



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

***“ATENCIÓN INTEGRAL Y CONDICIÓN DE EGRESO DE LOS
PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE UN CENTRO MATERNO
INFANTIL PÚBLICO. VENTANILLA 2018”***

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA
CON MENCIÓN EN GESTIÓN HOSPITALARIA**

**AUTORA:
YAULI TORRES, CLAUDIA SALOMÉ**

**ASESORA:
DRA. SEQUEIROS PASTOR, SILVIA IRENE**

**JURADO:
DR. LOZANO ZANELLY, GLENN ALBERTO
DRA. CRUZ GONZALES, GLORIA ESPERANZA
DR. ALVITEZ MORALES, JUAN DANIEL**

**LIMA – PERÚ
2021**

TESIS

“ATENCIÓN INTEGRAL Y CONDICIÓN DE EGRESO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE UN CENTRO MATERNO INFANTIL PÚBLICO VENTANILLA 2018”

DEDICATORIA

A Dios por ser mi fuerza
para nunca darme por vencida
A mis padres por ser mi ejemplo
de lucha constante.

RECONOCIMIENTO

Mi especial reconocimiento para los distinguidos Miembros del Jurado:

Dr. Glenn Alberto Lozano Zanelly

Dra. Gloria Esperanza Cruz Gonzales

Dr. Juan Daniel Alvitez Morales

Por su criterio objetivo en la evaluación de este trabajo de investigación.

Asimismo, mi reconocimiento para mi asesor:

Dra. Sequeiros Pastor, Silvia Irene

Por las sugerencias recibidas para el mejoramiento de este trabajo.

Muchas gracias para todos.

ÍNDICE

CARÁTULA	i
TÍTULO.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
RECONOCIMIENTO	iv
ÍNDICE.....	v
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	x
1.1. Planteamiento del Problema.....	12
1.2. Descripción del problema.....	13
1.3. Formulación del problema.....	17
1.3.1. Problema General.....	17
1.3.2. Problema Específicos.....	17
1.4. Antecedentes.....	18
1.4.1. Antecedentes internacionales.....	18
1.4.2. Antecedentes nacionales.....	23
1.5. Justificación de la investigación.....	29
1.6. Limitaciones de la investigación.....	31
1.7. Objetivos de la investigación.....	32

1.7.1.	Objetivo general.	32
1.7.2.	Objetivos específicos.	32
1.8.	Hipótesis de la investigación.	33
1.8.1.	Hipótesis general.	33
1.8.2.	Hipótesis específicas.	33
II.	MARCO TEÓRICO	34
2.1.	Teorías relacionadas con la investigación.	34
2.1.1.	Atención Integral en pacientes con tuberculosis.	34
2.1.2.	Condición de egreso del paciente con tuberculosis.	41
2.2.	Definición de términos	43
2.3.	Propuestas de la Investigación.....	46
III.	MÉTODO	47
3.1.	Tipo de Investigación.	47
3.2.	Población y muestra	49
3.3.	Operacionalización de las variables.....	51
3.4.	Instrumentos.	55
3.5.	Procedimientos.	57
3.6.	Análisis de datos.....	57
3.7.	Consideraciones éticas.....	58
IV.	RESULTADOS	60
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	74

VI.	CONCLUSIONES.....	78
VII.	RECOMENDACIONES	79
VIII.	REFERENCIAS	80
IX.	ANEXOS.....	85
	Anexo 1. Matriz de Consistencia.....	86
	Anexo 2. Instrumento de recolección de datos	88
	Anexo 3. Validación del instrumento por Juicio de Expertos	91
	Anexo 4. Confiabilidad del Instrumento con el Alfa de Cronbach	99
	Anexo 5. Consentimiento informado.....	100

RESUMEN

Esta tesis se realizó con la intención principal de determinar la relación entre la atención integral y la condición de egreso de pacientes con tuberculosis del Centro Materno Infantil Público, ventanilla 2018. Las variables de estudio fueron la atención integral (variable independiente) y condición de egreso (variable dependiente). La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, un nivel o alcance explicativo. El diseño fue no experimental, transversal. La población fueron 150 pacientes, la muestra 109, la técnica empleada fue la encuesta y registro de recolección de datos a través de la observación, se utilizó una encuesta como instrumento y el análisis se realizó con estadística aplicada a través del programa SPSS.

En el presente trabajo el problema existente se presentó por la carencia de interés de los pacientes para concluir su tratamiento ambulatorio y la necesidad de no tener un personal exclusivo de la estrategia de Tuberculosis, los posibles arreglos se han formulado a través de las hipótesis; así mismo los objetivos se establecieron formando parte del cuerpo de la investigación. Todos estos elementos se formaron sobre la base de los factores e indicadores de la investigación.

La principal conclusión a la que se llegó es que existe una fuerte relación entre las variables atención integral y la condición de egreso de los pacientes con tuberculosis de modo satisfactorio; de tal forma que existe una conexión positiva y significativa en la atención y tratamiento de la tuberculosis, así como en la condición de egreso del centro materno infantil Pachacutec Perú Corea.

Palabras claves: atención integral, condición de egreso, pacientes, tuberculosis.

ABSTRACT

This thesis was carried out with the main intention of determining the relationship between comprehensive care and the discharge condition of patients with tuberculosis from the Pachacutec Peru Korea Public Maternal and Child Center. The study variables were comprehensive care (independent variable) and discharge condition (dependent variable). The research had a quantitative approach, an explanatory level or scope. The design was non-experimental, cross-sectional. The population was 150 patients, the sample 109, the technique used was the survey and data collection record through observation, a survey was used as an instrument and the analysis was carried out with statistics applied through the SPSS program.

In the present work, the existing problem was presented by the lack of interest of the patients to conclude their outpatient treatment and the need not to have an exclusive staff of the Tuberculosis strategy. Possible arrangements have been formulated through hypotheses; Likewise, the objectives were established as part of the body of the investigation. All these elements were formed on the basis of the factors and indicators of the investigation.

The main conclusion reached is that there is a strong relationship between the comprehensive care variables and the satisfactory discharge condition of patients with tuberculosis; in such a way that there is a positive and significant connection in the care and treatment of tuberculosis, as well as in the condition of discharge from the Pachacutec Peru Korea maternal and child center.

Keywords: comprehensive care, discharge condition, patients, tuberculosis.

I. INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis Pulmonar (TBC) para la salud pública mundial y local continúa siendo una amenaza trascendental y es en este contexto donde abarca varias posibilidades desde la adherencia a su realidad o bien el abandono de no tomar la medicación en su totalidad. La tuberculosis fue declarada como emergencia global en 1993 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) debido al aumento constante en la incidencia de casos, relacionado con la gestión deficiente de los programas, con el abandono de la lucha antituberculosa por parte de algunos gobiernos, por ello, me permito presentar la tesis titulada: “Atención integral y condición de egreso de los pacientes con tuberculosis de un Centro Materno Infantil Público ventanilla 2018”.

El estudio desarrollará el manejo de los casos de pacientes con tuberculosis por parte del personal de la estrategia de TBC y su relación con la condición de egreso de los mismos, logrando la garantía que completen el tratamiento de forma satisfactoria.

Para una mejor esquematización, el trabajo de investigación se ha dividido en ocho capítulos, de la siguiente manera:

Se inicia esta investigación con el planteamiento, descripción y formulación del problema, antecedentes, justificación e importancia, limitaciones objetivos e hipótesis. Se sintetiza el marco teórico de la investigación; resalta las teorías generales relacionadas con el tema, y el marco conceptual. Contiene el método, el tipo, diseño de la investigación, la prueba de hipótesis, Operacionalización de variables, instrumentos y análisis de datos, así como, las consideraciones éticas. Se presenta los resultados, considera la contrastación de las hipótesis y

el análisis e interpretación de la investigación. También presenta la discusión de la investigación, contiene las conclusiones que amerita el estudio. Al final se presenta las recomendaciones en relación al tema y las referencias de la investigación.

1.1. Planteamiento del Problema.

La tuberculosis es una enfermedad prevenible y curable, actualmente es una amenaza para la salud principalmente porque el microorganismo causal, el bacilo de Koch ha mutado y desarrollado una gran resistencia a los principales fármacos utilizados en el tratamiento, ocasionando la presencia de casos de tuberculosis resistente, en países que tienen alta incidencia (Asia, África y Latinoamérica).

Aproximadamente un tercio de la población mundial está infectada por el bacilo de la tuberculosis de los cuales solo una pequeña proporción de los infectados, enfermará de tuberculosis. Las personas con sistemas inmunitarios debilitados corren un riesgo mucho mayor de enfermar de tuberculosis. Las personas afectadas por el VIH tienen aproximadamente entre 26 y 31 veces más probabilidades de desarrollar una tuberculosis activa OMS (2018).

Los pacientes con tuberculosis reciben una atención integral por parte de un equipo multidisciplinario de acuerdo a la norma técnica indicada por MINSA (2013), las evaluaciones por los distintos servicios varían de acuerdo si es tuberculosis sensible o resistente tan igual como el pedir los exámenes auxiliares. La condición de egreso se toma en cuenta cuando el paciente finaliza el tratamiento o no acude a recibir tratamiento por un mínimo de 30 días, teniendo como condición de egreso: curado, tratamiento completo, fracaso, fallecido, abandono y no evaluado.

Cuando se da una atención integral óptima favorece las condiciones de egreso del paciente, pero al no recibir dicha atención independientemente de otros factores se puede presentar casos de abandono, fracaso al tratamiento o que no acuden a su evaluación final.

Por ello mismo, se creó la estrategia “Fin a la TB” el cual se debe cumplir las metas de disminuir la tuberculosis en un 4 a 5%. Siendo objeto de estudio el presente trabajo de investigación.

1.2. Descripción del problema.

A nivel mundial, según la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis - ESPCT (2016) la incidencia de TBC, a partir del año 2000, ha disminuido en promedio de 1.5% por año. Sin embargo, para el año 2015, hubo 10,4 millones de casos nuevos de TBC, de los cuales 5.9 millones fueron hombres, 3.5 millones fueron mujeres y 1.0 millón fueron niños; siendo VIH positivos, el 11% del total de casos nuevos. Además, las muertes por TBC fueron de 1.4 millones (890 000 hombres, 480 000 mujeres y 140 000 niños).

Según la OMS (2018), en el año 2017, la Tuberculosis Multidrogoresistente (TB MDR) constituyó una crisis de salud pública y una amenaza para la seguridad sanitaria. Según las estimaciones, hubo 558 000 nuevos casos de resistencia a la rifampicina (el fármaco de primera línea más eficaz), de los cuales el 82% padecían TB-MDR. La carga de tuberculosis multirresistente recae en buena parte sobre tres países: la India, China y la Federación de Rusia, que juntos suman casi la mitad de los casos registrados a nivel mundial. En el año 2017 cerca del 8,5% de los casos multirresistentes presentaban tuberculosis extensamente resistente (TB XDR).

Como respuesta a ello, se desarrolló la estrategia de Terapia de Observación Directa (DOTS), cuya finalidad es fortalecer los modelos de gestión del programa y los servicios de diagnóstico y tratamiento. Los pacientes con la enfermedad de tuberculosis

deben seguir el curso recomendado de tratamiento y deben completarlo de forma oportuna para curar la enfermedad y evitar la farmacorresistencia.

El cumplimiento del tratamiento por parte del paciente con tuberculosis puede ser difícil por la cantidad de medicamentos que recibe por, al menos, 6 meses. Los trabajadores de la salud trabajan dando una atención integral en la cual participan: médico tratante, licencia en enfermera, técnico en enfermería, psicólogo, trabajadora social, nutricionista y la obstetra, ayudando a los pacientes a cumplir el tratamiento porque no hacerlo puede traer consecuencias graves.

En América del Sur, se estima que hubo 77.000 casos nuevos durante el 2015 y se cree que el 38% ocurrieron en el Perú. De este modo, nuestro país es el segundo con la incidencia más elevada de TBC en América del Sur - OMS (2018). La Tuberculosis es una de las principales causas de muerte a nivel mundial y según su informe anual reporta una proporción general de abandono del tratamiento para América Latina del 6% siendo en el Perú de 5% o 6%, lo que identifica la necesidad de un mejor control y tomar acciones de prevención OMS (2018).

Situando la proporción de casos por regiones en el Perú, hubo 31 mil casos de TB sensible, 1260 casos de TB MDR y 66 casos de TB XDR, donde se encontró más incidencia fue en Madre de Dios, Callao, Ucayali, Tacna, Loreto y Lima, por lo que, se ha fortalecido la atención con medicina y médicos MINSA (2013).

Lima y Callao, en los últimos años han sido las regiones más afectadas por Tuberculosis, concentrando el 57% de todos los casos de TBC sensible, el 83% de TBC MDR y 90% (TBC XDR), los factores fueron: poca revisión de las historias clínicas, ausencia de evolución continua por parte del equipo asistencial denotándose que las historias clínicas se repiten, pérdida de exámenes realizados en pacientes, por

consiguiente, al equipo multidisciplinario le falta trabajar con humanización como parte ética de su trabajo realizado OMS (2018).

En la región Callao, la tasa de incidencia de Tuberculosis en el periodo 2013 al 2015 tiene una tendencia ascendente, siendo superior que la tasa de incidencia nacional; asimismo, para el año 2015 se muestra un leve ascenso de la mortalidad y de la TBC Frotis positivo. Según el Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis SIGTB (2016) en pacientes con TB MDR y XDR para las regiones y Lima provincia presentó 33% de éxito al tratamiento, 14.2% abandono, 0.57% fallecidos, 0.57% fracaso y 51.7% no evaluados; para las redes de Lima metropolitana presento 36% de éxito al tratamiento, 16.1% abandono, 1.1% fallecidos, 0.7% fracaso, 46.1% no evaluados; y a nivel nacional presento 34.5% de éxito al tratamiento, 15.2% abandono, 0.8% fallecidos, 0.7% fracaso y 48.9% no evaluados.

Un estudio realizado por Ascarza (2018). Refiere que los pacientes con tuberculosis que recibieron tratamiento en el Hospital Cayetano Heredia, su condición de egreso en el distrito de Ventanilla tiene alta carga de tuberculosis con predominio de la Tuberculosis Pulmonar frotis positivo (118 x 100,000 habitantes), presentándose gran concentración de Tuberculosis Multidrogoresistente y Tuberculosis Extensamenteresistente, que lo ubica en un porcentaje de alto riesgo en relación a la enfermedad, donde el control de la enfermedad recae en el abandono del tratamiento con una tasa del 12,5%, agravándose el problema de salud pública en el MINSA para el año 2017.

