

Factores asociados al nivel de conocimiento, actitud y percepción ante la tuberculosis pulmonar

Factors Associated with Knowledge, Attitude, and Perception Toward Pulmonary Tuberculosis

Brian O. Martínez-Mejía,¹ Harumy N. Jaimes-García,¹ Roberto García-Soriano,¹ Gabriela García-Morales.^{1*}

Resumen

Objetivo: identificar factores sociodemográficos y socioeconómicos asociados con niveles de conocimiento, actitud y percepción ante la tuberculosis en usuarios de una unidad médica. **Métodos:** estudio transversal analítico realizado de enero a abril de 2025, participaron usuarios de una Unidad de Medicina Familiar a partir de los 20 años. El instrumento de recolección para valorar conocimiento, actitud y percepción sobre la tuberculosis pulmonar fue una encuesta autoaplicada de 25 ítems. Se realizó estadística descriptiva con cálculo de frecuencias y proporciones; para establecer la asociación se obtuvieron *odds ratio* e intervalos de confianza a 95%. **Resultados:** participaron 328 personas, se identificó un nivel de conocimiento bajo sobre tuberculosis en 0.3% de los participantes, moderado en 8.2% y alto en 91.5%. Por otra parte, 2.7% refirió una actitud inadecuada, moderada 30.5% y adecuada 66.8%; respecto a la percepción, 6.1% mostró una percepción inadecuada, moderada 43% y adecuada 50.9%. El sexo femenino y tener una edad de 41 a 60 años se asociaron con mayor probabilidad de desconocimiento sobre tuberculosis; contar con educación superior se relacionó con una actitud adecuada; no se encontraron factores asociados al nivel de percepción. **Conclusión:** los usuarios refirieron un conocimiento alto; sin embargo, se identificaron áreas de mejora en actitud y percepción hacia la enfermedad. Es necesario implementar estrategias educativas para mejorar estos aspectos hacia la tuberculosis en la población derechohabiente, con la finalidad de promover conductas saludables y evitar el estigma hacia las personas que padecen de tuberculosis.

Palabras clave: conocimientos, actitud frente a la salud, percepción, tuberculosis pulmonar.

Recibido: 26/08/2025
Aceptado: 10/12/2025

Sugerencia de citación: Martínez-Mejía BO, Jaimes-García HN, García-Soriano R, García-Morales G. Factores asociados al nivel de conocimiento, actitud y percepción ante la tuberculosis pulmonar. *Aten Fam.* 2026;33(2):110-116. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2026.2.95492>

¹Unidad de Medicina Familiar No. 26 "Lic. Carlos Gálvez Betancourt". Instituto Mexicano del Seguro Social. Acatulco de Juárez, Guerrero, México.

*Correspondencia:
Gabriela García-Morales
gabygarcia.morales@gmail.com

Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Abstract

Objective: to identify sociodemographic and socioeconomic factors associated with levels of knowledge, attitude, and perception regarding tuberculosis among users of a medical unit. **Methods:** an analytical cross-sectional study conducted from January to April 2025, including users of a family medicine unit aged 20 years and older. The data collection instrument used to assess knowledge, attitude, and perception of pulmonary tuberculosis was a self-administered survey consisting of 25 items. Descriptive statistics were performed with calculation of frequencies and proportions; odds ratios and 95% confidence intervals were obtained to establish associations. **Results:** 328 participants were included. A low level of knowledge about tuberculosis was identified in 0.3% of participants, moderate in 8.2%, and high in 91.5%. Regarding attitude, 2.7% reported an inadequate attitude, 30.5% moderate, and 66.8% adequate. In terms of perception, 6.1% showed an inadequate perception, 43% moderate, and 50.9% adequate. Female sex and age 41 to 60 years were associated with lower level of knowledge about tuberculosis; while having higher education was related to adequate attitude. No significant factors were associated with the level of perception. **Conclusion:** Users reported a high level of knowledge; however, gaps were identified in attitude and perception toward the disease. Implementing educational strategies is necessary to improve these areas regarding tuberculosis among the beneficiaries, aiming to promote healthy behaviors and reduce the stigma toward individuals living with the disease.

