

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Actitudes de la familia hacia el diagnóstico  
y tratamiento de la tuberculosis pulmonar  
en el centro de salud “Tablada de Lurin”  
noviembre - diciembre 2005**

TESIS Para optar el título profesional de LICENCIADA DE ENFERMERÍA

AUTOR

**Rojas Tello, Gladys Pilar**

**ASESOR** Echeandía Arellano, Juana

**LIMA – PERU 2006**

*“A la Lic. Carmen de los Santos jefa de Enfermeras del Centro de Salud Materno Infantil “Tablada de Lurín”, quien me brindó todo su ayuda, colaboración y consejos.*

*“Con un gran reconocimiento y agradecimiento a la Mg. Juana Echeandía, quien fue una guía impulsadora, por su constante motivación, orientación y asesoría en la realización del presente Trabajo de Investigación.*

*“A los familiares y pacientes de la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis por su constante colaboración en la realización del presente Trabajo de Investigación”.*

*Dedicatoria:*

*“A los familiares y  
pacientes de la Estrategia  
Sanitaria de Control y  
Prevención de la  
Tuberculosis por su  
constante colaboración en  
la realización del presente  
Trabajo de Investigación”.*

## INDICE GENERAL

	<b>Pág</b>
Carátula.....	i
Agradecimiento.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Índice General.....	iv
Índice de Cuadros.....	vi
Índice de Gráficos.....	vii
Resúmen.....	viii
Presentación.....	xii
CAPITULO I: INTRODUCCION.....	1
A.- Planteamiento del Problema.....	1
B.- Formulación del Problema.....	3
C.- Justificación.....	3
D.- Objetivo del Estudio.....	4
E.- Propósito.....	5
F.- Antecedentes del Estudio.....	5
G.- Marco Teórico.....	9
1.- Generalidades sobre Actitud.....	9
a.- Definición de Actitud.....	9
b.- Formación de las Actitudes.....	10
c.- Características de las Actitudes.....	11
d.- Componentes de las Actitudes.....	12
e.- Medición de las Actitudes.....	13
f.- Evaluación de Actitudes.....	13
2.- Generalidades sobre la Tuberculosis.....	14
a .-Definición de la enfermedad.....	14
b. Transmisión de la Tuberculosis.....	14
c.- Manifestaciones Clínicas.....	15

d.- Condiciones para el ingreso del esquema de Retratamiento de TBC MDR.....	15
e.- Tratamiento Farmacológico.....	16
f.- Medidas Preventivas.....	20
g.- Estigmatización de la Tuberculosis Pulmonar.....	23
h.- La Familia en el Cuidado de la Salud/enfermedad.....	24
3.- Rol de Enfermería en el programa de Control de la Tuberculosis.....	25
a.- Entrevista de Enfermería .....	25
b.- Visita de Enfermería.....	27
H.- Definición de Términos.....	29
CAPITULO II: MATERIALES Y METODOS.....	30
A.- Tipo y Nivel de Investigación.....	30
B.- Método.....	30
C.- Descripción del Área de Estudio.....	30
D.- Población y Muestra.....	31
E.- Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	33
F.- Confiabilidad y Validez del Instrumento.....	33
G.- Procedimiento y Análisis de Datos.....	35
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION.....	38
CAPITULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES.....	51

#### Y LIMITACIONES

Referencia Bibliográficas

Bibliografía

Anexos

## INDICE DE CUADROS

<b>Cuadro N°</b>	<b>Pág</b>
1.- Intensidad de las Actitudes de la familia hacia el Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Materno Infantil “Tablada de Lurín”- Noviembre- Diciembre 2005.....	39
2.- Dirección de las Actitudes de la Familia hacia al Diagnostico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Materno Infantil “Tablada de Lurín” - Noviembre- Diciembre-2005.....	40
3.- Intensidad de las Actitudes de la Familia hacia el Diagnóstico De la Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Materno Infantil “Tablada de Lurín”- Noviembre- Diciembre- 2005.....	43
4.- Dirección de las Actitudes de la Familia hacia el Diagnóstico de la Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Materno Infantil “Tablada de Lurín”- Noviembre- Diciembre-2005.....	43
5.- Intensidad de las Actitudes de la Familia hacia el Tratamiento De la Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Materno Infantil “Tablada de Lurín”- Noviembre- Diciembre- 2005.....	47
6.- Dirección de las Actitudes de la Familia hacia el Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Materno Infantil “Tablada de Lurín”- Noviembre- Diciembre-2005.....	47

## INDICE DE GRAFICOS

<b>Gráfico N°</b>	<b>Pág</b>
1.- Intensidad y Dirección de las Actitudes de la familia hacia el.....42 Diagnostico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Materno Infantil “Tablada de Lurín”- Noviembre-Diciembre- 2005	
2.- Intensidad y Dirección de las Actitudes de la Familia hacia.....46 el Diagnostico de la Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Materno Infantil “Tablada de Lurín”- Noviembre- Diciembre-2005	
3.- Intensidad y Dirección de las Actitudes de la Familia hacia.....50 el Tratamiento De la Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Materno Infantil “Tablada de Lurín”- Noviembre- Diciembre- 2005	

## RESUMEN

La Tuberculosis en la actualidad plantea serios problemas de Salud Pública, durante el año 2004, se han diagnosticado y tratado gratuitamente a 34,276 personas enfermas con Tuberculosis en todo el país, cifra que traducida en tasa de morbilidad es de 124.43 x 100,000 habitantes lo que significa una disminución del 51.41% en relación con el año 1992 (año de máxima tasa) y de 0.33% en relación al 2003 (18).

El Ministerio de Salud enfrenta esta realidad mediante la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis cuyo objetivo es: Brindar atención Integral a la persona y familia en riesgo a enfermar y morir por tuberculosis (MINSA, 2001), el Perú no ha podido detener el ingreso de una nueva amenaza, surgida en el mundo, como es la aparición de pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente (TBC MDR) este “es un problema creciente a nivel mundial” (14), se puede estimar la magnitud de casos con Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR) tomando en cuenta la transmisibilidad y virulencia de los bacilos; y se considera que la capacidad de contagio es igual para los bacilos sensibles y resistentes, “la Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR) es responsable de casi 3% de casos entre los pacientes no tratados previamente y aproximadamente 15% de casos entre aquellos que tienen antecedente de tratamiento previo” (19). “Esta se va ha presentar como una amenaza a la efectividad del Terapia Directamente Observada de corta duración (DOTS) y siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incorporado la estrategia DOTS PLUS, para el manejo de pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente (TB MDR), utilizando fármacos de segunda línea en el marco del Terapia directamente observada de corta duración (DOTS)” (18).

La familia es una unidad social y como tal constituye un medio en el que pueden operar constructivamente o negativamente sobre la salud y bienestar de sus integrantes a través de la mayor o menor efectividad de sus



funciones (15), en toda sociedad o grupo los equilibrios pueden perturbarse por cambios del ambiente exterior de la familia o por cambios en algunos o varios miembros del grupo familiar; cambios como en la situación económica o la presencia de enfermedad en algunos de sus miembros poniendo de manifiesto que se descubran áreas de fortaleza y áreas de debilidad, es además “el contexto mas inmediato en el que se desenvuelve la enfermedad, es el soporte social que va a actuar de manera amortiguadora entre eventos estresantes de la vida y la enfermedad (11) y al estar en contacto permanente va a dar una detección oportuna de los signos y síntomas característicos de la enfermedad así como también va a participar trascendental en el cumplimiento del tratamiento, no solo farmacológico sino también cambios en sus estilos de vida. Al presentarse una enfermedad, especialmente la Tuberculosis, “que como se sabe es considerada una vergüenza para quien la padece” (11) va a crear en la familias una alteración de la dinámica familiar pudiendo unir aun mas sus vínculos familiares o creando conflictos en ellos. Ante esta nueva situación la familia va a asumir una actitud ya sea de aceptación, rechazo o indiferencia que va a influir significativamente en el desarrollo posterior de la enfermedad.