La Red de Salud de Ventanilla cuenta con 15 establecimientos de salud, según la ESCPT – DIRESA CALLAO (2018) reporto para el año 2017 un total de 358 casos nuevos de tuberculosis en todas sus formas, de los cuales más de 83.8% son de localización

pulmonar. Para el año 2016, según la ESPCT – DIRESA CALLAO (2018) en la red Ventanilla se tuvo un total de 472 casos de TB en todas las formas; con 405 casos de TB sensible y 67 casos de TB drogoresistente. Para el año 2017 se tiene registrada una tasa de incidencia de tuberculosis en todas sus formas de 78.99 por 100,000 habitantes y una tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar de 66.2 por 100,000. En el 2017 se registraron 17 defunciones por tuberculosis siendo la tasa de mortalidad de 3.8 por 100,000 habitantes

El Centro Salud Materno Infantil (CSMI) Pachacútec Perú Corea de nivel I-4 tiene una población de 130 mil habitantes, según la Plataforma Digital del Estado Peruano (2017), el CSMI Perú Corea realizó 142 047 atenciones al año y 50 partos al mes beneficiando a los pobladores de Ventanilla. Tiene los servicios de Medicina general, CRED, obstetricia, medicina familia, otorrinolaringología, medicina física y Rehabilitación, Pediatría, cardiología, nefrología, sala de partos, centro obstétrico, emergencia obstétrica, rayos X y PCT. El CSMI Pachacútec Perú Corea presento para el año 2016 una morbilidad de TB sensible de 7.4% y la morbilidad drogorresistente 3%; y para el 2017 presento una morbilidad de TB sensible 7.3% y la morbilidad drogorresistente 4% por lo que se evidencia un aumento en la morbilidad drogorresistente. Para el año 2018 hay 3.33% de abandonos en TB sensible y 0% de abandonos en TB resistente. Tomando en cuenta la problemática descrita, el estudio atención integral y condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil público tiene como finalidad investigar la relación entre dichas variables a fin de determinar el efecto de la condición de egreso del paciente en razones de buena salud.



Fuente: Dirección General de Operaciones –DGOS –MINSA (2019)

1.3. Formulación del problema.

1.3.1. Problema General.

¿De qué manera la atención integral se relaciona con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil Público Ventanilla 2018?

1.3.2. Problema Específicos.

- ¿De qué manera el enfoque biológico se relaciona con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil público Ventanilla 2018?
- ¿De qué manera el enfoque psicológico se relaciona con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil público Ventanilla 2018?
- ¿De qué manera el enfoque social se relaciona con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil Público Ventanilla 2018?

1.4. Antecedentes.

1.4.1. Antecedentes internacionales.

Dueñas y Cardona (2016). Realizaron el trabajo de investigación Factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis Pereira, Colombia, 2012 – 2013, cuyo objetivo general fue determinar la relación entre el cumplimiento del tratamiento contra la tuberculosis y los factores sociodemográficos, económicos y clínicos, y los relacionados con los medicamentos, tanto de índole objetiva como subjetiva, en pacientes mayores de 18 años. El estudio es de tipo cuantitativo con diseño no experimental descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 174 registros de pacientes del programa de tuberculosis y 15 entrevistas semiestructuradas hechas a los pacientes.

Los resultados arrojaron que el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar fue de 94.8% y fue mayor en los pacientes del régimen contributivo, el incumplimiento del tratamiento fue de 5.2%, la falta de apoyo familiar, el abandono del trabajo, el impacto económico y la insatisfacción con la oportunidad de la atención en la institución de salud fueron factores importante a la hora de incumplir el tratamiento, llegándose a la conclusión de que el régimen de afiliación al sistema de salud y la tolerancia a los medicamentos fueron los factores objetivos relacionados con el cumplimiento del tratamiento y, la carga social y económica de la enfermedad, el factor subjetivo.

Aguilar, Arriaga, Rodas y Netto (2019). Realizaron el trabajo de investigación Tabaquismo y el Fracaso del Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar: estudio de un caso – control. El objetivo general de la investigación fue determinar la asociación entre

el tabaquismo y el fracaso del tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Se realizó un estudio de tipo caso - control, realizado en el Instituto Brasileiro para la Investigación de la Tuberculosis en Salvador, Brasil entre 2007 y 2015.

Se realizó un estudio de diseño caso – control. La población estuvo conformada por 50 casos de fracaso en el tratamiento con 234 controles de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y con resultado final de cura. Los resultados demostraron que se atribuyó el fracaso del tratamiento al tabaquismo y a la edad, y no al sexo, salario, escolaridad, consumo de alcohol o estado civil. Así, aun después del ajuste por edad, los pacientes con antecedentes de tabaquismo tienen 2,1 veces más chance de fracaso en el tratamiento de la tuberculosis. Además, tener una edad mayor de 50 años mostró que la posibilidad de fracaso aumenta 2,8 veces más. Las conclusiones fueron que El tabaquismo está relacionado con el fracaso del tratamiento de la tuberculosis pulmonar, así como también el envejecimiento.

Medeiros, Castro, Paes y Novaes (2017). Realizaron el trabajo de investigación Aspectos Sociodemográficos y Clínico Epidemiológicos del Abandono del Tratamiento de Tuberculosis en Pernambuco, Brasil 2001 – 2014. El objetivo fue describir las proporciones de abandono según características sociodemográficas y clínico-epidemiológicas de los nuevos casos en tratamiento para tuberculosis, en Pernambuco, Brasil. Se realizó una investigación de tipo ecológico descriptivo con datos del Sistema de Información sobre enfermedades de notificación obligatoria, en el período 2001-2014. El instrumento utilizado fue el Sistema de Información sobre enfermedades de notificación obligatoria. La población fueron los 57 015 nuevos casos entre el año 2001 – 2014. Los resultados demostraron que de los 57.015 nuevos casos, 6.474 (11,3%)

abandonaron el tratamiento, disminución del 16,4% (2001) al 9,3% (2014); las GERES I Recife, III Palmares, IV Caruaru, VIII Petrolina y IX Ouricuri tenían una proporción de abandono >5% en 2014; la proporción fue mayor en hombres (11,9%), entre 20-39 años (12,7%), con educación primaria incompleta (12,1%), negros (13,7%), institucionalizados (12,5%) y con presentación clínica pulmonar + extra pulmonar (14,1%). Las conclusiones fueron que, a pesar de la disminución, la proporción de abandono se mantuvo alta; hombres, adultos con bajo nivel de educación, negros, institucionalizados y con tuberculosis pulmonar + extra pulmonar demuestran mayor predisposición al abandono.

Alves y Flores (2018). Realizaron el trabajo de investigación Perfil de casos de reingreso tras abandono del tratamiento de la tuberculosis en Salvador, Bahia, Brasil. El objetivo general fue describir el perfil de los casos de reingreso después del abandono del tratamiento Salvador, Bahía, de 2006 a 2015, que comprende estudios sociodemográficos, clínicos e individuos. Se realizó un estudio de tipo ecológico descriptivo, exploratorio, espacio-temporal. La población estuvo conformada por 1611 casos de reingreso. El instrumento utilizado fue el Sistema de Información de Notificación de Enfermedades (SINAN). Los resultados demostraron que hubo 1,611 casos de reingreso, predominantemente masculino, de 30 a 49 años, marrón, con educación primaria incompleta, presentando tuberculosis pulmonar y VIH negativo. Los distritos de salud de Cabula / Beiru, Rail Suburb y San Caetano / Valéria mostró tasas de incidencia más altas. Las conclusiones fueron que el perfil encontrado es consonante con los individuos de mayores tasas de incidencia de la enfermedad, así como las tasas

más altas de mortalidad por tuberculosis en todo el país y el nivel educativo del individuo fue un factor crucial para un mayor reingreso.

De Sousa, Barbosa, Bierrenbach y Basta (2019). Realizaron el trabajo de investigación Tuberculosis entre niños y adolescentes indígenas en Brasil: factores asociados con la muerte y el abandono del tratamiento. El objetivo general de la investigación fue describir características clínicas y sociodemográficas, estimar la incidencia de la tuberculosis (TB), además de analizar factores asociados al abandono y al óbito en la vigencia del tratamiento de los casos de TB, notificados entre niños y adolescentes indígenas, en Brasil entre 2006-2016. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo con diseño no experimental descriptivo. La población estuvo conformada por 2096 casos notificados. El instrumento utilizado fueron las historias clínicas y se utilizó la regresión logística multinomial para elucidar factores asociados al abandono y al óbito.

Los resultados fueron que, del total de 2.096 casos notificados, un 88,2% tuvieron cura, un 7,2% abandonaron el tratamiento y un 4,6% evolucionaron hacia óbito. Hubo un predominio de casos en chicos de 15-19 años y mayor proporción de óbitos (55,7%) en < 4 años. Considerando el conjunto de niños y adolescentes indígenas con TB en Brasil, la incidencia media fue 49,1/100.000, variando de 21,5/100.000 a 97,6/100.000 en las regiones Nordeste y Centro-oeste, respectivamente. Los casos con un seguimiento insuficiente y regular tuvieron mayores oportunidades de abandono (OR = 11,1; IC95%: 5,2-24,8/OR = 4,4; IC95%: 1,9-10,3) y óbito (OR = 20,3; IC95%: 4,9-84,9/OR = 5,1; IC95%: 1,2-22,7). Los casos de retorno al tratamiento (OR = 2,4; IC95%: 2,08-8,55) y con anti-VIH positivo (OR = 8,2; IC95%: 2,2-30,9) también se mostraron

asociados al abandono. Las formas clínicas extrapulmonares (OR = 1,8; IC95%: 1,1-3,3) y mixta (OR = 5,6; IC95%: 2,8-11,4), los casos en < 4 años (OR = 3,1; IC95%: 1,5-6,4) y los casos procedentes de las regiones Norte (OR = 2,8; IC95%: 1,1-7,1) y Centro-oeste (OR = 2,8; IC95%: 1,1-7,0) se mostraron asociados al óbito. Se concluye que el control de la TB en niños y adolescentes indígenas no se podrá alcanzar sin inversiones en investigación y desarrollo y sin la reducción de las desigualdades sociales.

Pérez y Carrillo (2016). Realizaron el trabajo de investigación Evaluación de Aplicación de la Ruta de atención integral de Tuberculosis en Menores de 15 años en la Red de Salud Oriente de Cali 2014. El objetivo general fue realizar una evaluación del proceso de atención integral de TB en menores de 15 años en los puestos de salud Comuneros II y Alfonso Bonilla Aragon de la Red de Salud del Oriente de Cali con base en la aplicación de la ruta de atención integral para la población infantil diseñada por la red de investigación de TB del pacifico. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo diseño no experimental descriptivo. La población estuvo conformada por 50 niños menores de 15 años. El instrumento utilizado fue encuesta tipo cuestionario. Los resultados demostraron que el 42% tenían antecedente patológico previo, pero en ningún caso se encontró que padecieran de enfermedad crónica. Además, el 93% tenían registro de contactos en la tarjeta de tratamiento individual, sin embargo, se evidencia falta de ajuste en los contactos registrados en la tarjeta individual y los contactos reales encontrados en la visita de campo. Las conclusiones fueron que la Red de Salud Oriente de Cali realiza administración no supervisada del tratamiento profiláctico en pacientes pediátricos con entrega del medicamento al cuidador cada 10 días y no se tiene en cuenta los casos índices que presentan abandono al tratamiento antiTB.

1.4.2. Antecedentes nacionales.

Ascarza (2018). Realizó el trabajo de investigación Baciloscopia al inicio del tratamiento antituberculoso como factor pronóstico de la condición de egreso de pacientes con tuberculosis pulmonar tratados en el Hospital Cayetano Heredia en el período 1973-2012. El objetivo fue determinar si la baciloscopia al inicio del tratamiento antituberculoso es un factor pronóstico de la condición de egreso en pacientes con tuberculosis pulmonar. Se realizó una investigación de tipo cohorte retrospectivo, con una población de 1635 pacientes. El instrumento utilizado fue encuesta – cuestionario. Los resultados demuestran la presencia de baciloscopia negativa al inicio del tratamiento antituberculoso está asociada a una mayor probabilidad de curación. La baciloscopia al inicio del tratamiento es un factor pronóstico de la condición de egreso.

Cusi y Serás (2018). Realizaron el trabajo de investigación Calidad de atención y nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar, Hospital Regional de Ayacucho 2018. El objetivo fue establecer relación entre calidad de atención y nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar. Se realizó una investigación de nivel descriptiva, correlacional, diseño no experimental de corte transversal. La población estuvo conformada por los 33 pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho y la muestra fue constituida por la muestra censal. El instrumento utilizado fue de un cuestionario. Los resultados demuestran que existe una relación directa fuerte entre calidad de atención y adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar. Las conclusiones a las que se arribaron son: relación entre atención de calidad en su dimensión interpersonal y nivel

de adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar es directa moderada.

Calderón (2019). Realizó el trabajo de investigación Frecuencia de abandono del tratamiento antituberculoso y factores de riesgo en un Centro Nacional de Excelencia en tuberculosis. Lima, Perú 2010-2015. El objetivo general fue determinar la frecuencia de abandonos de tratamiento de TB y sus factores de riesgo en el Centro Nacional de Excelencia en Tuberculosis Trébol Azul, un centro de atención primaria especializado en TB. Se realizó un estudio de tipo analítico observacional de cohorte histórica en pacientes que llevaron tratamiento de TB en el centro especializado en Trébol Azul, en San Juan de Miraflores, Lima, 2010-2015. La población estuvo conformada por 245 pacientes con TB. El instrumento utilizado fue las pruebas de Fisher y Chi cuadrado, así como la de suma de rangos de Wilcoxon, con un nivel de significancia de 0,05. Los resultados demostraron que el 18% abandonó el tratamiento. Hubo un abandono del 15.2% en esquema de TB sensible y un 29.8% en esquema MDR. Se encontró una alta frecuencia de tratamiento irregular en un 54,7% en toda la población. Además, que consumir drogas ilícitas aumento el riesgo de abandono 3,66 veces. Las conclusiones fueron que 1 de cada 5 pacientes presenta abandono al tratamiento anti TB. Más de la mitad de pacientes presentaron irregularidad al tratamiento. Se evidenció que consumir drogas ilícitas es un factor de riesgo asociado al abandono del tratamiento anti TB.

