo, yogur o queso. Obteniendo en el pretest los siguientes resultados 44,5% nunca y 0.5% siempre, para luego pasar al postest con 26.7% incorrectas y 2.2% correctas. No existen antecedentes que hayan evaluado este ítem. Sin embargo en la base teórica podemos encontrar que la alimentación es la acción por la cual se proporciona o suministra alimentos al organismo, esto incluye la selección de alimentos, preparación o cocción y su ingestión; alimentos que proporcionan sustancias que llamamos nutrientes y vitaminas, que se necesitan para poder mantener una buena salud y prevenir enfermedades.³⁶ El grupo de los lácteos (también productos lácteos, lácticos o derivados lácteos) incluye alimentos como la leche y sus derivados procesados (generalmente fermentados). La leche y los productos lácteos son alimentos que tienen un perfil nutricional que los hace adecuados para la población general que no presenta problemas de alergia a la proteína de la leche o intolerancia a la lactosa. El consumo de leche y lácteos se ha asociado tradicionalmente al mantenimiento de una buena salud ósea debido a que son productos ricos en calcio y vitamina D (imprescindible para la absorción de este mineral).³⁷ En base a lo encontrado se puede deducir que los resultados del postest todavía siguen siendo alto el ítem de nunca lo que podría deberse a la falta de educación e información sobre la buena o adecuada alimentación, y el costo de los alimentos son factores que influyen a tener un cuadro de desnutrición. Uno de ellos son **los** hábitos y creencias negativos las cuales intervienen en las dietas inadecuadas, aditivas y artificiales, los gustos y preferencias que son primordiales para la actual elección de alimentos, la disponibilidad de alimentos, actualmente estamos bombardeados por publicidad y comida en todas partes que influyen en sus elecciones y en el número de comidas que realizan, dado que siempre están a la mano, **p**resiones de tiempo debido al actual ritmo acelerado de vida, las personas cada vez se dan menos tiempo para alimentarse adecuadamente, **e**conomía,

algunas opciones, como la comida rápida todas estas informaciones influyen en la elección de una alimentación no balanceada pasado en el desconocimiento que tiene las madres.

_Con respecto a la dimensión de prácticas ambientales que tienen las madres fue la menos susceptible a cambios mostrando en el pretest 14.4% practicas deficientes y 85.6% practicas regulares, en el postest 13.3% practicas deficientes y las regulares 86.7% después del programa educativo. Estos resultados nacionales difieren con Núñez Calderón C¹³ en su estudio realizado del pretest en Manchay donde las madres de los comedores populares tienen nivel practicas deficientes 10.8% y 76.8% practicas regulares, de igual manera Collazos Flores C¹⁸ en su estudio realizado del postest en San Luis donde encontró 16.6% practicas deficientes y 74,4% practicas regulares. Los resultados de los antecedentes se podría deber a la participación a través de las alianzas estratégicas del personal de salud en la calidad de los procesos y los productos evaluativos como el diseño, participación, apropiación, planificación, tipo de evidencias, mecanismos de seguimiento, credibilidad del evaluador, factores relacionales nivel personal, interpersonal y colectivo, comunidades de prácticas, factores organizacionales relacionados con el objeto evaluado cultura, estructura, aprendizaje organizacional. Factores que podrían influir es la geografía y lo accidentado del lugar no permite una infraestructura del domicilio adecuado no contando con ventanas, un solo acceso a la vivienda por donde ingresa la ventilación es la puerta que mayor parte del día para cerrada. Otro factor que influye es la edad recordando que más del 68% son personas adulta joven la cual tienen múltiples tareas, organizar su tiempo como lavar, atender a sus hijos, limpiar la casa, cocinar, algunas trabajar, por la cual les cuesta almacenar o retener un tipo de conocimiento. Por otro lado las necesidades económicas también influyen como el pensar si les va alcanzar el dinero para poder comprar lo básico para la comida hacen la falta de conocimiento. Lo cual limita la realización de las buenas prácticas preventivas ambientales.

V. Conclusión.

- El programa educativo "FORTALECIENDO MI CONOCIMIENTO, PREVENGO LA TUBERCULOSIS" tuvo efectos positivos en el nivel de conocimiento de las madres sobre la tuberculosis infantil.
- El programa educativo "FORTALECIENDO MI CONOCIMIENTO, PREVENGO LA TUBERCULOSIS" tuvo efectos positivos en las prácticas preventivas sobre la tuberculosis infantil de parte de las madres.
- El programa educativo "FORTALECIENDO MI CONOCIMIENTO, PREVENGO LA TUBERCULOSIS" tuvo efectos significativos en el nivel de conocimiento y prácticas preventivas en las madres sobre la tuberculosis infantil.

VI. Recomendaciones.

- El director del plantel educativo como máxima autoridad y principal gestor de la educación, debe afirmar su compromiso en temas relacionados en salud, fortaleciendo las alianzas estrategias con el profesional de la salud, para que ellos capaciten a los docentes conjuntamente con la escuela de padres; reforzando del conocimiento sobre el tema ya mencionado.
- Se recomienda a los profesionales de enfermería responsable de la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis, desarrollar programas de educación en salud que desplieguen acciones educativas basadas en teorías del cambio individual para adoptar conductas favorables. Ya que ellos poseen una posición privilegiada para educar a la población y aconsejar respecto a los factores que afectan la salud, el éxito de las iniciativas dirigidas a combatir las enfermedades infecciosas que dependen en gran medida de lo que hagamos por conocer más acerca de ellas y también de que divulguemos ese conocimiento.

- Se recomienda a los docentes, elaborar material educativo gráfico, audiovisual y talleres demostrativos enfocados en prácticas preventivas dirigidos niños y padres familia.
- Se recomienda principalmente a las madres el manejo de medidas preventivas como: evitar los lugares húmedos o poco ventilados; mantener hábitos higiénicos adecuados, educar al niño la forma correcta toser o estornudar, alimentación balanceada.
- Se recomienda realizar nuevos trabajos de investigación en base a las costumbres, medios de comunicación (el idioma) y tiempo, el cual este último en nuestra sesión educativa fue de 45 minutos lo cual nos faltó y se recomienda por más tiempo en cada sección sobre la tuberculosis infantil.

IV. REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA ESTILO VANCOUVER.

1. Organización mundial de la salud [internet]. Informe Mundial Sobre la Tuberculosis; 2016. Organ Mund La Salud [Internet]. 2016;1–5. Disponible En: Http://Www.Who.Int/Tb/Publications/Global_Report/Gtbr2016_Executive_Summary_Es.Pdf?Ua=1
2. Gutierrez D. La Tuberculosis Infantil: Enfoque Epidemiologico Y Nuevas Alternativas De Diagnóstico. Rev CON-CIENCIA [Publicacion perioridica en linea]. 2014;2:8.[24 p] Disponible En: Http://Www.Revistasbolivianas.Org.Bo/Pdf/Rcfb/V2n1/V2n1_A11.Pdf
3. Abreu Suárez G. El Reto De La Tuberculosis Infantil The Challenge Posed By Childhood Tuberculosis. Rev Cubana Pediatr [Publicacion perioridica en linea]. 2016;88(3):[262–5p]. Disponible En: <Http://Scielo.Sld.Cu/Pdf/Ped/V88n3/Ped0103316.Pdf>
4. Mauro Robles Mejía. Tuberculosis En Menores De 15 Años En El Hospital Hipólito Unanue De Tacna. Rev Medica Basadrina [Publicacion perioridica en linea]. 2013;7(2):[64 p]. Disponible En: Http://Rei.Iteso.Mx/Bitstream/Handle/11117/3037/El_Conocimiento_De_Lo_Social_1.Pdf?Sequence=2
5. Aníbal VV, León PM, Yagui Moscoso J. Análisis De La Situacion Epidemiologica De La Tuberculosis En El Peru 2015[en linea]. Minist Salud- Dir Gen Epidemiol [Citado: 2017 agosto 18]. 2016;1:128p. Disponible En: <Http://Www.Dge.Gob.Pe/Portal/Docs/Tools/Tbc/Asistbc.Pdf>
6. Moscoso MY, Jave HO, Rojas MC, Gutiérrez C, Franco Y, Romaní R. Agenda Nacional De Investigación En Tuberculosis En Perú, 2011–2014. Rev Panam Salud Publica Forma Citar Rev Panam Salud Publica [Publicacion perioridica en linea]. 2013;33(332):8. Disponible En: <Http://Www.Scielosp.Org/Pdf/Rpsp/V33n2/11.Pdf>

7. Marais BJ, Tadolini M, Zignol M, Migliori GB. Lessons From Denmark And Inclusive Strategies To Consider. Editor Tuberc [Internet]. 2014;678–84. Disponible En: [Http://Erj.Ersjournals.Com/Content/Erj/43/3/678.Full.Pdf](http://Erj.Ersjournals.Com/Content/Erj/43/3/678.Full.Pdf)
8. General De Atención Primaria De Salud. Manejo De La Tuberculosis En Atención Primaria De La Salud. Protocolo [Internet]. 2013;32. Disponible En: [Http://Www.Paho.Org/Par/Index.Php?Option=Com_Docman&View=Download&Category_Slug=Epidemiologia-Y-Control-De-Enfermedades&Alias=476-Aps-Manejo-Del-Paciente-Con-Tuberculosis-En-Atencion-Primaria-De-La-Salud&Itemid=253](http://Www.Paho.Org/Par/Index.Php?Option=Com_Docman&View=Download&Category_Slug=Epidemiologia-Y-Control-De-Enfermedades&Alias=476-Aps-Manejo-Del-Paciente-Con-Tuberculosis-En-Atencion-Primaria-De-La-Salud&Itemid=253)
9. Universitaria E, ENEO-UNAM. De Nola Pender . The Model Of Health Promotion Proposed. 2011;8(4):16–23. [internet]. Disponible En: [Http://Www.Scielo.Org.Mx/Pdf/Eu/V8n4/V8n4a3.Pdf](http://Www.Scielo.Org.Mx/Pdf/Eu/V8n4/V8n4a3.Pdf)
10. Mejía R.O. Tuberculosis Infantil: Un Enfoque Actual. Rev Med Hondur [Internet]. 2007;75(1):66. [Publicacion perioridica en linea]. Disponible En: [Http://Www.Bvs.Hn/RMH/Pdf/2007/Pdf/Vol75-1-2007.Pdf](http://Www.Bvs.Hn/RMH/Pdf/2007/Pdf/Vol75-1-2007.Pdf)
11. Castillo A. I, Hernández E. J, Estrada L.R. Effectiveness Of An Educational Program On Childhood Tuberculosis Supported On Information And Communication Technologies Aimed At Community Mothers From Cartagena. Invest Educ Enferm [Tesis para optar el grado de doctor en Investigacion]. Colombia:Universidad of Cartagena; 2016;34(3):465–73. Disponible En: [Https://Www.Researchgate.Net/Publication/309732521_Effectiveness_Of_An_Educational_Program_On_Childhood_Tuberculosis_Supported_On_Information_And_Communication_Technologies_Aimed_At_Community_Mothers_From_Cartagena](https://Www.Researchgate.Net/Publication/309732521_Effectiveness_Of_An_Educational_Program_On_Childhood_Tuberculosis_Supported_On_Information_And_Communication_Technologies_Aimed_At_Community_Mothers_From_Cartagena).
12. Larico Cruz C. Conocimientos De Las Medidas Preventivas Y Actitudes En El Autocuidado De Pacientes Con Tuberculosis Pulmonar En El Centro De Salud Los Libertadores. [Tesis para optar el grado de licenciatura en Enfermería]; Lima: Universidad Ricardo Palma; 2009;117. Disponible En:

[Http://Cybertesis.Urp.Edu.Pe/Handle/Urp/260](http://Cybertesis.Urp.Edu.Pe/Handle/Urp/260)

13. Núñez Calderón CE. Conocimientos De Madres Beneficiarias De Comedores Populares Sobre Medidas Preventivas De Tuberculosis Pulmonar - MANCHAY 2013. [Tesis para optar el grado de licenciatura en Enfermería]; Lima:. 2013;88. Disponible En: [Http://Cybertesis.Urp.Edu.Pe/Handle/Urp/368](http://Cybertesis.Urp.Edu.Pe/Handle/Urp/368)
14. Acosta Huiza S. "Nivel De Conocimiento Sobre La Tuberculosis Pulmonar" Y Actitud Frente A Las Medidas Preventivas En Familiares De Usuarios De La Estrategia Sanitaria De Prevencion Y Control De La Tuberculosis De La Microred De Santa Ana - Huancavelica 2014". [Tesis para optar el grado de licenciatura en Enfermería]; Lima: Universidad Nacional De Huancavelica;2015;156. Disponible en: [Http://Repositorio.Unh.Edu.Pe/Bitstream/Handle/UNH/471/TP - UNH. ENF. 0075.Pdf?Sequence=1&Isallowed=Y](http://Repositorio.Unh.Edu.Pe/Bitstream/Handle/UNH/471/TP - UNH. ENF. 0075.Pdf?Sequence=1&Isallowed=Y)
15. Ladino Gil LE. Creencias Y Prácticas Sobre La Tuberculosis En Un Grupo De Pacientes Y Sus Familiares De La Ciudad De Bogotá, D. C. Una Aproximación Cualitativa. [Tesis para optar el grado de licenciatura en Enfermería]; Bogota: Universidad Nacional de Colombia; 2011;216. Disponible En: [Http://Www.Bdigital.Unal.Edu.Co/4325/1/598589.2011.Pdf](http://Www.Bdigital.Unal.Edu.Co/4325/1/598589.2011.Pdf)
16. Cortez I. A, Curipaco O. AL. " Relacion Entre Nivel De Conocimiento Y Actitud Sobre Medidas Preventivas En Contactos De Pacientes Con Tuberculosis Pulmonar De La Micro Red De Chupaca -2015 ." [Tesis para optar el grado de licenciatura en Enfermería]; Lima: Universidad Privada De Huancayo "Franklin Roosevelt"; 2016;172. Disponible En: [Http://Repositorio.Uroosevelt.Edu.Pe/Xmlui/Bitstream/Handle/ROOSEVELT/37/Relación Entre Nivel De Conocimiento Y Actitud Sobre Medidas Preventivas En Contactos De Pacientes Con Tuberculosis Pulmonar De La Micro Red De Chupaca - 2015.Pdf?Sequence=1&Isallowe](http://Repositorio.Uroosevelt.Edu.Pe/Xmlui/Bitstream/Handle/ROOSEVELT/37/Relación Entre Nivel De Conocimiento Y Actitud Sobre Medidas Preventivas En Contactos De Pacientes Con Tuberculosis Pulmonar De La Micro Red De Chupaca - 2015.Pdf?Sequence=1&Isallowe)
17. Oré Vega M. nivel de conocimientos sobre tuberculosis entre los pacientes en sala de espera. centro de salud " punchauca " , Carabayllo. LIMA, PERÚ. [Tesis

para optar el grado de licenciatura en Enfermería]; Lima:. Universidad Mayor de San Marcos; 2010;3(2):7. Disponible En: [Http://Www.Inppares.Org/Revistasss/Revista X 2010/11-Conocimientos Tuberculosis.Pdf](http://www.inppares.org/revistasss/revista_x_2010/11-conocimientos_tuberculosis.pdf)

18. Collazos Flores CL. Relación Entre Conocimientos Y Actitudes Hacia La Aplicación De Medidas Preventivas De La Tuberculosis En Familiares De Pacientes De La ESN-PCT - C.S San Luis – 2012. [Tesis para optar el grado de licenciatura en Enfermería]; Lima: Universidad nacional Mayor de San Marcos; 2013;96. Disponible En: [Http://Cybertesis.Unmsm.Edu.Pe/Handle/Cybertesis/1048](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1048)
19. Islas P, Pérez A, Hernández G. Rol De Enfermería En Educación Para La Salud De Los Menonitas Desde El Interaccionismo Simbólico. Enfermería Univ [Tesis para optar el grado de licenciatura en Enfermería]; Chihuahua: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez División Cuauhtémoc; 2015;12(1):28–35. Disponible En: [Www.Revistas.Unam.Mx/Index.Php/Reu/Article/Download/48066/43152](http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/download/48066/43152)
20. Tolossa D, Medhin G, Legesse M. Community Knowledge , Attitude , And Practices Towards Tuberculosis In Shinile Town , Somali Regional State , Eastern Ethiopia : A Cross-Sectional Study [Tesis para optar el grado de licenciatura en Enfermería]; BMC Public Health:. 2014;1–13. Disponible En: [Https://Www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pmc/Articles/PMC4133079/Pdf/12889_2014_Article_6923.Pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4133079/pdf/12889_2014_Article_6923.pdf)
21. Yani DI. Effect Of Family-Based DOTS Support Program On Adherence To Health Behaviors In Patients With Pulmonary Tuberculosis In Indonesia. [Tesis para optar el grado de Master of Nursing Science (International Program)]. Prince of Songkla University: 2012. Disponible En: [Http://Kb.Psu.Ac.Th/Psukb/Bitstream/2010/9081/1/361626.Pdf](http://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/9081/1/361626.pdf)
22. Gumeyi SC. Relationship Between Knowledge And Self-Care Practices

Regarding Tuberculosis Treatment Among Clients Aged 20 – 40 Years At Beatrice By University Of Zimbabwe Department Of Nursing Science Faculty Of Medicine; 2010;(May). Disponible En: [Http://ir.Uz.Ac.Zw/Bitstream/Handle/10646/946/01gumeyi_Thesis.Pdf?Sequenc e=1](http://ir.uz.ac.zw/bitstream/handle/10646/946/01gumeyi_Thesis.pdf?sequence=1)

23. Campos M. M, Salinas C. R. “Efectividad Del Programa Educativo: ”Fortaleciendo Mi Conocimiento, Prevengo La Tuberculosis“ En El Nivel De Conocimiento Del Cuidador Familiar. Centro De Salud El Progreso. CHIMBOTE 2013.” [Tesis para optar el grado de licenciatura en Enfermería]; Universidad Nacional Del Santa 2014;133. Disponible En: [Http://Repositorio.Uns.Edu.Pe/Bitstream/Handle/UNS/2023/26322.Pdf?Sequen ce=1&Isallowed=Y](http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/2023/26322.pdf?sequence=1&isallowed=Y)
24. Bunge M. La Ciencia. Su Método Y Su Filosofía. Philos Sci [Internet]. 1961;28(1):72p. Disponible En: [Http://Www.Aristidesvara.Net/Pgnweb/Metodologia/Metodo_Cientifico/Naturale za_Metodo/Bunge_Libro_Aristidesvara.Pdf](http://www.aristidesvara.net/pgnweb/metodologia/metodo_cientifico/naturaleza_metodo/bunge_libro_aristidesvara.pdf)
25. Luengo González E. El Conocimiento De Lo Social I. Principios Para Pensar Su Complejidad. Inst Tecnológico Y Estud Super Occident Repos [Internet]. 2014;431p. Disponible En: [Http://Hdl.Handle.Net/11117/3037](http://hdl.handle.net/11117/3037)
26. Russell B. La Perspectiva Científica. Salustiano Fernández Viejo [Publicacion perioridica en linea]. 1975;19. Disponible En: [Http://Mimosa.Pntic.Mec.Es/~Sferna18/Ejercicios/2015-16/Bertrand- Rusell_La_Perspectiva_Cientifica-\(Resumen\).Pdf](http://mimosa.pntic.mec.es/~sferna18/Ejercicios/2015-16/Bertrand-Rusell_La_Perspectiva_Cientifica-(Resumen).pdf)
27. Rodríguez-Lora V, Henao-Cálad M, Arias AV. Taxonomías De Técnicas Y Herramientas Para La Ingeniería Del Conocimiento: Guía Para El Desarrollo De Proyectos De Conocimiento Taxonomies Of Techniques And Tools For Knowledge Engineering: Guide For Knowledge Project Development. Rev Chil Ing [Publicacion perioridica en linea]. 2016;24(2):351–60. Disponible En:

[Http://Www.Scielo.Cl/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0718-33052016000200016](http://www.Scielo.Cl/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0718-33052016000200016)

28. Sergio Ibáñez DQ. TBC Pulmonar Infantil. Rev Chil Pediatr [Publicación periódica en línea]. 1973;44:11. Disponible En: [Http://Dx.Doi.Org/10.4067/S0370-41061973000400001](http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061973000400001).
29. Nelson LJ, Wells CD. Global Epidemiology Of Childhood Tuberculosis. Rev Med (Puebla) [Internet]. 2016;8(5):636–47. Disponible En: [Http://Docserver.Ingentaconnect.Com/Deliver/Connect/luatId/10273719/V9n2/S3.Pdf?Expires=1502743103&Id=91227721&TitleId=3764&Accname=Guest+User&Checksum=796EF3F363FE70558ED2686D9988D99D](http://docserver.ingentaconnect.com/Deliver/Connect/luatId/10273719/V9n2/S3.Pdf?Expires=1502743103&Id=91227721&TitleId=3764&Accname=Guest+User&Checksum=796EF3F363FE70558ED2686D9988D99D)
30. Ministerio De Salud. Resolución Ministerial. [Internet]. 2013;126p. Disponible En: [Ftp://Ftp2.Minsa.Gob.Pe/Normaslegales/2013/RM715_2013_MINSA.Pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM715_2013_MINSA.Pdf)
31. Arenas-Suárez NE, García-Gutiérrez AM, Coronado-Ríos SM, Beltrán-Bocanegra CA, Acosta-Botero SM, Gómez-Marín JE, Et Al. Prevalencia De Tuberculosis Infantil En Armenia, Colombia Prevalence Of Childhood Tuberculosis In Armenia, Colombia. Rev Salud Pública [Publicación periódica en línea]. 2010;12(6):10. Disponible En: [Http://Search.Ebscohost.Com/Login.aspx?Direct=True&Db=A9h&AN=117919608&Lang=Es&Site=Ehost-Live](http://search.ebscohost.com/Login.aspx?Direct=True&Db=A9h&AN=117919608&Lang=Es&Site=Ehost-Live)
32. Organización Mundial De La Salud. [Internet]. Disponible En: [Http://Www.Who.Int/Es/](http://www.who.int/es/)
33. Sandgren A, Cuevas LE, Dara M, Gie RP, Grzemska M, Hawkrigde A, Et Al. An Advocacy Strategy Now. 2016;40(2):294–7. [Publicación periódica en línea]. Disponible En: [Http://Erj.Ersjournals.Com/Content/Erj/40/2/294.Full.Pdf](http://erj.ersjournals.com/content/Erj/40/2/294.Full.Pdf)
34. “Allocation Of Housing Capital Resources.” Se Determina En Referencia Al Espacio (Personas Por Metro Cuadrado) O La Ocupación Por Habitación (Personas Por Habitación). El Número De Personas Por Habitación Es Por Lo

