

Nivel de conocimiento y prácticas preventivas de tuberculosis en trabajadores de una empresa gastronómica

Level of tuberculosis knowledge and preventive practices among workers in a food service company

Víctor Elías Chávez Montenegro ^a✉; Helen Margiori Mengoa Castañeda ^b; Vaitiare Belazbir Zamalloa Mendoza ^c; Sandra Alicia Gómez López ^d

Resumen

Introducción: La tuberculosis constituye un problema de salud pública que requiere fortalecer el conocimiento y las prácticas preventivas en los espacios laborales.

Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas preventivas frente a la tuberculosis en trabajadores de una empresa gastronómica de Lima, Perú. **Metodología:** Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, no experimental, transversal y correlacional, con participación censal de 50 trabajadores durante 2022. Se aplicaron dos cuestionarios validados, uno de 17 ítems para medir conocimiento y otro de 10 ítems para evaluar prácticas preventivas. La confiabilidad del instrumento de conocimiento fue de 0,737 mediante alfa de Cronbach. Se empleó estadística descriptiva y correlación Rho de Spearman, con significancia de 0,05.

Resultados: El 80,0 % presentó conocimiento alto y el 66,0 % prácticas preventivas saludables. Se encontró correlación positiva moderada entre conocimiento y prácticas preventivas ($Rho = 0,644$; $p < 0,001$), así como entre conocimiento y estilos de vida ($Rho = 0,682$; $p < 0,001$). No se encontró relación significativa con responsabilidad en salud ($Rho = 0,103$; $p = 0,478$). **Conclusión:** Un mayor conocimiento se relacionó con mejores prácticas preventivas, sin establecer causalidad debido al diseño transversal.

Palabras clave: Tuberculosis; Conocimiento; Prácticas preventivas; Salud ocupacional; Prevención

^a Universidad César Vallejo. Ate, Perú
vichavezmo@ucvvirtual.edu.pe
<https://orcid.org/0000-0003-3554-6292>

^b Universidad César Vallejo. Ate, Perú
hmengoa@ucvvirtual.edu.pe
<https://orcid.org/0009-0008-7655-1905>

^c Universidad César Vallejo. Ate, Perú
vbzamalloaz@ucvvirtual.edu.pe
<https://orcid.org/0009-0004-2415-5098>

^d Universidad César Vallejo. Ate, Perú
sgomezlo@ucvvirtual.edu.pe
<https://orcid.org/0000-0002-4689-2804>



Cómo citar:

Chávez Montenegro VE, Mengoa Castañeda HM, Zamalloa Mendoza VB, Gómez López SA. Nivel de conocimiento y prácticas preventivas de tuberculosis en trabajadores de una empresa gastronómica. Vive Revista de Investigación en Salud. 2026;9(27).
<https://doi.org/10.33996/revistavive.v9i27.523>

Research Article
Peer-reviewed
Open Access



Abstract

Introduction: Tuberculosis remains a public health concern that requires strengthening knowledge and preventive practices in occupational settings. **Objective:** To determine the relationship between tuberculosis knowledge and preventive practices among workers of a food service company in Lima, Peru. **Methodology:** A quantitative, observational, non-experimental, cross-sectional, correlational study was conducted with 50 workers in 2022. Two validated questionnaires were administered: a 17-item instrument assessing knowledge and a 10-item instrument evaluating preventive practices. The knowledge instrument showed a Cronbach's alpha of 0.737. Descriptive statistics and Spearman's rank correlation were used, with a significance level of 0.05. **Results:** High knowledge was observed in 80.0% of workers, while 66.0% reported healthy preventive practices. A moderate positive correlation was found between knowledge and preventive practices ($Rho = 0.644$; $p < 0.001$) and between knowledge and lifestyle ($Rho = 0.682$; $p < 0.001$). No significant relationship was found with health responsibility ($Rho = 0.103$; $p = 0.478$). **Conclusion:** Higher

knowledge was associated with better preventive practices; however, causality cannot be established due to the cross-sectional design.