Keywords: Knowledge; Health Attitude; Perception; Pulmonary Tuberculosis.

Introducción

La tuberculosis se presenta en todos los países y constituye una amenaza sanitaria, al considerarse una de las principales causas de muerte por enfermedades infecciosas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2022 padecieron tuberculosis 10.6 millones de personas en todo el mundo. Ese mismo año, en las Américas se estimaron 325,000 casos nuevos. En México, de acuerdo con el Boletín del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, hasta la semana 12 de 2024 se reportaron 4,633 casos de tuberculosis. En el estado de Guerrero se registran 1,252 casos y, en el municipio de Acapulco, durante 2022 se reportaron 559 casos de tuberculosis.¹⁻⁵

Diversos estudios reportan que un nivel adecuado de conocimiento sobre temas de salud, junto con una actitud y percepción favorables, predispone al desarrollo de habilidades y prácticas útiles; esto permite responder de forma adecuada ante las enfermedades y repercutir en una sociedad más saludable.⁶⁻⁸ De ahí la relevancia de evaluar el conocimiento, actitud y percepción ante las enfermedades transmisibles que afectan a la población.

Las investigaciones que han evaluado el nivel de conocimiento sobre tuberculosis muestran resultados diversos. En Colombia se describió un porcentaje de conocimiento adecuado de 76%,⁹ mientras que en Sudáfrica y Paraguay se reportaron niveles altos de conocimiento de 75% y 93%, respectivamente.^{10,11} Las variables asociadas con un buen nivel de conocimiento, reportadas en otros estudios, fueron la edad, el nivel de escolaridad, el estado civil, la exposición a medios de comunicación, la ocupación y la zona de residencia.^{12,13}

La actitud y la percepción ante la tuberculosis también han sido analizadas

en distintos estudios. En el estado de Delta, Nigeria, se reportó una actitud adecuada en 71.9% de los trabajadores de la salud y en 67.5% de los pacientes.¹⁴ En relación con la percepción, un estudio realizado en las comunidades de Wau y Jur River, en Sudán del Sur durante 2023, encontró una percepción adecuada en 92.2% de los encuestados.¹⁵ Estos porcentajes pueden variar según el contexto de los participantes y el instrumento de recolección utilizado.

Los niveles de conocimiento, actitud y percepción reportados en estudios internacionales muestran variabilidad entre las diferentes poblaciones estudiadas. La identificación de estas variables puede apoyar la planeación de estrategias orientadas a fomentar prácticas saludables en la población. Por lo anterior, el objetivo de esta investigación fue identificar factores sociodemográficos y socioeconómicos asociados con los niveles de conocimiento, actitud y percepción ante la tuberculosis en usuarios de una unidad médica.

Métodos

Se realizó un estudio transversal analítico de enero a abril de 2025. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, se incluyeron usuarios a partir de los 20 años que asistieron a la unidad médica durante el periodo de estudio. Los criterios de inclusión fueron personas de ambos sexos, adscritas a la unidad referida y que aceptaron participar en la investigación, previa firma del consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron personas con padecimientos que no les permitían responder el instrumento o con autonomía limitada para la toma de decisiones; asimismo, se eliminaron las encuestas con 50% o más de datos faltantes.

Se empleó una cédula de datos sociodemográficos y el cuestionario de la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado y Opinión Pública (AMAI 2022) para clasificar el nivel socioeconómico.¹⁶ Para valorar el conocimiento se utilizó una encuesta de autoaplicación, cuya versión original cuenta con 20 ítems, con una fiabilidad de 0.99 y un alfa de Cronbach de 0.73;¹⁷ de esta encuesta se seleccionaron diez ítems para el desarrollo de la presente investigación. El aspecto de actitud se recabó con seis ítems y el de percepción con nueve ítems, los cuales forman parte de un instrumento previamente validado, en el que el índice de fiabilidad fue de 0.87 y 0.60 para percepción y actitud, respectivamente, con un alfa de Cronbach de 0.88 para ambos rubros.¹⁸ El cuestionario final utilizado en este estudio se conformó por 25 ítems y ha sido aplicado en investigaciones previas.¹⁹

