

**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**



**“EFECTO RESERVORIO PARA LA TRANSMISIBILIDAD DE
TUBERCULOSIS PULMONAR EN MUJERES PRIVADAS DE SU
LIBERTAD EN EL INSTITUTO PENITENCIARIO DE PICSIFERREÑAFE 2019”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORA:

BACH. EVELYN JENNIFER CASTRO FERNÁNDEZ

ASESOR:

DR. MARCIAL AMADO CABRERA RAMÍREZ

CHICLAYO – PERÚ

2020

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico en forma especial a mis padres que en todo momento y a lo largo de mi carrera profesional me apoyaron con dedicación, amor, comprensión, consejos y en el aspecto moral rescatando los buenos valores y virtudes para ser una buena profesional, también agradezco a mi hermano Carlos por sus atenciones y estar siempre a mi lado en los momentos necesarios y a mi esposo por su cariño y comprensión.

AGRADECIMIENTO

Al termino de mi carrera profesional quiero agradecer a dios por sus bendiciones, a mis padres por su ejemplo de honradez y superación, a mi esposo por su apoyo y comprensión, a la universidad particular de Chiclayo que me abrió las puertas en el momento oportuno y necesario para formarme como profesional y a los docentes que volcaron hacia mi persona los conocimientos necesarios en esta importante carrera profesional.

A mis hijitos mellizos que los amo mucho, a mi hermano Carlos y a mi Sashita que siempre estuvo a mi lado durante mis estudios.

INTRODUCCIÓN

La salud en las prisiones es a menudo olvidada o considerada de baja prioridad. Los presos son excomulgados y no escuchados. La sociedad ve con ambivalencia una atención sanitaria de calidad a las personas acusadas de actuar contra la sociedad. La salud de una persona privada de su libertad (PPL) es responsabilidad de diferentes autoridades mal coordinadas entre sí. El clima de desorganización y violencia agrava la situación, obstaculiza el acceso a la atención médica y fomenta comportamientos perturbados.

En cualquier país con escasos recursos, las personas privadas de su libertad suelen ser la última prioridad presupuestaria. Son los extremos de los marginados. Viven con frecuencia hacinadas en instalaciones con insuficiente ventilación, higiene y saneamiento. La comida institucional suele ser escasa y poco nutritiva. Los comportamientos ilegales, como el consumo de alcohol y drogas, las relaciones sexuales (consentidas o no) pueden tener lugar sin control. Estas condiciones son un buen caldo de cultivo para las enfermedades infecciosas crónicas, incluyendo la tuberculosis (TBC) y el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH). Los problemas de salud en las prisiones son el resultado de una compleja interacción entre la pobreza, el encarcelamiento y las enfermedades. Deben de llevarse a cabo urgentes intervenciones, como el acceso universal a la estrategia de terapia directamente observada (DOTS) y la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios. Pero, estas acciones deben estar incluidas en un contexto más amplio contra los factores que facilitan y perpetúan la enfermedad en las prisiones. Entre ellas, la reducción del hacinamiento, la promoción y ejercicio de los derechos en salud, la coordinación del sistema de salud de las prisiones integradas con las estrategias sanitarias nacionales y un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia. Para el logro de estas metas, se hace necesario el trabajo intersectorial.

Controlar las enfermedades crónicas, como la TBC, el VIH/SIDA y la coinfección TBC-VIH/SIDA, en lugares tan difíciles como las prisiones, donde confluyen aspectos sociales, culturales y psicológicos por parte de las personas privadas de su libertad, y aspectos normativos, de seguridad, falta de presupuesto,

limitaciones técnicas sanitarias por parte de la Institución penitenciaria, requiere de un amplio conjunto de intervenciones orientadas hacia aspectos sanitarios y otras más hacia aspectos administrativos y de ordenamiento institucional. Por otro lado, el control de estas enfermedades en las prisiones no debe ser visto como un programa técnico aislado, sino que debe formar parte de un esfuerzo amplio e integrado para mejorar la salud dentro y fuera de las prisiones. Las acciones en la institución penitenciaria deben estar incorporadas dentro de las estrategias sanitarias nacionales.

El Perú es el país con mayor morbilidad e incidencia de TB en América Latina y, de igual manera, es el octavo país del mundo con mayor carga de TB multidrogo resistente (MDR). Cada año, la tasa de TB se incrementa aproximadamente en 3%, al que hay que agregar otro 3% de carga epidemiológica de casos que se contagian y desarrollan la enfermedad. Las personas privadas de su libertad ascienden a 30 398, de las cuales 93% son hombres y 7% mujeres. El 54% se concentra en nueve establecimientos penitenciarios (EP), considerados los más grandes del país: Lurigancho (Lima), Castilla (Piura), Callao, Trujillo, Huanuco, Miguel Castro Castro, Picsi (Chiclayo), Socabaya (Arequipa) e Ica. En éstos se concentra el 70% de los casos de TBC. A pesar de esta situación, no existe en los EP una estrategia sanitaria de control de TBC lo suficientemente fuerte como para intervenir el problema. La población de personas privadas de su libertad sigue creciendo, con muchas detenciones cortas.

Los factores de riesgo para TB en la población privada de la libertad incluyen hacinamiento, poca ventilación e iluminación, compartir celdas con otros casos sospechosos, desnutrición y comorbilidades como diabetes, enfermedad pulmonar crónica, inmunosupresión y VIH, farmacodependencia y consumo de tabaco. Tradicionalmente la TB se sospecha en pacientes con tos por más de 2 semanas asociadas a otros síntomas respiratorios o constitucionales. La vigilancia de TB en población de riesgo y casos sospechosos implica la aplicación de técnicas de tamizaje con una adecuada especificidad y sensibilidad dentro de estas se encuentran la baciloscopía con tinción de Ziehl Neelsen y el cultivo para bacilos, que se considera la prueba de oro para el diagnóstico. Las investigaciones de

prevalencia de tuberculosis activa en población vulnerable como la penitenciaria en países en vía de desarrollo son escasas. En Colombia el plan nacional de salud pública incluye en sus objetivos, metas y estrategias la vigilancia y control de la TB en población vulnerable lo que incentiva realizar investigaciones afines.

Asimismo esta investigación se basó en los siguientes capítulos:

El capítulo I, denominado problema de la investigación: Lo referente a formulación del problema, justificación e importancia, limitaciones de la investigación, objetivo general y específicos.

El capítulo II, denominado marco teórico- científico: Contiene los antecedentes, bases teóricas, marco de referencia, hipótesis, variables, definición de variables, Operacionalización de variables y matriz de consistencia.

El capítulo III, denominado marco metodológico: Se presenta el tipo y diseño de la investigación llevada a cabo de la presente tesis, así también la población, muestra, hipótesis, variables y su Operacionalización. Métodos técnicas de la investigación, instrumentos utilizados y análisis estadísticos e interpretación de datos.

El capítulo IV, denominado resultados de la investigación: Análisis e Interpretación de los resultados, contiene el análisis e interpretación de los resultados los mismos que son procesados a través del programa SPSS luego de la tabulación de datos recopilados a través de los cuestionarios aplicados a la población de estudio.

El capítulo V, denominado conclusiones y recomendaciones: se planteó la propuesta, las conclusiones a las que ha llegado el autor, así mismo presentan las recomendaciones necesarias.

Y por último se presentan las referencias bibliográficas utilizadas para la investigación y los anexos citados en los textos relacionados con la misma.

RESUMEN

En la presente investigación titulada Efecto reservorio para la transmisibilidad de tuberculosis pulmonar en mujeres privadas de su libertad en el Instituto Penitenciario de Pícsi- Ferreñafe 2017; tiene como objetivo Evaluar el efecto reservorio en la transmisibilidad de tuberculosis pulmonar en mujeres privadas de la libertad en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe 2017. El tipo de investigación fue cuantitativa - descriptivo; el diseño fue no experimental de corte transversal. La población estuvo conformada por 192 se sacó una muestra de 128 reclusas que se evaluarán en la investigación. La técnica de recolección de datos utilizadas fueron las encuestas, entrevistas y estuvo diseñado para obtener información específica.

El resultado más relevante fue: el 69.4% de las reclusas presentan tuberculosis, el 30.6% afirman tener más de una pareja, asimismo el 44.4% tiene al menos una pareja sexual del mismo sexo; mientras que el 94.4% de las reclusas que presentan bajo de peso espontánea, el 86.1% de las mismas presentan tos y el 77.8% tienen pérdida de apetito, 75% tienen dolor de espalda, y con respecto a la enfermedad crónica 30.6% afirman tener desnutrición, 22.2% VIH y 13.9% tienen diabetes. Se recomendó al Instituto Nacional Penitenciario coordinar con el Ministerio Nacional de Salud campañas periódicas de fumigación y limpieza exhaustiva de las celdas donde existe mayor índice de hacinamiento por cada interna.

Palabras claves: Efecto reservorio, tuberculosis y pulmonar.

ABSTRACT

In this research entitled Reservoir effect for the transmissibility of pulmonary tuberculosis in women deprived of their liberty at the Pícsi-Ferreñafe Prison Institute 2017; It aims to evaluate the reservoir effect on the transmissibility of pulmonary tuberculosis in women deprived of liberty at the Pícsi Ferreñafe Prison Institute 2017. The type of research was quantitative - descriptive; The design was non-experimental cross-section. The population consisted of 192, a sample of 128 inmates were evaluated and evaluated in the investigation. The data collection technique used were surveys, interviews and is designed to obtain specific information.

The most relevant result was: 69.4% of female prisoners have tuberculosis, 30.6% say they have more than one partner, and 44.4% have at least one same-sex sexual partner; While 94.4% of female prisoners who have low spontaneous weight, 86.1% of them have a cough and 77.8% have loss of appetite, 75% have back pain, and with respect to chronic disease 30.6% claim to have Malnutrition, 22.2% HIV and 13.9% have diabetes. It was recommended that the National Penitentiary Institute coordinate with the National Ministry of Health periodic campaigns of fumigation and thorough cleaning of the cells where there is a higher rate of overcrowding for each inmate.

Keywords: Reservoir, tuberculosis and pulmonary effect.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INTRODUCCIÓN	iv
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
ÍNDICE.....	ix
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1. Realidad Problemática:	12
1.2. Formulación del Problema:	14
1.3. Delimitación de la investigación	15
1.4. Planteamiento del Problema	15
1.5. Justificación e importancia de la investigación	15
1.6. Limitaciones de la investigación	16
1.7. Objetivos de la investigación:	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO- CIENTÍFICO	19
2.1. Antecedentes de la Investigación:	19
2.2. Bases Teórico	23
2.3. Marco conceptual	31
2.4. Hipótesis:	31
2.5. Variables	32
2.6. Definición de Variables.....	32
2.7. Operacionalización de variables:.....	32
2.8. Matriz de Consistencia	34
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	36

3.1. Tipo de investigación:.....	36
3.2. Diseño de Investigación / contrastación de la hipótesis:	36
3.3. Población y Muestra:	36
3.4. Materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos:	37
3.5. Validación y confiabilidad de los instrumentos	38
3.6. Métodos y procedimientos para la recolección de datos:	38
3.7. Análisis estadísticos de los datos:	39
CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	41
4.1. Presentación y análisis de la información	41
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
5.1. Conclusiones	49
5.2. Recomendaciones	50
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:	51
ANEXOS.....	54

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Realidad Problemática:

Señala la OMS¹, que el año pasado enfermaron y murieron de tuberculosis menos personas, pero los países aún no hacen lo suficiente para acabar con esta enfermedad de aquí a 2030, advierte la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aunque los esfuerzos mundiales han evitado desde el año 2000 unos 54 millones de muertes por tuberculosis, esta sigue siendo la enfermedad infecciosa más mortal. En el Informe mundial sobre la tuberculosis 2018, presentado hoy por la OMS en Nueva York, se pide una movilización sin precedentes de los compromisos nacionales e internacionales, y se insta a los líderes políticos a que acudan la próxima semana a la primera reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre la tuberculosis para tomar medidas decisivas, aprovechando el impulso reciente dado por los líderes de la Federación de Rusia, India, Rwanda y Sudáfrica. Se espera que a la reunión asistan casi 50 Jefes de Estado y de Gobierno. Para alcanzar la meta mundial de acabar con la tuberculosis para el año 2030, los países deben acelerar urgentemente su respuesta, lo que implica un aumento de la financiación nacional e internacional de la lucha contra la enfermedad. El informe de la OMS proporciona una visión general del estado de la epidemia y los desafíos y oportunidades que tienen ante sí los países para darle respuesta¹.