Keywords: Tuberculosis; Knowledge; Preventive practices; Occupational health; Prevention

Introducción

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium tuberculosis* y transmitida principalmente por vía aérea. Aunque existen herramientas eficaces para su diagnóstico, tratamiento y control, continúa siendo un problema prioritario de salud pública por su elevada carga de enfermedad, su mortalidad y la persistencia de formas resistentes. La presentación pulmonar puede manifestarse con tos persistente, fiebre, pérdida de peso y sudoración nocturna, síntomas que requieren reconocimiento oportuno para interrumpir la cadena de transmisión ^(1,2).

A escala mundial, la tuberculosis afecta de manera desproporcionada a poblaciones que enfrentan barreras económicas, sociales y sanitarias. El diagnóstico tardío, la interrupción del tratamiento, el estigma y las dificultades para acceder a los servicios de salud favorecen la continuidad de la transmisión. Además, los lugares de trabajo con espacios cerrados, ventilación insuficiente y contacto frecuente entre personas pueden convertirse en escenarios relevantes para la exposición, particularmente cuando no se adoptan medidas de prevención y detección temprana ⁽¹⁻³⁾.

En el Perú, la tuberculosis constituye una prioridad sanitaria y mantiene una distribución que compromete especialmente a la población económicamente activa. La presencia de tuberculosis resistente y sus efectos sobre el ausentismo, la productividad y la economía familiar justifican el fortalecimiento de las acciones preventivas fuera de los establecimientos de salud. Los antecedentes nacionales también muestran que los trabajadores pueden enfrentar riesgos ocupacionales y que la respuesta institucional debe incluir vigilancia, educación y medidas de control en los centros laborales ⁽⁶⁻⁸⁾.

El conocimiento sobre la enfermedad, sus formas de transmisión, los signos de alarma y las medidas de protección puede favorecer la adopción de conductas preventivas. Estudios realizados en distintos contextos han observado que la información sanitaria se relaciona con actitudes más favorables, búsqueda oportuna de atención y prácticas de autocuidado; sin embargo, también se ha descrito que el conocimiento por sí solo no garantiza conductas sostenidas, porque intervienen el estigma, las normas sociales, las condiciones de trabajo y la disponibilidad de servicios ^(4,5,9-11).

En este contexto, el objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas preventivas frente a la tuberculosis en trabajadores de una empresa gastronómica de Lima, Perú. Como objetivos específicos, se buscó estimar la relación entre el conocimiento y las dimensiones estilos de vida y responsabilidad en salud. La investigación pretende aportar evidencia para orientar intervenciones de salud

ocupacional que combinen educación, condiciones laborales seguras y mecanismos de seguimiento, sin asumir que una asociación estadística equivale a un efecto causal.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, observacional, no experimental, transversal y correlacional. El diseño permitió describir el nivel de conocimiento y las prácticas preventivas y estimar la relación entre ambas variables, sin manipular las condiciones de los participantes. La recolección de datos se efectuó durante 2022.

La población estuvo conformada por 50 trabajadores del restaurante “Rinconcito Arequipeño”, ubicado en el distrito de Los Olivos, Lima, Perú. Debido al tamaño reducido de la población, se incluyó a la totalidad de los trabajadores disponibles que cumplían los criterios establecidos; por tanto, se empleó un muestreo censal y no se realizó selección probabilística.

Se incluyeron trabajadores con más de tres meses de contrato, educación secundaria completa y disposición voluntaria para participar. Se excluyeron quienes no completaron adecuadamente los cuestionarios, no desearon participar o no firmaron el consentimiento informado. Estos criterios se aplicaron antes del análisis de la información.

La variable independiente fue el nivel de conocimiento sobre tuberculosis y la variable dependiente fueron las prácticas preventivas frente a la enfermedad. El conocimiento se evaluó mediante contenidos relacionados con la enfermedad y su prevención. Las prácticas preventivas se organizaron en las dimensiones estilos de vida y responsabilidad en salud.

La técnica fue la encuesta. Se aplicaron dos cuestionarios estructurados: el primero, de 17 ítems, midió el nivel de conocimiento y lo clasificó en alto o bajo; el segundo, de 10 ítems con respuestas dicotómicas, evaluó las prácticas preventivas y las clasificó en saludables o no saludables. El instrumento de conocimiento alcanzó una confiabilidad de 0.737 mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Ambos instrumentos fueron sometidos a juicio de expertos y a una prueba piloto con 10 participantes para verificar su comprensión y viabilidad.