Bonilla (2016), realizó el trabajo de investigación Factores de Riesgo asociados al Abandono del Tratamiento en pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente en la región Callao, Perú, años 2010-2012. El objetivo general de la investigación fue identificar factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento, en pacientes con

tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR) en la región Callao. Se realizó un estudio de tipo analítico de casos y controles. La población estuvo conformada por 408 casos de TB MDR de los cuales 86 pacientes en situación de abandono al tratamiento cumplieron con la definición de caso y de aquellos con diagnóstico de egresos curados, se encontró 180 pacientes que cumplieron con la definición de controles. El instrumento de recolección de datos utilizado fue un cuestionario aplicado a fuentes primarias, casos y controles. Los resultados demostraron que los factores de riesgo: no tener conocimiento acerca de la enfermedad, OR aj= 23.10, no creer en su curación, OR aj= 117.34; no tener apoyo social, OR aj= 19.16; no considerar adecuado el horario del establecimiento de salud para la administración de medicamentos, OR aj= 78.13; no recibir del personal de salud los informes de laboratorio, OR aj= 46.13; lo cual expresa su asociación con el abandono del tratamiento de tuberculosis multidrogorresistente. Las conclusiones fueron que la tuberculosis constituye un grave problema de salud pública en el mundo; aunque en la actualidad existen fármacos eficaces y potentes, que podrían curar la enfermedad; sin embargo esta ventaja para su control, se ve minimizada por la presencia de abandonos al tratamiento. Se han descrito múltiples factores que influyen sobre esta situación, los cuales, por su carácter multidimensional, tienen que ser enfrentados desde diferentes perspectivas.

Jiménez (2018). Realizó el trabajo de investigación Implementación del Ambiente de Consulta Externa para la Atención Integral de Pacientes con Tuberculosis en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2011-2014. El objetivo general de la investigación fue describir la implementación del ambiente de consulta externa para la atención Integral de pacientes con tuberculosis en el Hospital Regional

Guillermo Díaz de la Vega. Abancay, 2011-2014. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo con diseño no experimental descriptivo observacional. La población estuvo conformada por 180 pacientes con diagnóstico de TB Pulmonar y Extrapulmonar.

El instrumento utilizado fueron historias clínicas. Los resultados demostraron que se aprecia que la mayor cantidad de sintomáticos respiratorios captados en el Hospital RGDV durante el periodo indicado es, en los grupos de edad: 30 a 59 años y en mayores de 60 años; que los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar y extra pulmonar, se encuentran en los grupos de edad de 18 a 59 años, población económicamente activa. También se observa que en mayores de 60 años se va incrementando en los últimos 2 años, lo cual es un riesgo por los contactos menores de edad. Las conclusiones fueron que el total de pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar y extra pulmonar en el Hospital RGDV, representa más del 50% del total de casos de la Región Apurímac (durante los años de estudio, el total de casos registrados en la Región Apurímac oscilan entre 75 a 90 casos, evaluación anual E.S.PCT). Por lo que dada las circunstancias de que los Establecimientos de Salud ya cuentan con personal profesional de Salud en la mayoría de provincias y distritos, se coordinan y se fortalecen las actividades de detección oportuna de pacientes con tuberculosis.

Calderón, Pérez y Robledo (2017). Realizaron el trabajo de investigación Conocimiento y actitudes sobre Tuberculosis en pacientes pertenecientes al programa de control de la tuberculosis de San Juan de Lurigancho, Lima – Perú. El objetivo general fue identificar las deficiencias en el conocimiento de la enfermedad, barreras culturales y prácticas de la sociedad que influyen en el control de la tuberculosis. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal. El nivel de conocimiento se calificó como

adecuado o inadecuado de acuerdo al puntaje general obtenido y respuestas correctas a preguntas clave en cuatro categorías (definición y síntomas, transmisión, tratamiento y prevención). Los resultados demostraron que, en la población de estudio, el conocimiento sobre la tuberculosis fue bajo: solo 18% obtuvo un nivel adecuado de conocimiento; las áreas más deficientes fueron las de prevención (25% en nivel adecuado) y tratamiento (19% en nivel adecuado). Aunque solo un 21% identificó la importancia de la adherencia al tratamiento para evitar recaídas y el desarrollo de resistencia, se encontraron actitudes positivas para concluir el tratamiento. Las conclusiones fueron que el conocimiento de los pacientes sobre la tuberculosis es deficiente, principalmente en las áreas de tratamiento y prevención. Se necesitan medidas para reforzar el conocimiento de pacientes en tratamiento para tuberculosis puesto que influiría en la adherencia, los resultados del tratamiento y control de tuberculosis.

García, Benites y Huamán (2017). Realizaron el trabajo de investigación Barreras para el acceso a la atención integral de las personas afectadas por la coinfección por tuberculosis y virus de inmunodeficiencia humana en Perú, 2010–2015. El objetivo general fue identificar las barreras programáticas que dificultan el acceso a la atención integral de pacientes con coinfección por tuberculosis y virus de la inmunodeficiencia humana (TB/VIH). Se realizó un estudio de tipo método mixto, la investigación cualitativa se realizó mediante entrevistas en profundidad a actores clave y el componente cuantitativo a través del análisis descriptivo de corte transversal de datos programáticos del período 2010–2015 sobre los programas de tuberculosis y VIH de establecimientos de salud de las ciudades de Lima e Iquitos. La población estuvo

conformada por 22 actores clave en siete establecimientos. El instrumento utilizado fue entrevistas. Los resultados demostraron que las barreras identificadas fueron: poca o ninguna coordinación entre los equipos de tuberculosis y VIH, manejo por separado de los casos de tuberculosis y de VIH en diferentes niveles de atención, financiamiento insuficiente, recursos humanos escasos o poco capacitados y ausencia de un sistema de información integrado. Se evidenció que el tamizaje para VIH en pacientes con tuberculosis se incrementó (de 18,8% en 2011 a 95,2% en 2015). Las conclusiones fueron que existe una débil coordinación entre las estrategias sanitarias sobre VIH y sobre tuberculosis; y el manejo de la coinfección por TB/VIH es fragmentado en diferentes niveles de atención, lo que repercute en la atención integral del paciente.

Asencios (2015). Realizó el trabajo de investigación La Tuberculosis y el Índice de Mortalidad en la Jurisdicción del Centro de Salud San Sebastián, Lima 2014. El objetivo general fue determinar el efecto de la tuberculosis en el índice de mortalidad en la jurisdicción del Centro de Salud San Sebastián en el año 2014. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo con diseño cuasi experimental descriptivo-correlacional. La población estuvo conformada por 82 pacientes del mismo programa, la muestra dividida en grupo de control (12 personas) y grupo experimental (12 personas). El instrumento utilizado fue cuestionario tipo encuesta. Los resultados demostraron que el aprendizaje difiere significativamente, ya que el promedio de notas del grupo de control en el pre test, es de 10.6 y en el pos test es de 13, mientras que el promedio de notas del grupo experimental en el pre test es de 11.02 y en el pos test es de 16.12. Dichos promedios hacen una diferencia en el pre test de 0.59, favorable al grupo experimental con 3.29. Estos resultados prueban que los módulos autoinstructivos sobre alimentación,

nutrición, higiene, salud reproductiva y sexual son efectivos y mejoran el conocimiento de los pacientes enfermos de tuberculosis. Las conclusiones fueron que la tuberculosis tiene un efecto significativo en el índice de mortalidad, con una correlación positiva media ($r = 0.854$) y que las charlas de orientación y el módulo autoinstructivo sobre higiene, nutrición y enfermedades de transmisión sexual ayudaron a reducir el índice de mortalidad en los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud San Sebastián en el año 2014 con respecto al año anterior, esto es, de 101 enfermos de tuberculosis a 82 enfermos de tuberculosis.

1.5. Justificación de la investigación.

1.5.1. Justificación Teórica.

La presente investigación se justifica porque permitió aumentar el conocimiento sobre la atención integral por parte del equipo multidisciplinario y la importancia del manejo de un paciente con tuberculosis para lograr que todo paciente culmine su tratamiento y así erradicar la enfermedad en el distrito de Ventanilla.

1.5.2. Justificación Metodológica.

El presente estudio analizó la influencia de cómo debe ser la atención integral y para ello se contó con dos herramientas de investigación que son un cuestionario elaborado por los investigadores que mide la atención integral por parte de los pacientes egresados, y, por otro lado, se aplicó el cuestionario sobre condición de egreso. Estas herramientas brindaron indicadores importantes como el interés de evitar los abandonos, la propagación de la enfermedad y la farmacorresistencia.

1.5.3. Justificación Práctica.

Se justifica la presente investigación porque se validó un instrumento de tipo cuestionario encuesta que fue empleado hacia los pacientes a fin de demostrar cómo es la atención integral relacionada a la condición de egreso en el Centro de Salud Materno Infantil Pachacutec Perú Corea.

1.5.4. Justificación Económico-social.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos OMS (2018). La tuberculosis es una enfermedad de gran impacto, el cual se justifica declarar como emergencia sanitaria nacional motivo por el cual se creó el DOTS para brindar una atención integral efectiva y se debe poner en práctica por parte del equipo multidisciplinario para llegar a cumplir con la meta “Fin a la Tuberculosis” para el 2030 dado por la OPS y así los pacientes concluyan su tratamiento como curados o tratamiento completo evitando los abandonos, fracasos al tratamiento y fallecimientos.

La supervisión estricta del tratamiento acortado estrictamente supervisado (DOTS-TAES) es la mejor estrategia costo-efectiva que se conoce para garantizar la curación de los enfermos hasta el 100%, cortando la cadena de transmisión de manera oportuna. Es importante destacar que el riesgo de no garantizar la adherencia terapéutica genera farmacoresistencia.

1.5.5. Importancia de la investigación.

La importancia de la investigación se basa en que la tuberculosis es una enfermedad la cual afecta a la población del callao en mayor porcentaje y se necesita conocer como es la atención brindada por el personal de la ESPCT para lograr que el paciente culmine su tratamiento y así erradicar la TBC en la población del callao. Este estudio es de gran utilidad para otros establecimientos de salud e instituciones.

1.6. Limitaciones de la investigación.

La presente investigación se realizará en el Centro de Salud Materno Infantil Pachacutec Perú Corea, específicamente en la estrategia de tuberculosis en el cual se encontrarán las siguientes limitaciones:

- Tramite complejo para obtener el permiso para acceder a las historias clínicas de los pacientes egresados en el año 2018.
- Dificultad en la ubicación de los pacientes egresados en el año 2018.
- Se contó con un intérprete para los pacientes que hablan quechua y aimara.

El cuestionario que se aplicó busco exclusivamente información acerca de la atención brindada por parte del personal hacia el paciente de tuberculosis y no se solicitó ninguna otra información adicional. Es de importancia referir que se tiene tiempo y voluntad para la culminación de la tesis.

1.7. Objetivos de la investigación.

1.7.1. Objetivo general.

Determinar si la atención integral se relaciona con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un Centro Materno Infantil Publico Ventanilla 2018.

1.7.2. Objetivos específicos.

- Establecer como el enfoque biológico se relaciona con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil público Ventanilla 2018.
- Establecer como el enfoque psicológico se relaciona con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil público Ventanilla 2018.
- Establecer como el enfoque social se relaciona con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil público Ventanilla 2018.

1.8. Hipótesis de la investigación.

1.8.1. Hipótesis general.

La atención integral se relaciona significativamente con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un Centro Materno Infantil Público. Ventanilla 2018.

1.8.2. Hipótesis específicas.

- El enfoque biológico se relaciona significativamente con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil público. Ventanilla 2018.
- El enfoque psicológico se relaciona significativamente con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil público. Ventanilla 2018.
- El enfoque social se relaciona significativamente con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil público. Ventanilla 2018.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco conceptual.

2.1.1. Atención Integral en pacientes con tuberculosis.

Según Harrison (2016). Define a la tuberculosis “se origina por bacterias del complejo Mico bacteria tuberculosis; es una de las enfermedades más antiguas de los seres humanos y una causa principal de muerte en todo el mundo”. Además, “la enfermedad afecta los pulmones, aunque hasta en un tercio de los casos hay compromiso de otros órganos. La TB por cepas susceptibles a fármacos es curable en casi todos los casos. Sin tratamiento, la enfermedad puede ser letal en cinco años en 50 a 65% de los casos. Por lo general, la transmisión ocurre mediante la diseminación aérea de núcleos de gotitas producidas por los pacientes con TB pulmonar infecciosa” (p.1005).

La tuberculosis vista desde la Bioética para América Latina y el Caribe se enfoca en los aspectos de salud pública y refiere lo siguiente: “Existen determinantes sociales de la salud (DSS), tales como, desigualdad, inequidad, concentración de riqueza y extensión de la pobreza, que dificultan o impiden a grandes núcleos de la población el acceso en calidad y cantidad a los servicios de salud. Dichos DSS son generados y resultado de la implantación de políticas socioeconómicas y ambientales, así como de procesos de globalización y migración, entre otros, que conllevan, por una parte, débiles y poco eficaces sistemas de salud y, por otra, poblaciones con elevada vulnerabilidad a la TB por hacinamiento, malnutrición, DM y VIH, entre otras causas” (Muñoz del Carpio et al, (2018), p. 333).

Con respecto a las condiciones de acceso sobre los aspectos de salud pública, indicadores epidemiológicos y la responsabilidad social, se analizaron diversos instrumentos de derechos humanos, entre los cuales están los siguientes: La Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la Unesco, y los Pactos de Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1966. Así mismo, se consultó con expertos en bioética y salud pública de Argentina, Chile, Guatemala, México, Panamá y Perú, sobre los aspectos mencionados. Las variables estudiadas fueron: incidencia de TB, mortalidad por TB, comorbilidades VIH y DM, adherencia al tratamiento, incidencia de TB-MDR, determinantes sociales de la enfermedad, e implicaciones bioéticas (Muñoz del Carpio et al, (2018), p. 334).

La Atención Integral según el MinEducación (2019) “es el conjunto de acciones coordinadas con el fin de satisfacer las necesidades esenciales para preservar la vida y aquellas relacionadas con el desarrollo y aprendizaje humano, acorde con sus características, necesidades e intereses” (p.4).

La Atención Integral es un proceso social, continuo, permanente y sostenible orientado a la identificación de una serie de objetivos, estrategias, metas, procedimientos y recursos disponibles, que respondan a los propósitos de progreso y bienestar. Además, es la provisión continua y con calidad de intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, teniendo como eje de intervención a la persona, familia y comunidad.

La atención integral establecido por la constitución vigente del año 2008 refiere que debe cumplir las siguientes condiciones: MAIS (2010) “debe ser universal, equitativo, gratuito, solidario, contrario a los establecidos en las políticas de reforma del sector iniciadas en los años 90 en un contexto neoliberal” (p.10).

La atención primaria en salud se considera a la salud como derecho humano fundamental, por lo que el MAIS (2010) afirma: “la atención primaria asegura el acceso equitativo de la población a los servicios, quienes entregaran atención integral con calidad y calidez, el primer nivel es la base del sistema y la puerta de entrada al mismo” (p.8).