Esta investigación se tiene como objetivo general: Determinar las Actitudes de la familia hacia el Diagnostico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar y como objetivos específicos: Identificar la intensidad de las Actitudes de la familia hacia el Diagnostico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar e Identificar la direccionalidad de las Actitudes de la Familia hacia al Diagnostico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar; es de nivel aplicativo tipo cuantitativo, el método es el Descriptivo de corte transversal, se llevo a cabo en el Centro de Salud Materno Infantil y de Emergencias “Tablada de Lurín”, la población en estudio esta conformado por los familiares de **todos** los pacientes que pertenecen al esquema de Retratamiento de Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente (TB MDR) que esta compuesta por 16 familiares ( uno por paciente); al realizar el Análisis de los Datos Recogidos

mediante la aplicación de la Escala Lickert se pudo encontrar que: Existe un porcentaje (62.5%) considerable que tiene una actitud de aceptación seguido de una actitud de indiferencia 6 (37.5%) y 0 (0%) de una actitud de rechazo, hacia el Diagnostico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar; con un porcentaje significativo de dirección positiva (100%) relacionados a aspectos clínicos para el diagnostico el tratamiento

Además hay un considerable porcentaje de familiares que tienen una actitud de aceptación (68.75%), seguido de una actitud de indiferencia (31.25%) hacia el Diagnostico de la Tuberculosis Pulmonar y un porcentaje muy significativo (100%) de dirección positiva hacia el oportuno diagnostico

Existe un porcentaje mayoritario (56.25%) de familiares que presentan una actitud de Aceptación seguido de Indiferencia (43.75%) de familiares hacia el Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar y un porcentaje significativo (93.75%) de dirección positiva relacionado al apoyo que brinda la familia respecto al tratamiento de la enfermedad

Al observar la relación que existe entre el grado de Intensidad de las Actitudes de la Familia hacia al Diagnostico de la Tuberculosis Pulmonar y el grado de Intensidad de las actitudes de la Familia hacia al Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar se puede concluir que hay un porcentaje mayor de aceptación (68.75%) en lo referente al Grado de Intensidad de las Actitudes de la Familia hacia el Diagnostico de la Tuberculosis Pulmonar y un menor porcentaje de aceptación (56.25%) en lo referente a las Actitudes de la Familia hacia el Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esto posiblemente se deba a que en el Tratamiento de esta enfermedad la familia también tiene que adoptar cambios en su estilo de vida y que indudablemente modificaría el desarrollo o la dinámica familiar habitual

## SUMMARY

The Tuberculosis at the present time outlines serious problems of Public Health, during the year 2004, they have been diagnosed and treated 34,276 sick people gratuitously with Tuberculosis in the whole country, it calculates that translated in morbidity rate it is of 124.43 x 100,000 inhabitants what means a decrease of 51.41% in connection with the year 1992 (year of maximum it appraises) and of 0.33% in relation to the 2003 (18).

The Ministry of Health faces this reality by means of the Sanitary Strategy of Control and Prevention of the Tuberculosis whose objective is: to Offer Integral attention to the person and family in risk to make sick and to die for tuberculosis (MINSA, 2001), the Peru has not been able to stop the entrance of a new threat, arisen in the world, like it is the appearance of patient with Tuberculosis Multidrogorresistente (TBC MDR) this "it is a growing problem at world level" (14), it can be considered the magnitude of cases with Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR) taking into account the transferability and virulence of the bacilluses; and it is considered that the infection capacity is same for the sensitive and resistant bacilluses, "the Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR) it is responsible for almost 3% of cases among the patients not tried previously and approximately 15% of cases among those that have antecedent of previous treatment" (19). "This he/she leaves it is necessary to present like a threat to the effectiveness of the Directly Observed Therapy of short duration (DOTS) and following the recommendations of the World Organization of the Health (OMS) it has incorporated the strategy DOTS BONUS, for the handling of patient with Tuberculosis Multidrogorresistente (TB MDR), using fármacos of second line in the mark of the directly observed Therapy of short duration (DOTS)" (18).

The family is a social unit and as such it constitutes a means in which you/they can operate constructively or negatively about the health and its

members' well-being through the biggest or smaller effectiveness in its functions (15), in all society or group the balances can be perturbed by changes of the external atmosphere of the family or for changes in some or several members of the family group; changes like in the economic situation or the illness presence in some of their members showing that you/they are discovered areas of strength and areas of weakness, is also "the context but immediate in the one that the illness is unwrapped, it is the social support that he/she goes to actúar in way amortiguadora between events estresantes of the life and the illness (11) and when being in permanent contact he/she goes he/she is necessary to give an oportune detection of the signs and characteristic symptoms of the illness as well as he/she goes it is necessary to participate momentous in the execution of the treatment, not alone pharmacological but also changes in their lifestyles. When being presented an illness, especially the Tuberculosis, "that like one knows a shame it is considered for who suffers it" (11) he/she goes to create in the families an alteration of the family dynamics being able to even unite but their family bonds or creating conflicts in them. Before this new situation the family goes to either assume an attitude of acceptance, rejection or indifference that it will influence significantly in the later development of the illness.

This investigation one has as general objective: to Determine the Attitudes of the family toward the I Diagnose and Treatment of the Lung Tuberculosis and as specific objectives: to Identify the intensity of the Attitudes of the family toward the I Diagnose and Treatment of the Lung Tuberculosis and to Identify the directionality of the Attitudes of the Family toward to the I Diagnose and Treatment of the Lung Tuberculosis; it is of level aplicativo quantitative type, the method is the Descriptive of traverse court, you takes I end up in the Infantile Maternal Center of Health and of Emergencies "Tablada of Lurín", the population in study this conformed by the relatives of all the patients that belong to the outline of Retratamiento

of Lung Tuberculosis Multidrogoresistente (TB MDR) that this compound one for 16 relatives (one for patient); when carrying out the Analysis of the Picked up Data by means of the application of the Scale Lickert it could be that: a percentage Exists (62.5%) considerable that has an attitude of acceptance followed by an attitude of indifference 6 (37.5%) and 0 (0%) of an attitude of rejection, toward the I Diagnose and Treatment of the Lung Tuberculosis; with a significant percentage of positive address (100%) related to clinical aspects for the I diagnose the treatment

There is also a considerable percentage of relatives that you/they have an attitude of acceptance (68.75%), followed by an attitude of indifference (31.25%) toward the I Diagnose of the Lung Tuberculosis and a very significant percentage (100%) of positive address toward the opportune one diagnose

A majority percentage exists (56.25%) of relatives that present an attitude of Acceptance followed by Indifference (43.75%) of family toward the Treatment of the Lung Tuberculosis and a significant percentage (93.75%) of positive address related to the support that offers the family regarding the treatment of the illness

When observing the relationship that exists among the degree of Intensity of the Attitudes of the Family toward to the I Diagnose of the Lung Tuberculosis and the degree of Intensity of the attitudes of the Family toward to the Treatment of the Lung Tuberculosis you can conclude that there is a percentage bigger than acceptance (68.75%) regarding the Degree of Intensity of the Attitudes of the Family toward the I Diagnose of the Lung Tuberculosis and a smaller percentage of acceptance (56.25%) regarding the Attitudes of the Family toward the Treatment of the Lung Tuberculosis this is due possibly to that in the Treatment of this illness the family also has to adopt changes in their lifestyle and that undoubtedly it would modify the development or the habitual family dynamics.

## INTRODUCCION

La Tuberculosis en la actualidad plantea serios problemas de Salud Publica, durante el año 2004, se han diagnosticado y tratado gratuitamente a 34,276 personas enfermas con Tuberculosis en todo el país, cifra que traducida en tasa de morbilidad es de 124.43 x 100,000 hab. lo que significa una disminución del 51.41% en relación con el año 1992 (año de máxima tasa) y de 0.33% en relación al 2003. De ellos 18,289 personas enfermas corresponden a casos con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo (TBP-FP) nunca tratados, lo que determina una tasa de incidencia de 66.39 x 100,000 hab., mostrando una disminución del 58.8% en relación a 1993 y 3.7% con relación al 2003 (18).

El Ministerio de Salud enfrenta esta realidad mediante la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis cuyo objetivo es: Brindar atención Integral a la persona y familia en riesgo a enfermar y morir por tuberculosis (MINSA, 2001), el Perú no ha podido detener el ingreso de una nueva amenaza, surgida en el mundo, como es la Tuberculosis Multidrogorresistente (TBC MDR) este “es un problema creciente a nivel mundial” (14), es responsable de casi 3% de casos entre los pacientes no tratados previamente y aproximadamente 15% de casos entre aquellos que tienen antecedente de tratamiento previo (19). “Esta se va ha presentar como una amenaza a la efectividad del Terapia directamente observada de corta duración (DOTS) y siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incorporado la estrategia Terapia Directamente Observada de Corta Duración (DOTS PLUS) para el manejo de pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente (TB MDR), utilizando fármacos de segunda línea en el marco del Terapia directamente observada de corta duración (DOTS)” (18).

“La familia es el grupo social, institución y/o unidad de análisis al interior del cual se procesa el mayor número y tipo de relaciones con aspectos significativos del proceso de salud/enfermedad/atención. Lejos de ser un

mundo autónomo y aislado, es asimismo la unidad en la que, directa o indirectamente, repercuten las consecuencias de crisis sociales” (21), así como representaciones colectivas que la sociedad construye alrededor de enfermedades específicas. Los equilibrios pueden perturbarse por cambios del ambiente exterior de la familia o por cambios en algunos o varios de los miembros del grupo familiar, por ejemplo ante cualquier crisis o enfermedad importante aguda o crónica de alguno de los integrantes de la familia produce un desequilibrio de todo el grupo (17); dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, de la manera como se encara o toma y las consecuencias sociales y psicológicas. Por lo cual surge el interés de plantearse la interrogante sobre las Actitudes de la Familia hacia al Diagnostico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar, dado el carácter y el tipo de tema a investigar se utilizo un tipo cuantitativo, así también la muestra las constituyen los familiares de los pacientes del Esquema de Retratamiento de TBC MDR debido al incremento sustancial de casos y al largo y penoso tratamiento y en ellos surgen muchas interrogantes, dudas y por su supuesto esto va afectar notoriamente en el comportamiento, actuar y pensar de la familia hacia esa nueva situación por la que están pasando y pueden formarse en actitudes favorables, indiferentes y de rechazo hacia el paciente que padece de Tuberculosis Pulmonar .