El cuestionario original de 25 ítems se encuentra en idioma inglés, por lo que se tradujo al español mediante traducción directa. La versión final en español se comparó con el cuestionario original en inglés para verificar su coherencia. En los ítems de conocimiento, las opciones de respuesta fueron “verdadero” o “falso”, se otorgó una puntuación de uno y cero respectivamente, la puntuación mínima fue cero y la máxima diez. En los ítems relacionados con la actitud y la percepción la escala fue tipo Likert de cinco puntos, en la que las respuestas recibieron una puntuación de uno a cinco. La sección de actitud presentó una puntuación mínima de seis y una máxima de 30; los ítems inversos fueron A2, A5 y A6; en percepción, la puntuación mínima fue de nueve y la máxima de 45.

Los índices de conocimiento, actitud y percepción se estandarizaron a

Tabla 1. Variables sociodemográficas

Variables	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	111	33.8
	Mujer	217	66.2
Edad	20 a 30 años	129	39.3
	31 a 40 años	86	26.2
	41 a 50 años	68	20.7
	51 a 60 años	45	13.7
Escolaridad	Primaria	32	9.8
	Secundaria	82	25.0
	Bachillerato	129	39.3
	Licenciatura	81	24.7
	Posgrado	3	0.9
	Datos faltantes	1	0.3
Estado civil	Soltero	109	33.2
	Casado	125	38.1
	Unión libre	61	18.6
	Divorciado	7	2.1
	Viudo	12	3.7
	Datos faltantes	14	4.3
Ocupación	Ama de casa	81	24.7
	Estudiante	30	9.1
	Empleado	197	60.1
	Empresario	3	0.9
	Desempleado	5	1.5
	Otro	8	2.4
	Datos faltantes	4	1.2
Zona de residencia	Zona rural	63	19.2
	Zona urbana	204	62.2
	Datos faltantes	61	18.6
Antecedente personal de tuberculosis	Sí	9	2.7
	No	319	97.3
Antecedente familiar de tuberculosis	Sí	47	14.3
	No	280	85.4
	Datos faltantes	1	0.3
Nivel socioeconómico (Regla AMAI 2022)	E. Muy bajo	7	2.1
	D. Bajo	41	12.5
	D+. Bajo medio	61	18.6
	C-. Medio bajo	78	23.8
	C. Medio medio	60	18.3
	C+. Medio alto	52	15.9
	A/B. Muy alto	29	8.8

una escala de 0 a 100 mediante la fórmula $[(\text{puntuación obtenida}/\text{puntuación máxima posible}) \times 100]$. Las categorías se definieron como bajo o inadecuado (<50%), moderado (50–70%) y alto o adecuado (>70%), según el rubro. Para el análisis dicotómico, las categorías baja y moderada del conocimiento se agruparon como desconocimiento, y la categoría alta como nivel adecuado de conocimiento; en actitud y percepción, las categorías inadecuada y moderada se agruparon como inadecuadas y la categoría alta como adecuada.

La recolección de datos se llevó a cabo en la sala de espera de la consulta externa de medicina familiar. Previo consentimiento informado, se otorgó al participante la herramienta impresa y un lapicero para responder. Posteriormente, se elaboró una base de datos en el programa SPSS v. 23 con la totalidad de los ítems del instrumento, se calcularon frecuencias y proporciones para variables cualitativas, para las variables cuantitativas medidas de tendencia cen-

tral y dispersión. Mediante el método Mantel-Haenszel se estimaron *odds ratios*, intervalo de confianza de 95% y valores de $p < 0.05$.

Esta investigación fue aprobada por un Comité de Ética en Investigación con registro en CONBIOÉTICA 12 CEI 001 2018022 y por un comité local de investigación en salud con número de registro institucional R-2024-1101-035.