Según Medicusmundi (2012) refiere:

Toda atención integral tiene como objetivo mejorar y mantener las condiciones de salud de las personas, a través de la provisión de una atención integral de calidad, adecuada a sus necesidades y expectativas de salud, a través del acceso universal de las personas a los servicios de salud, así como implementar y fortalecer la atención integral y diferenciada que incluya prestaciones que respondan a las necesidades de salud con enfoque biopsicosocial (pp.14-15).

La atención integral es un enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas. La atención integral, la cual involucra la colaboración de muchos profesionales, es el enfoque estándar en todos los establecimientos de salud.

Toda persona que ingresa a la Estrategia de Tuberculosis debe recibir atención integral en el establecimiento de salud durante todo su tratamiento que incluye según la Guía Técnica para la Atención Integral de las Personas afectadas por Tuberculosis (2016): “atención médica, atención por enfermería, asistencia social, psicología, salud sexual y reproductiva, evaluación nutricional y exámenes auxiliares basales, como se detalla en la siguiente tabla”: (p.19)

Tabla 1.*Monitoreo del tratamiento de la TB sensible*

PROCEDIMIENTOS	ESTUDIO BASAL	MESES DE TRATAMIENTO					
		1	2	3	4	5	6
Hemograma completo	X						
Glicemia en ayunas	X						
Creatinina	X						
Perfil hepático	X		X				
Prueba rápida o ELISA para VIH	X						
Prueba de embarazo (mujeres en edad fértil)	X						
Radiografía de tórax	X		X				X
Prueba de sensibilidad rápida a H y R	X						
Baciloscopia de esputo de control		X	X	X	X	X	X
Cultivo de esputo	X						X
Evaluación por enfermería	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación por médico tratante	X	X	X				X
Evaluación por servicio social	X		X				X
Evaluación por psicología	X		X				X
Consejería por nutrición	X		X				X
Control por planificación familiar	X		X				X
Control de peso	X	X	X	X	X	X	X

Fuente: Guía Técnica para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis 2016.

Además, en la estrategia de TBC cuando se atiende un problema de salud no se pierde de vista que el portador de ese problema es una persona multidimensional, y que cuanto más compleja o grave sea esa alteración de su salud, con mayor motivo tendremos que ampliar nuestra perspectiva para poder realmente ayudar a esa persona.

Dimensiones de la Atención Integral en Tuberculosis:

- a) Enfoque Biológico, según Pedrera (2019). Refiere que el enfoque biológico “considera al ser humano una consecuencia de la genética y la fisiología, es el único enfoque que analiza los pensamientos, sentimientos y conductas desde un punto de vista biológico y físico”. Se centra en el estudio y tratamiento de las enfermedades, considerando a estas como entidades propias independientes de los pacientes. Considera al cuerpo humano como una estructura anatómica con aspectos morfológicos y funcionales bien definidos. Su objetivo es curar la enfermedad con un preciso diagnóstico e indicando un tratamiento correcto, y de una manera eficaz y eficiente. Abarca lo físico, biológico, bioquímico y sintomatológico (“Introducción a la Medicina de Familia y Comunitaria, (2018)”.

Según Farfán (2015). “La detección y cuantificación específica de material genético en una muestra biológica ha mostrado un significativo impacto en todas las áreas de la salud, sobre todo en las áreas de las enfermedades infecciosas y el cáncer” (p.788). Además, refiere “el diagnóstico es una etapa crítica en el manejo de un paciente, que implica decisiones médicas que definirán el progreso del cuidado de un individuo. De esta forma, el apoyo diagnóstico es un servicio fundamental para el equipo médico, y por ende, para la institución que lo realiza” (p.789).

En la actualidad, el diagnóstico molecular se ha enfocado principalmente en el diagnóstico de enfermedades infecciosas (50-60%), sin embargo, existe un aumento

progresivo de técnicas moleculares en el área de cáncer y enfermedades genéticas, convirtiendo al diagnóstico molecular en una de las áreas de diagnóstico de mayor dinamismo y crecimiento, revolucionando las estrategias para el tratamiento de diversas patologías y condiciones de salud, ofreciendo técnicas con altos estándares de calidad que entregan al equipo clínico información crítica para el cuidado de los pacientes (Farfán (2015).

Respecto al diagnóstico bioquímico, Espy et al. (2006). Refiere lo siguiente:

Los largos periodos de crecimiento, las condiciones de cultivo y la obtención de una muestra adecuada son los mayores factores que afectan el diagnóstico microbiológico tradicional. Considerando que las técnicas de biología molecular se basan en la detección de segmentos de ADN, no es necesaria la presencia de un microorganismo viable en la muestra, sino que solo su material genético. Los altos valores de sensibilidad de especificidad de las técnicas de diagnóstico molecular, junto con lo rapidez con la que se pueden obtener los resultados las han transformado en las técnicas de elección para el diagnóstico de enfermedades infecciosas y en muchos casos se consideran los estándares de oro (gold standard) para el diagnóstico de patologías infecciosas, sobre todo en infecciones virales, desplazando al cultivo como método de referencia (p. 165).

- b) Enfoque Psicológico. Se refiere a que los factores psíquicos inciden en el mantenimiento de la salud, intervienen en los vínculos entre los sujetos que hacen parte de las acciones en salud (Diaz Facio, (2010). Abarca lo cognoscitivo, emocional o afectivo, conductas. El profesional utiliza técnicas de trabajo de las corrientes psicológicas de tercera generación, las cuales son: terapia de aceptación y compromiso, activación conductual, analítica funcional y mindfulness (Villalba, (2012).

Según Freud (2012) refiere que “la cognición el proceso mental que está hipotéticamente detrás del comportamiento. Este cubre una amplia gama de temas de investigación, examinando preguntas sobre los trabajos de la memoria, percepción, atención, razonamiento y otros procesos cognitivos superiores”.

Según Corbin (2018) refiere que “las emociones se suelen definir como un complejo estado afectivo, una reacción subjetiva que ocurre como resultado de cambios fisiológicos o psicológicos que influyen sobre el pensamiento y la conducta. En psicología, están asociadas a distintos fenómenos, incluidos el temperamento, la personalidad, el humor o la motivación”.

Según Garcia (2018) refiere que la terapia de aceptación y compromiso es eliminar la rigidez psicológica para lo que emplea algunos procedimientos básicos como la aceptación, estar en el presente, el desarrollo y el compromiso con los valores propios, el descubrimiento del yo como contexto y la desactivación del pensamiento (cognitive defusion). Estos procedimientos están totalmente relacionados, de tal manera que, si se aplica la desactivación del pensamiento, se está presente y se aceptan los pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones, descubriendo y viviendo el yo como contexto, etc. La aplicación de estos procedimientos se realiza siguiendo una agenda terapéutica, que no es un procedimiento rígido, sino más bien una guía tentativa que se ha de adaptar a cada paciente y a cada problema.

La activación conductual es un procedimiento bien estructurado, aunque flexible y con un carácter ideográfico, encaminado a lograr que los pacientes deprimidos aprendan a organizar sus vidas y cambiar su entorno para que se restablezca su contacto con fuentes de reforzamiento positivo (Barraca (2010).

- c) **Enfoque Social.** Es parte del desarrollo de la salud pública, le da vital importancia a la vida humana y la dignidad de la persona lo cual se refleja con su responsabilidad en el cuidado de la salud del individuo, la familia y la comunidad (Modelo de Atención Integral en Salud, (2012). Se enfoca en las relaciones familiares, interpersonales, laborales, etc. El humanismo se manifiesta en la comprensión, la generosidad y la tolerancia, que caracteriza en todo tiempo a las personas (Peñuela, (2010).

La familia como formación psicosocial, desarrolla varias funciones las cuales favorecen o no la aparición de determinados efectos en la estructura y funcionamiento familiar, la de sus miembros en forma individual y de la sociedad en su conjunto, según sean ejecutadas las mismas por los miembros que integran la organización familiar. Las relaciones familiares proveen satisfacción a las necesidades biológicas de subsistencia, constituye la matriz emocional de las relaciones afectivas interpersonales, facilita el desarrollo de la identidad individual ligada a la familia, inicia en el tratamiento de los roles sociales, estimula el aprendizaje y la creatividad; y es transmisora de valores, ideología y cultura.

2.1.2. Condición de egreso del paciente con tuberculosis.

Se refiere al retiro del paciente de los servicios de un establecimiento de salud (puede ser vivo o por defunción), no está incluido los traslados internos (de un servicio a otro del mismo establecimiento de salud) ni los nacidos vivos sanos en el mismo. El egreso vivo puede producirse por orden médica, por salida exigente del paciente, por traslado formal a otro establecimiento de salud o por fuga del paciente. En todo caso se establece la forma de egreso del paciente y se anota en su expediente con la firma del médico responsable. (MINSA (2016), p.4).

Son los procedimientos técnico-administrativos que se efectúan cuando el paciente se retira del hospital de acuerdo al tipo de egreso.

Finalizar Tratamiento. se refiere cuando el paciente culmina un tratamiento indicado por el médico, el cual puede durar días, semanas, meses o años. Las necesidades psicológicas y físicas del paciente, en el momento de finalizar el tratamiento pueden ser satisfecho por el mismo o la familia con ayuda del equipo de salud. Los tipos de finalizar tratamiento son las siguientes:

- a) **Curado.** cuando el paciente cumple con su tratamiento indicado por el médico tratante, ingresa con baciloscopia positiva y egresa con baciloscopia negativa, realizándose la conversión bacteriológica. Es el alta del paciente de una institución de salud cuando su recuperación es satisfactoria. Se requiere de un plan de alta que debe iniciarse desde la admisión a una institución de salud para consolidar autoconfianza e independencia. se debe estimular al paciente en actividades de autocuidado, mantener la actividad física del paciente, disminuir al máximo reingresos por complicaciones secundarias.
- b) **Tratamiento completo.** paciente que ingresa con baciloscopia negativa y es diagnosticado por otros criterios y concluye su tratamiento continuando con baciloscopia negativa. También se llama tratamiento completo al paciente que ingresa con baciloscopia positiva y sus controles posteriores son baciloscopia negativa, pero al culminar el tratamiento no es posible realizarse la baciloscopia mensual de control. Al culminar el tratamiento, se debe coadyuvar la rehabilitación integral del paciente, reincorporar a la persona a su núcleo familiar y a su comunidad.
- c) **Fracaso.** paciente que ingresa con baciloscopia positiva y realiza la conversión bacteriológica, pero a partir del cuarto mes hace regresión bacteriológica, volviendo a tener baciloscopia positiva.

- d) **Fallecido.** paciente que fallece durante el tratamiento. Es el egreso del paciente que ya falleció, el personal de enfermería debe notificar el fallecimiento a la ESCPT adjuntando el acta de defunción.
- e) **Abandono.** paciente que inicia tratamiento y deja de asistir a su tratamiento por un tiempo mínimo de 30 días continuos. Es la salida del paciente sin autorización médica, se debe notificar de forma inmediata, hacer anotaciones de enfermería sobre la fecha y hora de fuga del paciente, se debe enviar el expediente al departamento del ESCPT informando el abandono.
- f) **No evaluado.** paciente que recibe tratamiento en el establecimiento de salud y no se le ha asignado la condición de egreso o pacientes transferidos a otro establecimiento de salud y se desconoce la condición de egreso.

2.2. Definición de términos

- **Atención Integral:** Es la forma de atención de carácter multidisciplinario e integrado que apoya a los pacientes incluido a los miembros de su familia y la comunidad. Este tipo de estrategia pretende asegurar atención continua de alta calidad, costo-efectiva y al mismo tiempo proveer de guía con una secuencia lógica de eventos, que debe ser útil para priorizar acciones y establecer objetivos de intervenciones posteriores de creciente complejidad (MAIS (2012).
- **Caso de Tuberculosis:** Persona a quien se le diagnostica tuberculosis y a la que se debe administrar tratamiento antituberculoso (Guía Técnica para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis (2016).
- **Caso de TB pansensible:** Caso en el que se demuestra sensibilidad a todos los medicamentos de primera línea por pruebas de sensibilidad convencional (Norma

Técnica de Salud para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis 2013).

- **Caso de TB multidrogorresistente (TB MDR):** Caso con resistencia simultánea a isoniacida y rifampicina por pruebas convencionales (Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis (2013).
- **Caso de TB extensamente resistente (TB XDR):** Caso con resistencia simultánea a isoniacida, rifampicina, una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea (amikacina, kanamicina o capreomicina) por prueba rápida molecular o convencionales (Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis (2013).
- **Conversión:** Es cuando se tiene dos cultivos negativos consecutivos con intervalo de 30 días, después de tener un cultivo positivo (Guía Técnica para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis (2016).
- **Reversión:** Es cuando luego de una conversión bacteriológica inicial, vuelve a presentar dos cultivos positivos consecutivos tomados con un intervalo de 30 días (Guía Técnica para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis (2016).

Condición de egreso:

- **Curado:** Paciente con confirmación bacteriológica al inicio, que concluye el esquema de tratamiento y cuenta con baciloscopia de esputo negativa en el último mes de tratamiento. (Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis (2013).
- **Tratamiento completo:** Se refiere cuando el paciente con confirmación bacteriológica al inicio, que concluye el esquema de tratamiento con buena evolución y en quien no fue

posible realizar la baciloscopia de esputo en el último mes de tratamiento. Además, tiene otro concepto, cuando el paciente sin confirmación bacteriológica al inicio de tratamiento que concluye esquema de tratamiento con buena evolución. (Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis (2013).

- **Fracaso:** Paciente con baciloscopia o cultivo de esputo positivo a partir del cuarto mes de tratamiento. (Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis (2013).
- **Fallecido:** Paciente que fallece por cualquier razón durante el tratamiento de la tuberculosis. (Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis (2013).
- **Abandono:** Paciente que inicia tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa. (Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis (2013).
- **No evaluado:** Paciente al que no se le ha asignado la condición de egreso. Incluye los casos transferidos a otro EEES en los que se desconoce su condición de egreso. (Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis (2013).

2.3. Propuestas de la Investigación

Tomando como fuente de investigación documentos institucionales y las informaciones recogidas en entrevistas preliminares a los pacientes que egresaron del programa de tuberculosis, se proyecta lo siguiente: que la atención a los pacientes del servicio del programa de control de tuberculosis (PCT) los cuales se encuentran marginados por el personal de salud ya que no hay médicos que quieran atender a los pacientes con TBC, además que cuando es diagnosticado con la enfermedad se sabe que el tratamiento dura mínimo 6 meses. Por tal motivo, después del diagnóstico es el personal de enfermería el que se encarga de supervisar el tratamiento y el paciente ya no vuelve a ver al médico tratante salvo que se presente una emergencia, ejemplo; pacientes que hacen reacción adversa a fármacos antituberculosos (RAFA) ejemplo: pirazinamida que produce poliartralgias.