La presente investigación consta de capítulos distribuidos de la siguiente manera: Capitulo I: El Problema, con el planteamiento y Delimitación del Problema, La formulación del Problema, la Justificación. Los objetivos, el Propósito, los Antecedentes del estudio, la base teórica. Capitulo II: Material y Métodos, tipo y nivel de Investigación, método descripción de la sede de estudio, población técnicas e instrumentos de recolección de datos y el procedimiento para la recolección, procesamiento y análisis. Capitulo III: Resultados y Discusión, Capitulo IV: Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones, finalizando con las referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos

# **CAPITULO I**

## **INTRODUCCION**

### **A.- PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA**

La tuberculosis es un problema de importancia significativa en la salud pública, se estima que un tercio de la población mundial ha sido infectada y está en riesgo de enfermarse en algún momento de su vida, nueve millones de personas enferman anualmente y cada enfermo transmitirá la enfermedad a 10 o 15 personas si no recibe tratamiento (22).

Durante el año 2004, se han diagnosticado y tratado gratuitamente a 34,276 personas enfermas con Tuberculosis en todo el país, cifra que traducida en tasa de morbilidad es de 124.43 x 100,000 hab. lo que significa una disminución del 51.41% en relación con el año 1992 (año de máxima tasa) y de 0.33% en relación al 2003. De ellos 18,289 personas enfermas corresponden a casos con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo (TBP-FP) nunca tratados, lo que determina una tasa de incidencia de 66.39 x 100,000 hab., mostrando una disminución del 58.8% en relación a 1993 y 3.7% con relación al 2003 (18), cifra que no se reflejó de igual manera con “el incremento de la Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente (TBC – MDR) que es responsable de casi 3%, de casos entre los pacientes no tratados previamente y aproximadamente 15% de casos entre aquellos que tienen antecedente de tratamiento previo” (19). En



el periodo 1994-2002 el Perú reporto una tasa de pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente (TB MDR) de 3%, la segunda más alta de la región, esto motiva que se establezca el primer programa de Terapia Directamente Observada de Corta Duración para pacientes con Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente (DOTS PLUS) (19), como respuesta a su grave incremento, teniendo como apoyo a los centros de salud de las diversas zonas, siendo las Direcciones de Salud con mayor tasa de incidencia de Tuberculosis Pulmonar”, Madre de Dios, Lima Este, Lima Sur y Callao.

Al realizar el Internado Comunitario en el Centro de Salud “Tablada de Lurín”, por la rotación de la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis, observe que los pacientes con Tuberculosis Pulmonar del esquema de Retratamiento Multidrogoresistentes se apresuraban a tomar sus medicamentos e irse rápidamente, al ver esta situación el día que iban a recoger sus medicamentos se les entrevistaba sobre su enfermedad, los cuales accedieron. En dicha entrevista los pacientes referían: “Mi vida ha cambiado mucho, a veces mis familiares me rechazan, me mandan a dormir solo”, “Pero eso poco a poco cambio”, “Aunque a veces me siento mal porque ya he abandonado antes el tratamiento por eso comprendo a mi familia”; otros pacientes referían: “Recibir este tratamiento es muy pesado, estoy harta de las ampollas, sino fuera por mi mama no podría continuar con el tratamiento”.

El Personal Profesional de Enfermería es el encargado de las actividades cotidianas de la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis tales como la aplicación de la Terapia Directamente Observada de Corta Duración (DOTS) , visitas domiciliarias y por supuesto la Entrevista de Enfermería, la que constituye un eje fundamental de acción de la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis Pulmonar; tanto por su labor educativa como por el rol orientador que debe brindar no solo al paciente sino también a la familia ya que es el soporte social, es la ayuda importante que

en situaciones de pérdida o de crisis va ha ayudar al paciente a afrontar la situación.

## **B.- FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son la Actitudes de la Familia hacia el Diagnostico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Materno Infantil y Emergencias “Tablada de Lurín”?

## **C.- JUSTIFICACION DEL PROBLEMA**

La presente Investigación es importante por la repercusión que tiene la Tuberculosis Pulmonar en la población, el Perú es el país con mayor morbilidad e incidencia de Tuberculosis en América Latina y de igual manera es el octavo país del mundo con mayor carga de pacientes resistentes a fármacos (24), con una mortalidad de 1.8 millones por año (16), no siendo esta una enfermedad cualquiera, ya que sobre su “base biológica y la de su largo y penoso tratamiento, se va ha construir la enfermedad con elementos sociales y morales, que van a incidir en el proceso de tratamiento, además sobre estos pacientes también va recaer el estigma social se los ve como “objeto indeseable” quien como fuente de contagio debe ser “rehuido” (11). A esto hay que sumar el problema económico que crea en las familias debido a la incomprensión de los empleadores junto con la merma en la capacidad física de trabajar que contribuye a la reducción en la participación en actividades productivas para la provisión del sostenimiento material propio y de la familia; entre los mas jóvenes, la Tuberculosis Pulmonar trunca la formación profesional. (11).

La familia va ha constituir el contexto más inmediato en el que se desenvuelve la enfermedad, es el soporte social que va a actuar de manera amortiguadora entre eventos estresantes de la vida y la enfermedad(11). La enfermedad de alguno de los integrantes de la familia produce un desequilibrio de todo el grupo esto va ha depender de la naturaleza de la enfermedad, de la

manera como se toma o encara y de las consecuencias sociales y psicológicas (15) es allí cuando se pueden dar situaciones como que se incremente y fortalezca los lazos familiares y por lo tanto la familia tenga una participación activa y se convierta en un adecuado soporte social que podría favorecer el pronóstico de mejoría del individuo pero en otras situaciones puede ocurrir una mutua culpabilización, en la que no se va a brindar un adecuado soporte emocional en los pacientes ocasionando de manera directa que se faciliten los síntomas y haya un próximo abandono del tratamiento que esta recibiendo.

Siendo responsabilidad del Personal Profesional de Enfermería la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis, estos deben brindar una atención Integral e Individualizada dirigida al paciente, familia y comunidad; poniendo énfasis en la “comunicación ya que favorecerá el comportamiento y estilos de vida saludables” (24) abordando también la educación, control y seguimiento del enfermo con tuberculosis y contactos pero no solo ver el aspecto biológico sino también el aspecto emocional del paciente ya que sobre la tuberculosis aun recae el “estigma social que va a ser un gran peso emocional para quien la sufre y su familia” (24) y sobre todo observar las actitudes que muestra la familia y la influencia que tienen en el paciente este soporte emocional tan importante para el afrontamiento exitoso o no de la enfermedad para que así el Personal de Enfermería pueda implementar Programas de Capacitación a la Familia teniendo en cuenta las características propias de la población.

#### **D.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO:**

##### **OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar las actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.

### **OBJETIVO ESPECÍFICO :**

- Identificar el grado de intensidad de las actitudes de la familia hacia el Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.
- Identificar la direccionalidad de las actitudes de la familia hacia el Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.

### **E.- PROPÓSITO**

El presente estudio de Investigación tiene como propósito proporcionar información valiosa y significativa al Centro de Salud en estudio sobre las actitudes de los familiares hacia el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar, para que el personal de Enfermería implemente Programas de Capacitación para la familia y así favorecer a que la familia tenga una participación activa en el afrontamiento eficaz del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

### **F.- ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

Se realizó la Revisión de Literatura a fin de identificar investigaciones que guarden relación con el problema a investigar, encontrándose:

- ❖ **Lc. Sherín Keredert realizó un estudio cuantitativo titulado “Relación entre los conocimientos y las actitudes que tienen los pacientes del esquema dos del Programa de Tuberculosis del Centro de Salud “ Tablada de Lurín”, hacia su enfermedad – 2000”;** cuyo objetivo: Identificar el grado de conocimientos y actitudes del paciente del esquema DOS del Programa Control de Tuberculosis

frente a su enfermedad.; Analizar la relación que existe entre los conocimientos y las actitudes del paciente del esquema DOS del Programa Control de Tuberculosis frente a su enfermedad, el método utilizado fue el descriptivo correlacional de corte transversal, el área de estudio es el Centro de Salud “Tablada de Lurín”, la población fue de 18 pacientes del esquema DOS. Las principales conclusiones fueron:

“En los pacientes predominan las actitudes de indiferencia (38,8%), hacia su enfermedad, sin embargo el 33,4% muestra una actitud Favorable”

“Estableciendo la relación estadística entre las dos variables, se encontró que existe relación entre el conocimiento y las actitudes, sin embargo estos no son muy significativos, pues pacientes con conocimientos altos muestran Actitudes de Indiferencia a su enfermedad.” (1)

❖ **Cristina del Pilar Bojorquez Chaupis y colaboradores realizaron un estudio cuantitativo titulado “Conocimientos acerca de la Tuberculosis Pulmonar que tienen las familias de los pacientes registrados en el programa de Control de Tuberculosis del Centro de Salud “Conde de la Vega Baja”, en enero 1997, tesis para optar el grado académico;** el método usado fue el descriptivo de corte transversal, tomando como población accesible a los familiares de los pacientes con tuberculosis del Programa de Control de Tuberculosis del Centro de Salud “Conde de la Vega Baja”, la muestra estuvo constituida por 29 familiares.