- General Utilizado 152. [Publicacion perioridica en linea]. 2001;3:152–4. Disponible En: [Http://Biblioteca.Clacso.Edu.Ar/Gsdl/Collect/Clacso/Index/Assoc/D9393.Dir/H.Pdf](http://Biblioteca.Clacso.Edu.Ar/Gsdl/Collect/Clacso/Index/Assoc/D9393.Dir/H.Pdf)
35. Lönnroth K, Migliori GB, Abubakar I, Ambrosio LD, Vries G De, Diel R, Et Al. Action Framework For Low-Incidence Countries. Erspublications [Publicacion perioridica en linea]. 2015;4:928–52. Disponible En: [Http://Erj.Ersjournals.Com/Content/Erj/45/4/928.Full.Pdf](http://Erj.Ersjournals.Com/Content/Erj/45/4/928.Full.Pdf)
36. Rojas MC. Nutrición Y Tuberculosis. Investig Para Prot La Salud [Internet]. 2014;98–103. Disponible En: [Http://Repositorio.Ins.Gob.Pe/Bitstream/Handle/INS/279/BOLETIN-2014may-Jun-98-103.Pdf;Jsessionid=B75915404591BBF6E4847954EB65A768?Sequence=1](http://Repositorio.Ins.Gob.Pe/Bitstream/Handle/INS/279/BOLETIN-2014may-Jun-98-103.Pdf;Jsessionid=B75915404591BBF6E4847954EB65A768?Sequence=1)
37. Lsther Molina. Tuberculosis - Manejo Nutricional.Pdf. Rev En Nutr Clin [Internet]. 2012;13. Disponible En: [Http://Www.lidenut.Org/Pdf_Revista_Tec_Libre/Renut19/Renut19\(2012\)3Tuberculosis-ManejoNutricional.Pdf](http://Www.lidenut.Org/Pdf_Revista_Tec_Libre/Renut19/Renut19(2012)3Tuberculosis-ManejoNutricional.Pdf)
38. Lic. Ediltrudis León Farias, Jara IHPD La. Manual De Capacitacion A Familias “Practicando La Higiene Cuidamos Nuestra Salud.” 2010;34–74. [Publicacion perioridica en linea].Disponible En: [Http://Www1.Paho.Org/Per/Images/Stories/Pyp/PER37/26.Pdf?Ua=1](http://Www1.Paho.Org/Per/Images/Stories/Pyp/PER37/26.Pdf?Ua=1)
39. Martínez OE. ¿ Qué Es Un Proyecto Educativo ? [Publicacion perioridica en linea].1999;1–12. Disponible en: [Http://Www.Uaeh.Edu.Mx/Docencia/VI_Lectura/Maestria/Documentos/LECT35.Pdf](http://Www.Uaeh.Edu.Mx/Docencia/VI_Lectura/Maestria/Documentos/LECT35.Pdf)
40. Manuel Gjo, PÉREZ JA. Modelo De Programa Educativo Y Evaluación Formadora. [Publicacion perioridica en linea]. 2000;71. Disponible En:[Http://Www.Hezkuntza.Ejgv.Euskadi.Eus/Contenidos/Informacion/Iraunkortasuna_Hezkuntza/Es_Interven/Adjuntos/Publicaciones/MODELO_DE_PROGRA](http://Www.Hezkuntza.Ejgv.Euskadi.Eus/Contenidos/Informacion/Iraunkortasuna_Hezkuntza/Es_Interven/Adjuntos/Publicaciones/MODELO_DE_PROGRA)

41. Ruiz R. El Metodo Cientifico Y Sus Etapas. Mexico [Publicacion perioridica en linea].. 2011;2:79. Disponible En: [Http://Www.Index-F.Com/Lascasas/Documentos/Lc0256.Pdf](http://Www.Index-F.Com/Lascasas/Documentos/Lc0256.Pdf)
42. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Analisis De Los Datos Cuantitativos. [Internet]. Metodología De La Investigación. [Publicacion perioridica en linea].2006. 407-499 P. Disponible En:[Https://Competenciashg.Files.Wordpress.Com/2012/10/Sampieri-Et-Al-Metodologia-De-La-Investigacion-4ta-Edicion-Sampieri-2006_Ocr.Pdf](https://Competenciashg.Files.Wordpress.Com/2012/10/Sampieri-Et-Al-Metodologia-De-La-Investigacion-4ta-Edicion-Sampieri-2006_Ocr.Pdf)

MATRIZ DE CONSISTENCIA

EFFECTOS DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN EL CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN MATERNA DE TUBERCULOSIS INFANTIL EN EL COLEGIO NACIONAL JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI, 2017.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	DISEÑO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
Problema General: ¿Cuáles son los Efectos de un Programa Educativo en el conocimiento y prevención materna de tuberculosis infantil en el Colegio Nacional José Carlos Mariátegui, 2017?	Objetivo General: Determinar los Efectos de un Programa Educativo en el conocimiento y prevención materna de tuberculosis infantil en el Colegio Nacional José Carlos Mariátegui, 2017.	Hipótesis General: H₁: El programa educativo tiene efectos positivos en el nivel de conocimientos y prácticas preventivas de las madres sobre tuberculosis pulmonar infantil del Colegio José Carlos Mariátegui, 2017. H₀: El programa educativo no tiene efectos positivos en el nivel de conocimientos y prácticas preventivas de las madres sobre tuberculosis pulmonar infantil del Colegio	Diseño y tipo de Investigación El diseño es experimental, de tipo explicativo correlacional, corte longitudinal. Población: Constituida por 90 madres adultas jóvenes que sus niños asisten al colegio José Carlos Mariátegui “san Juan de Lurigancho”. Muestra: Se trabajará con toda la población	Generalidades	-Concepto de TBC. -Etiología. -Medios de Contagio. -Localización. -Edades más comunes que afecta. -Signos y Síntomas	1,2 3 4,5 6 7 8,9
				Prevenición	-Hábitos alimenticios. -Inmunización. -Quimioprofilaxis. -Ventilación. -Hacinamiento. -Barreras	10,11 12,13 14,15 16,17 18 19,20

<p>Problemas específicos:</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre tuberculosis pulmonar infantil antes y después del programa educativo?</p> <p>¿Cuáles son las prácticas preventivas que tienen las madres sobre tuberculosis pulmonar infantil antes y después del programa educativo?</p>	<p>Objetivos Específicos:</p> <p>Evaluar el nivel de conocimientos de las madres sobre tuberculosis pulmonar infantil antes y después del programa educativo.</p> <p>Evaluar las prácticas preventivas que tienen las madres sobre tuberculosis pulmonar infantil antes y después del programa educativo.</p>	<p>José Carlos Mariátegui, 2017.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>El programa educativo tiene efectos positivos en el nivel de conocimientos en las madres sobre tuberculosis pulmonar infantil antes y después del programa educativo.</p> <p>El programa educativo tiene efectos positivos en las prácticas preventivas que tienen las madres sobre tuberculosis pulmonar infantil antes y después del programa educativo.</p>	<p>Variabes:</p> <p>VARIABLE I:</p> <p>Efectos de un Programa Educativo.</p> <p>VARIABLE D₁:</p> <p>Conocimiento sobre tuberculosis Pulmonar Infantil.</p> <p>VARIABLE D₂:</p> <p>Prácticas de medidas Preventivas.</p>	<p>Medidas Personales</p>	<p>-Alimentación de</p> <p>-Examen de Control.</p> <p>-Hábitos al toser y escupir.</p> <p>- Vacunación.</p> <p>-Lavado de manos.</p>	<p>1,2,3,4,5</p> <p>6,</p> <p>7,8,9</p> <p>10,11,12,13</p>
				<p>Medidas Ambientales.</p>	<p>Ventilación e iluminación.</p> <p>-Limpieza diaria del domicilio.</p> <p>-Número de habitantes que moran la vivienda.</p> <p>-Diagnóstico precoz</p> <p>-Prevención con los contactos.</p>	<p>14,15</p> <p>16,17</p> <p>18,19</p> <p>20</p> <p>21,22</p>

Anexo 2

Calculo Muestral.

Muestreo:

$$n = \frac{z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N-1) + (z^2 \cdot p \cdot q)} = \frac{(1,96)^2 \cdot 180 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}{0,05^2 \cdot (180-1) + (1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5)} = 122,79 \text{ Madres.}$$

- ✓ N = tamaño del universo o población total.
- ✓ n = unidad o tamaño de muestra.
- ✓ z = nivel de confianza.
- ✓ p = Proporción de acierto.
- ✓ q = Proporción de desacierto.
- ✓ e = Error de estimación máximo aceptado.

Ingreso de datos.

Z=	1.96
p=	50%
q=	50%
N=	180
e=	5%

Anexo 3

CUESTIONARIO.

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS MATERNAS DE PREVENCIÓN DE TUBERCULOSIS PULMONAR INFANTIL, EN CONCEPTO, MEDIDAS PREVENCIÓN, SIGNOS Y SÍNTOMAS.

INTRODUCCIÓN:

Estimadas señoras: Buenos días, el presente cuestionario ha sido elaborado con la finalidad de determinar el nivel conocimiento de las madres sobre tuberculosis pulmonar, en concepto, transmisión, medidas prevención, signos y síntomas. De ante mano se agradece su colocación y apoyo, esperando así que sus respuestas sean lo más sinceras posibles, toda esta información es totalmente confidencial y ANÓNIMO. Gracias.

