



Actitudes y prácticas saludables en una comunidad étnica sobre la prevención de la tuberculosis en Lima, Perú*

Attitudes and healthy practices in an ethnic community on the prevention of tuberculosis in Lima, Peru

Lucero Aisha Huamán Arias^{1,a}, Jessica Natividad Zevallos Reátegui^{1,a}, Julia Raquel Meléndez De La Cruz^{1,2,b}

RESUMEN

Objetivo: Determinar la actitud y las prácticas saludables de una comunidad étnica shipibo-konibo sobre la prevención de la tuberculosis. **Material y métodos:** Investigación descriptiva, transversal. Participaron 96 mujeres de la comunidad shipibo-konibo, quienes viven en Lima y cuyos hijos estudian en una escuela intercultural bilingüe. Para evaluar las actitudes y las prácticas saludables, se elaboró un instrumento que consta de 29 preguntas, de las cuales, 9 son sociodemográficas, 10 miden actitud y 10 determinan las prácticas de prevención de tuberculosis. El instrumento obtuvo validez por prueba binomial ($p \leq 0.01$) y confiabilidad por Kuder-Richardson (> 0.7). Se realizó un análisis descriptivo. **Resultados:** Las participantes se caracterizaron porque eran convivientes en 76.04 % y madres solteras en 18.8 %. El 21.9 % tenía 3 hijos; el 77.09 % tuvo educación secundaria; el 47.92 % refirió tener un ingreso mensual inferior a 900 soles; el 80.21 % no posee acceso a agua y desagüe. De manera general, la comunidad étnica presentó actitud global favorable en 55.21 % sobre la prevención de tuberculosis; y en cuanto a las prácticas preventivas de tuberculosis evidenciaron ser no saludables en 64.58 %. **Conclusiones:** Se observó, de forma global, predominio de prácticas no saludables y de una actitud favorable para la prevención de la tuberculosis.

PALABRAS CLAVE: actitud preventiva, prácticas de salud pública, tuberculosis, grupos étnicos, enfermería en salud comunitaria.

SUMMARY

Objective: To determine the attitude and healthy practices of a Shipibo-Konibo ethnic community regarding the prevention of tuberculosis. **Material and methods:** Descriptive, cross-sectional research. 96 women from the Shipibo-Konibo community participated, who live in Lima and whose children study in a bilingual intercultural school. To assess healthy attitudes and practices, an instrument consisting of 29 questions was developed, of which 9 are sociodemographic, 10 measure attitude, and 10 determine tuberculosis prevention practices. The instrument obtained validity by binomial test ($p \leq 0.01$) and reliability by Kuder-Richardson (> 0.7). A descriptive analysis was made. **Results:** The participants were characterized because they were cohabitants in 76.04% and single mothers in 18.8%. 21.9% had 3 children; 77.09% had secondary education; 47.92% reported having a monthly income of less than 900 soles; 80.21% do not have access to water and drainage. In general, the ethnic community presented a favorable global attitude in 55.21% about the prevention of tuberculosis; and regarding the preventive practices of tuberculosis, they showed to be unhealthy in 64.58%. **Conclusions:** It was observed, globally, a predominance of unhealthy practices and a favorable attitude for the prevention of tuberculosis.

Key word: Attitude, Public Health Practice, Tuberculosis, Ethnic groups, Community Health Nursing.

¹ Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

² Grupo de Investigación para el Desarrollo, Validación e Implementación de Cuidados (CuidART-e), Lima, Perú.

^a Bachiller en Enfermería.

^b Magister en Salud Pública.

* Derivado de tesis para optar al Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

ARTICULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad contagiosa, originada por el *Mycobacterium tuberculosis* y se caracteriza actualmente por ser un problema de salud pública relevante. Se conoce que esta enfermedad afecta principalmente a los adultos en sus años más productivos; sin embargo, todos los grupos etarios se encuentran en riesgo. Se estiman 10 millones de casos nuevos, de los cuales, 5.7 millones son hombres; 3.2 millones, mujeres; y 1.1 millones, niños. En el Perú, los casos de tuberculosis representan el 5 % del total poblacional de América Latina; y el 25 % de los mismos se identifican en poblaciones indígenas amazónicas, revelando la alta vulnerabilidad de este grupo poblacional (1-4).