Los objetivos fueron: “Determinar cual es el nivel de conocimientos acerca de la enfermedad que tienen los familiares de los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis registrados en el PCT del CS. Conde la Vega Baja”, Determinar cual es el nivel de conocimientos acerca del

tratamiento farmacológico de los mismos y determinar cual es el nivel de conocimientos sobre profilaxis de la Tuberculosis de los mismos”.

Las conclusiones principales a las que llegaron las autoras fueron:

“Con relación a los conocimientos que tienen el familiar del paciente con Tuberculosis Pulmonar respecto a la enfermedad, un 41% posee un nivel de conocimientos entre medio y bajo.

El conocimiento que tienen los familiares acerca del tratamiento farmacológico es de un nivel bajo 55% poniendo en riesgo la continuidad del tratamiento y la recuperación del paciente”.

- ❖ **Ministerio de Salud - Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) y el Proyecto Vigía realizo un estudio titulado “Vivir la Tuberculosis”, año 2000;** Tipo de investigación cualitativa, zona de estudio las laderas altas de los cerros de San Cosme y El Agustino, tiene como objetivo General: Identificar las causas por las cuales las personas enfermas con tuberculosis que pertenecen a zonas de alto riesgo son renuentes a atenderse en los servicios de salud, con la finalidad de diseñar estrategias de prevención y control adecuadas a este tipo de población y como Objetivos Especifico: Identificación de los conocimientos, creencias, actitudes y representaciones de los enfermos y sus familiares, relativos a tuberculosis. conclusiones:

“En relación a los enfermos y sus familiares no existe un perfil característico y definido del enfermo que permita predecir el abandono y la irregularidad en el tratamiento”.

“La renuencia a buscar, continuar o culminar el tratamiento antituberculoso por los enfermos esta asociado a la calidad de las redes sociales de que forman parte, las alteraciones en la dinámica social; familiar, laboral y educativa; la duración y las

características propias del tratamiento, incluidas las reacciones adversas al mismo”

“La estigmatización del enfermo de Tuberculosis Pulmonar reconocida por todos los actores involucrado. El estigma se sostiene tanto en la construcción simbólica de la enfermedad, que contiene referentes de conducta marginal y pobreza, como en el temor al contagio”.

“Ejecutar una agenda de investigación interdisciplinaria (biomédica y sociocultural) en relación a la Tuberculosis e incluir temas como el papel de las redes sociales, familiares y las organizaciones de base como fuente de soporte social del enfermo de Tuberculosis en comunidades en extrema pobreza”.

- ❖ **Oswaldo Jave Castillo con el auspicio de DFI, Fundación Ford y proyecto POLICY de USAID “La Tuberculosis Multidrogoresistente en el Perú”, agosto 2003** ; tiene como objetivo revisar el actual estado de la situación de Tuberculosis Multidrogoresistente (TBC MDR) en el Perú y el mundo, es de tipo retrospectivo, descriptivo u observacional de revisión no sistemática de la información bibliográfica más relevante, respecto a la situación mundial y peruana; al finalizar se llegó a las siguientes conclusiones:

“Los estudios demostraron que la proporción de drogoresistencia y multidrogoresistencia continúan en aumento en el Perú y sus promedios son los promedios a nivel mundial” .

“Se pone de manifiesto que esta situación ha comprometido la psicología de los pacientes debido al largo proceso de la enfermedad y la demora de su tratamiento debido a que no se contaban con los lineamientos básicos para curar a un paciente Multidrogoresistente y se convirtieron en grandes iatrogénias en la historia de salud pública en el Perú”.

❖ **Lc. Henry Omar Ramírez Carrascal** realizo un estudio titulado **“Las representaciones Sociales del Paciente Multidrogoresistente a la Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud “Conde de la Vega Baja”, Cercado de Lima 2002, para optar al Título Profesional;** el objetivo de la investigación es comprender las representaciones Sociales de los pacientes acerca de su condición de Multidrogoresistente a la Tuberculosis Pulmonar, tipo cualitativo, la población eran los pacientes Multidrogoresistentes, llegando a las siguientes consideraciones finales:

“El estudio permitió identificar la Objetivación de los pacientes referente a la condición estudiada; esta revela que para los pacientes la objetivación esta configurada como: Sentimientos emergentes acerca de su condición de MDR, el ocultamiento para la aceptación de los otros.

“El anclaje en los pacientes esta estructurada de acuerdo a sus vivencias como la protección de su familia, el ocultamiento de la enfermedad para ser aceptados por los demás, observando a los demás pacientes como ellos mismos y con un cierto tipo de aislamiento”

## **G.- Base Teórica.**

Con la finalidad de proporcionar una base científica que sirva de referencia durante el desarrollo de la siguiente investigación, respaldando la explicación y análisis de los resultados; se consideran los siguientes aspectos:

### **1.-GENERALIDADES SOBRE ACTITUD**

#### **a.- Definición de Actitud**

“La actitud es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante un referente, categoría, clase o



conjunto de fenómenos o conjunto cognoscitivo. Es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante referentes actitudinales” (2).

Así STATT (1985) afirma que “ Las actitudes son fundamentalmente afectivas con alto contenido emocional y responden a la pregunta, que siente de X”(3), afianzándose aun mas esta definición, RODRIGUEZ (1980) luego de examinar conceptos clásicos de actitudes, las define como: *‘Una organización duradera de creencias y cogniciones, dotados de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto’*(4) y se rescata de ANDER EZEQUIEL la siguiente definición de Actitud “ Actitud designa un estado de disposición psicológica adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos y situaciones....”(5);

En resumen una actitud es una predisposición emocionalmente afectiva, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica, ya sea a favor o en contra de un objeto definido que se adquiere a través de la experiencia, manteniéndose estable en relación a dicho objeto.

#### **b.- Formación de Actitudes**

El periodo crítico en la formación de las actitudes tiene lugar entre los 12 y 30 años y las influencias importantes son la familia, los compañeros, la educación, los incidentes críticos y decisiones hacia el final de este periodo las actitudes llegan a ser bastantes estables y persistentes.

Las actitudes incluidas las del prejuicio se forman en una de varias situaciones, según WHITTAKER (1986) *‘La acumulación y la integración de numerosas experiencias relacionadas entre si’* (6).

Además sabemos que la actitud se forma de una manera convencional, más que una experiencia previa, en este sentido son inimitables y por consiguiente son susceptibles de ser modificados a cambios. A partir del momento que una

actitud empieza a formarse dicha actitud esta cambiando o por lo menos esta sujeto de cambio.

La familia es otro de los elementos que contribuye a la formación de las actitudes, su influencia es evidente cuando se observa que las actitudes que tenemos hacia diversos campos como por ejemplo la religión, tolerancia o prejuicios, las ocupacionales y otras; son el resultado de en gran parte de nuestra aceptación o rechazo de las actitudes que guardan los miembros de nuestra familia. MILTON BLUM a manera de comparación explicativa dice: *“El Papel que desempeñan los padres y los hermanos contribuya a la formación de actitudes de nuestra personalidad”*.

*La* influencia del grupo en el cual se identifica el individuo es otro factor que contribuye a ala formación de actitudes. El hecho de que los miembros de un grupo son interdependientes significa que el comportamiento de cada persona influye sobre los demás miembros. Es inevitable a causa de su interdependencia que después de cierto tiempo se institucionaliza que los miembros desarrollen una ideología que implica la afirmación de un conjunto común de valores, creencias y normas que regulan el comportamiento y sus actitudes.

La posición económica y ocupacional, así como las inspiraciones de un individuo contribuyen también a la formación de actitudes; en resumen todo nuestro fondo socio-económico influye en nuestras actitudes actuales y en los futuros.

### **c.- Características de las Actitudes**

Entre las principales características de las actitudes cabe resaltar las siguientes:

- **Posibilidad de aprender:** Las actitudes no son innatas dependen mucho de la experiencia y el aprendizaje las que pueden ser voluntarios e involuntarios, conscientes e inconscientes.

- **Estabilidad:** Las actitudes no son transitorias, una vez formados se vigorizan y perduran en el sujeto o simplemente se modifican.
- **Interrelación:** Las actitudes presentan una vinculación entre si, constituyendo conjuntos consistente o sin contradicción.
- **Significancia para el individuo y la sociedad:** Toda actitud implica una relación entre persona y los objetos o entre una persona y otro: las actitudes no se auto generan, se forman, se aprende en relación a algo.

#### **d.- Componentes de las Actitudes**

Al analizar el término de actitud KATZ y STOTLAND en 1959 y por KRECH y su colaboradores en 1962 concluyeron que una actitud tiene tres componentes:

**1.- Cognoscitivo:** En dicho componente se incluyen las creencias que se tiene de un objeto. El numero de elementos de este componente varia de una persona a otra. En si, este componente es de categoría, utilizado por algunas personas para codificar alguna información(7).