Resultados

Participaron 328 personas, de las cuales 66.2% (n= 217) fue mujer y el resto hombre. 39.3% (n= 129) tenía entre 20 y 30 años; la edad media fue de 36 ± 11 años. El nivel de escolaridad predominante fue el bachillerato, con 39.3% (n= 129). 38.1% (n= 125) refirió estar casado, 60.1% (n= 197) manifestó ser empleado y 62.2% (n= 204) residía en zona urbana. Respecto al salario mensual aproximado, se observó una media de 8,000 pesos $\pm 5,640$. En los antecedentes personales, 2.7% (n= 9) respondió padecer o haber padecido tuberculosis;

en cuanto a los antecedentes familiares, 14.3% (n= 47) manifestó tener un familiar que padece o padeció tuberculosis. El nivel socioeconómico predominante fue el medio bajo (C–), con 23.8% (n= 78) del total de los encuestados (tabla 1).

En relación con el conocimiento, los mayores porcentajes de respuestas incorrectas se observaron en los ítems “La tuberculosis es causada por una infección viral” (72.6%; n= 230), “El uso de medicamentos a base de hierbas junto con medicamentos contra la tuberculosis mejora los resultados” (37.2%; n= 118) y “La tuberculosis puede transmitirse a través de la leche materna” (31.6%; n= 96), en los cuales predominó la selección de la opción “verdadero”. En cuanto a la actitud, 39.1% (n= 127) estuvo de acuerdo con evitar a las personas con tuberculosis para prevenir la transmisión, lo que corresponde a una actitud no adecuada frente a la enfermedad. Respecto a la percepción, 30.9% (n= 101) respondió que se sentía incómodo cerca de las personas que padecen tuberculosis y 49.1% (n= 160) refirió mantener distancia si se encontraba con pacientes que tienen esta enfermedad (tabla 2).

La distribución de los niveles de conocimiento, actitud y percepción mostró diferencias entre dominios. El conocimiento presentó un patrón predominantemente favorable, mientras que la actitud y la percepción evidenciaron una mayor dispersión entre categorías, con presencia relevante de niveles moderados (tabla 3).

En el análisis de asociación, el sexo femenino, la edad de 41 a 60 años y la ocupación sin remuneración mostraron mayor probabilidad de desconocimiento sobre tuberculosis en comparación con sus respectivas categorías de referencia. Asimismo, la escolaridad básica se asoció

Tabla 2. Síntesis de resultados por dominio sobre tuberculosis pulmonar

Dominio	Síntesis global del dominio	Ítems con mayor dificultad	Ítems con mayor proporción de respuestas adecuadas
Conocimiento (10 ítems)	Predominaron respuestas correctas en la mayoría de los reactivos	C1 (etiología viral, 72.6% incorrecta), C7 (uso de hierbas, 37.2% incorrecta), C4 (transmisión por leche materna, 31.6% incorrecta)	C9 (riesgo por interrupción del tratamiento, 95.3% correcta), C5 (transmisión aérea, 90.9%) y C3 (diagnóstico por esputo, 90.4%); los demás ítems (C2, C6, C8 y C10) también mostraron predominio de respuestas correctas
Actitud (6 ítems)	Predominó el acuerdo con enunciados favorables hacia la educación y el reconocimiento comunitario	A6 (evitar a personas con tuberculosis): 39.1% acuerdo, 39.7% desacuerdo y 21.2% no sabe	A3 (educación comunitaria, 82.2% acuerdo) y A4 (reconocimiento de información correcta, 83.8%); el resto de los ítems mostró predominio de respuestas consideradas adecuadas
Percepción (9 ítems)	La mayoría de los reactivos mostró desacuerdo con posturas de rechazo o estigmatización	P5 (mantener distancia, 49.1% acuerdo) y P1 (incómodidad cercana, 30.9%).	P9 (exclusión comunitaria, 7.0% acuerdo) y P2 (percepción negativa explícita, $\leq 4.5\%$); los demás ítems mostraron bajo acuerdo con posturas de rechazo