INSTRUCCIONES: Marca con un Aspa "X" en la respuesta que Ud. considere correcta

I DATOS GENERALES: Datos de la Madre

Datos Generales	
1.- Edad	A. De 18 a 28 años B. De 29 a 39 años C. De 40 a 50 años D. De 51 años a más
2.- Grado de Instrucción	A. Primaria B. Secundaria C. Superior
3.- Estado Civil	A. Casada B. Soltera C. Conviviente

I. ENFERMEDAD.

1. ¿Ud. Sabe Qué es la TBC Pulmonar?
 - a) Es una enfermedad que afecta especialmente al corazón.
 - b) Microorganismo parasitario que a los pulmones.
 - c) Es una enfermedad altamente contagiosa que afecta a los pulmones.
 - d) Verruga que afecta y se aprovecha de las personas.
2. La tuberculosis es una enfermedad que:
 - a) Se contagia por herencia.
 - b) Puede ser causado por un resfriado.
 - c) Es curable.
 - d) No es contagiosa.
3. La tuberculosis es causada por:
 - a) Las corrientes fuertes de aire.
 - b) Los huevos de la mosca.
 - c) El bacilo de Koch
 - d) El desecho del ratón.
4. ¿En qué casos un niño tiene riesgo de adquirir la Tuberculosis?
 - a) Por los alimentos mal cocinados.
 - b) Cuando una persona enferma con Tuberculosis estornuda.
 - c) Por el agua contaminada que bebemos.
 - d) Por la falta de higiene.
5. La tuberculosis se contagia por:
 - a) El aire con microbios que respiramos.
 - b) El agua con bacterias que bebemos.
 - c) Al saludar a una persona que tenía tuberculosis el año pasado.
 - d) Gotitas de saliva que el enfermo elimina al hablar, toser o estornudar.
6. ¿A qué órganos ataca con más frecuencia la tuberculosis?
 - a) Cerebro.
 - b) Estómago.
 - c) Pulmones.
 - d) Hígado.
7. ¿A que de edad el niño está más expuesto a contraer tuberculosis?
 - a) 1 a 4 años.
 - b) 2 a 6 años.
 - c) 6 a 8 años.
 - d) 4 a 10 años.
8. En el inicio de la Tuberculosis Pulmonar, se presenta tos por más de:
 - a) 7 días sin flema.
 - b) 15 días con flema.
 - c) 7 días con flema.
 - d) 10 días sin flema
9. ¿Qué síntomas presenta un niño con tuberculosis pulmonar?
 - a) Diarrea y tos por más de 7 días.
 - b) Sudoración por el día y con ganas de comer mucho.
 - c) Diarrea, cansancio y sueño.
 - d) Fiebres altas, falta de apetito, debilidad y pérdida de peso.

II. PREVENCIÓN

10. ¿Qué tipo de alimentación debe consumir un niño para prevenir la TBC?
 - a) Carnes rojas, fideos, harinas, pastelería, azúcares, papas fritas.
 - b) Galletas, salchipapas, caramelos y frutas.
 - c) Verduras, frutas, lácteos, menestras, carnes de pescado, pollo y res.
 - d) Frutas, ensaladas, gaseosa y pollo.

NUNCA 1	MUY POCAS VECES 2	ALGUNAS VECES 3	CASI SIEMPRE. 4	SIEMPRE. 5
-------------------	---------------------------------	---------------------------	---------------------------	----------------------

11. ¿Cuántas veces al día debe ingerir alimentos un niño para que este bien protegido contra la TBC?
- 2
 - 4
 - 6
 - 8.
12. La vacuna BCG protege contra:
- Las formas más graves de la tuberculosis.
 - La neumonía.
 - La poliomielitis.
 - La tuberculosis Pulmonar.
13. A quienes se aplica la vacuna BCG:
- A cualquier persona.
 - A la edad de 4 años.
 - A la edad de 10 años.
 - Al recién nacido.
14. Si un niño tiene riesgo de sufrir tuberculosis, el medico indicara:
- Un tratamiento preventivo para la tos.
 - Solo mejorar la alimentación.
 - Iniciará el tratamiento preventivo para la tuberculosis.
 - No indicara nada, solo reposo.
15. El tratamiento preventivo que se da a los niños para evitar tuberculosis pulmonar es:
- Paracetamol durante 6 meses.
 - Jarabe para la tos durante 6 meses.
 - Isoniazida durante 6 meses.
 - No existe tratamiento preventivo para los niños.
16. Para evitar un contagio por TBC las habitaciones de la casa deben estar:
- Arreglada, poca iluminación y cerrada.
 - Cerrada, arreglada e iluminada.
 - Limpia, ventilada e iluminada.
- d) Desinfectada y con ventanas cerradas.
17. La tuberculosis se puede contagiar cuando en casa:
- Existan muchos rayos solares.
 - Existan abundantes moscas.
 - El cuarto no está ventilado iluminado y limpio.
 - No hay agua y desagüe.
18. Un niño se puede contagiar de tuberculosis cuando:
- Duerme poco.
 - Duerme solo.
 - Duerme con otras personas.
 - Duerme fuera de sus horas.
19. ¿Qué cuidados se debe tener cuando un niño vive con un paciente con TBC?
- Usar mascarilla, cuando no esté en contacto con el paciente.
 - El lavado de manos y el uso de mascarillas nos ayuda a disminuir el contagio de la tuberculosis pulmonar.
 - Desinfectar el cuarto del paciente es malo.
 - El aislamiento es malo para el paciente.
20. ¿Qué cuidados se debe tener cuando un niño tiene contacto con un paciente con TBC?
- Permanecer cerca del paciente sin medidas preventivas.
 - Mantener una distancia prudente y siempre usando mascarilla.
 - Usar la mascarilla es malo con el paciente con tuberculosis.
 - El saludar de la mano es bueno y limpio.

¡Muchas gracias por su cooperación!

ESCALA DE LIKERT EN PRACTICAS PREVENTIVAS

		1	2	3	4	5
1 +	En esta semana su niño ha consumido diario proteínas animales como en carne pollo, res, pavita y pescado.					
2 +	Su niño consume diariamente lácteos como leche, huevo, yogur o queso.					
3 +	Su niño consume proteínas vegetales como menestras 3 veces por semana como el pallar, habas, lenteja, garbanzo y frijoles.					
4 +	Su niño consume diariamente 3 frutas distintas al día.					
5 +	Su niño consume diariamente 3 verduras de distintos colores al día.					
6 +	Ha llevado al centro de salud a su niño para que le realicen un despistaje de TBC como control preventivo.					
7 +	Su niño se cubre la boca al toser o estornudar.					
8 +	Su niño se protege cuando alguien al su alrededor tose o estornuda.					
9 +	Su niño evita escupir en el piso.					
10 +	Su niño se protege cuando alguien al su alrededor escupe en el piso.					
11 +	Su niño se lava las manos después de cubrirse al estornudar o toser.					
12 +	Su niño se lava las manos después de ir a los servicios higiénicos.					
13 -	Su niño después de cubrirse la boca se lava las manos.					
14 +	Abre las ventanas y cortinas para ventilar e iluminar los ambiente de su casa.					
15 -	Evita abrir las ventanas y cortinas de su casa en época de invierno.					
16 +	Tiene mucho cuidado con la higiene con la ropa de su niño y los utensilios personales.					
17 +	Realiza diariamente la desinfección de la habitación del niño con soluciones desinfectantes como lejía, pinesol.					
18 -	La cama donde duerme su niño es compartida con algún miembro de la familia.					
19 +	Su niño duerme en la misma habitación con otras personas.					
En el caso que en su familia haya un paciente con TBC responda la siguientes preguntas:						
20	Su niño toma algún tratamiento preventivo indicado en la posta médica (pastilla quimioprofilactico).					
21	Se han realizado en las últimas semanas en casa charlas educativas por parte del personal de salud.					
22	Su familiar realiza la técnica correcta al toser y estornudar cubriéndose la boca con un papel y eliminando inmediatamente.					

Anexo 4

Juicio de Expertos.

Informe de opinión de expertos del instrumento de investigación de la encuesta.

ANEXO N° 4							
Resumen de los Expertos sobre el Nivel Conocimiento de las madres.							
INDICADORES	VALORES DE JUECES						PROMEDIO
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	$J1 + J2 + J3 + J4 + J5$ $J6 / 6$
CLARIDAD	60%	60%	60%	60%	85%	60%	64%
OBJETIVIDAD	80%	60%	60%	60%	85%	80%	71%
PERTINENCIA	70%	80%	60%	80%	85%	80%	76%
ACTUALIDAD	80%	40%	60%	80%	85%	80%	71%
ORGANIZACIÓN	60%	40%	80%	80%	85%	80%	71%
SUFICIENCIA	70%	80%	80%	80%	85%	80%	79%
INTENCIONALIDAD	70%	80%	80%	80%	85%	80%	79%
CONSISTENCIA	67%	80%	60%	90%	85%	80%	77%
COHERENCIA	65%	80%	60%	90%	85%	60%	73%
METODOLOGÍA	65%	80%	80%	90%	85%	60%	77%
TOTAL							738%
PROMEDIO TOTAL							74%

Fuente: Formatos de información de opinión de expertos de instrumentos de investigación aplicado en 06 de junio del 2016.

Juicio de Expertos.

Informe de opinión de expertos del instrumento de investigación de la escala de Likert.

Resumen de los Expertos sobre el Prácticas Preventivas de las madres.							
INDICADORES	VALORES DE JUECES						PROMEDIO
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	$\frac{J1 + J2 + J3 + J4 + J5 + J6}{6}$
CLARIDAD	90%	40%	60%	60%	90%	40%	63%
OBJETIVIDAD	90%	40%	60%	60%	90%	40%	63%
PERTINENCIA	70%	60%	60%	80%	90%	40%	67%
ACTUALIDAD	70%	60%	60%	80%	90%	60%	70%
ORGANIZACIÓN	75%	60%	60%	70%	90%	60%	69%
SUFICIENCIA	70%	80%	60%	70%	90%	60%	72%
INTENCIONALIDAD	60%	80%	60%	60%	90%	40%	65%
CONSISTENCIA	60%	80%	60%	60%	90%	60%	68%
COHERENCIA	70%	80%	60%	60%	90%	60%	70%
METODOLOGÍA	70%	90%	60%	60%	90%	60%	72%
TOTAL							679%
PROMEDIO TOTAL							68%

Fuente: Formatos de información de opinión de expertos de instrumentos de investigación aplicado en 06 de junio del 2016.

Anexo 5

DETERMINACION DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO ALFA DE CRONBACH

A partir de las varianzas, el alfa de Cronbach se calcula así:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Dónde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i ,
- S_t^2 es la varianza de los valores totales observados y
- k es el número de preguntas o ítems.

Cuestionario: NIVEL DE CONOCIMIENTOS.

ANÁLISIS DE FIABILIDAD

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	76,9
	Excluido ^a	3	23,1
	Total	13	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,703	19

Elaborado por el mismo autor, 2017

LIKERT: EN PRÁCTICAS PREVENTIVAS

Resumen de procesamiento de casos

	N	%
Casos Válido	10	66,7
Excluido ^a	5	33,3
Total	15	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,732	21

Elaborado por el mismo autor, 2017

LIBRO DE CÓDIGOS DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS.