En México, Estrada & Ruvalcaba², señala que la Tuberculosis Pulmonar (TBP) es una enfermedad infectocontagiosa causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, cuyo reservorio es el hombre y su mecanismo de transmisión es a través del “flugge” emitido por personas infectadas al toser o estornudar, afecta las vías respiratorias y de no ser detectada y tratada de manera oportuna puede llevar al enfermo incluso a la muerte. Tanto a nivel internacional, nacional y estatal se han creado estrategias para la erradicación de este padecimiento, sin que hasta la fecha se haya logrado tener éxito en la ruptura de la cadena de transmisión, impidiendo lograr por lo menos su eliminación. La tuberculosis demanda atención por parte del equipo de salud, representando un riesgo latente para el personal en contacto directo con el paciente sin el uso de medidas de protección. Actualmente representa un problema reemergente de Salud Pública en México dado a que la incidencia de

este padecimiento va a la alza. Cada año se detectan alrededor de 15,000 casos nuevos y más de 2,000 defunciones por esta causa, afecta principalmente a hombres, representando un 60% de los casos por género. El riesgo latente para el personal de salud en México no está suficientemente documentado a pesar de representar un área de oportunidad importante en su diseminación y control, Lo que implica resultados lamentablemente negativos.

En Cuba, Rivero et al³, sostiene que el mayor número de casos nuevos diagnosticados fue del sexo masculino (169 pacientes), la tendencia de la enfermedad fue fluctuante, con la mayor incidencia en el año 2014. De todos los pacientes 128 fueron diagnosticados como BK+; la evaluación de los indicadores de pesquisa y de lugar de diagnóstico así como los de demora diagnóstica y de tratamiento, tuvieron fluctuaciones, pero en su mayoría fueron evaluados de mal; el indicador que mejor se cumplía era tiempo entre los primeros síntomas y primera consulta. La tendencia de las tasas de incidencia de la tuberculosis pulmonar se mantuvo fluctuante con un deterioro progresivo del cumplimiento de los indicadores operacionales, problemas en la pesquisa y en la red diagnóstica, lo que evidencia la posibilidad de subdiagnóstico y transmisión comunitaria.

A Nivel Nacional

Alarcón et al⁴, la TB en el Perú ocupa el décimo quinto lugar de las causas de muerte, y el vigésimo séptimo puesto de carga de enfermedad medida por años de vida saludable perdidos (AVISA). Afecta, predominantemente, a los estratos sociales más pobres de las grandes ciudades del país. Las tasas notificadas de incidencia (casos nunca tratados por cada 100 mil habitantes) y de morbilidad total (nuevos y antes tratados por cada 100 mil habitantes) han disminuido entre 2 a 3% por año entre los años 2011 a 2015, de 97,4 a 87,6 en incidencia y de 109,7 a 99,5 en morbilidad, se muestra la tendencia de los principales indicadores epidemiológicos que son evaluados cada año por la Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) entre los años 2008 y 2015: tasa de incidencia, tasa de morbilidad, tasa de incidencia de TB pulmonar frotis positivo y tasa de defunciones durante el tratamiento.

Anduaga et al⁵, sostiene que el paciente con mayor probabilidad de abandonar el tratamiento de la TB pulmonar sensible, pertenece al grupo poblacional de personas con menos de 6 años de estudios. Asimismo, se revela la asociación entre haber obtenido un puntaje ≥ 22 en la evaluación psicológica de riesgo de abandono establecida por la DISA II Lima Sur del MINSA y el abandono del tratamiento de la TB. Este estudio ofrece nuevas posibilidades de investigación relacionadas a la utilización de la Evaluación Psicológica del PCT con el propósito de validar su importancia para predecir e intervenir oportunamente a pacientes con alto riesgo de abandonar el tratamiento. Lo anterior, permitirá la aplicación más amplia, y no solo por parte de la Red Barranco–Chorrillos – Surco de la DISA II Lima Sur, del instrumento mencionado para mejorar el seguimiento de los pacientes, así como disminuir la tasa de abandono.

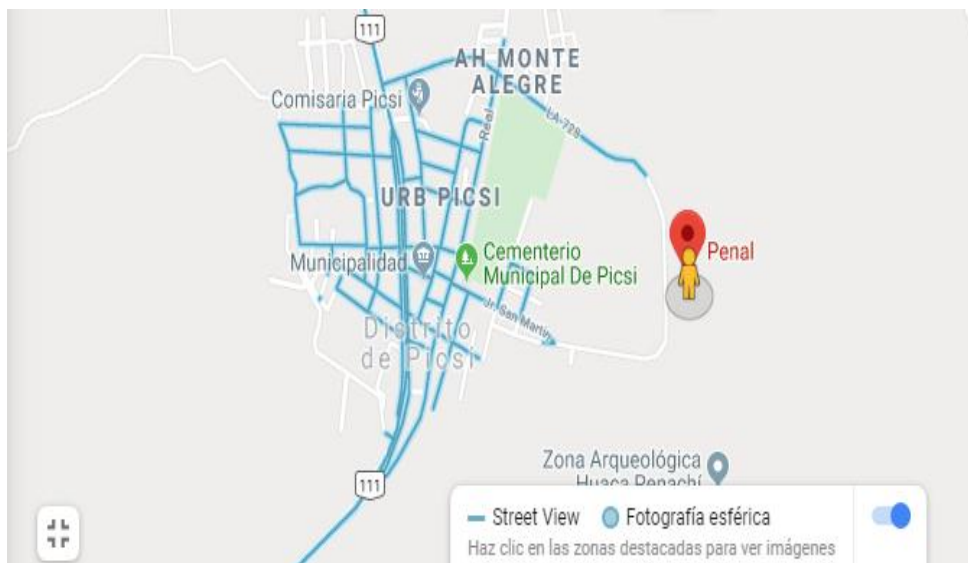
Según estudios desarrollados por Ventura y Rojas⁶, en Ayacucho, se tiene que de 33 pacientes con Tuberculosis Pulmonar un 60,6% tiene un nivel de adherencia medio, seguido del 24,2% un nivel alto de adherencia y un 15,2% de nivel de adherencia bajo, que sumados entre el nivel medio y nivel bajo representan al 75,8%, resultados que son muy alarmantes motivo por el que nos permitimos plantear el presente trabajo de investigación cuyo tema es “Calidad de atención y nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar. Hospital Regional de Ayacucho 2018”.

1.2. Formulación del Problema:

Problema General

¿De qué manera el efecto reservorio favorece la transmisibilidad de tuberculosis pulmonar en mujeres privadas de la libertad en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe 2019?

1.3. Delimitación de la investigación



Instituto Penitenciario de Picsi Ferreñafe Ubicado en el Distrito de Picsi, Provincia de Chiclayo - Lambayeque

1.4. Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe anual, reporta una proporción general de abandono del tratamiento para América Latina del 6%, siendo en el Perú de 5,6%. Dada la magnitud, dicho abandono constituye un problema para el programa de control de tuberculosis. (9)

1.5. Justificación e importancia de la investigación

1.5.1. Justificación

1.5.1.1. Científica; El estudio sirve para que las autoridades sanitarias del Ministerio de Justicia asuman el rol rector del proceso patológico y se involucre al ministerio de Salud a través de su programa nacional de control de tuberculosis a estas poblaciones vulnerables.

1.5.1.2. Social; El problema del abandono del tratamiento antituberculoso en el ambiente carcelario tiene connotaciones graves, como son: el estado de portador que finalmente se prolonga en la calle, el deterioro físico del paciente por la enfermedad; la posibilidad de estimular los mecanismos de resistencia bacteriana; la continuación de

la propagación de la infección, y la perpetuación de su existencia en la humanidad. Existen varios niveles de abandono de tratamiento, que va desde su total rechazo al uso irregular de drogas o al no cumplimiento de la duración establecida (9).

1.5.1.3. Económica; porque, el gasto económico Todo ello, reduce la eficacia de los programas nacionales al incrementar el riesgo de transmisión del bacilo y aumentar la probabilidad de resistencia bacteriana a los antibióticos. Asimismo, predispone a una mayor frecuencia de recaídas, fracasos o resistencia. (15)(16)

1.5.2. Importancia de la investigación; La presente investigación se realiza porque es urgente resolver el problema sanitario de transmisibilidad de tuberculosis en el entorno de un reclusorio de personas privadas de su libertad y que por sus condiciones de vida viven expuestas constantemente a la enfermedad.

1.6. Limitaciones de la investigación

Las limitaciones que presentaron en la investigación es:

Limitaciones de información:

No existen ya que las personas involucradas en el estudio no se encuentran totalmente expuestos a la aplicación de los instrumentos tales como encuestas, entrevistas, etc.

Limitaciones económicas

No existen limitaciones económicas, porque la investigación es asumida íntegramente por el autor.

1.7. Objetivos de la investigación:

1.7.1. Objetivo General:

Evaluar el efecto reservorio en la transmisibilidad de tuberculosis pulmonar en mujeres privadas de la libertad en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe 2019.

1.7.2. Objetivos Específicos:

Describir la situación epidemiológica de la tuberculosis pulmonar en las mujeres privadas de su libertad en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe.

Definir los factores más relevantes en la transmisibilidad de tuberculosis pulmonar en las mujeres privadas de su libertad en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe.

Determinar los factores más importantes para el efecto reservorio en las pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO- CIENTÍFICO

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO- CIENTÍFICO

2.1. Antecedentes de la Investigación:

Según Paz⁷, en Chile en la presente investigación titulada “Tuberculosis en personas privadas de libertad: el efecto Reservorio de las prisiones para la tuberculosis en Chile”, tuvo como objetivo caracterizar los casos de tuberculosis en personas privadas de libertad. Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de los casos de tuberculosis en personas privadas de la libertad procesados por el Laboratorio Nacional de Referencia. Un primer aspecto relevante es la magnitud del problema de la TB en el ambiente carcelario. El estudio de las fuentes secundarias dio como resultado una incidencia de 196,1 casos/100.000 habitantes para la TB todas las formas. Por su parte, el seguimiento de terreno entregó una cifra de 123,9 casos de TB pulmonar por 100.000 PPL para el año 2012-13, que incluye la detección de 4 casos en la investigación de contactos con una tasa de ataque 960/100.000 contactos.

Alarcón et al⁸, en la presente investigación titulada: “Prevalencia de tuberculosis pulmonar en población privada de la libertad de 10 centros penitenciarios en Colombia”, tuvo como objetivo Determinar la prevalencia de tuberculosis pulmonar en población privada de la libertad sintomática respiratoria del departamento del Tolima para el año 2016. Materiales y métodos: Estudio de corte transversal en población privada de la libertad recluida en centros penitenciarios de 10 ciudades de Colombia; se realizó búsqueda activa de personas privadas de la libertad con tos y expectoración; Resultados: Del total de población privada de la libertad el 16,2% (1129/6961) eran sintomáticos respiratorios, la edad media fue de 27 años (rango 24 a 45), 53% (n=601) tuvo tos menos de 15 días, 24% presentó fiebre y 23,6% que presentó sudoración nocturna. La prevalencia de tuberculosis fue del 1,5% (n=17 personas privadas de la libertad) con una tasa de incidencia de 244,22 por cada 100 000 personas privadas de la libertad y una tasa ajustada de incidencia 293,15 por cada 100 000 personas privadas de la libertad para Ibagué. Conclusiones: Este estudio muestra la alta prevalencia de TB en población privada de la libertad del

Tolima y resalta la importancia de definir protocolos de tamizaje más rigurosos para la población privada de la libertad que para los de la población general.