**2.- Emocional o Afectivo:** Es conocido a veces como el componente sentimental y se refiere a las emociones o sentimientos ligados con el objeto de actitud. Los adjetivos bipolares usados frecuentemente al estudiar los elementos de este componente son Amor-Odio, Gusto- Disgusto, Admiración- Desprecio, Aceptable – Inaceptable, y otras que denotan sentimientos de tipo favorable o desfavorable. Es importante señalar que cuando un individuo verbaliza estos sentimientos o emociones resulta que estos son algo más que meros sentimientos. También son cogniciones pero significativamente diferente de los del componente cognoscitivo (8).

**3.- Tendencia a la Acción:** Incorpora la disposición conductual del individuo a responder al objeto de actitud. Se acepta generalmente que hay un lazo entre

los componentes cognoscitivo particularmente, las creencias evaluativos y la disposición a responder al objeto (9).

### **e.- Medición de Actitudes**

La medición de las actitudes esta relacionado con:

- **Intensidad:** Es el aspecto emocional de la actitud lo cual determina los grados de intensidad con que se reacciona frente al objeto de la actitud; siempre la relación entre las personas y objetos tienen motivaciones afectivas, no es mental.
  
- **Dirección:** Esto refiere a que las actitudes pueden estar orientadas positivas o negativamente hacia el objeto. Una actitud favorable determina el acercamiento hacia el objeto actitudinal y viceversa.

### **f.- Evaluación de Actitudes**

Según W.J.H. Sport la evaluación de la actitud se ocupa de distintos asuntos: 1) La redacción de cuestionarios, 2) La naturaleza de las actitudes medidas por ellos, 3) Los factores que han influido en esas actitudes, 4) Las maneras en que pueden ser modificadas.

Rensis Lickert sugiere el empleo de un método más simple, que consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales debe haber una reacción de los sujetos a los que se les administra. Es decir, se presenta cada información y se pide al sujeto que extreme su reacción eligiendo uno de los cinco de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones (25).

## **2.-GENERALIDADES SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR**

### **a. Definiciones de la enfermedad**

Es una infección bacteriana causada por el *Mycobacterium Tuberculosis*, también llamado Bacilo de Koch, que es un bastoncito de 2 a 4 micras de longitud y 3 micras de espesor, se desarrolla en cualquier órgano del cuerpo humano, siendo la más frecuente y con mayor prevalencia e incidencia la Tuberculosis Pulmonar; así mismo el aumento de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar Resistente y Multidrogoresistente a los fármacos va en aumento, donde se encuentran cepas de bacilos que tienen resistencia específica a por lo menos Rifampicina e Isoniacida, las 2 drogas mas potentes de 1era línea (10).

Los fármacos antituberculosos de primera elección administrados en una determinada persona ya no son efectivas; esto debido primero por resistencia primaria (paciente nuevo de tuberculosis en quien se aísla al *Micobacterium tuberculosis* resistente a uno o mas fármacos antituberculosos) o adquirida (paciente A.T. de quien se aísla *Mycobacterium tuberculosis* resistente a uno o mas fármacos antituberculosos) es decir los bacilos no son sensibles a los fármacos; de otro lado los comportamientos del paciente como conductas negativas (alcohol, drogas, esfuerzo físico excesivo, mala nutrición, etc), tendencias a abandonar el tratamiento y/o las conductas frente a las reacciones adversas a los fármacos son en muchos casos los responsables de la resistencia a los fármacos. Así mismo estos pacientes, por su misma condición, han debido e pasas por situaciones tales como: abandono o fracaso a los esquemas de tratamiento de primera intención en varias oportunidades y a su regreso (22).

### **b.- Transmisión de la Tuberculosis**

Los pacientes con Tuberculosis Pulmonar sea resistente o no a fármacos, **SOLO** se contagian por el aire, estos microorganismos ingresan al

organismo por inhalación la cual se produce cuando el enfermo bacífero tose, conversa, estornuda o se ríe es decir lanza al exterior aerosoles que contienen al bacilo penetrando hasta los bronquios y alvéolos donde pueden ocasionar la enfermedad dependiendo de las defensas del huésped, el tamaño del inocuo y su virulencia (20). La tuberculosis es una enfermedad que afecta principalmente a la población con menos recursos, asimismo, existen ciertas condiciones que favorecen su presencia entre las cuales tenemos el hacinamiento, desnutrición debido a que esta última llega a producir numerosas alteraciones metabólicas afectando también su mecanismo inmunológico y como consecuencia, son más susceptibles de adquirir enfermedades infecciosas; todo esto favorecería a que los bacilos se vuelvan resistentes a los fármacos antituberculosos.

### **c.- Manifestaciones Clínicas**

Los pacientes con Tuberculosis Pulmonar resistentes o no a fármacos van a tener los mismos síntomas, estas pueden ser:

“Fiebre continua de carácter vespertino, acompañado de sudoración nocturna o rara vez fiebre intermitente, astenia, malestar general, cansancio fácil, pérdida de peso y anorexia. En las mujeres es frecuente además la amenorrea. La sintomatología respiratoria es variable y generalmente hay tos con expectoración moderada. Puede haber disnea y dolor torácico. Si la enfermedad es cavitatoria, es común la presencia de esputo teñido de sangre, que es señal de compromiso bronquial. Si las cavernas se infectan secundariamente, el esputo aumenta y se torna purulento” (20).

### **d. Condiciones para el Ingreso al Esquema de Retratamiento**

#### **Multidrogoresistente (TBC MDR)**

Para que un paciente sea admitido al Esquema de Retratamiento de TBC MDR algunas condiciones:

- “Haber recibido un manejo clínico inadecuado es decir haber recibido tratamiento particular y/o auto administrado.
- Fracaso al Esquema I (cultivo de BK positivo al cuarto mes) a pesar de haber tenido un tratamiento regular y estrictamente supervisado.
- Fracaso al Esquema II (cultivo de BK positivo al cuarto mes) a pesar de haber tenido un tratamiento regular y estrictamente supervisado.
- Fracaso al Esquema de Retratamiento Estandarizado (cultivo de BK al sexto mes de tratamiento es positivo) a pesar de haber tenido un tratamiento regular y estrictamente supervisado.
- Recaída en menos de seis meses de egresar como “curado” de esquema Uno o Dos de tratamiento.
- Antecedente de ser contacto de paciente con TBC MDR confirmada con Prueba de sensibilidad (PS) o en tratamiento con drogas de segunda línea.
- Contacto de paciente que fracaso a tratamiento antituberculoso
- Paciente con antecedente de abandono de tratamiento antituberculoso.
- Paciente con tuberculosis crónica multitratada” (12).

A todos los posibles pacientes que reúnan estas condiciones clínicas se les va solicitar una prueba de sensibilidad para que el tratamiento farmacológico sea más específico; es decir el tratamiento farmacológico va ha depender de la resistencia o no a determinados fármacos.

#### **e.- Tratamiento Farmacológico**

El tratamiento farmacológico de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que pertenecen al Esquema de Retratamiento de la Tuberculosis Multidrogoresistente (TBC MDR) están asociada a medicamentos de alta eficacia, con reacciones diversas y administradas correctamente es decir mediante la Terapia Directamente Observada (DOTS) que consiste en mantener la atención en la calidad del diagnóstico, específico para cada

paciente; la calidad de atención, con los estándares necesarios para evitar el contagio; reducción de los tiempos para el tratamiento; y la calidad en el acceso a la medicación; estos garantizarían la curación de todas las personas enfermas y es base fundamental de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis .

El uso incorrecto de los medicamentos antituberculosos puede originar la presencia de algunos casos de Tuberculosis Multidrogoresistente (TB-MDR), es decir, la presencia de bacilos resistentes, al menos a Isoniacida y Rifampicina. Estos casos pueden contribuir a disminuir la eficacia de los esquemas de tratamiento para pacientes nuevos y antes tratados (10).

“La mejor opción de manejo para los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente (TB MDR) es el **retratamiento individualizado**, pero los pacientes no siempre cuentan con resultados de prueba de sensibilidad en el momento de la decisión terapéutica, lo cual condiciona la necesidad de **esquemas de tratamientos estandarizados o empíricos**.

**1.- Retratamiento individualizado:** Esquema de tratamiento diseñado en base a los resultados de la prueba de sensibilidad del paciente y se utiliza fármacos de primera y/o segunda línea aprobados por el Comité de Evaluación de Retratamiento Intermedio (CERI) y/o Comité de Evaluación de Retratamiento Nacional (CERN), tomando en consideración los criterios contemplados.

Debemos garantizar la supervisión y el cumplimiento estricto del tratamiento mediante la Terapia Directamente Observada (DOTs PLUS)

La terapia de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente (TBC MDR) debe adaptarse al patrón de sensibilidad de los medicamentos por lo general se utilizan 5 medicamentos a los que es sensible la cepa. En la elaboración del esquema debe considerarse la elección de los fármacos antituberculosos en el siguiente orden:



**Grupo 1:** Fármacos orales de primera línea ( H,R,E,Z), de ser posible se deben utilizar los fármacos de este primer grupo, ya que son mas eficaces y son mejor tolerados que los medicamentos de segunda línea.