Las comunidades indígenas constituyen grupos humanos que se caracterizan por ser pueblos con continuidad histórica, a pesar de haber sufrido experiencias de irrupción por parte de sociedades preinvasoras y precoloniales. Al respecto, cabe destacar que en algunos casos continúan en parte o en la totalidad de sus territorios. De manera complementaria, se puede mencionar que —socialmente hablando— esta población busca el resguardo, la conservación y el desarrollo de su identidad como un legado de alta relevancia, sobre todo porque refleja la identidad, el territorio, su cultura, las instituciones y los sistemas. Específicamente, en América Latina y el Perú, estas comunidades se han caracterizado por presentar perfiles epidemiológicos poco favorables, en comparación con la población no indígena, sobre todo en cuanto a su situación sociodemográfica, vinculada directamente con brechas de acceso a los servicios. Por ello se evidencia claramente el incremento de situaciones de vulnerabilidad social, económica y ambiental (5).

En esa misma línea, se conoce que el pueblo shipibo-konibo es producto de fusiones culturales de los grupos shipibos, konibos y shetebos; y que asume el nombre previamente mencionado por su vínculo con los términos «mono» y «pez» en su idioma originario. Cabe precisar que este es un grupo étnico de la Amazonía peruana que por lo general suele residir entre los departamentos de Ucayali, Madre de Dios, Loreto y Huánuco; y que destacan en actividades económicas vinculadas a la pesca, la agricultura, la artesanía y la caza (6).

Si bien originalmente se encontraban en el interior del país, una parte de la comunidad migró a Lima debido a las inundaciones locales y con la

finalidad de acceder a una educación básica de nivel secundario y de formación superior universitaria; complementariamente, otra razón es la búsqueda de obtener un trabajo remunerado y mejores oportunidades para el comercio de su artesanía; sin embargo, también migraron por sufrir experiencias de hostigamiento durante el tiempo del terrorismo. Cabe precisar que existe un grupo de pobladores migrantes de la comunidad shipibo-konibo asentada en Lima, específicamente en el distrito del Rímac, que velan por mantener su identidad y lengua materna, pero que aún mantienen dificultades de acceso a la prestación de servicios de salud. Este escenario se debe a la existencia de barreras de la lengua nativa, el tiempo y las experiencias de discriminación de las que son objeto por ser una minoría migrante étnica, lo cual les hace percibir bajos recursos económicos. Esta realidad social, el riesgo de no recibir información en salud y una atención oportuna (mediante el diagnóstico y el tratamiento), la proliferación de fuentes de infección en la comunidad y una elevada probabilidad de aumento de casos por el hacinamiento y las condiciones que presentan, incrementan la vulnerabilidad de presentar enfermedades como la tuberculosis (7).

Por otro lado, la constante lucha contra esta enfermedad está decretada, pero no es sencilla de vencer porque intervienen determinantes sociales que influyen en la salud, siendo el más importante y fundamental la pobreza. Este aspecto caracteriza aún a gran parte de la población en los países en vías de desarrollo, y que al enfermar agudizan su situación. Se demanda un trabajo corresponsable entre los actores sociales, que sea intersectorial e interdisciplinario; asimismo, se requiere complementar el enfoque recuperativo, biológico, porque no se trata solo de brindar una atención clínica y farmacológica, sino de apostar por vencer las inequidades sociales con un enfoque integral, social y cultural (8).