Antes de la aplicación, se capacitó al encuestador con el propósito de estandarizar las indicaciones y reducir sesgos de procedimiento. Los participantes recibieron información sobre el objetivo del estudio, la voluntariedad de su participación, la confidencialidad y el anonimato de los datos, y firmaron el consentimiento informado. El protocolo contó con la aprobación del comité de ética de la Universidad Nacional del Callao y con la autorización de la administración del restaurante.

La base de datos se elaboró en Microsoft Excel y el análisis se realizó en IBM SPSS Statistics, versión 25. Se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y se obtuvieron medidas descriptivas complementarias. La distribución de las variables se examinó mediante la prueba de Shapiro–Wilk. Debido a que no se cumplió el supuesto de normalidad, se utilizó la correlación Rho de Spearman, con un nivel de confianza del 95% y

un umbral de significancia de $p < 0.05$. Las pruebas fueron interpretadas como asociaciones y no como evidencia de causalidad.

Para el procesamiento de datos, se utilizó Microsoft Excel para la elaboración de la base de datos y el software IBM SPSS Statistics versión 25 para el análisis estadístico. Se aplicó estadística descriptiva mediante frecuencias, porcentajes, media, moda y desviación estándar, además de gráficos según las variables de estudio. Para el análisis inferencial se utilizó la prueba de correlación Rho de Spearman, con un nivel de confianza del 95% y significancia estadística de $p < 0.05$, con el objetivo de determinar la relación entre las variables.

Resultados

Tabla 1. Nivel de conocimiento sobre tuberculosis en trabajadores

Nivel de conocimiento	n	%
Bajo	10	20.0
Alto	40	80.0
Total	50	100.0

De los 50 trabajadores evaluados, 40 (80.0%) presentaron un nivel alto de conocimiento sobre tuberculosis y 10 (20.0%) un nivel bajo (Tabla 1).

Tabla 2. Prácticas preventivas sobre tuberculosis

Prácticas preventivas	n	%
No saludable	17	34.0
Saludable	33	66.0
Total	50	100.0

La prueba de normalidad de Shapiro–Wilk mostró valores de $p < 0.001$ para conocimiento y prácticas preventivas, por lo que se rechazó el supuesto de normalidad en ambas variables. En consecuencia, se utilizó la prueba no paramétrica Rho de Spearman para estimar las asociaciones (Tabla 3).

Tabla 3. Prueba de normalidad (Shapiro-Wilk)

Variable	Estadístico	gl	p-valor
Conocimiento	0.883	50	
Prácticas preventivas	0.896	50	

Con el propósito de analizar de manera conjunta la relación entre el conocimiento sobre tuberculosis y las prácticas preventivas, se integraron los resultados de la correlación global

y de sus dimensiones. Como se observa en la Tabla 4, el nivel de conocimiento presentó una asociación positiva y estadísticamente significativa con las prácticas preventivas en general, así como con la dimensión estilos de vida. En cambio, la dimensión responsabilidad en salud no mostró una asociación estadísticamente significativa con el conocimiento.

Tabla 4. *Relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas preventivas frente a la tuberculosis*

Variables relacionadas	Rho de Spearman	p
Conocimiento – Prácticas preventivas	0,644	
Conocimiento – Estilos de vida	0,682	
Conocimiento – Responsabilidad en salud	0,103	0,478

Los resultados muestran que los trabajadores con mayores niveles de conocimiento sobre tuberculosis tendieron a presentar prácticas preventivas más favorables. La asociación global fue moderada ($Rho = 0,644$; $p < 0,001$), lo que indica una relación consistente, aunque no suficientemente elevada como para considerar que el conocimiento explique por sí solo las prácticas preventivas.