Aparte de ello, el servicio de PCT se encuentra separado de los demás servicios y no tiene la atención necesaria como toda área, ejemplo el personal de limpieza no se constituye al área en mención debido al temor de contagio.

Por consiguiente, la investigación amerita salvaguardar el servicio de PCT con personal capacitado, es decir, desde el médico tratante y todo el equipo multidisciplinario en razones de atención a pacientes con tuberculosis.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de Investigación.

Según Cegarra (2011) señala que la investigación básica:

Tiene como objetivo esencial, a medio y a largo plazo, contribuir a ampliar, intensificar y aclarar todos los campos de la ciencia sin otras implicaciones inmediatas. Lo cual no excluye que esta búsqueda desemboque en importantísimas aplicaciones, lo que sucede con frecuencia (p. 42).

Según Bernal (2006), señala que la investigación explicativa o causal “tiene como fundamento la prueba de hipótesis y busca que las conclusiones lleven a la formulación o al contraste de leyes o principios científicos” (p. 115).

De acuerdo con Bonilla y Rodríguez (2000), citados por Bernal (2006), el enfoque cuantitativo se: Fundamenta en la medición de las características de los fenómenos sociales lo cual supone derivar de un marco conceptual pertinente al problema analizado, una serie de postulados que expresen relaciones entre las variables estudiadas de forma deductiva. Este enfoque tiende a generalizar y normalizar resultados (p. 60).

De acuerdo a Calderón y Alzamora (2010) “la investigación aplicada, busca conocer para actuar, construir y modificar, le preocupa la aplicación inmediata sobre una realidad concreta” (p.44).

Para Palomino, Peña, Zevallos y Orizano (2015) “el tipo de investigación aplicada, su fin es la solución de problemas prácticos para transformar las condiciones de un hecho que nos preocupa” (p.104). Según Artiles (2018) refiere acerca de las investigaciones que utilizan el método descriptivo: “Pretenden medir o recabar

información sobre las variables que se enuncian, pero no indican como se relacionan. En esta clase de estudios el investigador define, o al menos visualiza, que se medirá (conceptos, variables, componentes) y de que o quienes se recolectan los datos” (p.57) y además, refiere que “los métodos no experimentales se utilizan cuando no se contempla la manipulación de variables. Lo que se pretende es estudiar los fenómenos sociales tal como se presenta en la realidad, para después analizarlos, comprenderlos y explicarlos” (p.56).

Por lo antes expuesto, se concluyó que la investigación es de un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, aplicada, básica y con nivel explicativo.

El diseño de la investigación es no experimental de corte transversal. Al respecto, Palomino, Peña, Zevallos y Orizano (2015), p. 165) sostiene que: El diseño de estudio es no experimental, porque no existe manipulación de las variables, observándose de manera natural los hechos o fenómenos, es decir tal y como se dan en su contexto natural. También se conoce como investigación ex pos-facto (los hechos y variables ya ocurrieron).

Y es de corte transversal porque se “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede” (Palomino, Peña, Zevallos y Orizano, (2015), p. 151).

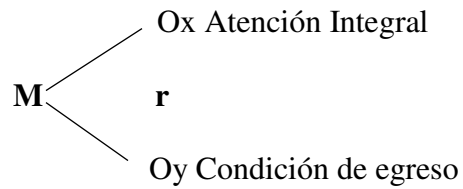
En base a las definiciones antes expuestas la investigación será no experimental porque no se manipularán las variables atención integral y condición de egreso, asimismo es de corte transversal porque la recolección de los datos se realizará en los 109 pacientes de la estrategia de tuberculosis del centro de salud materno infantil Perú Corea Pachacutec egresados en el año 2018.

M: Muestra estudio

Ox: Variable Atención Integral (Biológico, Psicológico y Social)

Oy: Variable Condición de egreso

r: Correlación de variables



3.2 Población y muestra

Población.

La población será todos los pacientes que egresaron de la estrategia de tuberculosis del centro materno infantil Perú corea en el año 2018. La población estará delimitada por 150 pacientes.

Muestra.

La muestra de la investigación es de tipo no probabilístico y estará conformada por 109 pacientes.

$$n = \frac{(p.q)Z^2.N}{(EE)^2 (N-1) + (p.q)Z^2}$$

Dónde:

n Es el tamaño de la muestra que se va a tomar en cuenta para el trabajo de campo. Es la variable que se desea determinar.

- p y q Representan la probabilidad de la población de estar o no incluidas en la muestra. De acuerdo a la doctrina, cuando no se conoce esta probabilidad por estudios estadísticos, se asume que p y q tienen el valor de 0.5 cada uno.
- Z Representa las unidades de desviación estándar que en la curva normal definen una probabilidad de error = 0.05, lo que equivale a un intervalo de confianza del 95% en la estimación de la muestra, por tanto, el valor $Z = 1.96$
- N El total de la población. Este caso 150 personas, considerando solamente aquellas que pueden facilitar información valiosa para la investigación.
- EE Representa el error estándar de la estimación, de acuerdo a la doctrina, debe ser 9.99% o menos. En este caso se ha tomado 5.00%

Sustituyendo:

$$n = (0.5 \times 0.5) \times (1.96)^2 \times 150 / (0.05)^2 \times (150-1) + (0.5 \times 0.5) \times (1.96)^2$$

$$n = 144.06 / 1.3329$$

$$n = 108.08 = 109$$

Criterios de Inclusión

- Pacientes que egresaron del tratamiento de tuberculosis en el año 2018.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que egresaron en otros años diferentes al 2018.
- Pacientes que no tengan historia clínica.

3.3. Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	N° de Items	Items	Criterio de evaluación	Escala de medición	Valor final
Variable independiente: Atención Integral	La Atención Integral es el conjunto de acciones coordinadas con el fin de satisfacer las necesidades esenciales para preservar la vida y aquellas relacionadas con el desarrollo y aprendizaje humano, acorde con sus características, necesidades e intereses (MinEducación, 2019).	Puntaje obtenido en el cuestionario cuya valoración final es bueno, regular o malo	Biológico	Física	1	¿En el centro de salud existen las condiciones necesarias para la evaluación física?	Nunca: 0 Casi nunca: 1 Algunas veces: 2 Casi siempre: 3 Siempre: 4	Nominal	Bueno: 73 al 108 Regular: 37 al 72 Malo: Menor o igual a 36
					2	¿La evaluación física se realizó oportunamente y en forma periódica?			
					3	¿Usted considera que fue sometido a evaluación física con su consentimiento y sin discriminación?			
				Diagnóstico (bioquímico)	4	¿El personal le brindó las facilidades para acceder a la pruebas y exámenes para el diagnóstico de la enfermedad?			
					5	¿El establecimiento de salud cuenta con las condiciones de infraestructura, equipos y materiales para pruebas y exámenes para el diagnóstico de la enfermedad?			
					6	¿El personal de salud le brindó el tratamiento de acuerdo con los síntomas de la enfermedad?			
					7	¿El establecimiento de salud cuenta con las condiciones de ambiente, equipos y material para el tratamiento de la enfermedad?			

					8	¿El personal de salud se mostró comprometido en identificar y solucionar las reacciones adversas del tratamiento producida por los medicamentos?			
			Psicologico	Cognoscitiva	9	¿El personal de salud le brindó la información necesaria sobre la enfermedad?			
					10	¿Existen los ambientes, equipos y materiales necesarios para brindarle conocimientos actualizados sobre la enfermedad?			
					11	¿Usted considera que sus preguntas sobre la enfermedad fueron resueltas en forma oportunas?			
			Emocional afectiva		12	¿Usted considera que el personal de salud se mostró comprometido en identificar y solucionar el impacto psicológico que origina la enfermedad?			
					13	¿Usted considera que el personal lo escuchó atentamente y sin demoras?			
			Aceptación		14	¿Usted considera que el personal demostró interés durante la atención que le ofreció?			
					15	¿Usted considera que el personal le brindó una atención con trato cálido y amable?			
			Activación conductual		16	¿El personal de salud demostró interés en brindarle el tratamiento oportunamente?			

					17	¿Usted percibió que el personal de salud siempre estuvo atento en conocer su molestia y satisfacer sus necesidades?			
			Social	Relaciones familiares	18	¿El personal de salud se mostró comprometido en identificar y solucionar el impacto familiar que origina la enfermedad?			
					19	¿El personal de salud trabajó con su familia para obtener el apoyo durante el tiempo que duró la enfermedad?			
				Interpersonal	20	¿En el centro de salud se desarrolla actividades de compañerismo entre las personas diagnosticadas con la enfermedad?			
					21	¿Usted se comunicó sin dificultad por el personal de salud?			
				Laborales	22	¿El personal de salud implementó estrategias para el desarrollo laboral durante el tiempo que dure el tratamiento de la enfermedad?			
				Compromiso	23	¿El personal de salud asume responsablemente el seguimiento para el cumplimiento del esquema del tratamiento?			
					24	¿El personal de salud está alerta a las reacciones adversas al tratamiento?			
					25	¿El personal de salud demuestra compromiso y está atento a sus consultas y requerimientos?			

				Generosidad	26	¿El personal de salud realiza los trámites para obtener ayuda social de instituciones públicas y privadas que beneficie al paciente durante el tiempo que dure el tratamiento?			
					27	¿El personal de salud realiza las visitas domiciliarias necesarias para cumplir con el esquema y el tratamiento establecido?			
Variable dependiente: Condición de egreso	Se refiere al retiro del paciente de los servicios de un establecimiento de salud (puede ser vivo o por defunción), no está incluido los traslados internos (de un servicio a otro del mismo establecimiento de salud) ni los nacidos vivos sanos en el mismo (MINSA 2016).		Finalizar el tratamiento	Curado					
				Tratamiento completo					
				Fracaso					
				Abandono					
				Fallecido					
				No evaluado					

3.4 Instrumentos.

Existen muchas técnicas de recolección de datos como la observación, entrevistas, encuestas, entre otras; para la presente investigación se propuso que para medir fielmente la situación de las variables y dimensiones se debió utilizar la encuesta, que según Bernal (2006) se fundamenta “en un conjunto de preguntas que se formulan al participante, cuya información constituye la información primaria necesaria para el investigador acorde a los objetivos de su investigación” (p. 72).

Según Artiles (2018) “Todo instrumento de medición ha de reunir dos características: validez y confiabilidad, por con siguiente los instrumentos que se van a utilizar deben ser precisos y seguros” (p 205).

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos el cuestionario, instrumento que nos permitió recoger datos de los pacientes, que consistió en responder las preguntas hechas. Cada pregunta está relacionada con los indicadores de las dimensiones de la variable atención integral.

Según Grande y Abascal (2009), un cuestionario “es un conjunto articulado y coherente de preguntas para obtener la información necesaria para poder realizar la investigación que la requiere”. (p. 191).

Ficha técnica de los Instrumentos

Variable 1: Atención Integral

Se aplicó el cuestionario se considerando su ficha técnica con las siguientes características:

- Instrumento: Cuestionario “Atención Integral y Condición de Egreso de los pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Materno Infantil Perú Corea Pachacutec”

. Autor: Claudia Salomé Yauli Torres

- Año: 2019

- Significación: El cuestionario “Atención Integral y Condición de Egreso de los pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Materno Infantil Pachacutec Perú Corea” tiene 3 dimensiones que son los siguientes: Biológico, Psicológico y Social

- Extensión: El instrumento consta de 27 preguntas.

- Administración: Individual

- Ámbito de Aplicación: pacientes de la estrategia de Tuberculosis egresados en el año 2018

- Duración: El tiempo de duración para desarrollar el cuestionario es de aproximadamente 20 minutos.

- Puntuación: El cuestionario “Atención Integral y Condición de Egreso de los pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Materno Infantil Pachacutec Perú Corea” utiliza la escala de Likert:

0 = Nunca

1 = Casi nunca

2 = Algunas veces

3 = Casi siempre

4 = Siempre

Tabla 2.

Baremación de la variable Atención integral

Rango	Atención Integral			Biológico			Psicológico			Social		
Malo	0	-	36	0	-	12	0	-	12	0	-	12
Regular	36	-	72	12	-	24	12	-	24	12	-	24
Bueno	72	-	108	24	-	36	24	-	36	24	-	36

Fuente: Elaboración propia.

3.5. Procedimientos.

- Se solicitará permiso por medio de un oficio al médico jefe del centro de salud materno infantil Pachacutec Perú Corea para recolectar información de las historias clínicas, tarjetas de tratamiento y libro de pacientes del año 2018.
- Se solicitará el consentimiento informado a los pacientes que serán parte del estudio teniendo las consideraciones éticas presentes.
- Se aplicará el instrumento en los pacientes con tuberculosis egresados en el 2019.
- Se definirá la relación existente entre la atención integral y la condición de egreso.
- Se organizará los datos consignados en una matriz de doble entrada.

3.6. Análisis de datos.

Se aplicarán las siguientes técnicas de análisis:

- ✓ Análisis documental. - Esta técnica permitió conocer, comprender, analizar e interpretar cada una de las normas, revistas, textos, libros, artículos de Internet y otras fuentes documentales sobre la atención integral y egreso del paciente.

- ✓ Indagación. - esta técnica facilita disponer de datos cualitativos y cuantitativos de cierto nivel de razonabilidad sobre el egreso del paciente.
- ✓ Tabulación de cantidades y porcentajes. - la información cuantitativa sobre el egreso del paciente será presentado en tablas con cantidades y porcentajes.
- ✓ Comprensión de gráficos. - se utilizarán los gráficos para presentar información de los cuestionarios.
- ✓ Proceso computarizado con Excel. - para determinar diversos cálculos matemáticos y estadísticos de utilidad sobre la atención integral y condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil público.
- ✓ Proceso computarizado con SPSS. - para digitar, procesar y analizar datos; y determinar indicadores promedios de asociación y otros sobre la atención integral y condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil público.

3.7. Consideraciones éticas.

Para efectuar la presente investigación en acorde a los principios éticos, se solicitará la autorización de los pacientes egresados en el año 2018 en la estrategia de tuberculosis. Se realizará un documento de consentimiento informado que deberá ser firmado por el paciente para la participación en el estudio, previa explicación de los objetivos y resolución de dudas por parte de los participantes. Además, se considerarán los siguientes principios:

- ✓ Respeto a la dignidad humana. - derecho que da al sujeto a participar voluntariamente, no se obligara a las personas que no deseen participar o colaborar.