Preguntas	Respuestas correctas (1)	Respuestas incorrectas (0)
1	C	ABD
2	C	ABD
3	C	ABD
4	B	ACD
5	D	ABC
6	C	ABD
7	A	BCD
8	B	ACD
9	D	ABC
10	C	ABD
11	C	ABC
12	D	ABC
13	D	ABC
14	C	ABD
15	C	ABD
16	C	ABD
17	C	ABD
18	C	ABD
19	B	ACD
20	B	ACD

NUNCA 1	MUY POCAS VECES 2	ALGUNAS VECES 3	CASI SIEMPRE. 4	SIEMPRE. 5
------------	-------------------------	--------------------	--------------------	---------------

Anexo 7

ESCALA DE LIKERT EN PRACTICAS PREVENTIVAS

		1	2	3	4	5
1 +	En esta semana su niño ha consumido diario proteínas animales como en carne pollo, res, pavita y pescado.	1	2	3	4	5
2 +	Su niño consume diariamente lácteos como leche, huevo, yogur o queso.	1	2	3	4	5
3 +	Su niño consume proteínas vegetales como menestras 3 veces por semana como el pallar, habas, lenteja, garbanzo y frijoles.	1	2	3	4	5
4 +	Su niño consume diariamente 3 frutas distintas al día.	1	2	3	4	5
5 +	Su niño consume diariamente 3 verduras de distintos colores al día.	1	2	3	4	5
6 +	Ha llevado al centro de salud a su niño para que le realicen un despistaje de TBC como control preventivo.	1	2	3	4	5
7 +	Su niño se cubre la boca al toser o estornudar.	1	2	3	4	5
8 +	Su niño se protege cuando alguien al su alrededor tose o estornuda.	1	2	3	4	5
9 +	Su niño evita escupir en el piso.	1	2	3	4	5
10 +	Su niño se protege cuando alguien al su alrededor escupe en el piso.	1	2	3	4	5
11 +	Su niño se lava las manos después de cubrirse al estornudar o toser.	1	2	3	4	5
12 +	Su niño se lava las manos después de ir a los servicios higiénicos.	1	2	3	4	5
13 -	Su niño después de cubrirse la boca se lava las manos.	5	4	3	2	1
14 +	Abre las ventanas y cortinas para ventilar e iluminar los ambiente de su casa.	1	2	3	4	5
15 -	Evita abrir las ventanas y cortinas de su casa en época de invierno.	5	4	3	2	1
16 +	Tiene mucho cuidado con la higiene con la ropa de su niño y los utensilios personales.	1	2	3	4	5
17 +	Realiza diariamente la desinfección de la habitación del niño con soluciones desinfectantes como lejía, pinesol.	1	2	3	4	5
18 -	La cama donde duerme su niño es compartida con algún miembro de la familia.	5	4	3	2	1
19 +	Su niño duerme en la misma habitación con otras personas.	1	2	3	4	5

En el caso que en su familia haya un paciente con TBC responda la siguientes preguntas:						
20	Su niño toma algún tratamiento preventivo indicado en la posta médica (pastilla quimioprofilactico).	1	2	3	4	5
21	Se han realizado en las últimas semanas en casa charlas educativas por parte del personal de salud.	1	2	3	4	5

22	Su familiar realiza la técnica correcta al toser y estornudar cubriéndose la boca con un papel y eliminando inmediatamente.	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

**HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

Institución : Universidad César Vallejo- campus Lima Este.

Investigador/a : José Luis De La Cruz Cumpén.

Título del Proyecto: Efectos de un Programa Educativo en el conocimiento y prevención materna de tuberculosis infantil. Colegio Nacional N° 0152 José Carlos Mariátegui, 2017.

¿De qué se trata el proyecto?

El estudio de investigación tuvo como objetivo “Determinar los Efectos de un Programa Educativo en el conocimiento y prevención materna de tuberculosis infantil. Colegio N° 0152 Nacional José Carlos Mariátegui, 2017.

A través de aplicaciones de sesiones educativa sobre prácticas preventivas para inculcar la cultura de autocuidado en la persona, familia y comunidad.

¿Quiénes pueden participar en el estudio?

Pueden participar todas las madres de los niños matriculados en el centro educativo José Carlos Mariátegui que pueden contraer tuberculosis pulmonar infantil, pero sobretodo que voluntariamente acepten su participación sin obligación.

¿Qué se pediría que haga si acepta su participación?

Si acepta su participación en el estudio se le pedio que firmen una hoja dando su consentimiento informado.

¿Existen riesgos en la participación?

Su participación es anónima y sufrirá ningún tipo de riesgo.

¿Existe algún beneficio por su participación?

Con su participación colaboro a que se desarrolle el estudio de investigación y que los resultados contribuyan en la pedagogía de la institución educativa con respecto al tema.

Confidencialidad

La información que usted proporciono es absolutamente confidencial y anónima; solo será de uso de las personas que hacen el estudio.

¿A quién acudo si tengo alguna pregunta o inquietud?

De tener alguna duda o inquietud con respecto a la investigación puede comunicarse con el autor de la investigación, el estudiante de X ciclo José Luis De La Cruz Cumpén, al teléfono 987809240; y también pueden comunicarse con la asesora encargada de la investigación, Mg. Janet Arévalo Ipanaque, al teléfono 997077052, de lo contrario a la Coordinación General de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad César Vallejo campus Lima Este.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado con DNI _____; acepto participar libremente en la aplicación del cuestionario y prácticas preventivas sobre Efectos de tienen un Programa Educativo en el conocimiento y prácticas maternas de prevención de tuberculosis infantil, previa orientación por parte del investigador, a sabiendas que la aplicación del cuestionario no perjudicará en ningún aspecto en mi bienestar y que los resultados obtenidos mejorarán mi calidad de vida.

Fecha: _____

Firma del investigador

Firma del Participante

Anexo 8

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA EDUCATIVO.

I. Planeamiento:

1.1. Justificación. - La tuberculosis es una de las enfermedades infectocontagiosas de mayor incidencia en la población mundial y un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo. Fue declarada en 1993 como una "Emergencia Sanitaria Mundial" debido a su magnitud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los últimos tres lustros el número de casos se ha incrementado. En 2016 se estimaba que habrá una incidencia de 8.9 a 9.9 millones de casos nuevos y una prevalencia de 9.6 a 13.3 millones.

Actualmente, a pesar del uso de novedosos fármacos anti-tuberculosos, es considerada por la OMS como un problema sanitario que repercute notablemente sobre el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad. Entre las posibles causas de este resurgir, que ha agravado el cuadro epidemiológico, sobresalen los factores socioeconómicos, el abandono de los programas de control por falta de voluntad política en muchos casos, el déficit de financiamiento, el hábito de fumar, el alcoholismo, la ancianidad, el abandono y los antecedentes patológicos familiares de la afección, el hacinamiento, la multidrogorresistencia a las drogas y la aparición del SIDA. Este panorama es más crítico en el Perú donde el desempleo, la pobreza extrema, el déficit en saneamiento ambiental y la deficiente educación en la salud son el origen de los múltiples factores que condicionan la permanencia del foco infeccioso de la enfermedad.

1.2. Objetivos:

1.2.1. Objetivo general

Fortalecer el nivel de conocimiento y prácticas maternas de prevención de tuberculosis pulmonar infantil en el Colegio José Carlos Mariátegui- San Juan de Lurigancho, 2017.

1.2.2. Objetivos específicos.

Al finalizar el programa educativo, la madre fue capaces de:

- Reconocer las principales características de la enfermedad como sintomatologías, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis
- Reforzar las medidas de prevención de la tuberculosis y la importancia de cumplir con el control respectivo.

1.2.3. Población objetiva.

- Mi población en la cual estoy trabajando que son las madres del Colegio José Carlos Mariátegui- San Juan de Lurigancho, 2017.

1.3. Selección de contenidos

Sesiones educativa.

SESION N° 01: "IDENTIFICANDO LA TUBERCULOSIS"

- Evaluación del nivel de conocimiento y prácticas preventivas 1 sola vez a través de un pre test.
- Definición De La Tuberculosis.
- Las Formas De Contagio de la Tuberculosis.
- Manifestaciones clínicas de la Tuberculosis.
- Diagnóstico De La Tuberculosis.

SESION N° 02: "PREVINIENDO LA TUBERCULOSIS"

- Formas De Prevención De La Tuberculosis.
- Quimioprofilaxis.
- Control De Contactos.
- Vacunación De BCG.
- Educación.
- Hábitos alimentarios.
- Medidas higiénicas y ambientales.

SESIÓN N° 03: “DEMOSTRATIVA”

- Alimentación saludable.
- Medidas de protección.
- Ambiente en el hogar.
- Evaluación del nivel de conocimiento y prácticas preventivas una sola vez a través de un post test.

1.1. Las siguientes: metodología

Las sesiones de aprendizaje serán transmitidas, siguiendo una estrategia metodológica, deductiva, inductiva, activa y colectiva. Los métodos que se utilizarán en cada uno de los temas estarán centrados y enfocados de acuerdo a las necesidades de la población objetivo.

1.5.1. Métodos

1.5.1.1 Método deductivo. Se presentarán conceptos o principios definiciones o afirmaciones sobre los temas de los cuales se extraerán conclusiones o se examinarán casos particulares sobre la base de las afirmaciones generales propuestas.

1.5.1.2. Método inductivo. Se presentarán temas por medio de casos particulares para llegar al todo general.

1.5.1.3. Método activo. Las sesiones educativas se desarrollarán con la participación de las madres de familias del colegio José Carlos Mariátegui- San Juan de Lurigancho, 2017.

1.5.1.4. Método colectivo. El proceso de enseñanza aprendizaje se llevará a cabo de manera masiva y al mismo tiempo con la participación de las madres de familias del colegio José Carlos Mariátegui- San Juan de Lurigancho, 2017.

1.2. Técnica

Las técnicas que se emplearán para el desarrollo de las sesiones educativas serán

- Técnicas vivenciales.

- Técnicas de animación.
- Técnicas visuales.
- Técnicas escritas.
- Técnicas gráficas.
- Técnicas de observación.

1.3. Estrategias:

- Coordinación con la Dirección y permiso del colegio para brindar las secciones educativas.
- Invitación a cada uno de las madres y familiares del niño.
- Ejecución del programa educativo en el horario establecido.
- Organización y distribución del tiempo adecuado para la realización de cada sesión educativa.

1.4. Evaluación

1.8.1. Evaluación diagnóstica. Se realizará el inicio del programa educativo para identificar el nivel de conocimiento de las madres de familias del colegio José Carlos Mariátegui- San Juan de Lurigancho, 2017 a través de un pre-test solo una vez sobre los temas a tratar.

1.8.2. Evaluación final. Este tipo de evaluación se realizará al término del programa educativo, a través de un post-test solo una vez para evaluar el logro de los objetivos específicos.

1.8.3. Aspectos administrativos y logísticos.

1.8.4.1 Recursos.

1.8.4.1.1 Humanos.

- Asesora metodológica.
- Asesora del programa de TBC del HMC.
- Tesista.
- Madres de familias del colegio José Carlos Mariátegui- San Juan de Lurigancho.