Plata⁹, el autor realizó una investigación titulada: “Factores de riesgo asociados a la no adherencia al tratamiento en los pacientes adscritos al programa de tuberculosis en el Municipio de Villavicencio”, tuvo como objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a la no adherencia al tratamiento en los pacientes adscritos al programa de tuberculosis en el centro reclusorio de Villavicencio, cohorte 2012. Su metodología es de tipo descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo, Se obtuvieron datos de caracterización sociodemográfica sobre factores de riesgo de los presos que abandonaron el tratamiento para la enfermedad- cohorte 2012- mediante la aplicación de un instrumento diseñado por el investigador y revisado por expertos. Los datos fueron tabulados y analizados mediante la herramienta Microsoft Excel® 2007 y Epi-info 7.0. Hallando que el 75% de los pacientes pertenecen al género masculino; el promedio de edad es de 30 años, el 63% pertenecen al régimen subsidiado de salud. Las principales causas de abandono fueron: efectos adversos a los medicamentos (58%), inadecuada atención del personal penitenciario (43%), dificultad de acceso al servicio (32%). Los factores sociales encontrados fueron hacinamiento 67% comorbilidad 62%. La autora concluyó que algunos factores no modificables como la edad y el género, así como factores modificables como estilo nutricional; cuyo control mejoraría el cumplimiento; contribuyen al abandono del tratamiento

A Nivel Nacional

Aponte¹⁰, en su investigación titulada: “Relación entre Procesos de atención de la estrategia sanitaria de tuberculosis y satisfacción del usuario- Penal Trujillo-2016” tuvo como objetivo de determinar si existe relación entre los procesos de atención de la estrategia sanitaria de tuberculosis y satisfacción del usuario del penal de Trujillo algunos factores asociados a la asistencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del Programa de Control de Tuberculosis (PCT) en el penal de Trujillo. Cuyo diseño fue descriptivo transversal. La población estuvo conformada por 77

internos con diagnóstico de tuberculosis pulmonar de 18 - 60 años inscritos. La recolección de datos se realizó a través de dos instrumentos: la ficha de revisión documental y un cuestionario estructurado. El análisis de los datos fue realizado con el programa SPSS. Se concluye que los factores asociados a la asistencia discontinua con mayor significancia fueron: hacinamiento, tipo de trabajo independiente y eventual, no tener apoyo familiar, y no tener información básica sobre la enfermedad (4).

Vargas¹¹; en la investigación titulada: “Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, en el distrito La Victoria periodo 2003 – 2007”, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento en el Distrito La Victoria, periodo 2003 - 2007. Se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles Las conclusiones obtenidas, en el presente estudio fueron: Los factores relacionados con el paciente, que ocasionan un alto riesgo de abandono al retratamiento son: El consumo de alcohol, consumo de drogas, sensación de falta de eficacia del tratamiento, temor al señalamiento y rechazo cuando presentó la enfermedad. Los factores que promueven la adherencia y evitan el abandono son: conocimientos sobre la enfermedad de TBC, sensación de bienestar al momento del retratamiento. Los factores relacionados con el tratamiento, no representan riesgo de abandono al retratamiento y tampoco representan factores que promuevan la adherencia o eviten el abandono al retratamiento. Los factores relacionados con el ambiente o entorno del paciente, tales como el apoyo familiar, el apoyo del entorno laboral y el apoyo social (amigos) resultaron ser factores que promueven la adherencia al retratamiento y evitan el riesgo de abandono al mismo. Los factores relacionados con los establecimientos de salud, tales como la adecuada relación del paciente con el personal de salud y la buena atención así como la adecuada organización del establecimiento de salud son factores que favorecen la adherencia al retratamiento evitándose así el riesgo de abandono.

Arrasco et al¹²; Esta investigación titulada: “Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú”, con el objetivo de lograr una mayor comprensión del abandono del tratamiento antituberculoso y explicar las motivaciones de los pacientes para abandonar el tratamiento antituberculoso. Los participantes fueron obtenidos mediante un muestreo propositivo de los registros de la estrategia sanitaria para el control y prevención de la tuberculosis en la región Lambayeque año 2013. Se empleó como método de recolección de datos un Cuestionario desarrollado mediante entrevistas a profundidad tipo semi estructurada dirigida y grabada. Se protegió la identidad y conservo los lineamientos bioéticos del estudio con la entrega del Consentimiento informado a cada paciente y manteniendo el anonimato del mismo. Hallando que el total de pacientes entrevistados aceptaron haber abandonado sólo en una oportunidad el tratamiento antituberculoso, y haber sido recuperados por el personal de salud encargado. Los argumentos obtenidos sobre el abandono del tratamiento fueron diversos, en su mayoría ligados a la idiosincrasia del paciente y no a factores asociados al personal de salud. Se observó que la mayor parte de los entrevistados no tiene un conocimiento básico y completo de la enfermedad que padecen; además refieren que el tiempo de tratamiento es el principal obstáculo para la fidelidad al mismo, sumado a ello los diversos factores y condiciones del entorno en el que se desenvuelve el paciente.

Anduana et al¹³; En la investigación titulada: “Estudio de casos y controles retrospectivo no pareado, para identificar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en un centro reclusorio del distrito de Chorrillos, Lima – Perú”. Se definió como caso a los pacientes que abandonaron el tratamiento por un periodo de 30 días consecutivos o más y como controles a los pacientes que terminaron el tratamiento antituberculoso. Se evaluó el puntaje de riesgo de abandono que se realiza en el centro de salud (≥ 22), así como variables demográficas. Se incluyó 34 controles y 102 casos. Los resultados apuntaron que el abandono del tratamiento antituberculoso está asociado con tener menos de seis años de educación y un score mayor a 22 puntos en la prueba de abandono de tratamiento antituberculoso.

A Nivel Local

Chen, J et al¹⁴; Esta investigación titulada: “Factores asociados a multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis en el departamento de Lambayeque” tiene como objetivo determinar los factores asociados a Multidrogoresistencia en pacientes con Tuberculosis. Materiales y métodos: estudio analítico, retrospectivo y transversal de casos y controles realizado en 41 pacientes Multidrogorresistentes (casos) y 3 controles por cada caso (Tuberculosis Pulmonar no MDR). Se recolectaron los datos directamente de las historias clínicas y de las fichas empleadas por la DIRESA de Lambayeque. Se realizó el análisis a través del programa estadístico SPSS 13. Se concluyó que la mayor fuerza de asociación para el desarrollo de Multidrogorresistencia corresponde a la irregularidad en el Tratamiento. Además, el desempleo, el contacto con TB y, la presencia de comorbilidad son también factores de riesgo en paciente con TB para desarrollar TB-MDR (8).

2.2. Bases Teórico

Definición de Tuberculosis

La tuberculosis, es una enfermedad causada por una bacteria conocida como bacilo de Koch. Es curable y prevenible. Afecta principalmente a los pulmones, pero puede afectar otras partes del cuerpo. Si no se trata oportunamente, puede causar daño permanente en los pulmones. Las personas infectadas con el bacilo tuberculoso tienen un 10% de probabilidades de enfermar de tuberculosis a lo largo de la vida. Sin embargo, este riesgo es mucho mayor para las personas cuyo sistema inmunológico está dañado, como ocurre en casos de la infección por el VIH, malnutrición o diabetes, o en quienes consumen tabaco. La tuberculosis es la principal causa de muerte entre las personas con VIH.

Se calcula que una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente. Es decir que están infectadas por el bacilo, pero aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección. (Álvarez)²⁰

Signos y síntomas

Según Ordaz¹⁹: señala que las manifestaciones de la infección tuberculosa dependen de la zona del cuerpo donde están aumentando los organismos microscópicos de la tuberculosis. Normalmente, los organismos microscópicos de tuberculosis aumentan en los pulmones (tuberculosis aspirativa). La enfermedad de la tuberculosis en los pulmones puede causar síntomas como las siguientes:

- Tos intensa que dura 3 semanas o más.
- Dolor en el pecho.
- Tos con sangre o esputo (flema que sale desde el fondo de los pulmones).

Otros síntomas de la enfermedad de tuberculosis son:

- Debilidad o fatiga
- Pérdida de peso
- Falta de apetito
- Escalofríos
- Fiebre
- Sudores nocturnos

Los síntomas de la enfermedad de tuberculosis en otras partes del cuerpo dependen del área afectada. Las personas que tienen infección de tuberculosis latente no se sienten mal, no presentan síntomas ni pueden transmitirles la tuberculosis a los demás.

Asimismo tos y expectoración durante más de 15 días, fiebre, tormento torácico, cansancio, ausencia de antojos, reducción de peso, escalofríos, sudores nocturnos, hemoptisis.

Transmisión

La tuberculosis se transmite a través del aire a través de partículas eliminadas por el persistente bacilífero con tuberculosis dinámica; Al hablar, piratear, jadear. Gotas irresistibles llamadas flügge's. Cada una de estas cuentas

de un paciente en funcionamiento puede transmitir el microorganismo, solo al respirar solo uno de los microbios puede causar una contaminación. Las personas descubiertas y en contacto inmutable, por un tiempo diferido o extremo tienen un riesgo alrededor del 25% más alto de estar contaminadas. Los microbios de la tuberculosis se transmiten comenzando con un individuo y luego al siguiente a través del aire.

Estas bacterias se descargan en el aire cuando un individuo con enfermedad de tuberculosis en los pulmones o la garganta corta, jadea, habla o canta. Las personas cercanas pueden respirar estos organismos microscópicos y contaminarse.

La tuberculosis NO se transmite por lo siguiente:

- Darle la mano a alguien.
- Compartir alimentos o bebidas.
- Tocar la ropa de cama o los inodoros.
- Compartir el cepillo de dientes.
- Besarse.

Cuando una persona inhala las bacterias de la tuberculosis, puede detenerse en los pulmones y comenzar a aumentar. Desde ese punto, los microbios pueden dirigirse a través de la sangre a diferentes partes del cuerpo, por ejemplo, los riñones, la columna vertebral y la mente.

La enfermedad tuberculosa en los pulmones o la garganta puede ser infecciosa. Esto implica que los organismos microscópicos pueden transmitirse a otros. Cuando todo está dicho, la tuberculosis que influye en diferentes partes del cuerpo, por ejemplo, los riñones o la columna vertebral, no es infecciosa.

Las personas con enfermedad de tuberculosis están obligadas a transmitirla a las personas con quienes invierten energía constantemente. Esto incorpora familiares, compañeros y colegas o compañeros de clase.

Tratamiento

Un paciente con tuberculosis dinámica sin tratamiento puede contaminar a 10-15 personas por año. A pesar de los peligros de infección, tenemos aquellas regiones donde se visita la tuberculosis, en pacientes inmunocomprometidos con afecciones, por ejemplo, falta de sustento saludable y SIDA, poblaciones étnicas en alto riesgo y trabajadores de bienestar que trabajan en condiciones de alta probabilidad. Estos peligros pueden verse obstaculizados si el paciente está confinado con tuberculosis dinámica y comienza rápidamente un tratamiento antituberculoso convincente.

Después de dos semanas con dicho tratamiento, los pacientes con tuberculosis dinámica y no segura dejan de ser infecciosos. En caso de que un individuo se contamine, tomará menos de 21 días a un mes antes de que pueda comenzar a transmitir la enfermedad a otras personas (Álvarez) ²⁰. Llama la atención sobre que el tratamiento de la tuberculosis es reparable, sin embargo, un análisis temprano es importante, ya que es una enfermedad genuina si no se busca el tratamiento adecuado.