- ✓ Beneficencia. - se evitará los daños en la integridad física o psicológica del sujeto.
- ✓ Autonomía. - se respetará a las personas reconociendo sus decisiones tomadas de acuerdo con sus valores y convicciones personales.
- ✓ Equidad. - trato justo y equitativo según las necesidades del sujeto.
- ✓ Veracidad. - no se mentira ni engañará a los sujetos de estudio, se informará a detalle el propósito de la investigación.
- ✓ Confidencialidad. - se salvaguardará la información de carácter personal (anonimato) y se mantendrá el carácter de secreto profesional de esta información.

IV. RESULTADOS

3.1. Resultados Descriptivos

Tabla 1.

Sexo de los pacientes con tuberculosis del C.S.M.I. Pachacutec Perú Corea.

SEXO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	51	46,8	46,8	46,8
	Masculino	58	53,2	53,2	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia por encuesta

La encuesta aplicada a los pacientes con tuberculosis del C.S.M.I. Pachacutec Perú Corea egresados en el año 2018, se obtuvo que el 46.79% son de sexo femenino y el 53.21% es de sexo masculino.

Tabla 2.

Edad de los pacientes con tuberculosis del C.S.M.I. Pachacutec Perú Corea.

EDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Adolescente	7	6,4	6,4	6,4
	Joven	38	34,9	34,9	41,3
	Adulto	52	47,7	47,7	89,0
	Adulto mayor	12	11,0	11,0	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia por encuesta

Esta tabla determina que el 47.71% son adultos, el 34.86% son jóvenes, el 11.01% son adulto mayor y el 6.42% son adolescentes.

Tabla 3.

Grado de instrucción de los pacientes con tuberculosis del C.S.M.I. Pachacutec Perú Corea.

GRADO DE INSTRUCCIÓN					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Analfabeto	3	2,8	2,8	2,8
	Primaria	10	9,2	9,2	11,9
	Secundaria completa	79	72,5	72,5	84,4
	Secundaria incompleta	2	1,8	1,8	86,2
	Técnico superior	5	4,6	4,6	90,8
	Técnico incompleto	3	2,8	2,8	93,6
	Universitario	7	6,4	6,4	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia por encuesta.

De los 109 encuestados se obtuvo que el 72.48% culminó la secundaria, el 9.17% se encuentra cursando la primaria, el 6.42% es universitario, el 4.59% es técnico superior, 2.75% es técnico incompleto, 2.75% es analfabeto y 1.83% tiene secundaria incompleta.

3.2. Variables, dimensiones e indicadores.

ATENCIÓN INTEGRAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	6	5,5	5,5	5,5
	Regular	18	16,5	16,5	22,0
	Bueno	85	78,0	78,0	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia por encuesta

Esta tabla determina que de la atención integral recibida el 77.98% fue buena, el 5.50% tuvo una mala atención y el 16.51% tuvo una regular atención integral.

ENFOQUE BIOLÓGICO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	24	22,0	22,0	22,0
	Regular	27	24,8	24,8	46,8
	Bueno	58	53,2	53,2	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia por encuesta

Respecto a la dimensión de enfoque biológico, el 53.21% tuvo una buena atención, el 24.77% tuvo una regular atención y el 22.02% tuvo una mala atención integral.

FISICO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	4	3,7	3,7	3,7
	Regular	27	24,8	24,8	28,4
	Bueno	78	71,6	71,6	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia por encuesta

Respecto al indicador Físico se obtuvo que el 71.56% tuvo una buena atención, el 24.77% tuvo una regular atención y el 3.67% tuvo una mala atención.

DIAGNÓSTICO (BIOQUIMICO)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Regular	7	6,4	6,4	6,4
	Bueno	102	93,6	93,6	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia por encuesta

Respecto al indicador Diagnostico se obtuvo que el 93.58% tuvo una buena atención y el 6.42% tuvo una regular atención. No se evidencia en este indicador una mala atención.

ENFOQUE PSICOLÓGICO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	6	5,5	5,5	5,5
	Regular	11	10,1	10,1	15,6
	Bueno	92	84,4	84,4	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia por encuesta

Respecto a la dimensión de enfoque psicológico, el 84.40% tuvo una buena atención. El 10.09 tuvo una regular atención y el 5.50% tuvo una mala atención,

COGNOSCITIVA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	2	1,8	1,8	1,8
	Regular	21	19,3	19,3	21,1
	Bueno	86	78,9	78,9	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia por encuesta

Respecto al indicador Cognoscitivo se obtuvo que el 78.90% tuvo una buena atención, el 19.27% tuvo una regular atención y 1.83% tuvo una mala atención.

EMOCIONAL AFECTIVA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Regular	8	7,3	7,3	7,3
	Bueno	101	92,7	92,7	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia por encuesta

Respecto al indicador Emocional afectiva se obtuvo que el 92.66% tuvo una buena atención y el 7.34% tuvo regular atención, no se evidencia una mala atención en este indicador.

ACEPTACIÓN					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Regular	10	9,2	9,2	9,2
	Bueno	99	90,8	90,8	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia por encuesta

Respecto al indicador Aceptación se obtuvo que el 90.83% tuvo una buena atención y el 9.17% tuvo regular atención, no se evidencia una mala atención en este indicador.

ACTIVACIÓN CONDUCTUAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Regular	6	5,5	5,5	5,5
	Bueno	103	94,5	94,5	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia por encuesta

Respecto al indicador Activación conductual se obtuvo que el 94.50% tuvo una buena atención y el 5.50% tuvo regular atención, no se evidencia una mala atención en este indicador.

SOCIAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	5	4.6	4.6	4.6
	Regular	14	12.8	12.8	17.4
	Bueno	90	82.6	82.6	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia por encuesta

Respecto a la dimensión Social se obtuvo que el 82.57% tuvo una buena atención, el 12.84% regular atención y 4.59% mala atención.

RELACIONES FAMILIARES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	2	1,8	1,8	1,8
	Regular	17	15,6	15,6	17,4
	Bueno	90	82,6	82,6	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia por encuesta

Respecto al indicador Relaciones familiares se obtuvo que el 82.57% tuvo una buena atención, el 15.60% tuvo regular atención y 1.83% tuvo mala atención.

INTERPERSONAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Regular	21	19,3	19,3	19,3
	Bueno	88	80,7	80,7	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia por encuesta

Respecto al indicador Interpersonal se obtuvo que el 80.73% tuvo una buena atención y el 19.27% tuvo regular atención, no se evidencia una mala atención en este indicador.

LABORALES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	11	10,1	10,1	10,1
	Regular	32	29,4	29,4	39,4
	Bueno	66	60,6	60,6	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia por encuesta

Respecto al indicador Laborales se obtuvo que el 60.55% tuvo una buena atención, el 29.36% tuvo regular atención y 10.09% tuvo mala atención.

COMPROMISO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	1	,9	,9	,9
	Regular	18	16,5	16,5	17,4
	Bueno	90	82,6	82,6	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia por encuesta

Respecto al indicador Compromiso se obtuvo que el 82.57% tuvo buena atención, el 16.51% tuvo regular atención y el 0.92% tuvo una mala atención.

GENEROSIDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	7	6,4	6,4	6,4
	Regular	6	5,5	5,5	11,9
	Bueno	96	88,1	88,1	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia por encuesta

Respecto al indicador Generosidad se obtuvo que el 88.07% tuvo buena atención, el 6.42% tuvo mala atención y el 5.50% tuvo regular atención.

CONDICIÓN DE EGRESO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Curado	72	66,1	66,1	66,1
	Tratamiento completo	31	28,4	28,4	94,5
	Fracaso	2	1,8	1,8	96,3
	Abandono	4	3,7	3,7	100,0
	Total	109	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia por encuesta

De las 109 encuestas realizadas, se obtuvo que el 66.06% fue curado, 28.44% tuvo tratamiento completo, 3.67% abandono el tratamiento y 1.83 fracaso al tratamiento antituberculoso.

3.3. Contrastación de la Hipótesis

3.3.1. Hipótesis General

<i>Tabla Cruzada</i>						
Recuento						
		Condición de egreso				Total
		Curado	Tratamiento completo	Fracaso	Abandono	
Atención integral	Malo	2	2	0	2	6
	Regular	10	7	0	1	18
	Bueno	60	22	2	1	85
Total		72	31	2	4	109

Fuente: Elaboración propia por encuesta.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,040 ^a	6	,004
Razón de verosimilitud	11,011	6	,088
Asociación lineal por lineal	11,638	1	,001
N de casos válidos	109		

a. 8 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,11.

Para establecer la relación entre la variable atención integral con condición de egreso se elaboró un cuestionario de preguntas el cual fue respondido por los pacientes que egresaron del tratamiento de tuberculosis en el año 2018 del cual se realizó la prueba de Chi cuadrado en el cual se evidencia que el nivel de significancia es menor de 0.05 concluyendo que a un nivel de significancia de 0.004 la atención integral está relacionado a la condición de egreso de los pacientes con tuberculosis.

3.3.2. Hipótesis específica

<i>Tabla cruzada Biológico * Condición de egreso</i>						
Recuento						
		Condición de egreso				Total
		Curado	Tratamiento completo	Fracaso	Abandono	
Biológico	Malo	25	4	0	3	32
	Regular	16	13	0	0	29
	Bueno	31	14	2	1	48
Total		72	31	2	4	109

Fuente: Elaboración propia por encuesta

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,621 ^a	6	,034
Razón de verosimilitud	14,969	6	,020
Asociación lineal por lineal	,039	1	,844
N de casos válidos	109		

a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,53.

Como el nivel de significancia del enfoque biológico y condición de egreso es menor de 0.05, luego podemos concluir que a un nivel de significancia de 0.034 existe una relación entre el enfoque biológico y la condición de egreso en pacientes con tuberculosis.

<i>Tabla cruzada</i>						
Recuento						
		Condición de egreso				Total
		Curado	Tratamiento completo	Fracaso	Abandono	
Psicológico	Malo	2	2	0	2	6
	Regular	4	6	0	1	11
	Bueno	66	23	2	1	92
Total		72	31	2	4	109

Fuente: Elaboración propia por encuesta.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,269 ^a	6	,001
Razón de verosimilitud	14,789	6	,022
Asociación lineal por lineal	16,755	1	,000
N de casos válidos	109		

a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,11.

Como el nivel de significancia del enfoque psicológico y condición de egreso es menor de 0.05, luego podemos concluir que a un nivel de significancia de 0.001 existe una fuerte relación entre el enfoque psicológico y la condición de egreso en pacientes con tuberculosis.

<i>Tabla cruzada</i>						
Recuento						
		Condición de egreso				Total
		Curado	Tratamiento completo	Fracaso	Abandono	
Social	Malo	1	2	0	2	5
	Regular	9	3	2	0	14
	Bueno	62	26	0	2	90
Total		72	31	2	4	109

Fuente: Elaboración propia por encuesta.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,787 ^a	6	,000
Razón de verosimilitud	18,568	6	,005
Asociación lineal por lineal	11,820	1	,001
N de casos válidos	109		

a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,09.

La prueba de chi cuadra muestra un nivel de significancia de 0.000 el cual indica que el enfoque social está relacionada con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La atención integral en pacientes con tuberculosis para que sea satisfactoria es importante que el equipo multidisciplinario trabaje con el paciente, lo cual incluye: conocer al paciente, establecer una buena relación con el paciente sobre la base de la confianza y el vínculo, educar al paciente sobre la enfermedad de tuberculosis, abordar las barreras idiomáticas y analizar las creencias y conceptos erróneos sobre la salud. Un estudio realizado por Calderón, Pérez y Robledo estudio el conocimiento y actitudes sobre la tuberculosis en pacientes de PCT en el cual tuvo como resultado que el conocimiento sobre la tuberculosis fue bajo, solo el 18% tuvo un nivel adecuado de conocimiento sobre la enfermedad. De acuerdo con los resultados de este trabajo de investigación el enfoque psicológico tiene una relación significativa con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis esto significa que los pacientes conocen sobre la enfermedad.

Collantes (2017). Refiere “La pobreza y la enfermedad producen no sólo pérdida de recursos económicos sino también de autoestima y prestigio, no gozan de exclusión y discriminación. Esto ocurre en nuestra sociedad que es discriminatoria y altamente jerarquizada, en ella los pobres no pueden ejercitar sus derechos a plenitud. Las personas afectadas por TB reciben dentro de sus familias y comunidades, tratos duales, por un lado, comprensión y soporte y, por otro, manifestaciones de discriminación. Asimismo, la exclusión de las reuniones familiares y sociales a los que se ven sometidas, lastiman su sentimiento de valía. Una persona carente de este soporte social pierde prestigio y reconocimiento”.

Como se evidencia en los resultados, el mayor porcentaje (72.48%) de los encuestados tuvieron la secundaria completa, y en menores porcentajes fueron

universitarios, técnicos incompletos, técnicos superiores y primaria; solo una ínfima parte tuvo secundaria incompleta y analfabeto. Esto influye en como el paciente se informa sobre la enfermedad.

Según Collantes (2017). Refiere “Los determinantes sociales que afectan la incidencia y prevalencia de la tuberculosis son dinámicos y complejos. El determinante social que tiene una implicación estrecha con la Tuberculosis es la pobreza, sin embargo, no es posible hablar solamente de la pobreza sin mencionar los indicadores que se relacionan con ella, como el nivel educativo, la alfabetización, el empleo, la nutrición, la vivienda y el acceso a los servicios de salud”. Además, refiere que “Los principales grupos afectados por la tuberculosis son las minorías étnicas, las poblaciones migrantes, los usuarios de drogas inyectables, las personas viviendo con VIH y las personas privadas de su libertad. Es importante señalar que al concentrarse la Tuberculosis en estos grupos que son sujetos a diferentes clases de opresión, la condición social de estos influye la manera en que se desarrolla la enfermedad, incluyendo el éxito que pueda tener el tratamiento.”

De acuerdo a los resultados se evidencia que existe una relación significativa entre la atención integral recibida por equipo multidisciplinario y la condición de egreso en pacientes con tuberculosis, por lo que, influye la atención biológica, psicológica y social brindada por el personal al paciente, esto mismo refiere Collantes (2017) indica que “La confidencialidad es un principio ético y un factor importante a tener en cuenta para que el paciente no se sienta rechazado en la sociedad y el ambiente laboral, porque muchas veces la sociedad estigmatiza y margina al paciente con tuberculosis. Aunque algunas personas afirman que el término de confidencialidad es obsoleto en la práctica médica, debido a sus violaciones rutinarias cada día en las instituciones de salud, hay que defender su aplicación

en todos los ámbitos de la medicina por respeto al paciente y a su intimidad, sin el detrimento, naturalmente, del bien común.”