**Grupo 2:** Inyectables (Aminoglicosidos, capreomicina), si paciente es sensible se recomienda estreptomicina como primera opción. Si es resistente a estreptomicina, la segunda opción es Kanamicina. Si la cepa es resistente tanto a estreptomicina como a Kanamicina, entonces la elección es capreomicina.

**Grupo 3:** Quinolonas, son fármacos de segunda línea orales y bactericidas como el Micobacterium tuberculosis, se debe incluir una quinolona en cada régimen.

**Grupo 4:** Este grupo incluye a Etionamida, Cicloserina, PAS. Son menos tolerados que los medicamentos de los otros grupos. Todos ellos pueden ser incluidos en el esquema de Retratamiento” (12).

## **2.- Esquemas de Tratamientos Estandarizados o Empíricos.**

**2.1. Retratamiento Empírico:** se elabora en función del antecedente farmacológico del paciente y/o el antecedente de contacto de TB MDR, no requiere prueba de sensibilidad en el momento de su diseño. Elementos adicionales a considerar serán:

- De disponerse la prueba de sensibilidad del caso índice, el esquema de retratamiento del contacto será diseñado en base a dicha prueba.
- De no disponer de prueba de sensibilidad del caso índice, su contacto recibirá provisionalmente el esquema terapéutico de TB MDR con lo cual hubiese curado el caso índice. En caso de encontrarse aun en tratamiento, recibirá el esquema con el cual el caso índice hubiese negativizado.

**2.2 Retratamiento Estandarizado:** Esquema de tratamiento diseñado en base a la situación de la prevalencia de resistencia a drogas antituberculosas y en función del arsenal terapéutico habitualmente utilizado en la región. No se

requiere tener la prueba de sensibilidad para su aplicación, es un esquema normatizado y tiene una duración de por lo menos 18 meses.

➤ **Indicaciones:**

**Retratamiento Estandarizado para TB MDR**

El Retratamiento Estandarizado para pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente (TB MDR) esta indicado en los siguientes casos:

- Paciente que fracasa al esquema Uno o Dos y que no cuenten con Prueba de sensibilidad.
- Paciente nunca tratado contacto de TBC MDR no documentado
- Paciente con diagnostico de TB activa y antecedente de dos tratamientos, que no dispone de resultados de la prueba de sensibilidad.
- Paciente en esquema Uno o Dos con sospecha de fracaso.

Se utilizaran las siguientes drogas:

- Kanamicina 15 mg/Kg/dia (Mantener por lo menos hasta tener 6 cultivos consecutivos negativos)
- Ciprofloxacina 1500 mg/día
- Etionamida 15=20 mg/Kg/día
- Pirazinamida 30mg/Kg/dia
- Etambutol 25 mg/Kg/día
- Cycloserina 15 mg/Kg/día
- Acido Para aminosalíco (PAS) 1509 mg/Kg/día

**PROGRAMACION DE MEDICAMENTOS PARA EL ESQUEMA  
ESTANDARIZADO**

<b>Medicamento</b>	<b>Presentación</b>	<b>Numero de dosis</b>	<b>Requerimiento</b>
Kanamicina	Ampolla x 1 gr.	225	225 ampollas
Pirazinamida	Tabletas x 500 mg	450	1575 tabletas
Etambutol	Tabletas x 400 mg	450	1575 tabletas
Ciprofloxacina	Tabletas x 500 mg	450	1350 tabletas
Cicloserina	Tabletas x 2580 mg	450	1350 tabletas
Etionamida	Tabletas x 250 mg	450	1350 tabletas
PAS	Sachet x 4 gr.	450	900 sachet
PAS	Pote x 100 gr	450	60 potes

Una de las dos formas de presentación de PAS será utilizada.

Se debe garantizar la supervisión y el cumplimiento estricto del tratamiento. Los medicamentos se administraran tomando en consideración el peso del paciente y las dosis de los medicamentos orales de segunda línea serán administradas fraccionadas cada 12 horas. El esquema de Retratamiento Estandarizado debe ser reajustado de acuerdo al resultado de la Prueba de sensibilidad (12).

**f- Medidas Preventivas**

La prevención tiene como finalidad evitar la infección por tuberculosis y, en caso de que esta se produzca, tomar medidas para evitar el paso de infección a enfermedad. Las medidas preventivas están dirigidas a evitar la diseminación del Bacilo de Koch. Las principales medidas son:

**f1. Para la familia**

## **1.- Diagnóstico Precoz y tratamiento Oportuno de la Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo**

La medida preventiva más eficaz es evitar el contagio a través de la detección, el diagnóstico precoz y el tratamiento completo de los casos de tuberculosis pulmonar frotis positivo (TBP-FP). En el caso de sospecha de bacilos resistentes se debe tener la consideración que lleva implícita la indicación de cultivo y sensibilidad. Por lo tanto debe asegurarse el llenado correcto de la solicitud de Investigación Bacteriológica (13).

## **2.- Vacunación BCG**

La Vacuna BCG (Bacilo de Calmette- Guerin) es una vacuna viva y atenuada, obtenida originalmente a partir del *Mycobacterium* Boris. Su aplicación tiene como objetivo provocar la respuesta inmune útil que reduce la morbilidad tuberculosa post-infección primaria.

La vacuna BCG se aplicará gratuitamente a los recién nacidos. Su importancia radica en la protección que brinda contra las formas graves de tuberculosis infantil, especialmente la meningoencefalitis tuberculosa (MEC-TB) y la tuberculosis miliar en la población menor de 5 años (13).

## **3.- Control de Contactos**

Se denomina contactos a las personas que conviven con el enfermo de tuberculosis Pulmonar. La actividad de control tiene por objetivo detectar casos de tuberculosis entre los contactos y prevenir el riesgo de enfermar.

El examen de los contactos de un enfermo de TBP-FP tiene carácter prioritario porque son las personas que han estado expuestas al contagio y tienen mayor posibilidad de haberse infectado recientemente y de desarrollar la enfermedad (13).

## **4.- Quimioprofilaxis**

Es la administración de Isoniacida a los contactos de pacientes con TBC-FP menores de 15 años y a pacientes con infección por VIH sin evidencia

de tuberculosis. Su objetivo específico es prevenir y/o disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa en los infectados. La indicación de la quimioprofilaxis será responsabilidad exclusiva del médico tratante del establecimiento de salud. La organización y cumplimiento de la quimioprofilaxis estar bajo responsabilidad de Enfermería (13).

### **f.2.- Para el paciente**

Debemos fomentar la Educación para la salud es decir el dialogo-información-reflexión-acción dirigido al enfermo, su familia y a la población en general, orientado a conseguir la adopción de una conducta que disminuya la transmisión de la infección en la comunidad. Por ejemplo, el paciente deberá cubrirse la boca con un pañuelo al toser para evitar la dispersión de los aerosoles.

Su objetivo es lograr que la población conozca las formas de protegerse y que actúe en concordancia con ellas. El contenido de la educación se vincula a la importancia y necesidad de contribuir a:

- Que los sintomáticos respiratorios identificados sean examinados por baciloscopía.
- Que los enfermos reciban tratamiento completo y supervisados, y evitar que lo abandonen mediante la aplicación de la Terapia Directamente Observada (DOTs PLUS).
- Que los contactos sean examinados por el personal de salud.
- “Que en casa deben tener las habitaciones ventiladas e iluminadas por los rayos solares para eliminar a los bacilos ya los rayos solares los eliminan (20).
- “Que la alimentación debe ser muy nutritiva, balanceada y equilibrada para que el organismo este en óptimas condiciones para hacerle frente a la enfermedad; es decir debe comer lo que quiera pero manteniendo una dieta saludable, debido a que es importante que suba de peso” (20).

- “Que el paciente con tuberculosis debe llevar una vida ordenada, no debe acudir a fiestas, pasar trasnochadas así como consumir alcohol y drogas ya que disminuyen sus defensas y es mas susceptible a la enfermedad” (20).
- Que el paciente descanse o no realice actividades agotadoras que mermen su salud.
- Que el paciente después de pasado cada mes debe realizar la prueba de esputo así como las pruebas radiológicas para verificar si el medicamento esta cumpliendo con los efectos requeridos.

#### **g.- Estigmatización de la Tuberculosis Pulmonar**

Los cambios en la vida personal y en la dinámica familiar del enfermo, como producto de la Tuberculosis Pulmonar, son sumamente importantes; entre las consecuencias objetivas de quienes padecen la TBC esta la disminución de los roles sociales desempeñados. Estos se debe tanto a las limitaciones físicas que impone la enfermedad, al consumo de tiempo involucrado en las visitas al establecimiento de Salud; como al distanciamiento producido por el carácter infeccioso de la Tuberculosis y por las connotaciones sociales (11).