Otro de los determinantes sociales de la salud constituye el estilo de vida de las personas, que involucra sus creencias y su cultura en el proceso salud-enfermedad, la cosmovisión que conservan de su lugar de origen, el cual ha pasado de generación en generación, y entre ellos están las creencias muy arraigadas acerca de espíritus y malas energías que causan la enfermedad. Asimismo, emplean plantas medicinales que ayudan a tratar algunos síntomas; también obtienen asistencia de curanderos o sanadores, quienes han obtenido conocimientos empíricos a través de los años empleando la medicina tradicional (9). En ese sentido, Leininger, en su teoría sobre la

ARTICULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

diversidad y la universalidad de los cuidados, plantea que es fundamental conocer y reconocer la cultura en la planificación, con el fin de brindar cuidados que sean culturalmente coherentes, es decir, que respondan al pensar, sentir y actuar de la persona (10).

Suplir el vacío de este conocimiento condujo a plantear el presente estudio, cuyo objetivo consiste en determinar las actitudes y las prácticas saludables de una comunidad étnica respecto a la prevención de la tuberculosis, específicamente desde la perspectiva de las madres de los niños de la Escuela Intercultural Bilingüe Comunidad Shipibo-Konibo.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio está planteado con un enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo y de corte transversal. La población de estudio está conformada por 126 madres; participaron 96 mujeres, madres pertenecientes a la comunidad shipibo-konibo asentada en Lima. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: madres pertenecientes a la comunidad shipibo-konibo, cuyos hijos estudian en la institución educativa intercultural bilingüe de la comunidad, en los niveles inicial y primaria. Asimismo, estas madres participan voluntariamente en el estudio.

El instrumento empleado fue elaborado por las investigadoras. Se aplicó la prueba binomial, cuyo resultado fue $p \leq 0.01$, evidenciando la validez del instrumento. La confiabilidad fue evaluada a través de la aplicación de una prueba piloto al 16 % de la población (20 madres). Se aplicó el estadístico Kuder-Richardson, y se obtuvo un resultado superior a 0.7, que evidencia la confiabilidad del instrumento. Se realizó un análisis de tipo descriptivo, por lo que se elaboraron tablas estadísticas de frecuencia absoluta y porcentaje.

El estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Antes de la aplicación del instrumento se aplicó el consentimiento informado. Se abordó a las madres al término de las clases, cuando acudían a recoger a sus niños; también se aplicó el instrumento en una reunión de padres de familia convocada por la institución educativa. Asimismo, luego de finalizada la investigación, se brindó una intervención educativa.

RESULTADOS

De acuerdo con la tabla 1, la mayoría de las madres participantes son personas adultas maduras. El 77.09 % tiene educación secundaria; el 58.33 % son amas de casa; el 76.04 % son convivientes o mantienen una unión consensual; el 18.75 % son madres solteras. Viven en condiciones de saneamiento básico muy limitadas, porque el 80.21 % no posee acceso a agua y desagüe. El 47.92 % refirió que recibe ingreso mensual inferior a 900 soles.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las madres de familia de una institución educativa perteneciente a una comunidad étnica del Rímac, Lima, Perú, 2019 (n = 96).

Características	n	%
Estado civil		
Soltera	18	18.75
Casada	4	4.17
Conviviente	73	76.04
Viuda	1	1.04
Ingreso económico		
Menos de 900 soles	46	47.92
Más de 900 soles	9	9.38
No refiere	41	42.70
Instrucción		
Ninguna	2	2.08
Primaria	12	12.50
Secundaria	74	77.09
Superior técnica	8	8.33
Ocupación		
Empleada	17	17.71
Independiente	23	23.96
Ama de casa	56	58.33
Agua y desagüe		
Dispone	19	19.79
No dispone	77	80.21
Energía eléctrica		
Dispone	93	96.90
No dispone	3	3.31

En la tabla 2, se puede identificar que el 55.21 % de las madres tienen, globalmente, actitudes favorables para la prevención de la tuberculosis. En la dimensión actitudes sobre la enfermedad, el 65.63 % tuvo actitud favorable; y ante medidas preventivas el 58.33 % tuvo actitud desfavorable.

ARTICULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Tabla 2. Actitud global y por dimensiones sobre la prevención de tuberculosis en una comunidad étnica del Rímac, Lima, Perú, 2019.

Actitud global	n	%
Actitud favorable	53	55.21
Actitud indiferente	10	10.42
Actitud desfavorable	33	34.37
Dimensión 1: Enfermedad		
Actitud favorable	63	65.63
Actitud indiferente	7	7.29
Actitud desfavorable	26	27.08
Dimensión 2: Medidas preventivas		
Actitud favorable	38	39.58
Actitud indiferente	2	2.08
Actitud desfavorable	56	58.33

Respecto a la tabla 3, se puede identificar que el 64.58 % de las madres tiene, globalmente, prácticas no saludables para la prevención de la tuberculosis; mientras que, en la dimensión de estilos de vida, el 79.20 % tiene prácticas saludables; sin embargo, en la dimensión de responsabilidad en salud, el 64.58 % tiene prácticas no saludables.

Tabla 3. Prácticas de forma global y por dimensiones, respecto a la prevención de la tuberculosis, en una comunidad étnica del Rímac, Lima, Perú, 2019.

Práctica global	n	%
Saludables	34	35.42
No saludables	62	64.58
Dimensión 1: Estilos de vida		
Saludables	76	79.20
No saludables	20	20.80
Dimensión 2: Responsabilidad en salud		
Saludables	34	35.42
No saludables	62	64.58

La tabla 4 presenta las actitudes de las madres frente a la prevención de la tuberculosis. Al respecto, en cuanto a la dimensión enfermedad, predominó que el 64.58 % está de acuerdo con la importancia de ir al médico si tiene tos por más de 15 días; y sobre la dimensión de medidas preventivas, el 61.46 % está de acuerdo con que la tuberculosis se contagia al usar los mismos útiles de aseo de alguien enfermo.

Tabla 4. Actitudes de prevención de tuberculosis en las madres de una institución educativa de una comunidad étnica del Rímac, Lima, Perú, 2019.

	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Neutral		Desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dimensión 1: Enfermedad										
Es importante ir al médico si se tiene tos por más de 15 días.	27	28.13	62	64.58	2	2.08	5	5.21	0	0
Las personas con tuberculosis tienen problemas de consumo de alcohol, tabaco y drogas.	0	0	15	15.63	20	20.83	42	43.75	19	19.79
Las personas con tuberculosis no tienen buena alimentación.	28	29.17	57	59.38	1	1.04	10	10.42	0	0
Las personas con tuberculosis conocen poco sobre su enfermedad.	16	16.67	40	41.67	25	26.04	15	15.63	0	0
Dimensión 2: Medidas preventivas										
No se debe ser amigo de una persona con tuberculosis.	17	17.71	57	59.38	5	5.21	21	21.88	6	6.25
La tuberculosis se contagia al usar los mismos útiles de aseo de alguien enfermo.	5	5.21	59	61.46	8	8.33	18	18.75	6	6.25

ARTICULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

La prueba de tuberculina no es importante.	6	6.25	66	68.75	3	3.13	15	15.63	6	6.25
La tuberculosis se transmite al darle la mano a una persona que tiene la enfermedad.	1	1.04	14	14.58	4	4.17	70	72.92	7	7.29
Abrir las ventanas del transporte público es una manera de prevenir el contagio de tuberculosis.	38	39.58	47	48.96	5	5.21	6	6.25	0	0
Realizarse exámenes de esputo periódicamente es importante para detectar a tiempo la enfermedad.	39	40.63	52	54.17	4	4.17	1	1.04	0	0

Finalmente, la tabla 5 reporta, en la dimensión estilos de vida, que el 100 % de las encuestadas tiene prácticas para la prevención de la tuberculosis respecto al lavado de manos; el 63.54 % no acude al

establecimiento de salud para buscar atención; y en la dimensión responsabilidad en salud, el 67.71 % presenta desinformación de todos los aspectos de la tuberculosis.