Tabla 3. Niveles de conocimiento, actitud y percepción sobre tuberculosis (n= 328)

Dominio	Alto/adecuado n (%)	Moderado n (%)	Bajo/inadecuado n (%)
Conocimiento	300 (91.5)	27 (8.2)	1 (0.3)
Actitud	219 (66.8)	100 (30.5)	9 (2.7)
Percepción	167 (50.9)	141 (43.0)	20 (6.1)

Tabla 4. Síntesis de asociaciones entre variables sociodemográficas y conocimiento, actitud y percepción sobre tuberculosis

Dominio	Asociaciones significativas	Asociaciones con tendencia	Variables sin asociación significativa
Conocimiento	Sexo masculino (OR 0.30; IC95% 0.10–0.89; p= 0.03), edad 20–40 años (OR 0.30; IC95% 0.14–0.68; p<0.05), ocupación sin remuneración (OR 2.23; IC95% 1.02–4.86; p= 0.04)	Escolaridad básica (OR 3.09; p= 0.07), residencia rural (OR 2.71; p= 0.06)	Estado civil, antecedentes personales o familiares de tuberculosis y nivel socioeconómico
Actitud	Escolaridad básica (OR 2.64; IC95% 1.44–4.82; p<0.05)	Ninguna	Sexo, edad, estado civil, ocupación, zona de residencia, antecedentes personales o familiares de tuberculosis y nivel socioeconómico
Percepción	No se identificaron asociaciones significativas	Ninguna	Todas las variables evaluadas

con actitud inadecuada frente a la enfermedad. En contraste, no se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas evaluadas y el dominio de percepción (tabla 4).

Discusión

En la presente investigación, la mayoría de los participantes presentó un nivel alto de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar, mientras que la actitud adecuada se observó en aproximadamente dos tercios de la población y la percepción adecuada en cerca de la mitad de los usuarios. El sexo, la edad y la escolaridad mostraron asociación con el nivel de conocimiento y actitud ante la enfermedad. Aunque estas variables corresponden

a características sociodemográficas no modificables, los servicios de salud pueden fortalecer estrategias de educación y promoción en la sala de espera y durante la atención clínica, así como mediante el uso de material informativo dirigido a la población usuaria.

Diversas investigaciones que han evaluado el conocimiento sobre tuberculosis reportan proporciones superiores a 60% de conocimiento alto. En estudios realizados en personal sanitario se han documentado niveles de conocimiento adecuado entre 68.2% y 89.2%, incluyendo profesionales de la salud en Etiopía, trabajadores sanitarios en India y personal de enfermería en Nigeria y Sudáfrica.^{20–23} En la presente investigación se observó una proporción mayor

de participantes con conocimiento alto. Este resultado puede relacionarse con las características de los instrumentos utilizados en cada estudio. Las investigaciones desarrolladas en personal sanitario evaluaron contenidos vinculados con actividades clínicas, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, lo que implica mayor complejidad en los reactivos. El cuestionario aplicado en este estudio abordó conocimientos generales sobre la enfermedad, lo que pudo favorecer una mayor proporción de respuestas correctas en los usuarios de la unidad médica.

La actitud hacia la tuberculosis fue mayoritariamente adecuada en la población estudiada, aunque continúa siendo un aspecto susceptible al fortalecimiento. En estudios realizados con población abierta se han descrito proporciones menores, como las reportadas en Gambia (23%), Bangladesh (44.75%) y el noroeste de China (75.3%).^{24–26} La mayor proporción observada en este estudio podría relacionarse con las características del contexto de los participantes, quienes acuden de forma regular a una unidad médica y se encuentran expuestos a actividades de promoción de la salud y a mayor contacto con personas con diagnóstico de tuberculosis dentro de los servicios sanitarios. Estos elementos pueden favorecer una actitud más positiva hacia la enfermedad y hacia quienes la padecen.