La repercusión en el ambiente familiar es también mucho más fuerte, intentando ocultar un hecho como si se tratara de algo indigno o inconfesable. No queda duda que existe también de parte de las personas el pensamiento asociado entre las la tuberculosis y la falta de alimento, pobreza, etc. El problema se hace mas agudo en el enfermo con tuberculosis pulmonar, por el estigma social que lleva y del que es plenamente conciente. De una u otra forma las representaciones sociales que se hacen los familiares y amigos del enfermo con tuberculosis pulmonar son negativas; cargadas de censura provocando en las personas afectadas respuestas emocionales como la: vergüenza, la culpa, el retrainimiento social, la percepción de no ser querido, ni aceptado (24). En ocasiones el enfermo tiene que encarar la disyuntiva entre

seguir el tratamiento o trabajar. Además, la incompreensión de los empleadores junto con la merma en la capacidad física de trabajar contribuye en la reducción en la participación en actividades productivas para la provisión del sostenimiento material propio y de la familia (11).

#### **h.- La Familia en el Cuidado de la Salud/enfermedad**

Según Rotondo, H. y col. “La familia es una unidad social y como tal constituye un medio en el que puede operar constructivamente o negativamente sobre la salud y bienestar de sus integrantes a través de la mayor o menor efectividad de sus funciones” (15)

La familia es el grupo social, institución y/o unidad de análisis al interior de la cual se procesa el mayor número y tipo de relaciones con aspectos significativos del proceso de salud/enfermedad/atención. Lejos de ser un mundo autónomo y aislado, es en si mismo la unidad en la que, directa o indirectamente, repercuten las consecuencias de las crisis sociales, (21) así como las representaciones colectivas que la sociedad construye alrededor de enfermedades específicas. Es el soporte social que da apoyo a las personas en tiempos de crisis, ayudándoles a enfrentar la vida. Las relaciones sociales “empoderan” a los individuos haciéndoles sentir que son parte de un orden social mayor, que son valorados, estimados y que pertenecen a una red de obligaciones recíprocas. El soporte social puede estimular la recuperación de la salud, por ejemplo induciendo al miembro de la familia – o red social – a buscar ayuda o promoviendo en el o ella hábitos saludables (11).

Los equilibrios pueden perturbarse por cambios del ambiente exterior de la familia o por cambios en algunos o varios de los miembros del grupo familiar, por ejemplo ante cualquier crisis o enfermedad importante aguda o crónica de alguno de los integrantes de la familia produce un desequilibrio de todo el grupo (17); dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, de la manera como se toma o encara y las consecuencias sociales y psicológicas. Además es “el contexto mas inmediato en el que se desenvuelve la

enfermedad, es el soporte social que va a actuar de manera amortiguadora entre eventos estresantes de la vida y la enfermedad (11), pudiendo descubrirse áreas de fortaleza y áreas de debilidad; estas áreas dependen de cómo desempeñan sus diferentes funciones los diferentes miembros de la familia, de la preparación que tienen para su desempeño y no menos de las características de la personalidad y de salud (15).

La reforma del sector salud busca construir una nueva política de salud que valore al individuo, afirme la rectoría del Estado en el campo de la salud, se busca la coparticipación del usuario, llámese paciente o familia, dentro de su atención, con el objeto de lograr mayor rendimiento de los servicios mediante la educación de la población, participación comunitaria y acción intersectorial (23); esto se debería tomar en cuenta de manera muy especial dentro de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis ya que su propósito es romper la cadena de transmisión de la infección en la población, donde se necesita la participación de la comunidad, especialmente de aquellos que han vivido o viven en estrecho contacto con un caso índice de tuberculosis.

### **3.- Rol de Enfermería en el Programa de Control de la Tuberculosis**

#### **a.- Entrevista de Enfermería**

Es una de las actividades de la atención integral e individualizada y debe realizarse con calidad y calidez a la persona enferma de tuberculosis y sus familias con fines de educación, control y seguimiento.

#### **Objetivos:**

- Educar al paciente y su familia sobre la enfermedad, formas de contagio importancia del tratamiento y la baciloscopía de control.
- Contribuir a la adhesión del paciente al tratamiento mediante una buena comunicación.
- Identificar en el paciente conductas de riesgo a fin de realizar un trabajo de consejería.



**Primera Entrevista:**

Aquí realizamos la Admisión del Paciente al Programa de Control de Tuberculosis:

- Establecer una relación cordial con el paciente.
- Verificar que el paciente conozca su diagnóstico y evaluar el grado de comprensión acerca de su enfermedad.
- Investigar sobre antecedentes de tratamiento.
- Indagar sobre el tiempo de permanencia del paciente en el lugar y perspectivas de cambio de domicilio o trabajo, para coordinar su transferencia y decidir junto con el lugar más conveniente.
- Brindar educación sobre la enfermedad, el tratamiento que va a recibir en forma supervisada, los exámenes de control y las posibles reacciones a los medicamentos con palabras sencillas.
- Educar sobre los cambios en los estilos de vida (alimentación balanceada, evitar fumar, evitar asistir a fiestas nocturnas y descansar) del paciente.
- Realizar el censo de contactos y citarlos para el examen. Indagar si alguno de los contactos presenta síntomas respiratorios, si la respuesta es positiva, facilitar los envases para la toma de muestra de esputo (13).

**Segunda entrevista:**

- Informar al paciente sobre la continuación del tratamiento y la importancia de la baciloscopia de seguimiento.
- Reforzar la educación sanitaria preguntando al paciente sobre su enfermedad, como se siente y aclarar posibles dudas. Es importante conocer algunos aspectos de su vida familiar y social, así como su opinión sobre la atención que recibe en el establecimiento de salud
- Interrogar al paciente sobre la aparición de reacciones adversas a los medicamentos antituberculosos (13).

### **Tercera Entrevista**

- Se realiza al término del tratamiento con la finalidad de recomendar al paciente que si acaso presenta sintomatología respiratoria, acuda al Centro de Salud.
- Educación sanitaria.

### **Otras Entrevistas:**

- Si el paciente no acude al establecimiento de Salud para recibir su tratamiento se le interrogará sobre la causa de su inasistencia para evitar el abandonar del tratamiento.
- En caso de presentar alguna reacción adversa a los fármacos antituberculosos.
- Completar el estudio de contactos si es necesario.
- Si el paciente va a cambiar de domicilio se le orientara para realizar la transferencia a otro establecimiento de salud (13).

### **b.- Visita de Enfermería**

#### **Educación a la Familia**

La visita domiciliaria consiste en acudir al domicilio del enfermo de tuberculosis con la finalidad de educar al paciente y su familia. Deberá efectuarse dentro de las primeras 48 horas de realizado el diagnostico.

#### **Objetivos:**

- Educar al paciente y su familia.
- Identificar problemas de salud y brindar alternativas de solución.
- Contribuir al éxito del tratamiento antituberculoso recuperando al paciente inasistente.
- Complementando el seguimiento de los casos en tratamiento.
- Optimizar el control de contactos.

**Motivos:**

- Ubicación del caso bacilífero detectado para su ingreso a tratamiento en el PNCT.
- Verificar que el domicilio del paciente se encuentre dentro del ámbito jurisdiccional del establecimiento de salud.
- Educación al paciente y su familia sobre la importancia del tratamiento supervisado.
- Educación sanitaria al grupo familiar orientado a la familia sobre las medidas preventivas y de control de la tuberculosis y solicitar su participación en el cuidado del enfermo con tuberculosis.
- Verificar el número de contactos censados a fin de facilitar su control y detectar nuevos casos de tuberculosis.
- Recuperar al paciente que no asiste al tratamiento (dentro de las 24 horas) (13).

## **H.- DEFINICION DE TERMINOS**

Para una mejor comprensión de los términos utilizados en el presente estudio, a continuación se presentan algunos términos :

**1.- Actitud:** Es la predisposición del individuo de actuar, pensar y sentir frente a objetos, personas o situaciones definidas.

**2.-Familia:** Persona de sexo masculino o femenino que convivan con el paciente en forma estable (padre, madre o esposa).

**3.-Actitud de la familia hacia el Diagnostico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar:** Predisposición con un grado de intensidad de aceptación, indiferencia y rechazo y una dirección positiva o negativa de una persona de sexo masculino y femenino, ante la enfermedad de Tuberculosis Pulmonar y que requiere un tratamiento largo que demandará cambios en los estilos de vida del paciente.

## **CAPITULO II**

### **DISEÑO METODOLOGICO**

#### **A. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN:**

La presente investigación es de nivel aplicativo porque esta orientada a resolver problemas de salud y es de tipo cuantitativo, pues trata de medir de manera numérica los resultados de la Investigación.

#### **B. MÉTODO**

Se utilizó el método Descriptivo, prospectivo de corte transversal, ya que nos permite una descripción apropiada de los elementos en estudio en un mismo momento, lo que nos lleva a medir las Actitudes de la Familia hacia el Diagnostico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.

#### **C. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

El presente estudio de Investigación se llevará acabo en el Centro de

Salud Materno Infantil y de Emergencias “Tablada de Lurín”, esta ubicada en la Av. Republica y Billingurst s/n 2da zona de Tablada de Lurín en el Distrito de Villa Maria del Triunfo pertenece a la Micro Red Daniel Alcides Carrión- Dirección de Salud (DISA SUR). Cuenta con una infraestructura de aproximadamente 500 m<sup>2</sup> para atender a la población, el horario de atención es de 8:00 a.m. a 2:00 p.m. de Lunes a Sábado, excepto Emergencias que atiende todos los días y en todo horario, esta dirigida por el Dr. Francisco Vallas Pedemonte en coordinación con la enfermera Jefe Lic. Carmen de los Santos y el Coordinador del programa el Dr. Rafael Astocondor.