Tabla 5. Prácticas para la prevención de tuberculosis según dimensiones en una institución educativa de una comunidad étnica del Rímac, Lima, Perú, 2019.

Dimensión 1: Estilos de vida		n	%
Protección respiratoria	Sí	80	83.33
	No	16	16.67
Lavado de manos	Sí	96	100.00
	No	0	0
Vacunación BCG	Sí	92	95.83
	No	4	4.17
Hábitos alimenticios saludables	Sí	78	81.25
	No	18	18.75
Atención en el servicio de salud	Sí	35	36.46
	No	61	63.54
Dimensión 2: Responsabilidad en salud			
No realizar exámenes para descartar oportuno de tuberculosis	Sí	30	31.75
	No	66	68.75
Tener contacto con una persona diagnosticada con tuberculosis	Sí	60	62.50
	No	36	37.50
Desinformación de todos los aspectos de la tuberculosis	Sí	65	67.71
	No	31	32.29
No realizar prueba de esputo para el diagnóstico de tuberculosis	Sí	30	31.25
	No	66	68.75
Descuidar la ventilación de la vivienda u otro ambiente	Sí	74	77.8
	No	22	22.92

DISCUSIÓN

Según los hallazgos, las características sociodemográficas evidencian claramente la vulnerabilidad personal, familiar y comunal para presentar esta enfermedad infectocontagiosa con las repercusiones físicas, sociales y económicas que de ella pueden derivar.

Un considerable porcentaje obtuvo actitud desfavorable hacia la prevención de la tuberculosis. Este hallazgo concuerda con los de Cardona y Hernández (11), quienes hallaron actitudes desfavorables en una comunidad similar, y lo vincularon con la etnia, la edad y la escolaridad. En ambos estudios, la población ya había recibido influencia del modelo médico occidental, debido a la presencia de servicios de salud. En el estudio donde las madres residen en Lima varios años, no obstante, la cosmovisión influye sobre la forma de comprender la prevención de la tuberculosis.

Los resultados obtenidos también coinciden con los hallazgos de Chapoñán y Santa Cruz (12), quienes hallaron que el 55.6 % de sus encuestados tenía actitudes negativas sobre la tuberculosis, respecto a los síntomas, la transmisión, la prevención y el tratamiento.

Por otro lado, la actitud se asume, desde una perspectiva sociológica, como una predisposición aprendida por un individuo o grupo para responder, comportarse, valorar, actuar (favorable o desfavorablemente, o negativa o positivamente) frente a estímulos que vinculan un sistema de valores y las creencias, con cierta estabilidad en el tiempo (13).

La tendencia a presentar actitudes desfavorables en pueblos indígenas estaría sustentada en lo que señalan Arias y López (14) respecto a que una enfermedad se hace visible y cobra importancia para los miembros de una comunidad cuando un familiar o una persona cercana la contrae. También porque, con base en su cosmovisión acorde a su etnia, aun cuando tengan vivencias ciudadanas, asumen una explicación propia y diferenciada de los síntomas y síndromes, aspecto muy trascendente a tomar en consideración porque generalmente determinará su comportamiento o conducta.

Asimismo, Ladino (15) también precisa que la tuberculosis recién cobra sentido para las personas y representa algo «malo» cuando se presenta y diagnóstica, porque su presencia provoca sorpresa que, junto al desconocimiento, produce temor, sufrimiento

y rechazo. Es recién después de «conocerla» que las personas consideran una oportunidad para corregir hábitos inadecuados para el cuidado de la salud, apreciar la respuesta de ayuda familiar y el crecimiento personal al aprender de la experiencia.