1.8.4.1.2 Materiales

Elaboración de materiales didácticos y desarrollo del tema:

- Papel Bond A-4 80 gr.
- Papel Bond oficio 60gr
- Papel butqui
- Lápices
- Lapicero: rojo, azul negro Colores Borrador
- Regla de 30cm
- Tajador
- Plumones grueso
- Plumones de colores N-47 Plumones N. -45
- Engrapadoras y grapas
- Corrector.
- Papel lustre
- Cartulina dúplex y plastificada
- Plumones de tinta indeleble
- Cinta masking
- Alfileres
- Tijera

Compartir

- Vasos descartables Refrescos
- Galletas
- Servilletas

OTROS

- Cámara fotográfica
- Batería

DIDACTICOS

- Rotafolios
- Material multimedia.
- Laminas.
- Hojas educativas

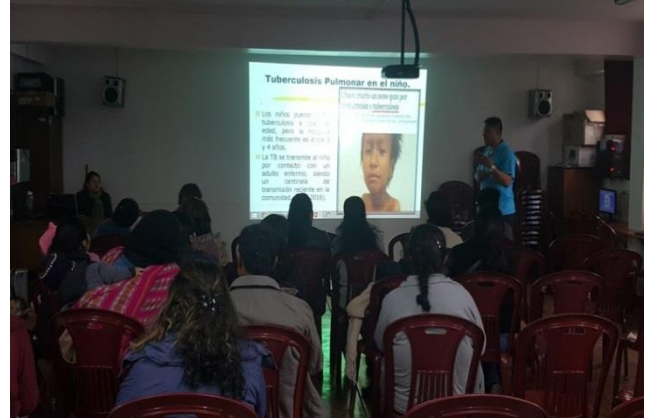
Contenido	Método	Técnica	Tiempo	Estrategia
<p>Presentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un cordial saludo a todas las madres. <p>Definición.</p> <p>Un programa educativo es un documento que permite organizar y detallar un proceso pedagógico. El programa brinda orientación a las personas que comparten el contenido que debe impartir, la forma en que tiene que desarrollar su actividad de enseñanza y los objetivos a conseguir.</p> <p>Forma de contenido</p> <ul style="list-style-type: none"> • SESION N° 01: "IDENTIFICANDO LA TUBERCULOSIS" • Definición De La Tuberculosis. • Las Formas De Contagio de la Tuberculosis. • Manifestaciones clínicas de la Tuberculosis. • Diagnóstico De La Tuberculosis. 	<p>Método Activo. Las sesiones educativas se desarrollarán con la participación de las madres.</p> <p>Examen de Pretest.</p> <p>Método Colectivo. El proceso de enseñanza aprendizaje se llevara a cabo de manera masiva y al mismo tiempo con la participación de las madres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de animación. • Animación Explicación de la técnica "el globo reventón" • Técnicas vivenciales. • Técnicas de animación. • Técnicas visuales. • Técnicas escritas. • Técnicas gráficas. • Técnicas de observación. • Laminas. • Trípticos. • Diapositivas • Multimedia 	<p>Presentación. 10 minutos.</p> <p>Motivación. será interactivo durante toda a secciones</p> <p>Definición. 20 minutos</p> <p>Forma de contenido. Durante todo el proceso de definición se tomará en cuenta dentro de los 20 minutos.</p>	<p>Motivación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dotar de mayor autonomía siendo valer su conocimiento. • Dar reconocimiento: al buen desempeño como (frutas y realizar juegos) <p>Leer y subrayar ideas principales: esta estrategia consiste resaltar aquellas ideas que las madres considera importante.</p> <p>Cuadros comparativos: Estos esquemas permiten a la madre ordenar sistemáticamente información dada</p> <p>Repetición: se suele recurrir a esta estrategia cuando ya se han aplicado alguna o varias de las estrategias anteriores.</p> <p>Exposición: esta estrategia supone la explicación del tema que se desea aprender.</p>

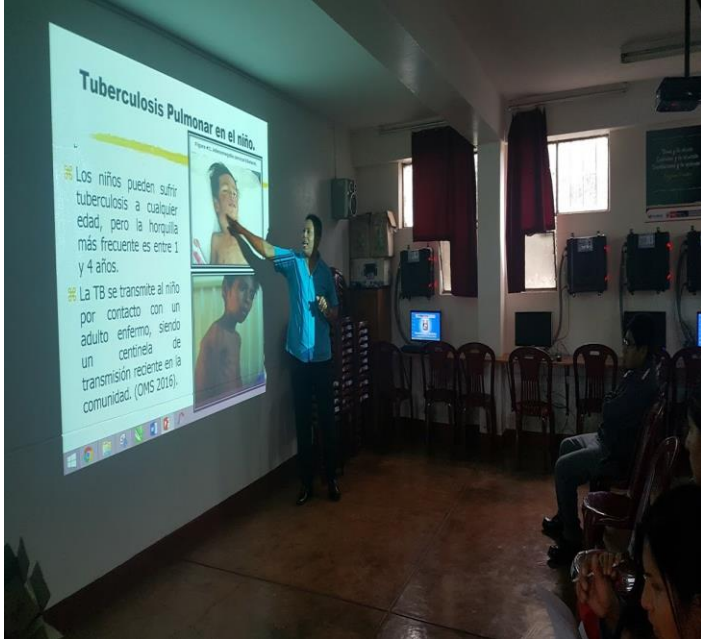
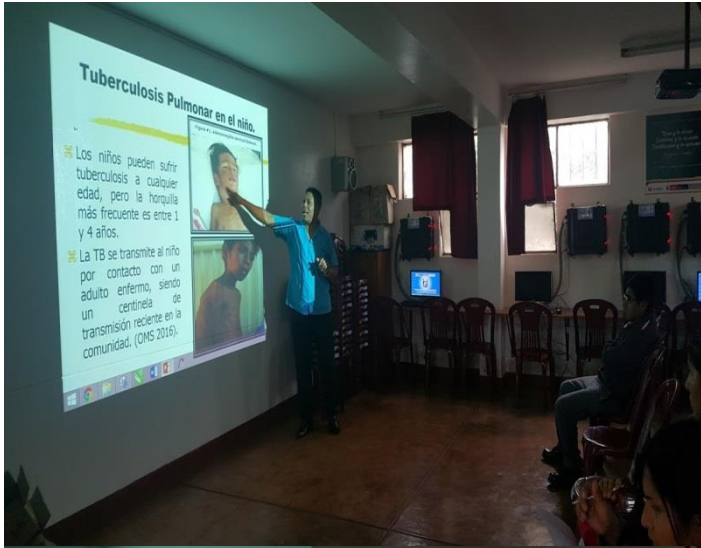
Contenido	Método	Técnica	Tiempo	Estrategia
<p>Presentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un cordial saludo a todas las madres. <p>Definición.</p> <p>Un programa educativo es un documento que permite organizar y detallar un proceso pedagógico. El programa brinda orientación a las personas que comparten el contenido que debe impartir, la forma en que tiene que desarrollar su actividad de enseñanza y los objetivos a conseguir.</p> <p>Forma de contenido</p> <p>SESION N° 02: "PREVINIENDO LA TUBERCULOSIS"</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formas De Prevención De La Tuberculosis. • Quimioprofilaxis. • Control De Contactos. • Vacunación De BCG. • Educación. • Hábitos alimentarios. • Medidas higiénicas y ambientales. 	<p>Método Activo. Las sesiones educativas se desarrollarán con la participación de las madres.</p> <p>Método Colectivo. El proceso de enseñanza aprendizaje se llevara a cabo de manera masiva y al mismo tiempo con la participación de las madres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de animación. • Animación Explicación de la técnica "de las sillas musicales" • Técnicas vivenciales. • Técnicas de animación. • Técnicas visuales. • Técnicas escritas. • Técnicas gráficas. • Técnicas de observación. • Laminas. • Trípticos. • Diapositivas • Multimedia 	<p>Presentación. 10 minutos.</p> <p>Motivación. será interactivo durante toda a secciones</p> <p>Definición. 20 minutos</p> <p>Forma de contenido. Durante todo el proceso de definición se tomará en cuenta dentro de los 20 minutos.</p>	<p>Motivación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dotar de mayor autonomía siendo valer su conocimiento. • Dar reconocimiento: al buen desempeño como (frutas y realizar juegos) <p>Leer y subrayar ideas principales: esta estrategia consiste resaltar aquellas ideas que las madres considera importante.</p> <p>Cuadros comparativos: Estos esquemas permiten a la madre ordenar sistemáticamente información dada</p> <p>Repetición: se suele recurrir a esta estrategia cuando ya se han aplicado alguna o varias de las estrategias anteriores.</p> <p>Exposición: esta estrategia supone la explicación del tema que se desea aprender.</p>

Contenido	Método	Técnica	Tiempo	Estrategia
<p>Presentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un cordial saludo a todas las madres. <p>Definición. Un programa educativo es un documento que permite organizar y detallar un proceso pedagógico. El programa brinda orientación a las personas que comparten el contenido que debe impartir, la forma en que tiene que desarrollar su actividad de enseñanza y los objetivos a conseguir.</p> <p>Forma de contenido SESIÓN N° 03: “DEMOSTRATIVA”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación saludable. • Medidas de protección. • Ambiente en el hogar. 	<p>Método Activo. Las sesiones educativas se desarrollarán con la participación de las madres.</p> <p>Examen de Postest.</p> <p>Método Colectivo. El proceso de enseñanza aprendizaje se llevara a cabo de manera masiva y al mismo tiempo con la participación de las madres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de animación. • Animación Explicación de la técnica "el globo reventón" • Técnicas vivenciales. • Técnicas de animación. • Técnicas visuales. • Técnicas escritas. • Técnicas gráficas. • Técnicas de observación. • Laminas. • Trípticos. • Diapositivas 	<p>Presentación. 10 minutos.</p> <p>Motivación. será interactivo durante toda a secciones</p> <p>Definición. 20 minutos</p> <p>Forma de contenido. Durante todo el proceso de definición se tomará en cuenta dentro de los 20 minutos.</p>	<p>Motivación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dotar de mayor autonomía siendo valer su conocimiento. • Dar reconocimiento: al buen desempeño como (frutas y realizar juegos) <p>Leer y subrayar ideas principales: esta estrategia consiste resaltar aquellas ideas que las madres considera importante.</p> <p>Cuadros comparativos: Estos esquemas permiten a la madre ordenar sistemáticamente información dada</p> <p>Repeticón: se suele recurrir a esta estrategia cuando ya se han aplicado alguna o varias de las estrategias anteriores.</p> <p>Exposición: esta estrategia supone la explicación del tema que se desea aprender.</p>

Anexos 9

Evidencias del Programa Educativo.





Anexo 10

CALCULO DE PUNTAJE SEGÚN ESTANINOS DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO.