Enseguida, es básico no abandonar el tratamiento dado por el especialista ya que, mientras se suspende el tratamiento, esta enfermedad se agrava rápidamente y se favorece la multiplicación de bacilos seguros para medicamentos, el tratamiento es gratuito, su organización está dirigida directamente y en una premisa ambulatoria.

En Perú, los esquemas de tratamiento de la tuberculosis están separados, como lo sugiere la Organización Mundial de la Salud²¹, y cuentan con el respaldo de especialistas nacionales y mundiales. La Sociedad Peruana de Neumología²², se aplican 6 planes de tratamiento:

Esquema UNO: es considerado para pacientes nuevos con Tuberculosis Pulmonar BK o cultivo positivo. Los medicamentos indicados son: Rifampicina, Etambutol, Pirazinamida e Isoniacida.

Duración: 6 meses. El tratamiento está dividido en dos fases, la primera de dos meses, con administración diaria de las drogas antes mencionadas excepto los domingos y feriados y la segunda fase de 4 meses que se administra dos veces por semana solo con Rifampicina e Isoniacida.

Esquema DOS: indicados en pacientes con Tuberculosis Pulmonar y Extra pulmonar antes tratados (recaídas o abandonos recuperados) con BK o cultivo positivo. Los medicamentos que se administran son: Estreptomicina, Rifampicina, Etambutol, Pirazinamida e Isoniacida.

Duración: 8 meses. En la primera fase que es de 3 meses, el paciente recibirá todos los fármacos antes señalados de manera diaria a excepción de los domingos y feriados durante los primeros dos meses de tratamiento, al tercero se excluirá la Estreptomicina, continuando con la segunda fase por espacio de 5 meses, dos veces por semana con Rifampicina, Isoniacida y Etambutol.

Esquema TRES: En pacientes nuevos con Tuberculosis Pulmonar con BK o cultivo negativo. Los medicamentos que se administran son: Rifampicina, Isoniacida y Pirazinamida.

Duración: 5 meses. La primera fase que comprende 2 meses de administración diaria de tratamiento a excepción de los domingos y feriados con los medicamentos referidos y una segunda fase de 3 meses, dos veces por semana con Rifampicina e Isoniacida.

Esquema para asociación VIH/SIDA/TB para pacientes nuevos con esta coinfección. Los medicamentos indicados son: Rifampicina, Etambutol, Pirazinamida e Isoniacida.

Duración de 9 meses. La primera fase de 2 meses, de administración diaria a excepción de domingos y feriados y la segunda de 7 meses, dos veces por semana sólo con Rifampicina e Isoniacida.

Esquema de Retratamiento Estandarizado TB MDR para pacientes con Tuberculosis que fracasan al esquema UNO o DOS. Los medicamentos que se

administran son: Kanamicina, Ciprofloxacina, Etionamida, Pirazinamida y Etambutol.

Duración: 18 meses. Comprende dos fases ambas de administración diaria a excepción de los domingos y feriados, la primera fase de 4 meses incluye todas las drogas antes descritas, la segunda fase de 14 meses excluye la Kanamicina.

Esquemas de Retratamiento Individualizado TB MDR para pacientes con Tuberculosis que fracasan o recaen al esquema de Retratamiento Estandarizado TB MDR. Los medicamentos que se administran son de 2da línea, los esquemas se diseñan en base a una prueba de sensibilidad.

Duración de 18 a 24 meses.

El seguimiento de los casos de Tuberculosis se realiza a través de la atención integral, en la que interviene un equipo de profesionales de la salud (médico, enfermera, laboratorista, asistente social, etc.) con el objetivo de vigilar, controlar y evaluar la evolución de los síntomas, registrar la respuesta al tratamiento y tratar las reacciones adversas. La eficacia y eficiencia de los esquemas de tratamientos aplicados en el país, son evaluadas periódicamente mediante estudios de cohorte.

Esto ha permitido modificar los esquemas de tratamiento de acuerdo a los resultados; tal es el caso del Esquema DOS Reforzado que se aplicó para los fracasos a los esquemas primarios que luego de la evaluación fue retirado al haber demostrado bajos niveles de curación.

Actualmente se vienen revisando los protocolos de tratamiento para los enfermos con TB MDR, ya que la tasa de curación en el Esquema de Retratamiento Estandarizado para TB MDR, es inferior al 50%.

Es necesario considerar que la tuberculosis multidrogoresistente (TB MDR), la forma más grave de Tuberculosis, está siendo atendida mediante la estrategia DOTS Plus, que consiste en la utilización de medicamentos antituberculosos de segunda línea con observación directa de su administración por el personal de salud y de ser necesario por promotores de salud capacitados.

La ESNPyCTB cuenta con el apoyo de la Unidad Técnica de Tuberculosis Multidrogorresistente (UT-TB MDR), para el registro y seguimiento de las actividades de atención de pacientes con TB MDR (p.2).

Adherencia al tratamiento

Concepto; la organización Mundial de la Salud²³ caracteriza la consistencia o adherencia restaurativa en la medida en que el paciente se adhiere a las pautas, Iparraguirre, caracteriza la conducta del paciente que armoniza con los signos que ofrece el personal de bienestar, e incorpora el límite y el estado de ánimo que se ajustan. A lo que se demuestra, mejorar la satisfacción personal y el consentimiento para las pruebas del centro de investigación como se mencionó. Por lo tanto, la no adherencia es cuánto no se presentan estos signos, para esta situación es esencial pensar en los atributos de la dolencia y las partes psicosociales del paciente, las perspectivas estadísticas (edad, sexo, reunión étnica, pertenencia financiera y nivel de estudios), entre otros (Bustamante)²⁴.

En la actualidad, el tema de la adherencia al tratamiento medicinal es crítico, en vista del hecho de que una progresión de prácticas peligrosas y problemas médicos esencialmente requieren que el individuo actualice las sugerencias restaurativas que se han demostrado, lo que no se hace constantemente de manera efectiva (Torres)²⁵

Según Quevedo²⁶, el incumplimiento de las indicaciones médicas, no solo es grave porque hace ineficaz hecho de que hace inadecuado el tratamiento recomendado contra la tuberculosis, pero además crea una expansión en la horrible y la mortalidad, al igual que aumenta los gastos de los servicios humanos. De esta manera, produce desgracias increíbles en los ángulos individuales, familiares y sociales.

Con estas consideraciones, podemos caracterizar la adherencia como el nivel de consistencia o consistencia en relación con las prescripciones, el plan de dosis, el período aprobado y los cambios en la forma de vida, lo que implica que el paciente está siguiendo el curso de tratamiento sugerido, tomando cada medicina única recomendada por cualquier período de tiempo que sea esencial, realizando

evaluaciones y pruebas de control; de la misma manera, que se ajusta a las medidas de control de la tuberculosis y práctica sus privilegios y obligaciones como personas con TB. La adherencia es significativa a la luz del hecho de que la tuberculosis es reparable si los pacientes aceptan el tratamiento (Tacuri) ²⁷

Soto²⁸, respetar al paciente en sus convicciones, religión, sexo, bienestar económico y forma de vida. La adherencia del paciente al tratamiento de la tuberculosis depende en gran medida de la relación ideal establecida entre la fuerza laboral que la regula, el paciente y su familia.

Desde la conversación principal con él, es básico lograr una relación de compasión con el paciente y comprender los puntos de vista entusiastas e inspiradores para lograr su esfuerzo conjunto, dar certeza al paciente para que sus preguntas, temores y tensiones sobre la enfermedad se expliquen y dispersen, sean bienvenidos y requieren su nombre El paciente le da seguridad y seguridad con el personal de bienestar.

Es importante no hacer esperar paciente cuando viene a tomar sus medicamentos, incluir a la familia para ayudarlo en el procedimiento de la enfermedad y no abandonar el tratamiento. Busque apoyo alimentario (almacenes), más allá de lo que muchos considerarían posible a través de establecimientos con proyectos sociales para aquellos con falta de sustento saludable y / o problemas monetarios. (Soto) ²⁸

El ambiente carcelario con frecuencia provee condiciones ideales para la transmisión del M. tuberculosis. Habitualmente se trata de lugares sobrepoblados, fríos, oscuros y mal ventilados; en Chile, por ejemplo, la sobrepoblación carcelaria supera el 50% y existe una tendencia creciente en la tasa de encarcelamiento. Las condenas prolongadas en estos recintos y los continuos traslados de un recinto a otro, aumentan las probabilidades de contacto con individuos enfermos, en condiciones ideales para adquirir el contagio. Además las PPL tienen más riesgo de progresar a una TB activa cuando se infectan debido a la coexistencia de otras patologías, particularmente la infección por VIH, el uso de drogas endovenosas y la malnutrición. Teóricamente el encierro debiera proveer condiciones ideales para el

tratamiento supervisado, sin embargo la realidad es que en la cárcel es difícil detectar y tratar la TB. Estudios realizados por el Comité Internacional de la Cruz Roja han identificado una serie de problemas, desde el tamizaje, hasta el tratamiento y seguimiento, que aumentan el riesgo de TB en las prisiones.

2.3. Marco conceptual

Irregularidad al Tratamiento: No ingesta de tres dosis programadas continuas o alternadas durante la primera fase del tratamiento o de cinco dosis continuas o alternas durante todo el tratamiento de esquemas para TB sensible. (20)

Efecto reservorio: consiste en la existencia de ambientes cerrados, pocos ventilados y sucios en donde conviven personas privadas de su libertad que pueden sufrir enfermedades respiratorias graves cuya transmisibilidad es viable a través del aire.

Tuberculosis: es una enfermedad infecciosa causada, en la mayoría de casos, por un microorganismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*. Usualmente los microorganismos ingresan al organismo por inhalación a través de los pulmones. Se diseminan desde su ubicación inicial en los pulmones hasta otras partes del cuerpo vía el torrente sanguíneo, el sistema linfático, las vías aéreas o por extensión directa a otros órganos.

Tuberculosis pulmonar: es la forma más frecuente de esta enfermedad y usualmente constituye más del 80,0% de los casos.

Prevalencia de infección: es la proporción de personas infectadas por tuberculosis entre el total de personas examinadas a través de la prueba tuberculínica.

2.4. Hipótesis:

2.4.1. Hipótesis General:

El efecto reservorio favorece la transmisibilidad de tuberculosis pulmonar en mujeres privadas de la libertad en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe.

2.5. Variables

VI: EFECTO RESERVORIO

VD: TRANSMISIBILIDAD DE TUBERCULOSIS PULMONAR

2.6. Definición de Variables

2.6.1. Definición conceptual

Como se mencionara anteriormente los principios de la prevención y control de la TB son universales, por ende todos ellos son aplicables a las personas privadas de libertad. Sin embargo, en consideración de las condiciones especiales de amplificación de riesgo que revisten los centros penitenciarios, la Organización Mundial de la Salud publicó una guía especial destinada al control de la TB en instituciones penitenciarias.