Según los resultados sobre la condición de egreso, no se tuvo pacientes fallecidos en el 2018, el mayor porcentaje (66.06%) fue curado, 28.44% tuvo tratamiento completo, 3.67% abandono el tratamiento y 1.83% fracaso al tratamiento, esto nos indica que la mayoría de pacientes tenían conocimiento sobre la enfermedad y estaban concientizados que tenían que terminar el tratamiento. En Pachacutec, Ventanilla la población que tiene tuberculosis son personas con bajo recursos económicos quienes no tienen una buena alimentación, hacinamiento, exppl, drogodependientes, etc. Según el estudio realizado un menor porcentaje abandono y fracaso al tratamiento, según Collantes (2017) refiere “El abandono del tratamiento de la tuberculosis es uno de los factores más importantes que disminuyen la eficiencia de la terapia. Dentro de sus causas se observan factores relacionados con el paciente, con los fármacos y con el sistema de salud. Entre las posibles causas de abandono se describen: la larga duración del tratamiento (6 a 8 meses), el alto número de pastillas (aproximadamente 11), reacciones adversas a medicamentos antituberculosos y desinformación sobre la enfermedad y su tratamiento.” Además, refiere “La labor del profesional es fundamental, para establecer acciones que permitan al paciente con tuberculosis una mejor adherencia al tratamiento y contrarrestar los factores que lo llevan al a abandonar el tratamiento. La enfermera es la más involucrada en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis, pues tiene la responsabilidad de controlar la diseminación de la enfermedad y garantizar la correcta administración del tratamiento para el cumplimiento terapéutico.”

En acorde a los resultados, en la dimensión Biológica tanto los indicadores Físico como diagnostico indicaron que el mayor porcentaje (por encima del 70%) en ambos tuvo

una buena atención. En la dimensión psicológico los indicadores cognositiva, emocional – afectiva, aceptación y activación conductual indicaron que el mayor porcentaje (por encima del 75%) existe una buena atención brindada por el equipo multidisciplinario. En el enfoque social los indicadores relaciones familiares, interpersonal, laborales, compromiso y generosidad presentaron mayor porcentaje (por encima del 80%) en una buena atención, solamente el indicador laboral se encontró en un 60% una buena atención y esto está relacionado a que los pacientes con tuberculosis se les indica que no deben laborar por un mínimo de 2 meses en el cual reciben el tratamiento diario de lunes a sábado posterior a ello se les indica que ya pueden laborar sin realizar mucho esfuerzo físico, algunos pacientes cumplen con ello y otros no ya que mayormente son pacientes con bajos recursos y necesitan del trabajo para tener ingresos en el hogar.

Según Monchon (2016). Refiere “Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de enfermos es un fenómeno social - universal que solo resulta efectivo si se practica de forma interpersonal. Los 10 factores del cuidado representan tanto sentimientos como acciones que tienen que ver con el médico, el paciente y los profesionales, e incluye aquello que siente, experimenta, comunica, expresa y promueve cada profesional”. Además, refiere “La atención del equipo multidisciplinario a la persona con tuberculosis, tiene como actividades: Establecer canales de comunicación y responsabilidad compartida con la persona con tuberculosis y la familia, con el fin de garantizar la adherencia al tratamiento, la trabajadora social que está viviendo con Tuberculosis debe conocer la realidad de vida, para planificar y ejecutar las intervenciones a realizar con la familia y su entorno con el único objetivo de Prevenir la enfermedad en otras personas, incrementando la posibilidad de recibir un diagnóstico y tratamiento oportuno de darse el caso de contagio.”

VI. CONCLUSIONES

1. Se concluye en relación al enfoque biológico que todas las personas que trabajan en atención del área de salud, independientemente de la función que desempeñen deben coordinar sus actividades para que sea de prioridad una atención segura y eficiente al paciente dado su trabajo interdisciplinario entrenando juntos.
2. Existe una relación significativa entre la atención integral y la condición de egreso en cuanto al enfoque psicológico, lo que significa que el equipo multidisciplinario tiene que estar capacitado para poder tratar a los pacientes afectados con tuberculosis, siendo importante la empatía que tenga el personal de salud con el paciente y que este se sienta cómodo al recibir su tratamiento y cumplir las indicaciones que le da el personal de salud.
3. Se concluye en relación al enfoque social que la cooperación entre aquellos que la realizan al trabajar en equipos multidisciplinarios deben garantizar la seguridad del paciente y de la comunidad en su conjunto.

VII. RECOMENDACIONES

1. El Ministerio de Salud debe contratar personal exclusivo en todos los establecimientos de salud de lima y callao para así lograr disminuir la tuberculosis y evitar el contagio hacia las demás personas.
2. El equipo multidisciplinario debe trabajar con la familia del paciente para que así el seguimiento de su terapéutica sea el adecuado y el paciente culmine su tratamiento satisfactoriamente.
3. Así mismo, se debe abordar las necesidades de salud en las diferentes culturas especialmente las de origen andino y amazónico que son las más excluidas y marginadas.
4. Por consiguiente, considero que el equipo de TBC debe recibir capacitaciones tanto informáticas como talleres prácticos tipo coaching para que exista una relación clínica adecuada con el paciente.

VIII. REFERENCIAS

- Aguilar, J., Arriaga, M., Rodas, M. N., & Martins Netto, E. (2019). *Tabaquismo y el fracaso del Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar: estudio de un caso - control*. J Bras Pneumology, 5.
- Alves Dos Santos, T., & Flores Martins, M. M. (2018). *Perfil de Casos de Reingreso tras Abandono del Tratamiento de la Tuberculosis en Salvador, Bahia, Brasil*. Cadernos Saude Colectiva, 240.
- Artiles Visbal, L. (2018). *Metodología de la Investigación para las ciencias de la salud*. Cuba: Ciencias Médicas.
- Ascarza Saldaña, J. (2018). *Baciloscopía al inicio del tratamiento anti-tuberculoso como factor pronóstico de la condición de egreso de pacientes con tuberculosis pulmonar tratados en el Hospital Cayetano Heredia en el periodo 1973 - 2012*. 20.
- Asencios Trujillo, M. T. (2015). *La Tuberculosis y el Índice de Mortalidad en la Jurisdicción del Centro de Salud San Sebastián, Lima 2014*. 244.
- Barraca Mairal, J. (2010). *Aplicación de la Activación conductual en un paciente con sintomatología depresiva*. Clínica y Salud, 15.
- Bernal Torres, C. A. (2006). *Proceso de Investigación Científica*. en C. A. Bernal Torres, Metodología de la Investigación para administración, economía, humanidades y ciencias sociales (pág. 283). México: Pearson Educación.
- Bonilla Asalde, C. A. (2016). *Factores de Riesgo asociados al Abandono del Tratamiento en pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente en la Región Callao, Perú, años 2010 - 2012*. 210.

- Calderón Saldaña, J. P., & Alzamora de los Godos Urcia, L. A. (2010). *Metodología, las investigaciones descriptivas, explicativas y las experimentales*. En J. P. Calderón Saldaña, & L. A. Alzamora de los Godos Urcia, Metodología de la Investigación Científica en Postgrado (pág. 111). Lima: Safe Creative.
- Calderón Silva, C. (2019). *Frecuencia de Abandono del Tratamiento Antituberculoso y Factores de Riesgo en un Centro Nacional de Excelencia en Tuberculosis. Lima, Perú 2010 - 2015*. Repositorio Académico UPC, 31.
- Cegarra Sánchez, J. (2011). *La Investigación Científica y Tecnológica*. En J. Cegarra Sánchez, *Metodología de la Investigación Científica y Tecnológica* (pág. 123). Madrid: Díaz de Santos.
- Corbin, J. A. (2018). *Psicología emocional: principales teorías de la emoción*. Obtenido de <https://psicologiaymente.com/psicologia/psicologia-emocional>
- Cusi Tomairo, J., & Seras Palomino, E. (2018). *Calidad de Atención y Nivel de Adherencia al Tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar, Hospital Regional de Ayacucho 2018*. 66.
- De Sousa Viana, P. V., Barbosa Codenotti, S., Bierrenbach, A. L., & Basta, P. C. (2019). *Tuberculosis entre niños y adolescentes indígenas en Brasil: Factores Asociados con la Muerte y el Abandono del Tratamiento*. Cadernos De Saude Publica, 16.
- Díaz Facio Lince, V. E. (2010). *La psicología de la Salud: antecedentes, definición y perspectiva*. Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 15.
- Dueños, M., & Cardona, D. (2016). *Factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis, Pereira, Colombia 2012 - 2013*. Biomedica, 431.

- Espy, M. j., Uhl, J. R., Sloan, M. L., Buckwalter, S. P., Jones, M. F., & Vetter, E. A. (2006). PCR en tiempo real en microbiología clínica: aplicaciones para prueba de laboratorio de rutina. *Revista Clínica de Microbiología*, 165-256.
- Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de Tuberculosis. (2016).
- Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis. (2018).
- Farfán, M. J. (2015). Biología Molecular aplicada al Diagnóstico Clínico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 788-793.
- Freud, S. (2012). *Enfoques psicológicos*. Obtenido de <https://enfoquespsicologicos.wordpress.com/>
- García Fernández, L., Benites, C., & Huamán, B. (2017). *Barreras para el acceso a la Atención Integral de las personas afectadas por la infección por Tuberculosis y Virus de Inmunodeficiencia Humana en Perú, 2010 - 2015*. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 9.
- García Higuera, J. A. (2018). *La terapia de aceptación y compromiso: tercera generación de la terapia cognitivo conductual*. Obtenido de <http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/act/brevepresenact.htm>
- Grande Estevan, I., & Abascal Fernández, E. (2009). *Fundamentos y Técnicas de Investigación Comercial*. Madrid: Business & Marketing School.
- Harrison. (2016). Principios de Medicina Interna. En D. Kasper, A. Fauci, S. Hauser, D. Longo, L. Jameson, & J. Loscalzo, *Principios de Medicina Interna* (pág. 1005). California: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES.

- Introducción a la Medicina de Familia y Comunitaria. (2018). Obtenido de https://rodas5.us.es/file/4ab63de8-0474-23d0-fce4-582b01684204/2/tema1_SCORM.zip/pagina_02.htm
- Jiménez Zamalloa, Y. C. (2018). *Implementación del Ambiente de Consulta Externa para la Atención Integral de Pacientes con Tuberculosis en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2011 - 2014*. 50. Medeiros Soares, M. L., Castro Do Amaral, N. A., Paes Zacarias, A. C., & Novaes Pires
- Medicus Mundi Navarra. (2012). *Modelo de Atención Integral en Salud basado en familia y comunidad en el primer nivel*. Salud sin límites Perú, 112.
- Ministerio de Educación. (2019).
- Ministerio de Salud. (2013). Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las personas afectadas con Tuberculosis. 172.
- Ministerio de Salud. (2013).
- Ministerio de Salud. (2016). Guía Técnica para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis. 44.
- Muñoz del Carpio Toia, A., Sánchez Pérez, H. J., Verges de López, C., Sotomayor Saavedra, M. A., López Dávila, L., & Sorokin, P. (2018). Tuberculosis en América Latina y el Caribe: Reflexiones desde la Bioética. *Persona y Bioética*, 357.
- Organización Mundial de la Salud. (2018).
- Palomino, J. A., Peña, J. D., Zevallos, G., & Orizano, L. (2015). *Metodología de la Investigación*. Lima: San Marcos.
- Pedreira. (2019). *Psicopedreira*. Obtenido de <https://psicopedreira.wordpress.com/1-la-psicologia-como-ciencia/1-2-enfoques-en-psicologia/1-2-5-enfoque-biologico/>

- Peñuela Olaya, M. A. (2010). *Una visión humanista sobre el campo de la salud. Perinatología y Reproducción Humana*, 271.
- Pérez Camacho, P. M., & Carrillo Lasso, S. L. (2016). *Evaluación de Aplicación de la Ruta de Atención Integral de Tuberculosis en menores de 15 años en la Red de Salud Oriente de Cali 2014*. 39.
- Plataforma Digital del Estado Peruano. (2017).
- Publica, M. D. (ENERO de 2010). *Modelo de Atención Integral en Salud*. República del Salvador y Suecia, Quito, Ecuador: MSP Ecuador.
- Ribeiro, L. K. (2017). *Aspectos Sociodemográficos y Clínico Epidemiológicos del Abandono del Tratamiento de Tuberculosis en Pernambuco, Brasil 2001 - 2014*. *Epidemiology Service Saude*, 378.
- Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis. (2016).
- Villaba, V. (2012). *Enfoque Psicológico*. Obtenido de <https://veronicavillalba.com/enfoque-psicologico/>

IX. ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Operacionalización de Variables			Metodología
			Variables	Dimensiones	Indicadores	
<p>Problema General</p> <p>¿De qué manera la atención integral se relaciona con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil público Ventanilla 2018?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar si la atención integral se relaciona con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil público. Ventanilla 2018.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>La atención integral se relaciona significativamente con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil público. Ventanilla 2018.</p>	<p>x: Atención integral</p>	<p>Enfoque Biológico</p>	<p>Física Diagnostico (Bioquimico)</p>	<p>Tipo: descriptivo, aplicada, básica</p> <p>Enfoque: cuantitativo</p> <p>Nivel o alcance: explicativo</p> <p>Diseño: No experimental, transversal</p> <p>Población: 150</p> <p>Muestra: 109</p> <p>Método: Descriptivo, analítico estadístico</p> <p>Técnica: encuesta y registro de recolección de datos a través de la observación</p> <p>Instrumento: cuestionario</p> <p>Análisis de datos: Estadística aplicada, programa SPSS</p>
				<p>Enfoque Psicológico</p>	<p>Cognoscitiva Emocional afectiva Aceptación Activación conductual</p>	
				<p>Enfoque Social</p>	<p>Relaciones familiares Interpersonal Laborales Compromiso Generosidad</p>	
<p>Problemas Específicos</p> <p>- ¿De qué manera el enfoque biológico se relaciona con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil público Ventanilla 2018?</p> <p>- ¿De qué manera el enfoque</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <p>- Establecer como el enfoque biológico se relaciona con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil público. Ventanilla 2018.</p>	<p>Hipótesis Específicas</p> <p>- El enfoque biológico se relaciona significativamente con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil público. Ventanilla 2018.</p>	<p>y: Condición de egreso</p>	<p>Finalizar tratamiento</p>	<p>Curado Tratamiento completo Fracaso Abandono Fallecido No evaluado</p>	

<p>psicologico se relaciona con la condición de egreso en paciente con tuberculosis de un centro materno infantil Publico Ventanilla 2018?</p> <p>- ¿De qué manera el enfoque social se relaciona con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil Publico Ventanilla 2018?</p>	<p>- Establecer como el enfoque psicológico se relaciona con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil público. Ventanilla 2018.</p> <p>- Establecer como el enfoque social se relaciona con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil público. Ventanilla 2018.</p>	<p>- El enfoque psicológico se relaciona significativamente con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil público. Ventanilla 2018.</p> <p>- El enfoque social se relaciona significativamente con la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un centro materno infantil público. Ventanilla 2018.</p>				
---	--	--	--	--	--	--

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO



Cuestionario para evaluar la atención integral y condición de egreso de los pacientes con tuberculosis del centro de salud materno infantil Pachacutec Perú Corea

Estimado paciente:

El presente cuestionario me permitirá conocer acerca de “Atención integral y la condición de egreso en pacientes con tuberculosis del centro de salud materno infantil Pachacutec Perú Corea”

Las respuestas son variadas y deben marcar con un aspa (X) la alternativa que crea correcta.