Estadísticos Descriptivos

ENCUESTA	N	Media	Desviación estándar
Total de preguntas	21	10,00	6,205
N válido (por lista)	21		

Interpretación:

$$A = X - 0.75 (D.S)$$

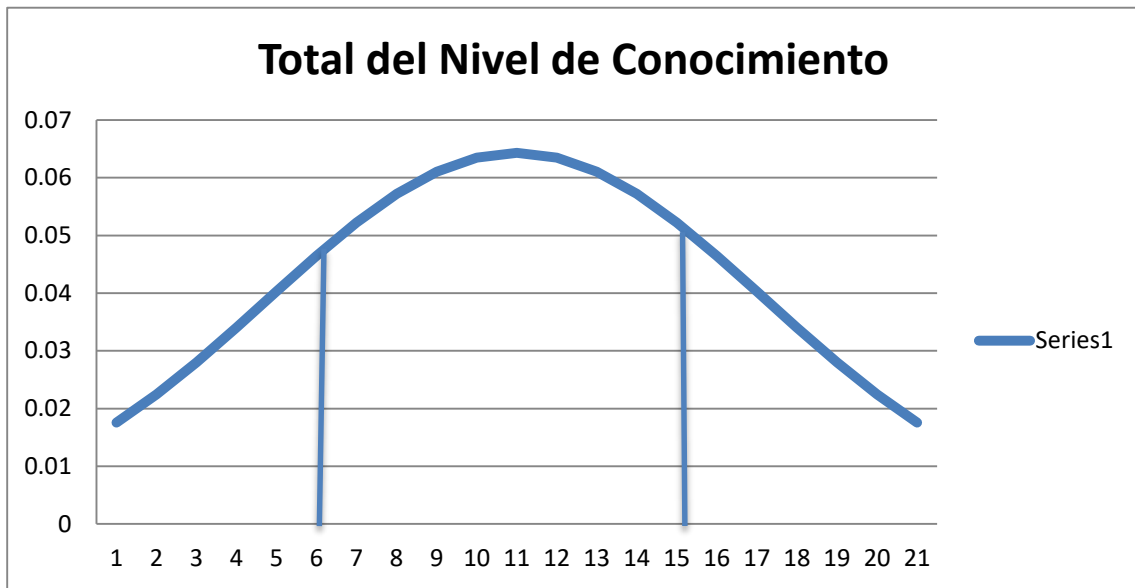
$$A = 10 - 0.75 (6.205)$$

$$A = 5.3463$$

$$B = X + 0.75 (D.S.)$$

$$B = 10 + 0.75 (6.205)$$

$$B = 14.6538$$



Alto =16-20

Medio=6-15

Bajo= 0- 5

CALCULO DE PUNTAJE SEGÚN ESTANINOS DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO.

DIMENSIÓN 1: Generalidades Sobre Tuberculosis Infantil.

Estadísticos Descriptivos

	N	Media	Desviación estándar
--	---	-------	---------------------

D1	10	4,50	3,028
N válido (por lista)	10		

$$A = X - 0.75 \text{ (D.S)}$$

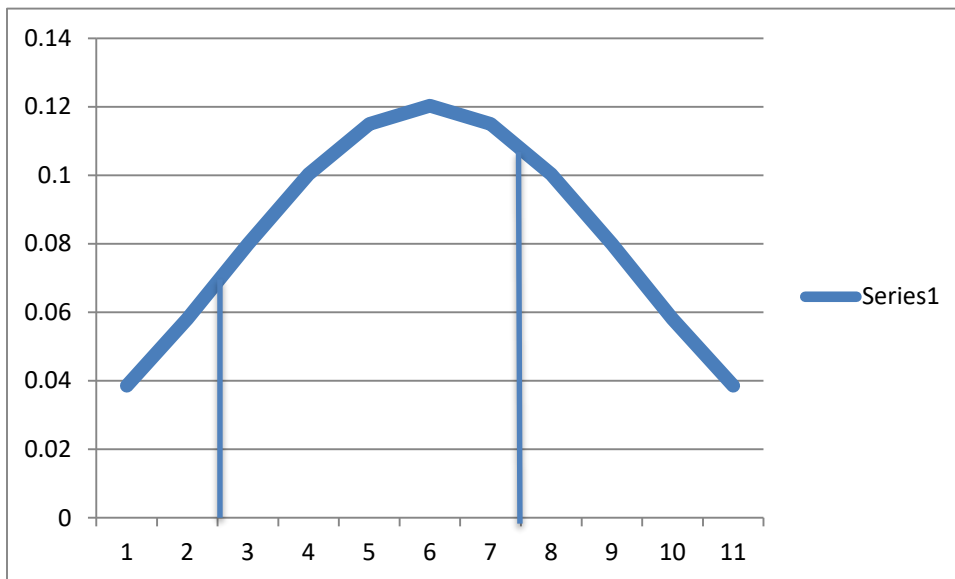
$$A = 4.5 - 0.75 \text{ (3.028)}$$

$$A = 2.229$$

$$B = X + 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$B = 4.5 + 0.75 \text{ (3.028)}$$

$$B = 6.771$$



Alto =8-10

Medio=3-7

Bajo= 0- 2

DIMENSIÓN 2: Prevención De La Tuberculosis Infantil.

Estadísticos Descriptivos

	N	Media	Desviación estándar
D2	12	5,50	3,606
N válido (por lista)	12		

$$A = X - 0.75 (D.S)$$

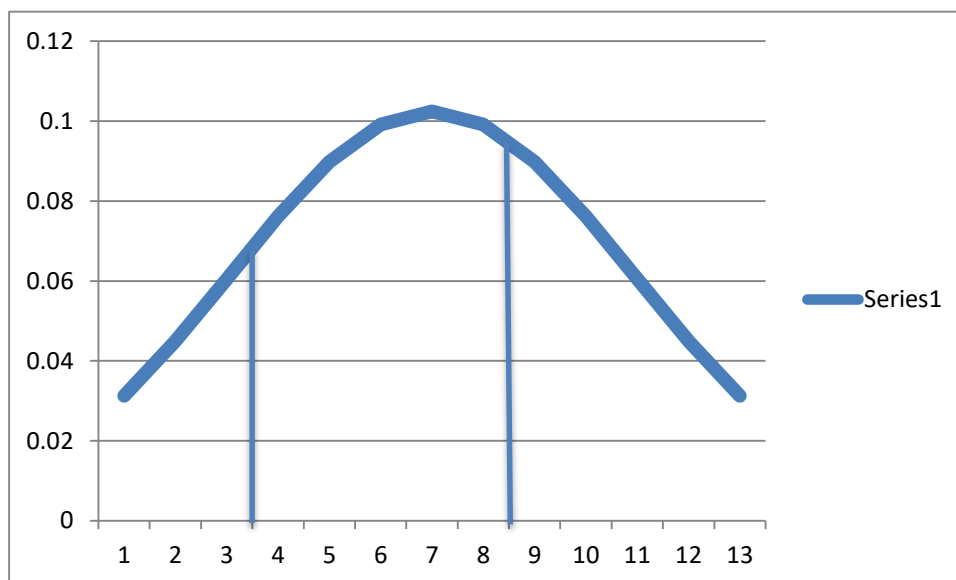
$$A = 5.5 - 0.75 (3.606)$$

$$A = 2.7955$$

$$B = X + 0.75 (D.S)$$

$$B = 5.5 + 0.75 (3.606)$$

$$B = 8.2045$$



Alto = 9-12

Medio = 4-8

Bajo = 0-3

CALCULO DE PUNTAJE SEGÚN ESTANINOS DE LA VARIABLE PRÁCTICAS PREVENTIVAS.

Estadísticos Descriptivos

ESCALA DE LIKERT	N	Media	Desviación estándar
Total	115	80,00	33,342
N válido (por lista)	115		

$$A = X - 0.75 (D.S)$$

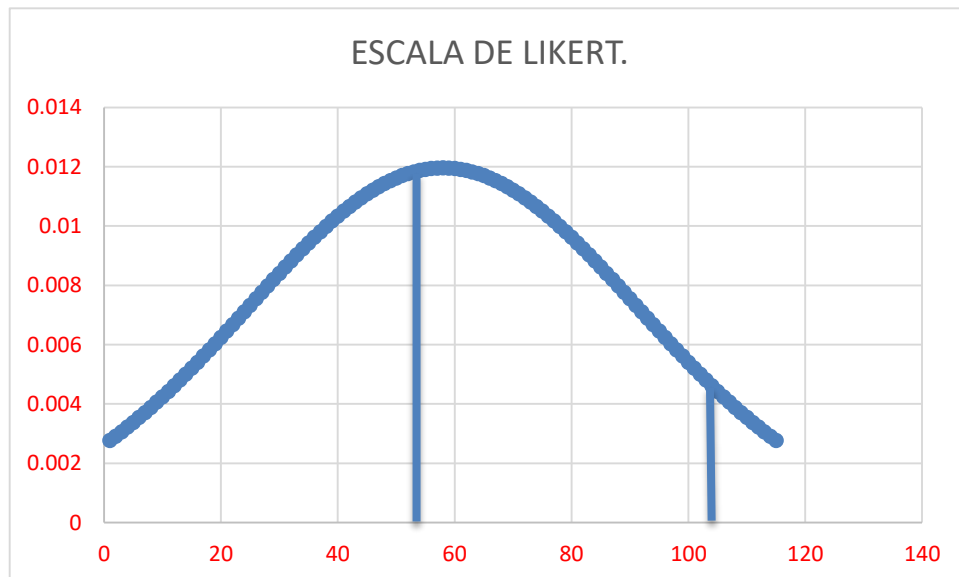
$$A = 80 - 0.75 (33,342)$$

$$A = 54.9935$$

$$B = X + 0.75 (D.S)$$

$$B = 80 + 0.75 (33,342)$$

$$B = 105.0065$$



Bueno = 106-115

Regular = 56-105

Deficiente = 22-55

CALCULO DE PUNTAJE SEGÚN ESTANINOS DE LA VARIABLE PRÁCTICAS PREVENTIVAS.

DIMENSIÓN 1: Medidas Personales.

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desviación estándar
D1	65	45.00	18,908
N válido (por lista)	65		

$$A = X - 0.75 (D.S)$$

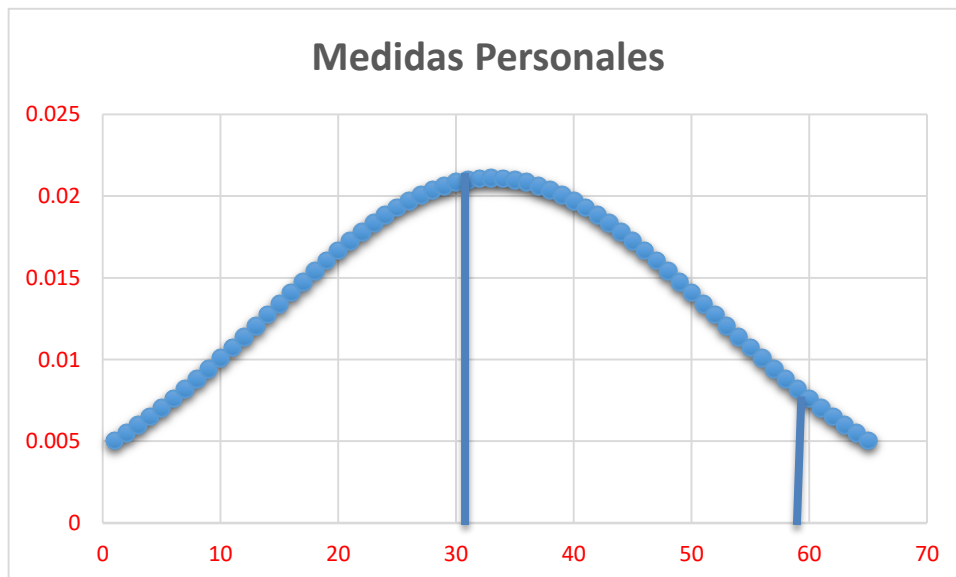
$$A = 45 - 0.75 (18,908)$$

$$A = 30.819$$

$$B = X + 0.75 (D.S)$$

$$B = 45 + 0.75 (18,908)$$

$$B = 59.181$$



Bueno = 60-65

Regular = 32-59

Deficiente = 0-31

DIMENSIÓN 2: Medidas Ambientales.