2.7. Operacionalización de variables:

Variable	Sub Variable	Indicadores	Sub Indicador	Escala	Instrum. Medición
Transmisibilidad de Tuberculosis	Factores relacionados con el paciente:	Conductas de riesgo	Consumo de: • Alcohol • Drogas	Nominal	Cuestionario - Anexo
		Conducta sexual de riesgo	• N° de Parejas sexuales • R/S con personas del mismo sexo	Nominal	
		Enfermedad Asociada	Paciente que padece de alguna Enfermedad Crónica. Síntomas actuales	Nominal	
	Factores relacionados con el tratamiento	Eficiencia del programa	Esquema de tratamiento Conocimiento sobre la enfermedad Nivel de rechazo Eficacia	Nominal	
	Factores relacionados con el ambiente	Relaciones socio laborales	Familiar Laboral Social	Nominal	
	Factores derivados del servicio	Nivel de gestión	Acceso Atención al paciente Nivel de organización	Nominal	
Efecto Reservorio	Factores social	-Nivel de hacinamiento -Personas privadas de libertad	-Números de presos por celdas -Población carcelaria	Nominal	Cuestionario
	Factores ambiental	-Nivel de contaminación del ambiente.	-Servicios básicos -Excretos de residuos		
	Factor personal	-Números de pacientes diagnosticados -Números de personas sospechosas	-Bacilos copia positiva - Cuadro clínico compatible		

2.8. Matriz de Consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Conclusiones	Recomendaciones
¿De qué manera el efecto reservorio favorece la transmisibilidad de tuberculosis pulmonar en mujeres privadas de la libertad en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe 2019?	O. General Evaluar el efecto reservorio en la transmisibilidad de tuberculosis pulmonar en mujeres privadas de la libertad en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe 2019. O. Especifico Describir la situación epidemiológica de la tuberculosis pulmonar en las mujeres privadas de su libertad en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe. Definir los factores más relevantes en la transmisibilidad de tuberculosis pulmonar en las mujeres privadas de su libertad en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe. Determinar los factores más importantes para el efecto reservorio en las pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe.	H: El efecto reservorio favorece la transmisibilidad de tuberculosis pulmonar en mujeres privadas de la libertad en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe	Se concluyó que de las 36 reclusas encuestadas que presentan tuberculosis pulmonar, 21 de ellas sus edades oscilan de 23 a 35 años, 26 de ellas su estado civil es separada y 28 de ellas tienen secundaria completa. Se concluyó que de las 36 reclusas encuestadas que presentan tuberculosis pulmonar, las 36 de ellas consumen alcohol, 25 de las encuestadas tienen una sola pareja, con respecto a los síntomas 31 de ella presentan tos persistente, 27 de las reclusas presentan dolor de espalda y 28 de las mismas se encuentran inapetentes.	

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación:

El tipo de investigación fue cuantitativa y descriptiva

Cuantitativo: La investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población (Hernández et al, 2009)²⁶.

Descriptivo: Explica que los estudios descriptivos indagan la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población en estudio.

3.2. Diseño de Investigación / contrastación de la hipótesis:

El diseño asumido en el presente estudio es no experimental

Según Sampieri (2009). Son estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

3.3. Población y Muestra:

3.3.1. Población; estuvo conformada por 192 mujeres privadas de su libertad en el instituto penitenciario de Pícsi – Ferreñafe

Para el caso del tamaño de la muestra de la población, se obtuvieron mediante la fórmula para población finita, es decir, cuando se conoce el total de la población.

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

Dónde:

N= es el total de la población =192

p= 0.70

q = 0.30

Z= Nivel de confianza al 95% = 1.96

e= Error 0.05

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.95 \times 192}{0.05^2(192 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.95}$$

n= 128

Criterios de selección:

Criterios de Inclusión

Grupo Casos

Pacientes irregulares al tratamiento Pacientes del sexo femenino

Pacientes > de 20 años a mas

Grupo Control

Pacientes que sufren de esta enfermedad

Pacientes sin comorbilidades.

Criterios de Exclusión

Historias clínicas incompletas o perdidas.

3.4. Materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos:

3.4.1. Las técnicas son las distintas formas o manera de obtener la información de la investigación”.

En este estudio se utilizaron las siguientes, Según Naresh &¹⁸ “las encuestas son entrevistas con un gran número de personas utilizando un cuestionario prediseñado el método de encuesta incluye un cuestionario estructurado que se da a los encuestados y que está diseñado para obtener información específica. De igual manera se utilizará una encuesta para medir las dos variables, de las cuales se harán un número de preguntas y estarán basados a los indicadores de las variables.

Encuesta

Ávila²⁷, señala que la encuesta es un procedimiento dentro de los diseños de una investigación descriptiva en el que el investigador recopila datos mediante un cuestionario previamente diseñado, sin modificar el entorno ni el fenómeno donde se recoge la información ya sea para entregarlo en forma de tríptico, gráfica o tabla.

Instrumentos

Según Ávila²⁷ señala que es la herramienta utilizada por el investigador para recolectar la información de la muestra seleccionada y poder resolver el

problema de la investigación, que luego facilita resolver el problema de mercadeo. Los instrumentos están compuestos por escalas de medición.

Cuestionarios: Los cuestionarios pueden utilizarse para recopilar datos sistemáticos habituales o poco frecuentes, y datos para estudios especializados. Si bien la información de esta sección se aplica a los cuestionarios para todos estos usos, los ejemplos se refieren sólo a datos sistemáticos, tanto si son habituales como poco frecuentes

a) Procedimiento para la recolección de datos.

Para poder realizar la recolección de datos del presente proyecto se realizó mediante la aplicación del cuestionario, una guía de observación detallada y analizada minuciosamente de acuerdo a la realidad percibida en la institución.

3.4.2. Materiales

De Escritorio: Lapiceros, papel bond, regla.

De Investigación: Fichas, Hojas de registro, cámara fotográfica.

3.5. Validación y confiabilidad de los instrumentos

Validez

La validez es la capacidad que tiene el instrumento de medir lo que tiene que medir. Sin embargo al adecuar a nuestra realidad necesitó hallar la validez estadística, a través de r de Pearson, para ello se correlacionó la sumatoria de todos los ítems con las respuestas totales obtenidas por la muestra piloto

Confiabilidad

Según los estadísticos de fiabilidad brindados por el programa SPSS V23, ambos instrumentos fueron confiables. Un instrumento de investigación será confiable en medida que el índice Alfa de Crombach resulte ser mayor a 0.5. Cabe resaltar que un instrumento poseerá mayor confiabilidad en la medida que el índice se acerque a 1.

3.6. Métodos y procedimientos para la recolección de datos:

3.6.1. Cuestionarios: Los cuestionarios pueden utilizarse para recopilar datos sistemáticos habituales o poco frecuentes, y datos para estudios especializados. Si bien la información de esta sección se aplica a los cuestionarios para todos estos usos, los ejemplos se refieren sólo a datos sistemáticos, tanto si son habituales como poco frecuentes.

3.7. Análisis estadísticos de los datos:

Luego de haber obtenido la información pertinente para el desarrollo de esta investigación, fue procesado mediante el software estadístico de datos SPSS 22.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

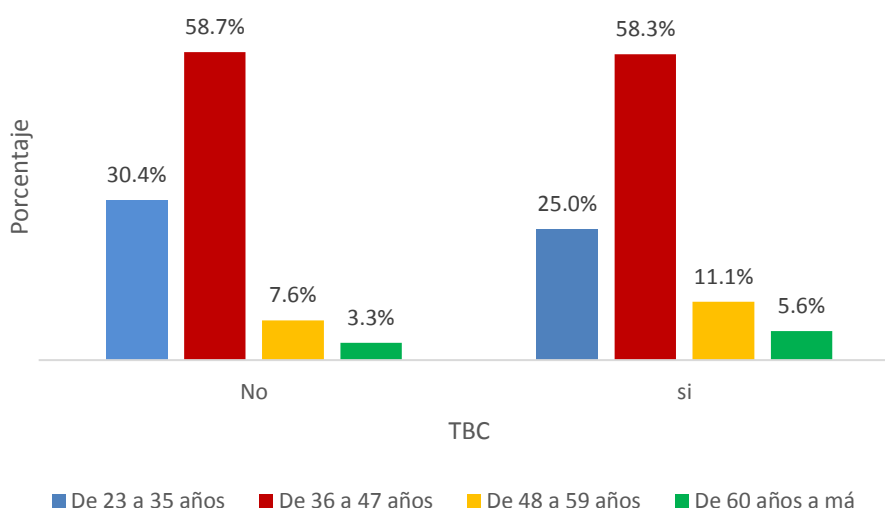
4.1. Presentación y análisis de la información

Tabla 1. Descripción de la situación epidemiológica de la tuberculosis pulmonar en las mujeres privadas de su libertad en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe.

	SI	NO	p. value
Tuberculosis Pulmonar	36 (28.1%)	92 (71.9%)	
Edad			
De 23 a 35 años	9 (25.0%)	28 (30.4%)	0,805
De 36 a 47 años	21 (58.3%)	54 (58.7%)	
De 48 a 59 años	4 (11.1%)	7 (7.6%)	
De 60 años a más	2 (5.6%)	3 (3.3%)	
Estado civil			
Casada	10 (27.8%)	51 (55.4 %)	0,006
Soltera	26 (72.2%)	41 (44.6%)	
Grado de Instrucción			
Primaria completa	8 (22.2%)	15 (16.3%)	0,000
Secundaria	28 (77.8%)	34 (37.0%)	
Superior	0 (0.0%)	43 (46.7%)	
TOTAL	36 (100.0%)	92 (100.0%)	

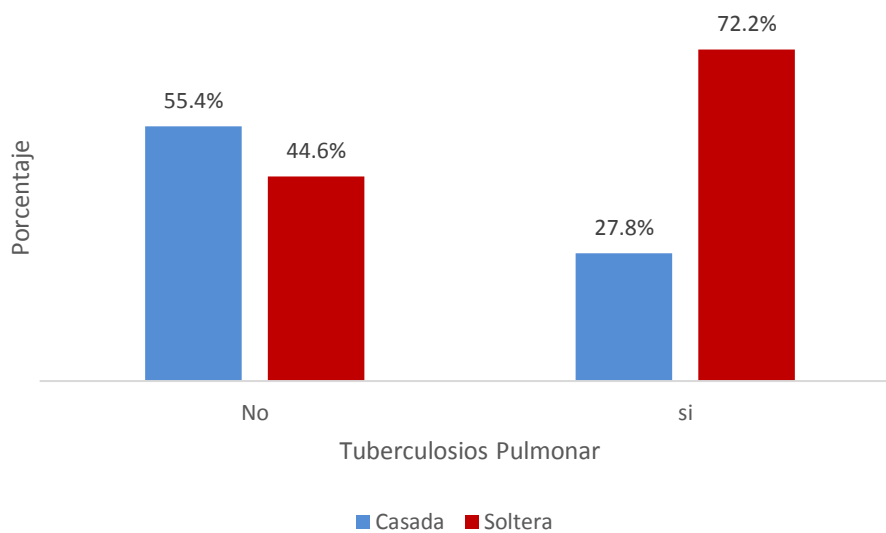
Fuente: Reclusas del Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe

Figura 1: Distribución de mujeres privadas de su libertad con tuberculosis pulmonar en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe, según edad.



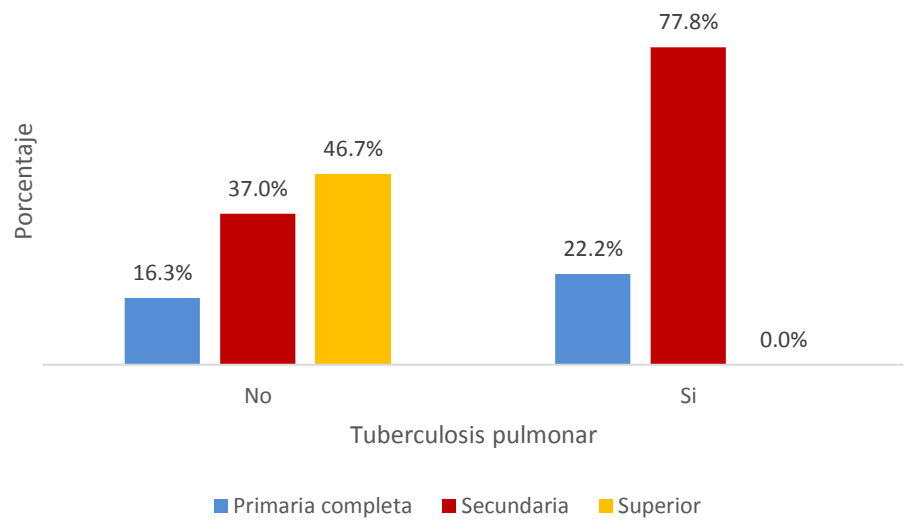
En la tabla 1 y figura 1, en ambos grupos de reclusas del Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe predominó el rango de edad de 36 a 47 años, siendo el 58,7% en las que no tienen TBC y el 58,3% las que tienen TBC. Se encontró un pequeño porcentaje mayor en las reclusas de 60 años a más (5,6%) en las que tienen TBC. Sin embargo el diagnóstico de tuberculosis pulmonar es independiente del rango de edad ($p=0,805>0,05$).