Gracias por su colaboración y honestidad en el marcado de este cuestionario y recuerda que es anónimo.

Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4

I. Datos generales

Sexo: Femenino Masculino

Edad:

Grado de instrucción:

Condición de egreso:

Curado	
Tratamiento completo	
Fracaso	
Fallecido	
Abandono	
No evaluado	

II. Datos específicos: Atención Integral

N°	Preguntas	Nunca	Casi nunca	Siempre	Casi siempre	Siempre
1	¿En el centro de salud existen las condiciones necesarias para la evaluación física?					
2	¿La evaluación física se realizó oportunamente y en forma periódica?					
3	¿Usted considera que fue sometido a evaluación física con su consentimiento y sin discriminación?					
4	¿El personal le brindó las facilidades para acceder a la pruebas y exámenes para el diagnóstico de la enfermedad?					
5	¿El establecimiento de salud cuenta con las condiciones de infraestructura, equipos y materiales para pruebas y exámenes para el diagnóstico de la enfermedad?					
6	¿El personal de salud le brindó el tratamiento de acuerdo con los síntomas de la enfermedad?					
7	¿El establecimiento de salud cuenta con las condiciones de ambiente, equipos y material para el tratamiento de la enfermedad?					
8	¿El personal de salud se mostró comprometido en identificar y solucionar las reacciones adversas del tratamiento producida por los medicamentos?					
9	¿El personal de salud le brindó la información necesaria sobre la enfermedad?					
10	¿Existen los ambientes, equipos y materiales necesarios para brindarle conocimientos actualizados sobre la enfermedad?					
11	¿Usted considera que sus preguntas sobre la enfermedad fueron resueltas en forma oportunas?					
12	¿Usted considera que el personal de salud se mostró comprometido en identificar y solucionar el impacto psicológico que origina la enfermedad?					
13	¿Usted considera que el personal lo escuchó atentamente y sin demoras?					
14	¿Usted considera que el personal demostró interés durante la atención que le ofreció?					
15	¿Usted considera que el personal le brindó una atención con trato cálido y amable?					

16	¿El personal de salud demostró interés en brindarle el tratamiento oportunamente?					
17	¿Usted percibió que el personal de salud siempre estuvo atento en conocer su molestia y satisfacer sus necesidades?					
18	¿El personal de salud se mostró comprometido en identificar y solucionar el impacto familiar que origina la enfermedad?					
19	¿El personal de salud trabajó con su familia para obtener el apoyo durante el tiempo que duró la enfermedad?					
20	¿En el centro de salud se desarrolla actividades de compañerismo entre las personas diagnosticadas con la enfermedad?’					
21	¿Usted se comunicó sin dificultad por el personal de salud?					
22	¿El personal de salud implementó estrategias para el desarrollo laboral durante el tiempo que dure el tratamiento de la enfermedad?					
23	¿El personal de salud asume responsablemente el seguimiento para el cumplimiento del esquema del tratamiento?					
24	¿El personal de salud está alerta a las reacciones adversas al tratamiento?					
25	El personal de salud demuestra compromiso y está atento a sus consultas y requerimientos.					
26	El personal de salud realiza los trámites para obtener ayuda social de instituciones públicas y privadas que beneficie al paciente durante el tiempo que dure el tratamiento?					
27	¿El personal de salud realiza las visitas domiciliarias necesarias para cumplir con el esquema y el tratamiento establecido?					

Anexo 3. Validación del instrumento por Juicio de Expertos

1. Evaluación del certificado de validez por juicio de experto según apreciación general.

Luego de obtener los certificados de validez evaluados por cada experto, según las respuestas, se construyó la siguiente tabla porcentual. (mayor al 80 % aplicable).

Tabla 3.

Evaluación del criterio de expertos por validación del instrumento

N°	Experto	Cuantitativa (%)	Cualitativa
1	Dr. Roberto Cumpén Vidaurre	92	Aplicable
2	Dra. Maritza Doris Fuertes Vara	89	Aplicable
3	Dr. Cesar Augusto Moreno Ynoñan	93	Aplicable

Fuente: Propia

Tabla 4.

Evaluación del certificado de validez por juicio de experto según apreciación general por indicadores

Ítems	Indicadores	Criterios	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Promedio
1	Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado.	95%	89%	96%	93%
2	Objetividad	Está expresado en conductas observables.	93%	87%	94%	91%
3	Actualidad	Adecuado al avance de la especialidad.	87%	90%	95%	91%
4	Organización	Existe una organización lógica.	90%	93%	95%	93%
5	Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.	90%	87%	93%	90%
6	Intencionalidad	Adecuado para valorar la investigación.	92%	87%	93%	91%
7	Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos.	89%	88%	90%	89%
8	Coherencia	Entre lo descrito en dimensiones e indicadores.	94%	90%	90%	91%
9	Metodología	La formulación responde a la investigación.	94%	89%	92%	92%
10	Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación.	92%	89%	93%	92%
Promedio final			92%	89%	93%	91%

Fuente: Propia

El porcentaje total del grado de concordancia de los tres jueces es del 91% muy buena; considerando el presente instrumento como válido.

Anexo . Juicio de expertos

Ficha de validación Informe de opinión del juicio de experto (apreciación general)

Datos generales

1.1. Apellidos y nombres del informante: YAULI TORRES, CLAUDIA SALOMÉ

1.2. Cargo e institución donde labora: MEDICO GENERAL DE LA ESTRATEGIA DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL PERU COREA – PACHACUTEC

1.3. Nombre del instrumento: CUESTIONARIO

1.4. Título del proyecto: ATENCIÓN INTEGRAL Y LA CONDICION DE EGRESO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE UN CENTRO MATERNO INFANTIL PUBLICO. VENTANILLA 2018

Aspectos de validación

Indicadores	Criterios	Deficiente 0-20%	Baja 21- 40%	Regular 41-60%	Buena 61-80	Muy buena 81-100
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado.					89
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables					87
3. Actualidad	Adecuado al avance de la especialidad					90
4. Organización	Existe una organización lógica					93
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.					87
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar la investigación					87
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos.					88
8. Coherencia	Entre lo descrito en dimensiones e indicadores					90
9. Metodología	La formulación responde a la investigación					89
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación					89

Promedio de Valoración:

89

Opinión de aplicabilidad:

a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena Muy Buena

Nombres y Apellidos	Maritza Doris Fuentes Vera	DNI N°	09909637
Dirección domiciliaria	Av. Prolongación Juan Prado 9215	Celular	9966 33147
Título profesional	Lic. En Enfermería		
Grado académico	Doctor		
Mención	Ciencias de la Educación		

 <hr/> Maritza Fuentes Vera Dra. Enfermera C.E.P. 37195
Firma
Lugar y fecha: Lima, 01 de Octubre del 2019

Ficha de validación
Informe de opinión del juicio de experto (apreciación general)

Datos generales

1.1. Apellidos y nombres del informante: YAULI TORRES, CLAUDIA SALOMÉ

1.2. Cargo e institución donde labora: MEDICO GENERAL DE LA ESTRATEGIA DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL PERU COREA – PACHACUTEC

1.3. Nombre del instrumento: CUESTIONARIO

1.4. Título del proyecto: ATENCIÓN INTEGRAL Y LA CONDICION DE EGRESO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE UN CENTRO MATERNO INFANTIL PUBLICO. VENTANILLA 2018

Aspectos de validación

Indicadores	Criterios	Deficiente 0-20%	Baja 21- 40%	Regular 41-60%	Buena 61-80	Muy buena 81-100
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado.					96
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables					94
3. Actualidad	Adecuado al avance de la especialidad					95
4. Organización	Existe una organización lógica					95
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.					93
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar la investigación					93
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos.					90
8. Coherencia	Entre lo descrito en dimensiones e indicadores					90
9. Metodología	La formulación responde a la investigación					92
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación					93


Promedio de Valoración:

93

Opinión de aplicabilidad:

a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena e) Muy Buena

Nombres y Apellidos	ÉLLEN AUGUSTO TORRES YAOÑÁN	DNI N°	06776654
Dirección domiciliaria	CA PEDRO SOLARI 212 CHIMBOTE	Celular	971 294 663
Título profesional	ADMINISTRADOR		
Grado académico	DOCTOR		
Mención	DOCTOR EN ADMINISTRACIÓN		


Firma

Lugar y fecha: Lima, 01 de mayo 2019

Ficha de validación
Informe de opinión del juicio de experto (apreciación general)

Datos generales

1.1. Apellidos y nombres del informante: YAULI TORRES, CLAUDIA SALOMÉ

1.2. Cargo e institución donde labora: MEDICO GENERAL DE LA ESTRATEGIA DE TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL PERU COREA – PACHACUTEC

1.3. Nombre del instrumento: CUESTIONARIO

1.4. Título del proyecto: ATENCIÓN INTEGRAL Y LA CONDICION DE EGRESO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE UN CENTRO MATERNO INFANTIL PUBLICO. VENTANILLA 2018

Aspectos de validación

Indicadores	Criterios	Deficiente 0-20%	Baja 21- 40%	Regular 41-60%	Buena 61-80	Muy buena 81-100
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado.					95
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables					93
3. Actualidad	Adecuado al avance de la especialidad					87
4. Organización	Existe una organización lógica					90
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.					90
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar la investigación					92
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos.					89
8. Coherencia	Entre lo descrito en dimensiones e indicadores					94
9. Metodología	La formulación responde a la investigación					94
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación					92


Promedio de Valoración:

92

Opinión de aplicabilidad:

a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena **e) Muy Buena**

Nombres y Apellidos	Roberto Compañ Vidaurra	DNI N°	06077341
Dirección domiciliaria	Av. Gual Santa Cruz	Celular	986-617-750
Título profesional	737 - Tesorero Mayor Contadores Públicos Colegiados.		
Grado académico	Doctos en Contabilidad // Ph.D. en Economía.		
Mención	— — —		


Firma

Lugar y fecha: Lima, 27 de Setiembre 2019.

Anexo 4. Confiabilidad del Instrumento con el Alfa de Cronbach

La confiabilidad de la variable atención integral se calculó mediante el coeficiente alfa de Cronbach:

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum s_i^2}{s_T^2} \right)$$

Dónde:

$\sum s_i^2$ = varianza de cada ítem

s_T^2 = varianza de los puntajes totales

k = número de ítems del instrumento

$\alpha = 0.8694$

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.8694	27

Fuente: Base de datos

Después de revisado el instrumento del plan de tesis denominado: “Atención Integral y la Condición de Egreso en pacientes con Tuberculosis de un Centro Materno Infantil Publico. Ventanilla 2018”; debo indicar que dicho instrumento es factible de reproducir por otros investigadores e incluso puede ser aplicado a otras entidades similares.

Es decir, los resultados obtenidos con el instrumento en una determinada ocasión, bajo ciertas condiciones serán similares si se volvieren a medir las mismas variables en condiciones idénticas. Este aspecto de la razonable exactitud con que el instrumento mide lo que se ha pretendido medir es lo que se denomina la confiabilidad del instrumento, la misma que se cumple con el instrumento de encuesta de este trabajo.

Los coeficientes α mayores a 60%, se consideran aceptables; con el instrumento se obtuvo el valor de 86.94%, por consiguiente, el instrumento tiene buena confiabilidad.

Anexo 5. Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Estudio: Atención Integral y la Condición de Egreso en pacientes con tuberculosis de un Centro Materno Infantil Publico. Ventanilla 2018

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Identificado con DNI N°y domiciliado en Lima.

Declaro:

Que, voluntariamente acepto mi participación en esta encuesta para dar información acerca del presente tema de investigación:

“Atención integral y la condición de egreso en pacientes con tuberculosis de un Centro Materno Infantil Publico. Ventanilla 2018”

Así mismo, declaro que he sido informado (a) de los objetivos del estudio, confirmo que he tenido la posibilidad de formular preguntas sobre este estudio y estoy satisfecho (a) con las respuestas y las explicaciones referidas; se me garantiza, además, que la información que se viera en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación asegurándome la máxima confidencialidad y el anonimato.

Sin otro particular hago llegar mis deferencias personales a usted.

.....

Firma del Informante

Nombre y Apellidos.....

DNI N°

Marco legal

- Ley N.º 26842, Ley General de Salud.
- Ley N.º 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N.º 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N.º 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y que modifica los artículos 15º, 23º, 29º y el segundo párrafo del artículo 37º de la Ley N.º 26842, Ley General de Salud.
- Decreto Supremo N.º 013-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N.º 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N.º 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Resolución Ministerial N.º 540-2011/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud para la utilización de medicamentos no considerados en el “Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales.”
- Resolución Ministerial N.º 525-2012/MINSA, que reestructura la organización y de dependencia funcional de las Estrategias Sanitarias Nacionales.
- Resolución Ministerial N.º 545-2012/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N.º 047-MINSA/DGE-V.01, “Notificación de Brotes, Epidemias y otros eventos de importancia para la Salud Pública”.
- Resolución Ministerial N.º 599-2012/MINSA, que aprueba el “Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud”.
- Resolución Ministerial N.º 607-2012/MINSA, que aprueba la NTS N.º 097-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto/a con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana”.

- Resolución Ministerial N.º 948-2012/MINSA, que sustituye los anexos 1,2 y 3 de la Directiva Sanitaria N.º 046 – MINSA/DGE-V.01, que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiología en Salud Pública, aprobada con Resolución Ministerial N.º 506-2012/MINSA.
- Resolución Ministerial N.º 179-2013/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N.º 053-MINSA/DGE-V.01” Directiva Sanitaria para la Notificación de Casos en la Vigilancia Epidemiológica de la Tuberculosis”.
- Norma Técnica de Salud NTS 104-MINSA/DGSP: Atención integral de las personas afectadas por tuberculosis (Nov-2013).
- Directiva Sanitaria 079-MINSA/CDC: Para la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis (Dic-2017).