En el dominio de percepción, aproximadamente la mitad de los participantes mostró respuestas compatibles con estigma o distancia social hacia las personas que padecen tuberculosis. Estudios realizados en distintos contextos han reportado proporciones variables de percepción adecuada, como las descritas en Uttarakhand, India (67.5%), Lagos, Nigeria (77.3%) y Guinea Ecuatorial

(59.6%).²⁷⁻²⁹ Las diferencias observadas pueden estar relacionadas con las características de las poblaciones incluidas, así como con las particularidades metodológicas de los instrumentos empleados, el número y complejidad de los ítems y los aspectos evaluados en cada encuesta. Estos hallazgos sugieren la necesidad de fortalecer estrategias educativas orientadas a reducir percepciones negativas y favorecer la integración social de las personas afectadas por tuberculosis.

Diversos factores pueden influir en el conocimiento sobre tuberculosis, entre ellos el nivel educativo. La evidencia ha mostrado asociación entre mayor escolaridad y mejor conocimiento de la enfermedad, como se ha documentado en estudios realizados en Sudán del Sur y China.^{13,26} Estos trabajos se desarrollaron en población abierta, mientras que la presente investigación se realizó en usuarios de una unidad médica, quienes reciben actividades de educación para la salud en la sala de espera, aspecto que podría explicar la ausencia de asociación entre escolaridad y nivel de conocimiento observada en este estudio.

En relación con la actitud, los factores asociados reportados en la literatura muestran resultados heterogéneos. En Gambia se describió asociación entre actitud adecuada y variables como sexo masculino, estado civil casado, educación primaria y empleo, en un contexto social en el que la economía se basa en la agricultura y el acceso a la educación es diferencial por sexo.^{24,30} En Bangladesh, se identificaron como factores asociados la edad de 30 a 40 años, el estado civil soltero, mayor nivel educativo y residencia urbana.²⁵ Aunque variables como edad, estado civil o escolaridad no son modificables desde los servicios de salud, las intervenciones educativas

dirigidas a la población usuaria pueden contribuir a fortalecer actitudes favorables hacia la tuberculosis.

Respecto a la percepción, un estudio realizado en Indonesia encontró asociación entre ocupación como funcionario público y percepción adecuada sobre la enfermedad,¹⁷ mientras que en una investigación desarrollada en escolares de Malawi no se identificaron factores asociados.³¹ La percepción sobre tuberculosis continúa siendo un aspecto poco explorado, pese a su relevancia por su potencial relación con procesos de estigmatización. En la presente investigación no se identificaron variables asociadas a este dominio, lo que sugiere la necesidad de continuar explorando factores contextuales y sociales que puedan influir en esta dimensión.

Gran parte de las investigaciones sobre conocimiento, actitud y percepción ante la tuberculosis se han realizado en personal sanitario o población abierta. Una contribución de este estudio fue evaluar estos dominios en usuarios de una unidad médica ubicada en una zona conurbana del municipio de Acaapulco, Guerrero, México, que atiende población en situación de pobreza. La muestra se caracterizó por encontrarse mayoritariamente en edad productiva, con predominio de escolaridad menor o igual a bachillerato y alta proporción de personas laboralmente activas.

El diseño transversal permitió identificar asociaciones entre las variables evaluadas; sin embargo, debido a que la exposición y el resultado fueron medidos en un mismo momento, no es posible establecer relaciones causales ni determinar la direccionalidad temporal de dichas asociaciones. El uso de muestreo no probabilístico por conveniencia introduce sesgo de selección y limita la generali-

zación de los resultados. Asimismo, el instrumento fue validado originalmente en otro idioma y diseñado para aplicación en formato en línea; aunque se realizó su adaptación al español, estas diferencias metodológicas deben considerarse al interpretar los resultados. Además, no se incluyó la variable de exposición previa a capacitación sobre tuberculosis dentro de los servicios de salud, lo que pudo limitar la exploración de factores asociados al conocimiento y la actitud.