Figura 2: Distribución de mujeres privadas de su libertad con tuberculosis pulmonar en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe, según estado civil



En la tabla 1 y figura 2, se observa que la mayoría de las reclusas con tuberculosis pulmonar en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe son solteras (72,2%) y el 27,8% son solteras. En cambio las que no tienen tuberculosis pulmonar, el 44,6% es soltera y el 55,4% es casada. Se estableció que el estado civil soltera se asocia con la tuberculosis pulmonar ($p=0,006<0,05$).

Figura 3: Distribución de mujeres privadas de su libertad con tuberculosis pulmonar en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe, según grado de instrucción



En la tabla 1 y figura 3, se observa que la mayoría de las reclusas con tuberculosis pulmonar en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe tiene grado de instrucción secundaria (77,8%) y las que no tienen grado de instrumento.

Tabla 2. Factores más relevantes en la transmisibilidad de tuberculosis pulmonar en las mujeres privadas de su libertad en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe

	Tuberculosis pulmonar		P. value
	Si	NO	
Conductas de riesgo			
Consumo de alcohol	36 (100.0%)	64 (69.6%)	0,000
Fuma	9 (25.0%)	6 (6.5%)	0,011
tratamiento prolongado de corticoide	24 (66.7%)	29 (31.5%)	0,001
Conducta sexual de riesgo			
Números de parejas sexuales			
Sólo 1 pareja	25 (69.4%)	51 (55.4%)	0,166
Más de 1 pareja	11 (30.6%)	41 (44.6%)	
Números de parejas sexuales del mismo sexo			
Ninguno	20 (55.6%)	51 (55.4%)	0,833
Solo 1	10 (27.8%)	22 (23.9%)	
Más de 1 pareja	6 (16.7%)	19 (20.7%)	
Enfermedad Asociada			
Presencia de síntomas actuales			
Tos	31 (86.1%)	38 (41.3%)	0,000
Desgarro con sangre	8 (22.2%)	0 (0.0%)	0,000
Dolor en pecho	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Dolor en la espalda	27 (75%)	21 (22.8%)	0,000
Fiebre	15 (41.7%)	0 (0.0%)	0,000
Pérdida de apetito	28 (77.8%)	35 (38.0%)	0,000
Baja de peso espontánea	34 (94.4%)	0 (0.0%)	0,000
Enfermedad Crónica			
Diabetes	5 (13.9%)	10 (10.9%)	0,760
Desnutrición	11 (30.6%)	0 (0.0%)	0,000
VIH	8 (22.2%)	2 (2.2%)	0,000

Fuente: Reclusas del Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe

De los factores de transmisibilidad de tuberculosis pulmonar, la conducta de riesgo fue el consumo de alcohol (100%) y el uso prolongado de corticoide (66,7%) y por último el riesgo de fumar (25%).

Respecto a la conducta sexual de riesgo; el 30,6% tiene más de una pareja sexual, un 44,4% tiene al menos una pareja sexual de mismo sexo. No se establece asociación entre número de parejas sexuales y tuberculosis pulmonar (0,166).

Respecto a la enfermedad asociada, la presencia de síntomas actuales fue más frecuente la tos (86,1%), bajo peso espontanea (94,4%), pérdida de apetito (77,8%) y dolor de espalda. No se encontró asociación con el dolor de pecho.

La enfermedad crónica se presentó desnutrición (30,6%) VIH (22,2%), diabetes (13,9%). No se encontró relación con la diabetes ($p=0,760$).

Tabla 3. Factores más importantes para el efecto reservorio en las pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe

	Personas	Tamaño de la celda mt2	Hacinamiento m ² /persona	Número de camas	Distancia entre camas (cm)
Efecto Reservorio					
Celdas colectivas					
Promedio	79	98	1.24	21	0.3
Mínimo	45	85	1.89	15	0.25
Máximo	95	100	1.05	25	0.35

Como se observa en la tabla 3 los espacios colectivos tienden a tener un mayor número de ocupantes, mayor hacinamiento. En cada dormitorio ocupan en promedio 79 personas, con un mínimo de 45, y un máximo de 95 internas. El hacinamiento por persona en promedio fue de 1.24 m²/persona. Que llega a 1.05 m²/persona de personas cuando aumenta el tamaño de la celda también ingresa una mayor cantidad de internas que se encuentra en camarotes dobles y triples que están ambientadas por cemento.

4.2. Discusión

La salud en la región Lambayeque se ve amenazada en ambientes de pobreza, conflicto, discriminación y desinterés. La prisión es un ambiente que concentra precisamente estos problemas. La tuberculosis (TB) es una causa importante de enfermedad y muerte en las prisiones.

La discusión empieza con el análisis del primer objetivo específico Describir la situación epidemiológica de la tuberculosis pulmonar en las mujeres privadas de su libertad en el Instituto Penitenciario de Picsi Ferreñafe, en la tabla N°1, el 58.3% de las reclusas que sus edades oscilan de 36 a 47 años tienen tuberculosis pulmonar; el 71.9% de las reclusas que tienen tuberculosis pulmonar; su estado civil solteras con un 72.2% y finalmente con respecto al grado de instrucción el 77.8% de las reclusas tienen secundaria completa. Estos resultados coinciden con Alarcón et al⁸, en el cual la edad media fue de 27 años (rango 24 a 45), 53% (n=601) tuvo tos menos de 15 días, 24% presentó fiebre y 23,6% que presentó sudoración nocturna, en el estudio muestra la alta prevalencia de TB en población privada de la libertad del Tolima y resalta la importancia de definir protocolos de tamizaje más rigurosos para la población privada de la libertad que para los de la población general. Contrastando con otro estudio Plata⁹, en Colombia, se obtuvieron que el 75% de los pacientes pertenecen al género masculino; el promedio de edad es de 30 años, el 63% pertenecen al régimen subsidiado de salud. Las principales causas de abandono fueron: efectos adversos a los medicamentos (58%), inadecuada atención del personal penitenciario (43%), dificultad de acceso al servicio (32%).

Con respecto al segundo objetivo Definir los factores más relevantes en la transmisibilidad de tuberculosis pulmonar en las mujeres privadas de su libertad en el Instituto Penitenciario de Picsi Ferreñafe, en la tabla N°2, el 100% de las reclusas que presentan tuberculosis pulmonar consumen alcohol, mientras que el 69.4% de las reclusas presentan tuberculosis tienen 30.6% tienen más de una pareja, asimismo el 44.4% tiene al menos una pareja sexual del mismo sexo; mientras que el 94.4% de las reclusas que presentan bajo de peso espontánea, el 86.1% de las mismas presentan tos y el 77.8% tienen pérdida de apetito, 75% tienen dolor de espalda, y con respecto a la enfermedad crónica 30.6% afirman

tener desnutrición, 22.2% VIH y 13.9% tienen diabetes. Estos resultados coinciden con Vargas¹¹; quien concluyó que los factores relacionados con el paciente, que ocasionan un alto riesgo de abandono al tratamiento son, el consumo de alcohol, consumo de drogas, sensación de falta de eficacia del tratamiento, temor al señalamiento y rechazo cuando presentó la enfermedad. Los factores que promueven la adherencia y evitan el abandono son: conocimientos sobre la enfermedad de TBC, sensación de bienestar al momento del retratamiento. Los factores relacionados con el tratamiento, no representan riesgo de abandono al retratamiento y tampoco representan factores que promuevan la adherencia o eviten el abandono al retratamiento. Los factores relacionados con el ambiente o entorno del paciente, tales como el apoyo familiar, el apoyo del entorno laboral y el apoyo social (amigos) resultaron ser factores que promueven la adherencia al retratamiento y evitan el riesgo de abandono al mismo. Los factores relacionados con los establecimientos de salud, tales como la adecuada relación del paciente con el personal de salud y la buena atención así como la adecuada organización del establecimiento de salud son factores que favorecen la adherencia al retratamiento evitándose así el riesgo de abandono.

Finalmente, la discusión del tercer objetivo específico, Determinar los factores más importantes para el efecto reservorio en las pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe, en la tabla N°3, se evidenció que la tuberculosis pulmonar es más propensa a contagiarse cuando ocupan dormitorios en promedio 79 personas, con un mínimo de 45, y un máximo de 95 internas. El hacinamiento por persona en promedio fue de 1.24 m² persona. Que llega a 1.05 m²/persona cuando aumenta el tamaño de la celda también ingresa una mayor cantidad de internas que se encuentra en camarotes dobles y triples que están ambientadas por cemento.

CAPÍTULO V:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Se concluyó que de las 128 reclusas encuestadas que presentan tuberculosis pulmonar, 21 de ellas sus edades oscilan de 36 a 47 años, 26 de ellas su estado civil es soltera y 28 de ellas tienen secundaria completa.

Se concluyó que de las 128 reclusas encuestadas que presentan tuberculosis pulmonar, las 36 de ellas consumen alcohol, 11 de las encuestadas tienen más de una pareja, con respecto a los síntomas 34 de ellas presentan baja de peso espontánea, 31 de ellas presentan tos persistente, 28 de las reclusas presentan pérdida de apetito y 27 de ellas tienen dolor de espalda. Con respecto a la enfermedad crónica, 11 de ellas presentan desnutrición, 8 de ellas presentan VIH y por último 5 presentan diabetes.

Se concluyó Instituto Nacional Penitenciario, en relación al efecto reservorio de las personas expuestas a la enfermedad el tamaño de las celdas resulta insuficiente (menos de 100 m²) y el número de internas que cohabitan en ellas alcanza las 79 personas en promedio, resultando un índice de hacinamiento equivalente a 1.24 personas por m² y distancia entre camas de 0.30m.

5.2. Recomendaciones

Se recomienda a la regencia del establecimiento penitenciario realizar continuamente despistajes de TBC en pacientes con tos crónica y baja de peso inexplicable independiente de la edad y condición civil a todas las internas deben ser instruidas en las características de la enfermedad.

Se recomienda a las autoridades del INPE definir estrategias de control de ingreso y consumo de alcohol y otras sustancias, asimismo programar los chequeos periódicos de las internas toda vez que cuentan con un sistema de salud básico y afiliación al seguro integral de salud.

Se recomienda al Instituto Nacional Penitenciario coordinar con el Ministerio Nacional de Salud campañas periódicas de fumigación y limpieza exhaustiva de las celdas donde existe mayor índice de hacinamiento por cada interna.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. OMS (Organización Mundial de la Salud). La OMS pide acciones urgentes para acabar con la tuberculosis. Nueva York, [citado 2018 Sept 18]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/18-09-2018-who-calls-for-urgent-action-to-end-tb>
2. Estrada I & Ruvalcaba J. Tuberculosis pulmonar, un riesgo latente para los trabajadores de la salud como problema de Salud Pública. México. [Citado 2018 Nov 12]. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/index.php/jonnpr/article/view/2833/html2833>
3. León YJ. Tuberculosis Pulmonar: estudio clínico-epidemiológico. Revista Cubana de Medicina General Integral [revista en Internet]. 2017 [citado 2019 Oct 14]; 33(3): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/294>.
4. Alarcón V; Alarcón E; Figueroa C & Mendoza A. Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. [Citado 2017]; 34(2). Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2384/2777>
5. Anduaga A, Maticorena J, Beas R, Chanamé D, Veramendi M, Wiegering A et al. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. Acta méd. Peruana [Internet]. 2016 Ene [citado 2019 Oct 14]; 33(1): 21-28. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000100005&lng=es.
6. Ventura, J. y Rojas, R. Soporte Familiar relacionado a la adhesión al tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar, en los Establecimientos de Salud de la ciudad de Ayacucho, 2017.
7. Anduaga A, Maticorena J, Beas R, Chanamé D, Veramendi M, Wiegering A, Zevallos E, Cabrera R, Suárez L. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en centro reclusorio de Lima, Perú. Acta Med Perú. 2016; 33(1):21-8.