Esta relación fue ligeramente mayor en la dimensión estilos de vida ($Rho = 0,682$; $p < 0,001$), lo que sugiere que el conocimiento puede estar más estrechamente relacionado con aquellos hábitos cotidianos vinculados con el autocuidado y la prevención. Sin embargo, en responsabilidad en salud la asociación fue muy baja y no significativa ($Rho = 0,103$; $p = 0,478$), indicando que conocer sobre tuberculosis no necesariamente se traduce en una mayor disposición para asumir conductas relacionadas con esta dimensión.

Finalmente, los resultados sugieren que la información constituye un componente importante de la prevención, pero su traducción en conductas sostenidas puede depender también de las condiciones del entorno laboral, el apoyo institucional y las posibilidades reales de aplicar las medidas preventivas. Esta interpretación es consistente con el carácter transversal del estudio y, por tanto, los coeficientes observados representan asociaciones y no relaciones causales

Discusión

El principal hallazgo fue una asociación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas preventivas frente a la tuberculosis ($Rho = 0,644$; $p < 0,001$). En términos prácticos, los trabajadores que alcanzaron puntuaciones más altas de conocimiento tendieron a informar conductas preventivas más favorables. Este resultado responde al objetivo general y respalda la hipótesis de asociación planteada; sin embargo, por tratarse de un estudio transversal, no permite afirmar que el conocimiento cause por sí mismo la adopción de prácticas saludables. La relación observada debe interpretarse como un patrón de coexistencia entre ambas variables en el grupo estudiado.

El predominio de conocimiento alto, 80.0% de los participantes, sugiere que la mayoría reconocía aspectos básicos de la tuberculosis y de su prevención. Este resultado es compatible con estudios que han identificado niveles adecuados de conocimiento en usuarios de servicios de salud y en personas expuestas a mensajes sanitarios ^(4,5). También coincide parcialmente con investigaciones poblacionales realizadas en Lesotho y entre población somalí, en las que el conocimiento y las actitudes fueron heterogéneos y estuvieron vinculados con la experiencia previa, el acceso a información y la confianza en los servicios de salud ^(9,10). Las diferencias entre poblaciones recuerdan que el nivel de conocimiento no depende únicamente de la escolaridad, sino también de la oportunidad, claridad y pertinencia de la información recibida.

La proporción de prácticas preventivas saludables fue menor que la de conocimiento alto: 66.0% frente a 80.0%. Esta diferencia de 14 puntos porcentuales es relevante porque muestra una brecha entre saber qué hacer y hacerlo de manera consistente. Un trabajador puede reconocer que la tuberculosis se transmite por vía aérea y, aun así, no reportar siempre conductas como ventilar los ambientes, cubrirse al toser, buscar atención ante síntomas persistentes o comunicar oportunamente una sospecha. Por ello, una intervención educativa aislada probablemente sea insuficiente si no se acompaña de condiciones organizacionales que faciliten la conducta preventiva.

La correlación entre conocimiento y prácticas preventivas fue moderada, no alta. Esto indica que el conocimiento tiene un papel importante, pero comparte la explicación de las prácticas con otros factores no medidos. Entre ellos pueden encontrarse la percepción de riesgo, las experiencias familiares con tuberculosis, el temor al estigma, la disponibilidad de atención, la confianza en el empleador, la carga laboral y la posibilidad real de cumplir las recomendaciones durante la jornada. La literatura sobre tuberculosis ha mostrado que los conocimientos y las actitudes se relacionan con la prevención, pero que su traducción en comportamientos depende del contexto social y de la respuesta de los servicios ^(9–11).

El resultado de la dimensión estilos de vida fue consistente con esta interpretación. La asociación positiva moderada encontrada ($Rho = 0.682$; $p < 0.001$) fue ligeramente mayor que la asociación global, lo que sugiere que el conocimiento se vincula con hábitos cotidianos más próximos al autocuidado. La búsqueda de información, la atención a los síntomas respiratorios y la disposición a consultar pueden formar parte de un mismo proceso de reconocimiento del riesgo. En población rural de Pakistán, el conocimiento y la conciencia sobre tuberculosis se relacionaron con la búsqueda de atención; de manera semejante, el acceso a información se ha asociado con mejores conocimientos en comunidades rurales de Myanmar ^(12,13).