Los hallazgos sugieren la necesidad de fortalecer estrategias educativas dirigidas a usuarios de unidades médicas de primer contacto mediante actividades informativas y materiales orientadas a reducir el estigma. Como líneas futuras de investigación, se recomienda la validación formal del cuestionario en español y la incorporación de variables relacionadas con la exposición previa a campañas informativas sobre tuberculosis pulmonar.

Conclusión

Los participantes mostraron un nivel alto de conocimiento sobre la tuberculosis; sin embargo, la actitud y, particularmente la percepción hacia la enfermedad, evidenció áreas susceptibles al fortalecimiento. Estos hallazgos sugieren la necesidad de implementar estrategias orientadas a promover actitudes favorables y reducir percepciones negativas hacia la tuberculosis y hacia las personas que la padecen.

Contribución de los autores

BO M-M: conceptualización, desarrollo del estudio, aplicación de encuestas, análisis de datos y redacción del manuscrito; HN J-G Y R G-S: conceptualización, desarrollo del estudio, aplicación de encuestas y análisis de datos; G G-M: conceptualización, análisis y discusión de resultados y redacción del manuscrito.

Todos los autores aprobaron la versión final para su publicación.

Financiamiento

La presente investigación no recibió financiamiento externo.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis [Internet]. [Citado 2024 Ago 9]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
2. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis [Internet]. [Citado 2024 Ago 9]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis#-Back%20to%20menu>.
3. Secretaría de Salud. Boletín Epidemiológico. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Epidemiología [Internet]. [Citado 2024 Ago 9]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/905721/sem12.pdf>
4. Gobierno del Estado de Guerrero. Prioritario que pacientes se apeguen a tratamiento para poner fin a la Tuberculosis [Internet]. [Citado 2024 Ago 9]. Disponible en: <https://www.guerrero.gob.mx/2023/03/prioritario-que-pacientes-se-apeguen-a-tratamiento-para-poner-fin-a-la-tuberculosis-ssg/>
5. Secretaría de salud. Boletín Epidemiológico No. 30 [Internet]. [Citado 2024 Ago 9]. Disponible en: <http://cloud.ses-gro.gob.mx/buEHELnM-4sOTpiL>
6. Ramírez AV. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *An. Fac. Med.* 2009;70(3):217-224.
7. Burns RB, Dobson CB. Attitude measurement. En: Burns RB, Dobson CB, editors. *Experimental psychology: research methods and statistics*. Dordrecht: Springer; 1981. p. 369-385.
8. Quiceno JM, Vinaccia S. Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del Illness Perception Questionnaire. *Psicol desde el Caribe*. 2010;(25):56-83.
9. 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*. 2013;11(2):159-173.
10. Seloma NM, Makgatho ME, Maimela E. Knowledge, attitude and preventative practice of tuberculosis in rural communities of Dikgale, Mamabolo and Mothiba health and demographic surveillance system in Limpopo province, South Africa. *BMC Public Health*. 2023;23(1):1687.
11. Benítez-Pompa FA, López-Alvarenga GS, Ortega-Filártiga EA. Conocimientos sobre tuberculosis pulmonar en pobladores de Asunción y Departamento Central, Paraguay. *Rev Cien Cienc Salud*. 2024;6: e6151.
12. Ismail A, Josephat P. Knowledge and perception on tuberculosis transmission in Tanzania: Multinomial logistic regression analysis of secondary data. *Tanzan J Health Res*. 2014;16(1):29-37.
13. Luba TR, Tang S, Liu Q, Gebremedhin SA, Kisasi MD, Feng Z. Knowledge, attitude and associated factors towards tuberculosis in Lesotho: a population based study. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):96.
14. Isara AR, Akpodiete A. Concerns about the knowledge and attitude of multidrug-resistant tuberculosis among health care workers and patients in Delta State, Nigeria. *Niger J Clin Pract*. 2015;18(5):664-669.