Con respecto a las actitudes desfavorables en la dimensión de medidas de prevención de la tuberculosis, prevalece la creencia de que no son importantes las pruebas de descarte, como la prueba de tuberculina; asimismo, se conserva el mito de la transmisión de la enfermedad mediante útiles de aseo, y prevalece la discriminación de la persona enferma. En la dimensión enfermedad, las encuestadas no relacionan el consumo de alcohol, droga y tabaco con la génesis, la severidad y la alteración del tratamiento de la tuberculosis. Sin embargo, está documentado que el consumo de drogas ilícitas y otros factores, como la disminución del apetito y la alteración del sueño, afectan el sistema inmunitario; por lo tanto, las personas que tengan estos hábitos son proclives a infectarse con tuberculosis. Por otro lado, el consumo crónico de alcohol daña las células T y B, que conlleva la afectación de la inmunidad. También el tabaquismo aumenta la posibilidad de pasar de un estado latente a uno activo en la infección por *M. tuberculosis*; y algunas investigaciones relacionan esta adicción con la respuesta inadecuada al tratamiento, reinfecciones y aumento de la severidad de la infección (16, 17).

En forma global, la mayoría de las madres de la comunidad presentan prácticas no saludables de prevención de la tuberculosis. Ello concuerda con Toledo y Trujillo (18), quienes también encontraron prácticas inadecuadas en el cuidado de esta enfermedad, principalmente por la creencia en la medicina natural para aliviar algunos síntomas, y porque los pacientes no asisten a los servicios de salud ante la presencia de la infección.

Por otro lado, las prácticas son conductas, acciones derivadas de la cultura; por ello, varían de una a otra de acuerdo a la estructura social, la visión del mundo y los valores de las personas. Desde la perspectiva de las prácticas de salud, estas representan la aplicación de buenos hábitos en la vida cotidiana, que al ser adoptadas determinarán en gran medida la salud de las personas. Por el contrario, cuando se trata de prácticas perjudiciales, generalmente darán lugar a problemas de salud (19).

Muñoz y Rubiano (20) señalan que lo que se entiende por «tuberculosis» en comunidades rurales

ARTICULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

indígenas de un municipio de la amazonia colombiana puede incidir en las prácticas de salud, lo que termina afectando la temprana detección y el tratamiento de la enfermedad. Además, corroboran la necesidad de fortalecer y desarrollar programas educativos con base en las necesidades reales de las comunidades para fortalecer los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre la prevención de la enfermedad.

En la dimensión práctica de prevención según estilos de vida, se obtuvo como resultado que casi la cuarta parte de las madres encuestadas tienen prácticas no saludables. Las connotaciones del saber indígena hacen que muchas veces la población no considere como tal una enfermedad y no aplican el autocuidado, porque la relacionan con un origen espiritual que hace que el paciente tosa y tenga fiebre. Esto dificulta la asistencia a un servicio de salud, que no acepten tratamientos farmacológicos, y la consecuente transmisión acelerada de la enfermedad en las comunidades (21).

Respecto a las prácticas de prevención en la dimensión de responsabilidad en salud, la mayoría de las madres encuestadas tienen prácticas no saludables, porque, aun cuando más de la mitad ha tenido contacto con una persona con tuberculosis, indican que no se realizarían exámenes de esputo u otros de descartar. Consideran contar con escasa información para realizar prácticas de autocuidado, como el lavado de manos, la vacunación de los niños con la BCG, cubrirse la nariz y la boca con el antebrazo al estornudar o toser, y mantener hábitos de alimentación saludable.

En el estudio de Cardona y Hernández (11), se hallaron también prácticas no saludables en un 52 % y una relación significativa entre prácticas y etnia. Esto último muestra la implicancia de la cosmovisión, especialmente en poblaciones indígenas.

Por lo dicho hasta aquí, se deduce que las prácticas no saludables expuestas facilitarían el contagio de la enfermedad, su transmisión y la demora en la ejecución de un tratamiento. Una función humana intencional, reguladora, indispensable en pro de la vida personal y de la sociedad es el autocuidado que debe realizar toda persona para mantener su vida y estado de salud, desarrollo y bienestar.