No obstante, la dimensión responsabilidad en salud no mostró una relación significativa con el conocimiento ($Rho = 0.103$; $p = 0.478$). Esta ausencia de asociación no significa que la responsabilidad en salud sea irrelevante, sino que probablemente depende de determinantes adicionales. Cumplir con una recomendación puede requerir tiempo,

recursos, apoyo de los supervisores y la percepción de que el establecimiento protege efectivamente a sus trabajadores. Asimismo, una persona puede conocer las medidas preventivas y no sentirse responsable de aplicarlas si la organización no define protocolos, no ofrece insumos o no incorpora la prevención a la rutina de trabajo.

El hallazgo también puede relacionarse con la diferencia entre prácticas individuales y responsabilidad compartida. La primera se expresa en decisiones personales; la segunda implica informar síntomas, respetar los procedimientos institucionales, facilitar la ventilación, aceptar la evaluación y contribuir a proteger a compañeros y clientes. Estudios sobre estigma y conocimiento de la infección tuberculosa latente han mostrado que las percepciones sociales pueden modificar la disposición a hablar de la enfermedad o solicitar atención ⁽¹¹⁾. En el presente estudio, el hecho de que el conocimiento no se asociara con responsabilidad en salud puede reflejar una barrera colectiva más que una carencia individual de información.

La proporción de prácticas saludables observada, 66.0%, es comparable con resultados de investigaciones que describen conductas preventivas favorables en una parte importante de la población, aunque con persistencia de prácticas de riesgo ^(16,17). En India, el comportamiento de prevención de infecciones se ha relacionado con el conocimiento, pero también con las características del entorno y con la continuidad de los mensajes preventivos ⁽¹⁶⁾. En usuarios de transporte en Etiopía, las prácticas preventivas se estudiaron en un contexto de exposición cotidiana, lo que refuerza la importancia de analizar los espacios de interacción y no limitar la prevención a la consulta clínica ⁽¹⁷⁾.

La comparación con trabajos de otros países debe hacerse con cautela. Las investigaciones de Brasil y Gambia se desarrollaron en poblaciones con experiencias epidemiológicas y sistemas de salud diferentes, aunque ambas resaltan la influencia de los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre la prevención ^(14,15). En Brasil, la información sobre transmisión y prevención se relacionó con la utilización de los servicios y con las pérdidas a lo largo de la cascada de atención ⁽¹⁴⁾. En Gambia, la evaluación nacional evidenció que los indicadores de conocimiento y conducta no son uniformes en toda la población ⁽¹⁵⁾. En conjunto, estos estudios apoyan la idea de que los resultados dependen de la interacción entre información, acceso, confianza y condiciones sociales.

En el ámbito peruano, los documentos de política sanitaria plantean la necesidad de combinar acciones de prevención, detección, seguimiento y control de la tuberculosis ⁽⁶⁾. Desde la perspectiva laboral, las medidas no deberían limitarse a entregar material informativo. El Ministerio de Trabajo ha señalado la relevancia de implementar programas preventivos en los centros de trabajo, mientras que la evidencia sobre tuberculosis en trabajadores de salud muestra que la exposición ocupacional requiere vigilancia y medidas específicas ^(7,8). Aunque los trabajadores gastronómicos no tienen el mismo perfil de exposición que el personal sanitario, sí mantienen contacto frecuente con compañeros y

clientes y pueden desarrollar actividades en espacios interiores, por lo que resulta pertinente adaptar las estrategias a ese entorno.

El sector gastronómico ofrece un escenario particular para la prevención. Las jornadas pueden ser intensas, los puestos de trabajo suelen estar próximos entre sí y existen momentos en los que retirarse del área o interrumpir una tarea resulta difícil. Estas condiciones pueden hacer que una recomendación conocida no se cumpla. La ventilación, la circulación de aire, la posibilidad de realizar pausas, la limpieza de superficies de contacto y el procedimiento para comunicar síntomas deben integrarse a la gestión cotidiana. La tuberculosis se transmite principalmente por vía aérea, por lo que el control del ambiente y la detección temprana son complementos necesarios de la educación individual ^(1,2).