8. Chen, J., Iglesias, M., Chafloque, R., Herrera, L., Quiñones, M., Aguilar, I., Díaz, C. Factores asociados a multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis en el departamento de Lambayeque. Revista del cuerpo médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.[2013] Obtenido de <http://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/RCMHNAAA/article/view/106/93>
9. Villena YV, Relación entre nivel de conocimientos y actitud sobre la tuberculosis en el profesional de enfermería, red Lambayeque, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo [2012] Recuperado de: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/355>
10. Longobardi G, Díaz Cristian, Villegas M; Validación de instrumento para medir el nivel de conocimiento en el tratamiento de tuberculosis en médicos del primer nivel de atención. Rev. the Hispanoamerican Health Journal [2016] Recuperado de: <http://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/142>
11. WHO. Report. Global Tuberculosis Report 2014. World Health Organization.
12. Culqui R, Grijalva G, Reátegui R, Cajo M, Suárez A. Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. Rev. Panam Salud Pública. 2005; 18(1):14–20.
13. Minsa. Lambayeque es catalogada zona de alto riesgo en cuanto a casos de TBC. Cifras. La incidencia es de 90 casos por cada 100 mil habitantes. Sin embargo, estrategias logran controlarlos. Coordinadora Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional para el Control de la Tuberculosis. Mayo 2015.
14. Kumar, Vinay; Abbas, Abul K.; Fausto, Nelson; & Mitchell, Richard N. (2007). Robbins Basic Pathology (8th Ed.). Saunders Elsevier. pp. 516-522 ISBN 978-1-4160-2973-1.
15. WHO. Report. Global Tuberculosis Report 2014. World Health Organization.
16. OMS. Tuberculosis. Datos y Cifras. Nota descriptiva N°104. Marzo de 2016.

17. OMS. La Tuberculosis. Cómo se transmite y como se cura. Octubre 2015.
18. Programa Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles—Control de la Tuberculosis. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2000.
19. Meza M, Accinelli R, Mendoza D. Factores de riesgo para el fracaso del tratamiento antituberculoso totalmente supervisado. Rev Sociedad Peruana Med Interna. 1999; 33(8):140–4.
20. Ribeiro SA, Amado VM, Camelier AA, et al. A case-control study about indicators of noncompliance in patients with tuberculosis. J Pneumol. 2000; 26(6):291–6.
21. Wallace Fox. Compliance of patients and physicians: experience and lessons from tuberculosis—II. Br Med J. 1993; 287:101–5.
22. Wallace Fox. Compliance of patients and physicians: experience and lessons from tuberculosis—I. Br Med J. 1993; 287:33–5
23. Minsa. Vigilancia de Tuberculosis. Dirección General de Epidemiología. Copyright © 2016.
24. Memoria Descriptiva del Programa de Tuberculosis Pulmonar del centro de salud José Olaya – Chiclayo. Año 2005.
25. Falla I. Análisis comparativo de indicadores en la Estrategia Sanitaria de Tuberculosis de los años 2013 – 2014. Coordinadora del Programa de tuberculosis del C.S José Olaya. Año 2015.
26. Ellner J. Tuberculosis. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman's Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2012: chap 332.
27. Hernández R, Fernández C y Baptista P. Metodología de la investigación, cuarta edición, Mc Graw Hill. 2009.
28. Ávila, H. *Introducción a la metodología de la investigación. España. Recuperado de www.eumed.net/libros/2006c/203/. Extraído el 12.05.17 ha 6:30hs.*

ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos

EFFECTO RESERVORIO PARA LA TRANSMISIBILIDAD DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN MUJERES PRIVADAS DE SU LIBERTAD EN EL INSTITUTO PENITENCIARIO DE PICSÍ-FERREÑAFE 2017

Características epidemiológicas

- Edad: _____ años
- Estado Civil:
Soltera (x) Casado () Divorciado () Conviviente ()
Viudo () Separado ()
- Grado de Instrucción:
- Iltrado () Primaria Incompleta () Primaria Completa () Secundaria Incompleta () Secundaria Completa () Superior Incompleta () Superior completa ()

Descripción de la celda actual

1. Horas de permanencia en la celda

Cuántas presas femeninas por celda existen

Cual es la población carcelaria femenina actual

Describa usted como son los servicios (excretas)

Horas de desencierro

Hora de encierro

2. N° de personas en la celda

Medidas de celda (aproximadamente)

- a) Ancho _____m
- b) Largo _____m
- c) Alto _____m

3. Tipo y número de catres

Tipo		Cantidad
a) Cama individual		
b) Camarotes dobles		
c) Camarotes triples		
d) Camarotes cuádruples		

Distancia entre los catres _____mt/cm

Número de ventanas_____

4. Ventilación de la celda:

Las ventanas están

- a) Sin vidrios (permanente abiertas)
- b) Sin vidrios pero cubiertas con cartones, toallas, sabanas, etc (cerradas)
- c) Con vidrio y cerradas. Ranura
- d) Otro

Diagnósticos de TBC

5. Alguna vez en su vida le han diagnosticado tuberculosis

- a) Si
- b) No
- c) No recuerda no sabe

6. Cuando tuvo la tuberculosis

- a) Hace menos de 6 meses
- b) Hace 1 año
- c) Más de 1 año

7. Recuerda en qué centro de salud le hicieron el diagnóstico de tuberculosis

- a) Si cual_____
- b) No
- c) No recuerda/ no sabe

8. Completó el tratamiento para la tuberculosis

- a) Si cual_____
- b) No
- c) No recuerda/ no sabe

9. Le dieron de alta de la tuberculosis

- a) Si cuando_____
- b) No
- c) No recuerda/ no sabe

10. Qué medidas preventivas conoce para evitar la infección de vías urinarias

- a) Tomar abundante agua ()
- b) Aseo correcto de genitales ()
- c) Ropa interior de algodón ()
- d) Abstinencia a relaciones sexuales ()

Presencia de síntomas actuales (Factores relacionados con el paciente😊)

11. Tiene usted actualmente los siguientes síntomas

- a) Tos ☐ Si ☐ No
- b) Desde cuando tiene tos _____
- c) Desgarro con sangre ☐ Si ☐ No
- d) Dolor en pecho ☐ Si ☐ No
- e) Dolor en la espalda ☐ Si ☐ No
- f) Fiebre ☐ Si ☐ No
- g) Pérdida de apetito ☐ Si ☐
- h) No Baja de peso espontánea ☐ Si ☐ No

12. Desde cuando notó usted que empezó a bajar de peso__ su principal síntoma fue:

- a) Sensación de fatiga
- b) Sudoración nocturna
- c) Vómitos
- d) Otros

Antecedentes mórbidos

13. Has tenido alguna de las siguientes enfermedades

- a) Diabetes ☐ Si ☐ No
- b) Insuficiencia renal ☐ Si ☐ No
- c) Cáncer ☐ Si ☐ No
- d) Síndrome de mala absorción ☐ Si ☐ No
- e) Desnutrición ☐ Si ☐ No
- f) Otros; cuales ☐ Si ☐ No

Factores de Riesgo

14. Ha tenido tratamiento prolongados con corticoides:

- a) Si
- b) No

15. Usted Fuma

- a) Si
- b) No

16. Cuantos cigarrillos usted fuma al día

17. Antes de entrar a este centro usted consumía alcohol

a) Si

b) No

18. Números de parejas sexuales

a) solo 1

b) Más de 1

19. Números de parejas sexuales del mismo sexo.

a) Solo 1

b) Más de 1

c) Ninguno

Anexo N2: Validaciones

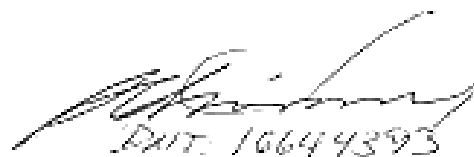
INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS

1. NOMBRE DEL JUEZ		Abel Eduardo Chavarry Isla
2.	PROFESIÓN	Médico Cirujano
	ESPECIALIDAD	Auditoría médica
	GRADO ACADÉMICO	Magister en Medicina
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	20 años
	CARGO	Jefe del SIS
Título de la Investigación: Efecto reservorio para la transmisibilidad de tuberculosis pulmonar en mujeres privadas de su libertad en el Instituto penitenciario de Pícsi-Ferreñafe 2017		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Evelyn Castro Fernández
4. INSTRUMENTO EVALUADO		1. Entrevista () 2. Encuesta (X) 3. Lista de Cotejo () 4. Diario de campo ()
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		GENERAL Evaluar el efecto reservorio en la transmisibilidad de tuberculosis pulmonar en mujeres privadas de la libertad en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe 2017 ESPECÍFICOS Describir la situación epidemiológica de la tuberculosis pulmonar en las mujeres privadas de su libertad en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe. Definir los factores más relevantes en la transmisibilidad de tuberculosis pulmonar en las mujeres privadas de su libertad en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe Determinar los factores más importantes para el efecto reservorio en las pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe.

N°	PREGUNTAS											
Descripción de la celda												
1	-Horas de permanencia en la celda -Cuántas presos femeninos por celda existen -Cuál es la población carcelaria femenina actual -Describa usted como son los servicios (Excretas) -Horas de desencierro -Hora de encierro	TA(x) TD() SUGERENCIAS:										
2	-Números de personas en la celda - Medidas de celda (aproximadamente) a) Ancho _____m b) Largo _____m c) Alto _____m	TA(x) TD() SUGERENCIAS:										
3	Tipo y número de camas <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Tipo</th> <th style="width: 40%;">Cantidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cama individual</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Camarotes dobles</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Camarotes triples</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Camarotes cuádruples</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> -Distancias entre los catre _____ mt/cm -Número de ventanas _____	Tipo	Cantidad	Cama individual		Camarotes dobles		Camarotes triples		Camarotes cuádruples		TA(x) TD() SUGERENCIAS:
Tipo	Cantidad											
Cama individual												
Camarotes dobles												
Camarotes triples												
Camarotes cuádruples												
4	-Ventilación de la celda: -Las ventanas están a) Sin vidrios (permanente abiertas) b) Sin vidrios pero cubiertas con cartones, toallas, sabanas, etc. (cerradas) c) Con vidrio y cerradas. Ranura d) Otro	TA(x) TD() SUGERENCIAS:										
Diagnóstico de TBC												
5	Alguna vez en su vida le han diagnosticado tuberculosis a) Si b) No c) No recuerda no sabe	TA(x) TD() SUGERENCIAS:										

6	Cuando tuvo la tuberculosis a) Hace menos de 6 meses b) Hace 1 año c) Más de 1 año	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
7	Recuerda en qué centro de salud le hicieron el diagnóstico de tuberculosis a) Si cual _____ b) No c) No recuerda/ no sabe	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
8	Completó el tratamiento para la tuberculosis a) Si cual _____ b) No c) No recuerda/ no sabe	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
9	Le dieron de alta de la tuberculosis a) Si cuando _____ b) No c) No recuerda/ no sabe	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
10	Qué medidas preventivas conoce para evitar las Infección de vías urinarias. a) Tomar abundante agua () b) Aseo correcto de genitales () c) Ropa interior de algodón () d) Abstinencia a relaciones sexuales ()	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
Presencia de síntomas actuales		
11	Tiene usted actualmente los siguientes síntomas Tos () Si () No Desde cuando tiene tos _____ Desgarro con sangre () Si () No Dolor en pecho () Si () No Dolor en la espalda () Si () No Fiebre () Si () No Pérdida de apetito () Si () No Baja de peso espontánea () Si () No	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
12	Desde cuando notó usted que empezó a bajar de peso__ su principal síntoma fue: a) Sensación de fatiga b) Sudoración nocturna c) Vómitos d) Otros	TA(x) TD() SUGERENCIAS:

Antecedentes morbidos		
13	Has tenido alguna de las siguientes enfermedades Diabetes ☐ Si ☐ No Insuficiencia renal ☐ Si ☐ No Cáncer ☐ Si ☐ No Síndrome de mala absorción ☐ Si ☐ No Desnutrición ☐ Si ☐ No Otros; cuales ☐ Si ☐ No	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
Factores de Riesgo		
14	Ha tenido tratamiento prolongado con corticoides: a) Si 65% b) No	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
15	Usted Fuma a) Si a) No	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
16	Cuántos cigarrillos fuma usted al día	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
17	Antes de entrar a este centro usted consumía alcohol a) Si b) No	
19	Número de parejas sexuales a) solo 1 b) Más de 1	
18	Número de parejas sexuales del mismo sexo. a) Solo 1 b) Más de 1 c) Ninguna	
PROMEDIO OBTENIDO:		N° TA : N° TD:
COMENTARIOS GENERALES		
OBSERVACIONES		


 DAT: 16644393

**INSTRUMENTO DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE
EXPERTOS**

1. NOMBRE DEL JUEZ		Patricio Charany Lolo
2.	PROFESIÓN	Enfermera
	ESPECIALIDAD	
	GRADO ACADÉMICO	Doctora en ciencias universitarias
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	5 años
	CARGO	Docente universitaria
Título de la Investigación: Efecto reservorio para la transmisibilidad de tuberculosis pulmonar en mujeres privadas de su libertad en el instituto penitenciario de Pícsi-Ferreñafe 2017		
3. DATOS DEL TESISISTA		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Evelyn Castro Fernández
4. INSTRUMENTO EVALUADO		1. Entrevista () 2. Encuesta (X) 3. Lista de Cotejo () 4. Diario de campo ()
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		GENERAL Evaluar el efecto reservorio en la transmisibilidad de tuberculosis pulmonar en mujeres privadas de la libertad en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe 2017 ESPECÍFICOS Describir la situación epidemiológica de la tuberculosis pulmonar en las mujeres privadas de su libertad en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe. Definir los factores más relevantes en la transmisibilidad de tuberculosis pulmonar en las mujeres privadas de su libertad en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe Determinar los factores más importantes para el efecto reservorio en las pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el Instituto Penitenciario de Pícsi Ferreñafe.

N°	PREGUNTAS											
Descripción de la celda												
1	-Horas de permanencia en la celda -Cuántas presos femeninos por celda existen -Cuál es la población carcelaria femenina actual -Describa usted como son los servicios (Excretas) -Horas de desencierro -Hora de encierro	TA(x) TD() SUGERENCIAS:										
2	-Números de personas en la celda - Medidas de celda (aproximadamente) a) Ancho _____m b) Largo _____m c) Alto _____m	TA(x) TD() SUGERENCIAS:										
3	Tipo y número de camas <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Tipo</th> <th style="width: 40%;">Cantidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cama individual</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Camarcotes dobles</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Camarcotes triples</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Camarcotes cuádruples</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> -Distancias entre los camas _____ m/cm -Número de ventanas _____	Tipo	Cantidad	Cama individual		Camarcotes dobles		Camarcotes triples		Camarcotes cuádruples		TA(x) TD() SUGERENCIAS:
Tipo	Cantidad											
Cama individual												
Camarcotes dobles												
Camarcotes triples												
Camarcotes cuádruples												
4	-Ventilación de la celda: -Las ventanas están a) Sin vidrios (permanente abiertas) b) Sin vidrios pero cubiertas con cartones, toallas, sabanas, etc. (cerradas) c) Con vidrio y cerradas. Ranura d) Otro	TA(x) TD() SUGERENCIAS:										
Diagnóstico de TBC												
5	Alguna vez en su vida le han diagnosticado tuberculosis a) Si b) No c) No recuerda no sabe	TA(x) TD() SUGERENCIAS:										

6	Cuando tuvo la tuberculosis a) Hace menos de 6 meses b) Hace 1 año c) Más de 1 año	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
7	Recuerda en qué centro de salud le hicieron el diagnóstico de tuberculosis a) Si cual _____ b) No c) No recuerda/ no sabe	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
8	Completó el tratamiento para la tuberculosis a) Si cual _____ b) No c) No recuerda/ no sabe	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
9	Le dieron de alta de la tuberculosis a) Si cuando _____ b) No c) No recuerda/ no sabe	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
10	Qué medidas preventivas conoce para evitar las infección de vías urinarias. a) Tomar abundante agua () b) Aseo correcto de genitales () c) Ropa interior de algodón () d) Abstinencia a relaciones sexuales ()	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
Presencia de síntomas actuales		
11	Tiene usted actualmente los siguientes síntomas Tos () Si () No Desde cuando tiene tos _____ Desgarro con sangre () Si () No Dolor en pecho () Si () No Dolor en la espalda () Si () No Fiebre () Si () No Pérdida de apetito () Si () No Baja de peso espontánea () Si () No	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
12	Desde cuando notó usted que empezó a bajar de peso__ su principal síntoma fue: a) Sensación de fatiga b) Sudoración nocturna c) Vómitos d) Otros	TA(x) TD() SUGERENCIAS:

Antecedentes mórbidos		
13	Has tenido alguna de las siguientes enfermedades Diabetes ☐ Si ☐ No Insuficiencia renal ☐ Si ☐ No Cáncer ☐ Si ☐ No Síndrome de mala absorción ☐ Si ☐ No Desnutrición ☐ Si ☐ No Otros; cuales ☐ Si ☐ No	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
Factores de Riesgo		
14	Ha tenido tratamiento prolongados con corticoides: a) Si 85% b) No	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
15	Usted Fuma a) Si a) No	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
16	Cuántos cigarrillos fuma usted al día	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
17	Antes de entrar a este centro usted consumía alcohol a) Si b) No	
18	Números de parejas sexuales a) solo 1 b) Más de 1	
19	Números de parejas sexuales del mismo sexo. a) Solo 1 b) Más de 1 c) Ninguno	
PROMEDIO OBTENIDO:		N° TA : N° TD:
COMENTARIOS GENERALES . <i>Afte para aprobación</i>		
OBSERVACIONES		

[Firma]

**INSTRUMENTO DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE
EXPERTOS**

1. NOMBRE DEL JUEZ		Miguel Delgado Valera
2.	PROFESIÓN	Médico Cirujano
	ESPECIALIDAD	Medicina Familiar
	GRADO ACADÉMICO	Magister en Gerencia de Servicios de Salud
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)	5 años
	CARGO	Docente Universitario
Título de la investigación: Efecto reservorio para la transmisibilidad de tuberculosis pulmonar en mujeres privadas de su libertad en el instituto penitenciario de Picsi - Ferreñafe 2017.		
3. DATOS DEL INVESTIGADOR		
3.1	NOMBRES Y APELLIDOS	Evelyn Castro Fernández
4. INSTRUMENTO EVALUADO		1. Entrevista () 2. Encuesta (X) 3. Lista de Cotejo () 4. Diario de campo ()
5. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO		<u>GENERAL</u> Evaluar el efecto reservorio en la transmisibilidad de tuberculosis pulmonar en mujeres privadas de la libertad en el Instituto Penitenciario de Picsi Ferreñafe 2019. <u>ESPECIFICOS</u> Describir la situación epidemiológica de la tuberculosis pulmonar en las mujeres privadas de su libertad en el Instituto Penitenciario de Picsi Ferreñafe. Definir los factores más relevantes en la transmisibilidad de tuberculosis pulmonar en las mujeres privadas de su libertad en el Instituto Penitenciario de Picsi Ferreñafe. Determinar los factores más importantes para el efecto reservorio en las pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el Instituto Penitenciario de Picsi Ferreñafe.

N°	PREGUNTAS																
Descripción de la celda																	
1	-Horas de permanencia en la celda -Cuántas presas femeninas por celda existen -Cuál es la población carcelaria femenina actual -Describa usted como son los servicios (Excretas) -Horas de desencierro -Hora de encierro	TA(x) TD() SUGERENCIAS:															
2	-Números de personas en la celda - Medidas de celda (aproximadamente) a) Ancho _____m b) Largo _____m c) Alto _____m	TA(x) TD() SUGERENCIAS:															
3	Tipo y número de camas <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Tipo</th> <th style="width: 10%;">Cantidad</th> <th style="width: 30%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cama individual</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Camachos dobles</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Camachos triples</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Camachos cuádruples</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> -Distancias entre los calres _____ m/cm -Número de ventanas _____	Tipo	Cantidad		Cama individual			Camachos dobles			Camachos triples			Camachos cuádruples			TA(x) TD() SUGERENCIAS:
Tipo	Cantidad																
Cama individual																	
Camachos dobles																	
Camachos triples																	
Camachos cuádruples																	
4	-Ventilación de la celda: -Las ventanas están a) Sin vidrios (permanente abiertas) b) Sin vidrios pero cubiertas con cartones, toallas, sabanas, etc. (cerradas) c) Con vidrio y cerradas. Ranura d) Otro	TA(x) TD() SUGERENCIAS:															
Diagnóstico de TBC																	
5	Alguna vez en su vida le han diagnosticado tuberculosis a) Si b) No c) No recuerda no sabe	TA(x) TD() SUGERENCIAS:															

6	Cuando tuvo la tuberculosis a) Hace menos de 6 meses b) Hace 1 año c) Más de 1 año	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
7	Recuerda en qué centro de salud le hicieron el diagnóstico de tuberculosis a) Si cual _____ b) No c) No recuerda/ no sabe	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
8	Completó el tratamiento para la tuberculosis a) Si cual _____ b) No c) No recuerda/ no sabe	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
9	Le dieron de alta de la tuberculosis a) Si cuando _____ b) No c) No recuerda/ no sabe	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
10	Qué medidas preventivas conoce para evitar las infección de vías urinarias. a) Tomar abundante agua () b) Aseo correcto de genitales () c) Ropa interior de algodón () d) Abstinencia a relaciones sexuales ()	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
Presencia de síntomas actuales		
11	Tiene usted actualmente los siguientes síntomas Tos () Si () No Desde cuando tiene los _____ Desgarro con sangre () Si () No Dolor en pecho () Si () No Dolor en la espalda () Si () No Fiebre () Si () No Pérdida de apetito () Si () No Baja de peso espontánea () Si () No	TA(x) TD() SUGERENCIAS:
12	Desde cuando notó usted que empezó a bajar de peso__ su principal síntoma fue: a) Sensación de fatiga b) Sudoración nocturna c) Vómitos d) Otros	TA(x) TD() SUGERENCIAS:

Antecedentes mórbidos		
13	Has tenido alguna de las siguientes enfermedades Diabetes () Si () No Insuficiencia renal () Si () No Cáncer () Si () No Síndrome de mala absorción () Si () No Desnutrición () Si () No Otros; cuales () Si () No	TA (x) TD () SUGERENCIAS:
Factores de Riesgo		
14	Ha tenido tratamiento prolongados con corticoides: a) Si b) No	TA (X) TD () SUGERENCIAS:
15	Usted Fuma a) Si b) No	TA (X) TD () SUGERENCIAS:
16	Cuántos cigarrillos usted fuma al día	TA (X) TD () SUGERENCIAS:
17	Antes de entrar a este centro usted consumía alcohol a) Si b) No	TA (X) TD () SUGERENCIAS:
18	Números de parejas sexuales a) solo 1 b) Más de 1	TA (X) TD () SUGERENCIAS:
19	Números de parejas sexuales del mismo sexo. a) Solo 1 b) Más de 1 c) Ninguno	TA (X) TD () SUGERENCIAS:
PROMEDIO OBTENIDO:		N° TA: N° TD:
COMENTARIOS GENERALES:		
OBSERVACIONES:		

SELLO Y COLEGIATURA

 Miguel Delgado Valera
 M. D. General en Medicina y Salud
 C.M.P. 4255