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desviación estándar
D2	45	31.00	13,134
N válido (por lista)	45		

$$A = X - 0.75 (D.S)$$

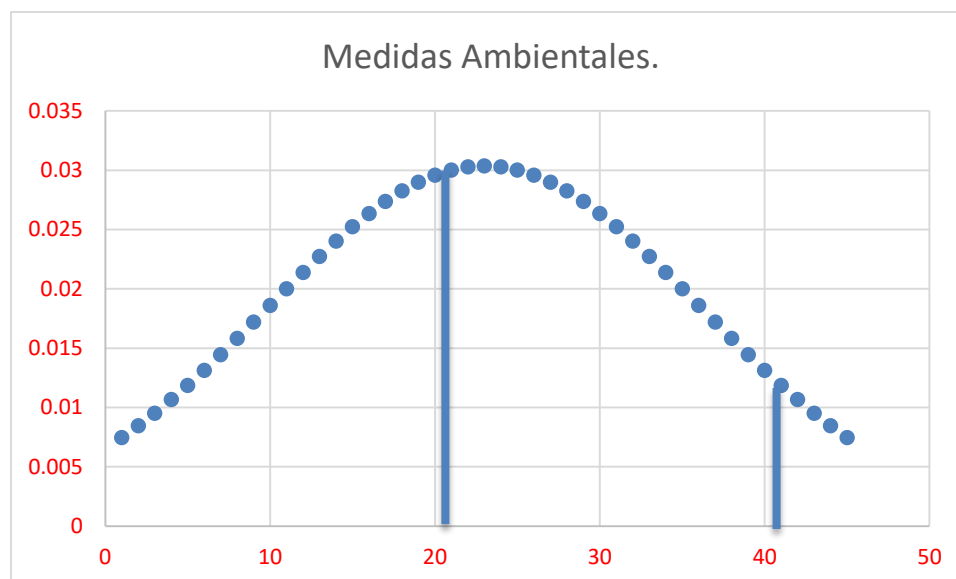
$$A = 31 - 0.75 (13,134)$$

$$A = 21.1495$$

$$B = X + 0.75 (D.S)$$

$$B = 31 + 0.75 (13,134)$$

$$B = 40.8505$$



Bueno =42-45

Regular =22-41

Deficiente = 0-21

Anexo 11

Tabla de resultados según dimensiones

VARIABLE CONOCIMIENTO	Pretest INCORRECTO		Pretest CORRECTO		TOTAL		Postest INCORRECTO		Postest CORRECTO		TOTAL	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
1. ¿Ud. Sabe Qué es la TBC Pulmonar?	39	43.3	51	56.7	90	100	15	16.7	75	83.3	90	100.0
2. La tuberculosis es una enfermedad que:	54	60	36	40	90	100.0	24	26.7	66	73.3	90	100.0
3. La tuberculosis es causada por:	62	68.9	28	31.1	90	100.0	27	30.0	63	70.0	90	100.0
4. ¿En qué casos un niño tiene riesgo de adquirir la Tuberculosis?	50	55.6	40	44.4	90	100.0	12	13.3	78	86.7	90	100.0
5. La tuberculosis se contagia por:	50	55.6	40	44.4	90	100.0	33	36.7	57	63.3	90	100.0

7. 6. ¿A qué órganos ataca con más frecuencia la tuberculosis?	49	54.4	41	45.6	90	100.0	30	33.3	60	66.7	90	100.0
7. 7. ¿A que de edad el niño está más expuesto a contraer tuberculosis?	62	68.9	28	31.1	90	100.0	29	32.2	61	67.8	90	100.0
7. 8. En el inicio de la Tuberculosis Pulmonar, se presenta tos por más de:	53	58.9	37	41.1	90	100.0	38	42.2	52	57.8	90	100.0
7. 9. ¿Qué síntomas presenta un niño con tuberculosis pulmonar?	51	56.7	39	43.3	90	100.0	35	38.9	55	61.1	90	100.0
Dimensión: Prevención												
10. ¿Qué tipo de alimentación debe consumir un niño para prevenir la TBC?	50	55.6	40	44.4	90	100.0	34	37.8	56	62.2	90	100.0
11. ¿Cuántas veces al día debe ingerir alimentos un niño para que este bien protegido contra la TBC?	49	54.4	41	45.6	90	100.0	36	40.0	54	60.0	90	100.0

12. La vacuna BCG protege contra:	61	67.8	29	32.2	90	100.0	15	16.7	75	83.3	90	100.0
13. A quienes se aplica la vacuna BCG:	44	48.9	46	51.1	90	100.0	24	26.7	66	73.3	90	100.0
14. Si un niño tiene riesgo de sufrir tuberculosis, el medico indicara:	50	55.6	40	44.4	90	100.0	27	30.0	63	70.0	90	100.0
15. El tratamiento preventivo que se da a los niños para evitar tuberculosis pulmonar es:	54	60.0	36	40.0	90	100.0	12	13.3	78	86.7	90	100.0
16. La tuberculosis se puede contagiar cuando en casa:	50	55.6	40	44.4	90	100.0	33	36.7	57	63.3	90	100.0
17. Un niño se puede contagiar de tuberculosis	48	53.3	42	46.7	90	100.0	30	33.3	60	66.7	90	100.0
18. ¿Qué cuidados se debe tener cuando un niño vive con un paciente con TBC?	44	48.9	46	51.1	90	100.0	29	32.2	61	67.8	90	100.0
19. La vacuna BCG protege contra:	48	53.3	42	46.7	90	100.0	38	42.2	52	57.8	90	100.0
20. ¿Qué cuidados se debe tener cuando un niño tiene contacto con un paciente con TBC?	52	57.8	38	42.2	90	100.0	35	38.9	55	61.1	90	100.0

VARIABLE PRACTICAS	NUNCA		MUY POCAS VECES		ALGUNAS VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE.	
	FREC	%	FRE C.	%	FREC	%	FREC	%	FREC.	%
Dimensión: Personales										
1. En esta semana su niño ha consumido diario proteínas animales como en carne pollo, res, pavita y pescado.	10	11.1	30	33.3	28	31.1	15	16.7	7	7.8
2. Su niño consume diariamente lácteos como leche, huevo, yogur o queso.	8	8.9	20	22.2	34	37.8	21	23.3	7	7.8
3. Su niño consume proteínas vegetales como menestras 3 veces por semana como el pallar,	14	15.6	32	35.6	32	35.6	11	12.2	1	1.1
4. Su niño consume diariamente 3 frutas distintas al día.	14	15.6	35	38.9	32	35.6	9	10.0		
5. Su niño consume diariamente 3 frutas distintas al día.	16	17.8	44	48.9	26	28.9	4	4.4		
6. Su niño consume diariamente 3 verduras de distintos colores al día.	6	6.7	24	26.7	31	34.4	25	27.8	4	4.4
7. Ha llevado al centro de salud a su niño para que le realicen un despistaje de TBC como control preventivo.	11	12.2	30	33.3	32	35.6	15	16.7	2	2.2
8. Su niño se cubre la boca al toser o estornudar.	22	24.4	37	41.1	18	20.0	11	12.2	2	2.2
9. Su niño se protege cuando alguien al su alrededor tose o estornuda.	17	18.9	40	44.4	28	31.1	5	5.6		

10. Su niño evita escupir en el piso.	11	12.2	32	35.6	25	27.8	15	16.7	7	7.8
11. Su niño se protege cuando alguien al su alrededor escupe en el piso.	9	10.0	28	31.1	31	34.4	18	20.0	4	4.4
12. Su niño se lava las manos después de cubrirse al estornudar o toser.	5	5.6	29	32.2	34	37.8	21	23.3	1	1.1
13. Su niño se lava las manos después de ir a los servicios higiénicos.			11	12.2	37	41.1	30	33.3	12	13.3
Dimensión Ambiental.										
14. Su niño después de cubrirse la boca se lava las manos.	3	3.3	27	30.0	37	41.1	15	16.7	8	8.9
15. Abre las ventanas y cortinas para ventilar e iluminar los ambiente de su casa.			11	12.2	37	41.1	30	33.3	12	13.3
16. Evita abrir las ventanas y cortinas de su casa en época de invierno.	17	18.9	40	44.4	28	31.1	5	5.6		
17. Realiza diariamente la desinfección de la habitación del niño con soluciones desinfectantes	6	6.7	24	26.7	31	34.4	25	27.8	4	4.4
18. La cama donde duerme su niño es compartida con algún miembro de la familia.	14	15.6	32	35.6	32	35.6	11	12.2	1	1.1
19. Su niño duerme en la misma habitación con otras personas.	16	17.8	44	48.9	26	28.9	4	4.4		
En el caso que en su familia haya un paciente con TBC responda la siguientes preguntas:										

20. Su niño toma algún tratamiento preventivo indicado en la posta médica (pastilla quimioproláctico).	22	24.4	37	41.1	18	20.0	11	12.2	2	2.2
21. Se han realizado en las últimas semanas en casa charlas educativas por parte del personal de salud.	3	3.3	27	30.0	37	41.1	15	16.7	8	8.9
22. Su familiar realiza la técnica correcta al toser y estornudar cubriéndose la boca con un papel y eliminando inmediatamente.	14	15.6	32	35.6	32	35.6	11	12.2	1	1.1

Anexo 12:

Resultado de turnitin.

feedback studio Jose Luis DE LA CRUZ CUMPEN conocimiento y practicas preventivas en madres

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

"Efectos de un programa educativo en el conocimiento y prevención materna de tuberculosis infantil. Colegio Nacional Carlos Mariátegui, 2017"

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTOR

Resumen de coincidencias

29 %

Se están viendo fuentes estándar

Ver fuentes en inglés (Beta)

Coincidencias

1	www.scielo.cl	4 %
2	repositorio.ucv.edu.pe	3 %
3	cybertesis.urp.edu.pe	2 %
4	repositorio.uns.edu.pe	1 %
5	www.paho.org	1 %
6	repositorio.upecen.edu..	1 %

Página: 1 de 91 Número de palabras: 22820 Text-only Report