La diferencia entre conocimiento y responsabilidad también puede explicarse por la presencia de normas implícitas en el trabajo. Si el trabajador percibe que informar una tos persistente puede generar estigmatización, pérdida de ingresos o dificultades con la continuidad laboral, podría evitar comunicarla pese a reconocer su importancia. La prevención debe, por tanto, promover una cultura de salud que proteja la confidencialidad, facilite la atención y no penalice la notificación de síntomas. Las acciones contra el estigma son especialmente relevantes porque el miedo a ser etiquetado puede retrasar la búsqueda de ayuda y debilitar la respuesta colectiva ^(10,11).

En síntesis, los resultados muestran que el conocimiento se relacionó con las prácticas preventivas y, de manera más específica, con los estilos de vida, pero no con la responsabilidad en salud. Esta combinación de resultados es coherente con la idea de que la prevención de la tuberculosis requiere una interacción entre capacidades individuales y soporte institucional. El aporte central del estudio no consiste en demostrar causalidad, sino en identificar una oportunidad concreta: fortalecer la educación sanitaria y, al mismo tiempo, transformar el entorno laboral para que las prácticas preventivas sean posibles, visibles y sostenibles.

En investigaciones futuras sería conveniente ampliar la muestra a varios restaurantes y comparar establecimientos con diferentes niveles de capacitación y condiciones ambientales. Un diseño longitudinal permitiría evaluar si una intervención educativa y organizacional modifica las prácticas a lo largo del tiempo. También sería pertinente combinar métodos cuantitativos y cualitativos para identificar las barreras que los trabajadores enfrentan durante la jornada. La inclusión de indicadores objetivos, ventilación, cumplimiento de protocolos, derivaciones y tiempos de consulta, ayudaría a determinar si el cambio en conocimientos se traduce en una reducción efectiva del riesgo.

Las acciones también deben adaptarse al funcionamiento del restaurante. Las sesiones pueden integrarse a la inducción de nuevos trabajadores y a reuniones breves de inicio de turno. Los supervisores pueden utilizar una lista sencilla para verificar que la ventilación sea adecuada, que existan insumos y que el personal conozca la ruta de atención. La gerencia debe comunicar que la búsqueda de atención y la notificación de síntomas son medidas de

protección y no motivos de sanción. Este enfoque puede fortalecer la dimensión de responsabilidad en salud, que fue la única que no mostró asociación significativa con el conocimiento.

A pesar de estas limitaciones, el estudio aporta una señal útil para la salud ocupacional: mejorar la información es necesario, pero no suficiente. La intervención más razonable sería multimodal. Podría incluir capacitación breve y periódica, materiales visuales en puntos de trabajo, entrenamiento sobre etiqueta respiratoria y ventilación, un procedimiento confidencial para reportar síntomas, orientación para acceder a los servicios y supervisión no punitiva. La evaluación debería medir tanto el conocimiento como las conductas y las condiciones del ambiente, para evitar que el éxito se defina únicamente por la asistencia a una charla.

El diseño transversal impide establecer la dirección temporal de la relación. Es posible que un mayor conocimiento favorezca mejores prácticas, pero también que quienes cumplen las recomendaciones busquen más información y, por esa vía, obtengan mayores puntuaciones de conocimiento. Tampoco se evaluó si los trabajadores habían recibido capacitaciones previas, si tenían antecedentes familiares de tuberculosis, si habían presentado síntomas respiratorios o si existían protocolos institucionales activos. Estas variables podrían actuar como confusoras y deberían incorporarse en estudios posteriores.

El tamaño muestral y el carácter censal constituyen fortalezas y limitaciones simultáneas. Incluir a los 50 trabajadores disponibles evita el sesgo de seleccionar solo una parte de la plantilla y permite describir con precisión el establecimiento estudiado. Sin embargo, los resultados no pueden generalizarse automáticamente a otras empresas gastronómicas, distritos o sectores laborales. El hecho de que todos los participantes pertenezcan a un solo restaurante puede hacer que la asociación refleje prácticas, liderazgo, capacitación o condiciones ambientales específicas de esa organización.