15. Marin PM, Tryland M, Munyeme M, Jubara AS, Matovu E, Waisa P, et al. Elucidating the knowledge, attitude, and stigma associated with tuberculosis: a community based descriptive study in Wau and Jur River, South Sudan. *Trop Med Health*. 2025;53(1):15.
16. Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión. Niveles Socioeconomicos AMAI. Cuestionario para la aplicación de la regla AMAI 2022 y tabla de clasificación [Internet]. [Citado 2024 Jun 11]. Disponible en: <https://www.amai.org/NSE/index.php?queVeo=NSE2024>
17. Kaaffah S, Kusuma IY, Renaldi FS, Lestari YE, Pratiwi ADE, Bahar MA. Knowledge, Attitudes, and Perceptions of Tuberculosis in Indonesia: A Multi-Center Cross-Sectional Study. *Infect Drug Resist*. 2023;16:1787-1800.
18. Pitaloka DAE, Kusuma IY, Pratiwi H, Pradipta IS. Development and validation of assessment instrument for the perception and attitude toward tuberculosis among the general population in Indonesia: a Rasch analysis of psychometric properties. *Front Public Health*. 2023;28(11):1143120.
19. Kusuma IY, Triwibowo DN, Pratiwi ADE, Pitaloka DAE. Rasch modelling to assess psychometric validation of the Knowledge About Tuberculosis Questionnaire (KATUB-Q) for the general population in Indonesia. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24):16753.
20. Temesgen C, Demissie M. Knowledge and practice of tuberculosis infection control among health professionals in Northwest Ethiopia. *BMC Health Serv Res*. 2014;14: 593.
21. Dwivedi R, Goswami D, Singh P, Singh K. Assessment of knowledge, attitude, practice (KAP) regarding directly observed therapy (DOT) in tuberculosis among ASHA workers from tribal sub-population zone of Rajasthan. *J Family Med Prim Care*. 2022;11(11):6783-6788.
22. Akande PA. Knowledge and practices regarding tuberculosis infection control among nurses in Ibadan, south-west Nigeria: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):280.
23. Bhebhe LT, Rooyen CV, Steinberg WJ. Attitudes, knowledge and practices of healthcare workers regarding occupational exposure of pulmonary tuberculosis. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2014;6(1):1-6.
24. Bashorun AO, Linda C, Omoleke S, Kendall L, Donkor SD, Kinteh MA, et al. Knowledge, attitude and practice towards tuberculosis in Gambia: a nation-wide cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1566.
25. Mahmud S, Mohsin M, Irfan SH, Muyeed A, Islam A. Knowledge, attitude, practices, and determinants of them toward tuberculosis among social media users in Bangladesh: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2022;17(10):e0275344.
26. Ma N, Zhang L, Chen L, Yu J, Chen Y, Zhao Y. Demographic and socioeconomic disparity in knowledge, attitude, and practice towards tuberculosis in Northwest, China: evidence from multilevel model study. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):948.
27. Sharma SK, Jelly P, Bhadoria AS, Thakur K, Gawande K. Awareness and perception regarding tuberculosis among patients and their relatives attending a tertiary care hospital in Uttarakhand: A hospital-based exploratory survey. *J Family Med Prim Care*. 2020;9(3):1555-1561.
28. Junaid SA, Kanma-Okafor OJ, Olufunlayo TF, Odugbemi BA, Ozoh OB. Tuberculosis stigma: Assessing tuberculosis knowledge, attitude and preventive practices in surulere, Lagos, Nigeria. *Ann Afr Med*. 2021;20(3):184-192.
29. Vericat-Ferrer M, Ayala A, Ncogo P, Eyene-Acuresila J, García B, Benito A, et al. Knowledge, Attitudes, and Stigma: The Perceptions of Tuberculosis in Equatorial Guinea. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022;19(14):8227.
30. Bonet AF. La escolarización en Gambia. *REEC*. 2002;(8):227-259.
31. Nyasulu P, Kambale S, Chirwa T, Umanah T, Singini I, Sikwese S, et al. Knowledge and perception about tuberculosis among children attending primary school in Ntcheu District, Malawi. *J Multidiscip Healthc*. 2016;9:121-131.