Así, pues, la tuberculosis juega un rol trascendental en el cuidado de enfermería y en la educación para la salud, sobre todo en lo concerniente a la promoción

de estilos de vida saludable, la prevención primaria y secundaria de la enfermedad, el seguimiento del paciente y sus contactos, el planeamiento y la supervisión de actividades orientadas a favorecer el autocuidado en beneficio de sí mismo, de su familia y de su entorno, lo que evitará complicaciones y discapacidades derivadas de la enfermedad (22).

Porsu parte, entre las limitaciones que se encontraron se tuvo que hay pocos estudios relacionados con el tema tratado en comunidades shipibo-konibo, por lo que no se encontró ningún instrumento de referencia, ante ello, se tuvo que elaborar uno. Asimismo, durante el recojo de datos, a pesar de que todas las madres participantes eran bilingües, algunas solicitaron apoyo en el llenado del cuestionario, ante lo cual, se procuró evitar el sesgo, repreguntando las respuestas para su confirmación. Al inicio, las encuestadas demostraron desconfianza y, en todo momento, participaban en grupo, por lo cual eran influenciables unas con otras.

Finalmente, cabe precisar que los hallazgos ponen en evidencia la realidad social de los pueblos indígenas lejos de su lugar de origen, la respuesta de indiferencia para su incorporación, con pleno respeto a sus derechos en las ciudades. Por tanto, para mantener su salud y bienestar integral es necesario un contexto de equidad con práctica efectiva de sus derechos y participación activa.

CONCLUSIONES

En nuestro país persiste la tuberculosis como problema de salud pública. Los hallazgos proporcionan evidencia que el grupo de madres encuestadas tienen actitudes desfavorables y que refieren tener prácticas no saludables sobre prevención de la tuberculosis; por lo que se requiere concentrar los esfuerzos de intervención sobre las barreras persistentes en el cuidado de las familias culturalmente diversas, con un enfoque en los determinantes sociales que condicionan la salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Asimismo, se debe reafirmar la necesidad de formación de enfermeros con competencias culturales, mediante un diálogo de saberes, realizando intervenciones integrales y holísticas conjuntamente con los líderes representantes de los grupos indígenas en el marco de la atención primaria y la salud pública.

Correspondencia:

Julia Raquel Meléndez De La Cruz
julia.melendez.d@upch.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis. Lima: Minsa; 2013. 128 pp. NTS N.º 101-1-MINSA/DGSP V.01.
2. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis [Internet]. OMS; 2021 [citado el 14 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
3. Marais BJ. Childhood Tuberculosis: Epidemiology and Natural History of Disease. *Indian J Pediatr* [Internet]. 2011 [citado el 7 enero de 2021]; 78(3): 321-327. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/49735329_Childhood_Tuberculosis_Epidemiology_and_Natural_History_of_Disease
4. Bloom BR, Atun R, Cohen T, Dye C, Fraser H, Gomez GB, et al. Tuberculosis. En: Holmes KK, Bertozzi S, Bloom BR, Jha P, editores. *Major Infectious Diseases*. 3.ª ed. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017. pp. 233-313.
5. Organización Mundial de la Salud. La salud de los pueblos indígenas de las Américas: conceptos, estrategias, prácticas y desafíos [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2009 [citado el 14 de octubre de 2020]. 62 pp. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/conceptos-estrategias-practicas-desafios-salud-pueblos-indigenas-americas>
6. Ministerio de Cultura. Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios: Shipibo-Konibo [Internet]. [Citado el 10 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://bdpi.cultura.gob.pe/pueblos/shipibo-konibo>
7. Ormaeche Macassi M, Valdez Huarcaya W, García Hierro P. Análisis de la situación de salud del pueblo shipibo-konibo [Internet]. Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología; 2002 [citado el 19 de abril de 2021]. 194 pp. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1000_OGE121.pdf
8. López Palacio JD. Determinantes sociales de la salud en pacientes con tuberculosis - Manizales - Colombia 2012-2014. *Archivos de Medicina* [Internet]. 2017 [citado el 6 de febrero de 2021]; 17(1): 38-53. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273851831005>
9. Culqui DR, Trujillo OV, Cueva N, Aylas R, Salaverry O, Bonilla C. Tuberculosis en la población indígena del Perú 2008. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública* [Internet]. 2010 [citado el 11 de marzo de 2021]; 27(1): 8-15. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000100003&lng=es
10. Muñoz de Rodríguez L, Vásquez ML. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia Médica* [Internet]. 2007 [citado el 19 de abril de 2021]; 38(4, supl. 2): 98-104. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28309811>
11. Cardona Arias JA, Hernández Petro AM. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en indígenas zenúes y habitantes de una zona rural colombiana. *Rev. Cienc. Salud* [Internet]. 2015 [citado el 15 de febrero de 2021]; 11(2), 159-173. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/562/56229182002.pdf>
12. Chaponán Bances CY, Santa Cruz Carrasco C. Conocimientos y actitudes sobre tuberculosis pulmonar en los pobladores del distrito de Lambayeque, 2018 [Tesis de licenciatura en internet]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, 2018 [citado el 21 de abril de 2021]. 39 pp. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12893/1781>
13. Keenan K, Gutiérrez Hermosa L. Entender actitudes y conductas. Barcelona: Bestselia; 2000. 128 pp.
14. Arias Murcia SE, López L. La experiencia de enfermeras cuidando a familias culturalmente diversas: una metasíntesis cualitativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado el 9 de marzo de 2021]; 24: e2718. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02718.pdf
15. Ladino LE. Creencias y prácticas sobre la tuberculosis en un grupo de pacientes y sus familiares de la ciudad de Bogotá, D. C. Una aproximación cualitativa [Tesis de doctorado en internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011 [citado el 14 de octubre de 2020]. 46 pp. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4325/1/598589.2011.pdf>
16. Ramos Zambrano KE, Silva Peralta JP, Piedrahita Icaza AS, Toaza Suarez VC. La drogadicción como uno de los agentes desencadenantes de la tuberculosis. *Reciamuc* [Internet]. 2019 [citado el 14 de enero de 2021]; 3(1): 60-77. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/222>
17. Cepeda Moreno KL, Cherrez Saavedra MM, Vera Martínez DA, Oviedo Rivera GB. La dependencia alcohólica como factor de riesgo de tuberculosis. *Reciamuc* [Internet]. 2019 [citado el 22 de febrero de 2021]; 3(3): 363-390. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/281>
18. Toledo Salazar RF, Trujillo Chauca MR. Conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Mi Perú Ventanilla, 2019 [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad César Vallejo, 2019 [citado el 23 de abril de 2021]. 74 pp. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/36694>
19. Melguizo Herrera E, Alzate Posada ML. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Av. Enferm.* [Internet]. 2008 [citado el 5 de febrero de 2021]; 26(1): 112-123. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000100012&lng=en

ARTICULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

20. Muñoz Sánchez AI, Rubiano Mesa YL. Significados de «tuberculosis» en comunidades rurales indígenas de un municipio de la amazonia colombiana. *Invest. Educ. Enferm.* [Internet]. 2017 [citado el 13 de abril de 2021]; 35(2): 165-173. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072017000200165&script=sci_arttext&lng=en
21. Quintero Laverde MC. Prácticas indígenas relacionadas con la enfermedad. *Aquichan* [Internet]. 2001 [citado el 28 de mayo de 2021]; 1(1): 11-13. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972001000100005&lng=en
22. Torres Esperón M, Dandicourt Thomas C, Rodríguez A. Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* [Internet]. 2005 [citado el 3 de abril de 2021]; 21(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300007&lng=en