Otra limitación es el uso de cuestionarios autoadministrados o aplicados mediante encuesta para medir conductas preventivas. Las respuestas pueden estar influidas por deseabilidad social, especialmente cuando los participantes conocen cuáles son las prácticas consideradas correctas. El resultado de 66.0% de prácticas saludables podría sobreestimar o subestimar el comportamiento real. La observación directa, las listas de verificación, entrevistas cualitativas y la revisión de protocolos internos permitirían complementar la información y comprender por qué determinados conocimientos no se convierten en acciones.

La interpretación de los resultados debe considerar la forma en que se midieron las variables. El conocimiento se evaluó con 17 ítems y se redujo a dos categorías, alto y bajo; las prácticas se midieron con 10 ítems dicotómicos y se clasificaron como saludables o no saludables. Esta categorización facilita la comunicación de los hallazgos, pero puede ocultar diferencias graduales entre los trabajadores y limitar la variabilidad disponible para el análisis. En futuras investigaciones sería útil conservar las puntuaciones continuas, describir qué ítems

presentan mayor incumplimiento y estimar la confiabilidad de cada dimensión, además de la confiabilidad global del instrumento.

Desde el punto de vista estadístico, la utilización de Rho de Spearman fue coherente con los resultados de la prueba de Shapiro–Wilk, que indicaron ausencia de normalidad. Además, la prueba permitió valorar la relación monotónica entre variables ordinales o categorizadas. El valor de $Rho = 0.644$ expresa una asociación de magnitud moderada y el de $Rho = 0.682$ una asociación moderada algo más intensa; ninguno debe interpretarse como porcentaje de trabajadores protegidos ni como efecto de una intervención. Del mismo modo, el valor p informa sobre la evidencia estadística contra la hipótesis de ausencia de asociación, pero no cuantifica la importancia práctica ni demuestra causalidad.

Conclusiones

En los trabajadores del restaurante “Rinconcito Arequipeño”, ubicado en Los Olivos, Lima, se identificó una correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis y las prácticas preventivas frente a la enfermedad ($Rho = 0,644$; $p < 0,001$), evidenciando que los trabajadores con mayor conocimiento tendieron a presentar prácticas preventivas más favorables. No obstante, debido al diseño transversal del estudio, estos resultados representan una asociación y no permiten establecer una relación causal.

Asimismo, se encontró una correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la dimensión estilos de vida ($Rho = 0,682$; $p < 0,001$), lo que indica que un mayor nivel de conocimiento se relacionó con hábitos preventivos más favorables entre los trabajadores evaluados. En contraste, no se observó una asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la dimensión responsabilidad en salud ($Rho = 0,103$; $p = 0,478$), lo que sugiere que esta dimensión podría estar condicionada por factores adicionales, como el apoyo organizacional, las condiciones laborales y los mecanismos institucionales de seguimiento.

En cuanto a los niveles observados, el 80,0 % de los trabajadores presentó un nivel alto de conocimiento sobre tuberculosis, mientras que el 20,0 % presentó un nivel bajo. Respecto a las prácticas preventivas, el 66,0 % mostró prácticas saludables y el 34,0 % prácticas no saludables, evidenciándose una diferencia entre el nivel de conocimiento y su expresión en conductas preventivas.

Los hallazgos respaldan la necesidad de fortalecer las estrategias de salud ocupacional mediante acciones que integren educación periódica sobre tuberculosis, condiciones ambientales adecuadas, ventilación, control preventivo, mecanismos confidenciales para la atención y comunicación de síntomas, así como acompañamiento institucional. Finalmente, los resultados deben interpretarse exclusivamente en el contexto de los trabajadores evaluados, debido al tamaño y carácter censal de la muestra y al diseño transversal del

estudio; por ello, se requieren investigaciones con muestras más amplias, diferentes establecimientos y seguimiento longitudinal para evaluar la consistencia de estas asociaciones.

Acerca de

Contribución de los autores: Los autores contribuyeron en la conceptualización del estudio, desarrollo metodológico, análisis e interpretación de los datos, redacción del manuscrito y revisión crítica de su contenido intelectual. En la aprobación de la versión final para su publicación.

Financiamiento: Los autores declaran que no recibieron financiamiento externo para la realización de la presente investigación.

Conflicto de interés: Los autores declaran que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

Agradecimiento: Los autores agradecen a la gerencia del restaurante “Rinconcito Arequipeño” por las facilidades brindadas para la ejecución del estudio y a los trabajadores participantes por su colaboración voluntaria. Asimismo, reconocen el apoyo académico y metodológico recibido durante el desarrollo de la investigación.

Certificación ética: La investigación se desarrolló respetando los principios éticos aplicables a estudios con participación de trabajadores, garantizando su participación voluntaria, la confidencialidad de la información y el uso de los datos exclusivamente con fines académicos.

Historia del artículo: Artículo recibido 10 de junio 2026 | Aceptado 02 de julio 2026 | Publicado 22 de septiembre 2026

Referencias

1. World Health Organization. Tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2021. <https://www.who.int/health-topics/tuberculosis>
2. Furin J, Cox H, Pai M. Tuberculosis. Lancet. 2019;393(10181):1642-56. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30308-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30308-3)
3. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis. Washington (DC): OPS; 2021. <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis>
4. Angelo AT, Geltore TE, Asega T. Knowledge, attitude, and practices towards tuberculosis among clients visiting Tepi General Hospital outpatient departments, 2019. Infect Drug Resist. 2020;13:4559-68. <https://doi.org/10.2147/IDR.S287288>
5. Kasa AS, Minibel A, Bantie GM. Knowledge, attitude and preventive practice towards tuberculosis among clients visiting public health facilities. BMC Res Notes. 2019;12:276. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4292-2>

6. Ministerio de Salud del Perú. Plan de intervención de prevención y control de tuberculosis en Lima Metropolitana y regiones priorizadas 2018-2020. Lima: MINSA; 2018. <https://www.gob.pe/minsa>
7. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Informe sobre implementación de programas de prevención de tuberculosis en el ámbito laboral. Lima: MINTRA; 2018. <https://www.trabajo.gob.pe>
8. Soto-Cabezas MG, Chávez-Pachas AM, Arrasco-Alegre JC, Yagui-Moscoso MJA. Tuberculosis en trabajadores de salud en el Perú, 2013-2015. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(4):607-15. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2542>
9. Luba TR, Tang S, Liu Q, et al. Knowledge, attitude and associated factors towards tuberculosis in Lesotho: a population based study. *BMC Infect Dis*. 2019;19:96. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-3688-x>
10. Hussein I, Sane J, Soini H, et al. Tuberculosis knowledge, attitudes and practices: a cross-sectional study in the Somali population living in Finland. *Eur J Public Health*. 2019;29(3):449-52. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky220>
11. Rebeiro PF, Cohen MJ, Ewing HM, et al. Knowledge and stigma of latent tuberculosis infection in Brazil: implications for tuberculosis prevention strategies. *BMC Public Health*. 2020;20:897. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09053-1>
12. Khan A, Shaikh BT, Baig MA. Knowledge, awareness, and health-seeking behaviour regarding tuberculosis in a rural district of Khyber Pakhtunkhwa, Pakistan. *Biomed Res Int*. 2020;2020:1850541. <https://doi.org/10.1155/2020/1850541>
13. Lin KS, Kyaw CS, Sone YP, Win SY. Knowledge on tuberculosis among the members of a rural community in Myanmar. *Int J Mycobacteriol*. 2017;6(3):274-80. https://doi.org/10.4103/ijmy.ijmy_89_17
14. Salame FM, Ferreira MD, Belo MT, et al. Knowledge about tuberculosis transmission and prevention and perceptions of health service utilization among index cases and contacts in Brazil: understanding losses in the latent tuberculosis cascade of care. *PLoS One*. 2017;12(9):e0184061. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184061>
15. Bashorun AO, et al. Knowledge, attitude and practice towards tuberculosis in Gambia: a nation-wide cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2020;20:1566. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09685-3>
16. Huddart S, Bossuroy T, Pons V, et al. Knowledge about tuberculosis and infection prevention behavior: a nine city longitudinal study from India. *PLoS One*. 2018;13(10):e0206245. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206245>
17. Malede A, Taye B, Legesse M, et al. Pulmonary tuberculosis preventive practices among Anibessa bus users at Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2019;12:104. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4135-1>