Brinda los servicios de atención; a la madre y niño como: Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones (ESNI), Programa de control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), Programa de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias (IRA), consultorios médicos, obstetricia, laboratorio, farmacia y emergencias; y por supuesto cuenta con el Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis (ESPCT), que cuenta con un medico jefe y una técnica de Enfermería que es la encargada del desarrollo de las actividades propias de este, así como de realizar las visitas domiciliarias.

En el ESPCT cuenta con un total de 72 paciente en todos los esquema de tratamiento farmacológico, formando parte del Esquema Uno un total de 50 pacientes (fase 1 son 30 pacientes y fase 2 son 20 pacientes); en el Esquema Dos son un total de 6 pacientes, y los pacientes con Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente (TBC MDR) son un total de 16; teniendo como población predominante la adulta joven cuyas edades están fluctuando entre 20 años y 30 años.

#### **D.- POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población en estudio esta conformado por los familiares de **todos** los pacientes que pertenecen al esquema de Retratamiento de Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente (TB MDR) de Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis del Centro de Salud Materno Infantil y de

Emergencias “ Tablada de Lurín” del año 2005 que esta compuesta por 16 familiares ( uno por paciente).

La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probalístico o por conveniencia por lo que se trabajara con toda la población para los cual se tomo los siguientes criterios:

➤ **Criterios de Inclusión**

- Familiar del paciente con tuberculosis pulmonar atendidos en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de Tuberculosis que pertenezcan al esquema de Retratamiento de Tuberculosis Multidrogoresistente (TBC MDR).
- Familiar del paciente cuyas edades estén comprendidas entre los 15 y 60 años.
- Familiar del paciente que asista regularmente a recibir su tratamiento farmacológico.
- Familiar que hable el idioma castellano.
- Familiar que sepa leer y escribir.
- Familiar que conviva en forma estable con el paciente (Madre, padre, esposa).

➤ **Criterios de Exclusión:**

- Familiar cuyo paciente no sea atendido Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de Tuberculosis y no pertenezcan al esquema de tratamiento de TBC MDR.
- Familiar del paciente que halla dejado de asistir o abandonado el tratamiento.
- Familiar que no hable el idioma castellano.
- Familiar que no sepa leer y escribir.
- Familiar que viva temporalmente con el paciente.

➤ **Criterios de Eliminación**

- Familiar de los pacientes que se cambien de Centro de Salud
- Familiar de los pacientes que aceptaron participar pero luego no asistieron.
- Familiar que no desean participar (consentimiento informado).

**E.- TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la presente Investigación se realizó la Entrevista a los familiares de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que asistan a la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis (ESPCTP) y que pertenezcan al esquema de Retratamiento de Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente (TB MDR)

El Instrumento que se utilizó fue el cuestionario basado en la Escala de Lickert modificada; que es la adecuada para cumplir con los objetivos de estudio y obtener información sobre las Actitudes de la Familia hacia El Diagnostico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.

Esta Escala de Lickert cuenta con un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales habrá una reacción de los sujetos a los que se les administra. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala; teniendo en cuenta las Dimensiones e Indicadores planteados en la variable. La estructura física del instrumento está constituido por Título, Introducción, Contenido propiamente dicho (datos generales del paciente y familiar entrevistado y la presentación de los 36 ítems con sus respectivas alternativas de respuesta) empleando un promedio de 25 – 30 minutos en su aplicación.

**F.- CONFIALIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO**

Para cumplir con los requisitos de validez de contenido del instrumento, se realizó la prueba de juicios de expertos que estuvo conformada por 5



personas con experiencia en el tema: dos enfermeras de salud pública, médico jefe del E.S.P.C.T, una psicóloga, una docente especializada, los cuales dieron sus sugerencias para la modificación, antes de la prueba piloto. Al discriminar los resultados del juicio de expertos se llegó a la conclusión que el instrumento es válido, luego se procedió a determinar el poder discriminativo de cada ítem aplicando la prueba de ítem-test “r de Pearson”, cuya formula es:

$$r = \frac{n(\sum XY) - (\sum X) \cdot (\sum Y)}{[\sum (X - \bar{X})] [\sum (Y - \bar{Y})]}$$

Donde  $r > 0.20$  para cada uno de los ítems por lo tanto este instrumento es válido con 36 ítems (Anexo “C”).

Se realizó una prueba piloto a una muestra seleccionada tomando en cuenta los criterios de la población para lo cual se contó con 8 familiares que no formaban parte del estudio. Dicha prueba piloto tuvo como finalidad dar validez interna y confiabilidad estadística al instrumento.

Para la confiabilidad interna del instrumento se procedió a ordenar y sumar los valores de cada ítem de acuerdo a la respuesta de cada sujeto, luego se determinó la varianza de cada ítem y se sumó todos los valores obteniéndose así la varianza total y se aplicó la prueba de Alfa de Crombach, para determinar la confiabilidad del instrumento.

$$= K / K-1(1 - S_i / S_t)$$

Donde:

$S_i$  = Varianza de cada ítem

$S_t$  = Varianza total de la escala

$$= 0.89$$

Este valor nos indica que el instrumento tiene una confiabilidad del 89%, ya que todo valor alfa superior a 0.5 indica que el instrumento utilizado es confiable y fuertemente consistente.

### **G.- PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Se solicitó el permiso al Director del Centro de Salud Materno Infantil y Emergencias “Tablada de Lurín” mediante el envío de una solicitud, donde se dio a conocer los objetivos del estudio y el tiempo que durará la recolección de datos; y se coordinó con la enfermera Jefe del Centro de Salud.

Para recolectar los datos se tuvo acceso a las fichas de control de tratamiento farmacológico de cada uno de los pacientes del esquema de Retratamiento de Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente (TBC MDR), para verificar su asistencia, fase del tratamiento y evaluación hasta el momento.

La investigadora realizó la recolección de la información en una semana entre las fechas del 10 de octubre al 16 de octubre del 2005 es decir 5 días en la semana, se aplicó el instrumento y este se llenó con un tiempo máximo de 30 minutos.

Luego de la recolección de datos, estos fueron procesados en forma manual en base a la escala ordinal de interpretación de datos, cuyo análisis para cada uno de los ítems será de la siguiente manera:

En caso Positivo:

(TD)	Totalmente de acuerdo	5 puntos
(A)	Acuerdo	4 puntos
(I)	Indeciso	3 puntos
(D)	Desacuerdo	2 puntos
(TD)	Totalmente desacuerdo	1 punto

En caso Negativo:

(TA)	Totalmente de acuerdo	1 punto
(A)	Acuerdo	2 puntos
(I)	Indeciso	3 puntos
(D)	Desacuerdo	4 puntos
(TD)	Totalmente desacuerdo	5 puntos

Una vez tabulados los datos, estos se procesaron e interpretaron. Para hallar la intensidad se trabajó utilizando la media aritmética y su desviación estándar; a su vez se trabajó con un valor mínimo y un valor máximo para aplicar la escala de Stanones y en base a ello hallar los límites de los intervalos agrupados en tres categorías: Aceptación, rechazo e indiferencia; siendo así que a partir del valor “a” hacia la izquierda nos indica una intensidad rechazo, los valores comprendidos entre “a” y “b” nos indica una intensidad de indiferencia y a partir de “b” hacia la derecha indica una intensidad aceptación.

Una vez hallados los intervalos de la variable se anoto el número y porcentaje correspondiente para cada intervalo, la intensidad se determino de la siguiente forma:

- Aceptación =143 - 180
- Indiferencia =125 - 142
- Rechazo =36 - 124

Para determinar la dirección se obtuvo la media aritmética siendo así que todos los valores ubicados hacia la izquierda tienen dirección negativa y en caso contrario la dirección será positiva.

- **Dirección de las Dimensiones Diagnóstico y Tratamiento**

Negativa = 36 – 108

Positiva = 109 – 180

- **Dirección de la Dimensión Diagnóstico**

Negativa = 20 – 60

Positiva = 61 – 100

- **Dirección de la Dimensión Tratamiento**

Negativa = 16 – 48)

Positiva = 49 – 80

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS Y DISCUSION**

Se presenta en cuadros estadísticos de tal modo que la información sea susceptible de análisis e interpretación en forma concreta y ordenada en concordancia con los objetivos del estudio, utilizando la base teórica para la sustentación de los hallazgos.

De los resultados obtenidos, en relación al sexo de los 16 (100%) familiares encuestados, 12 (75%) son del sexo femenino y 4 (25%) corresponden al sexo masculino (Ver Anexo "F"), en relación al grado de parentesco con el paciente de un total de 16 (100%) familiares, 8 (50%) de ellos corresponden a la Esposa (o); 4 (25%) a la Madre, 2 (12.5%) al padre. (Ver anexo "G"). De estos se observo que 12 (75%) familiares son adultos maduros (Ver Anexo "I"). En cuanto al grado de Instrucción de los 16 familiares encuestados (100%), 6 (37.7%) familiares cuentan con secundaria incompleta, 5 (31.25%) familiares con secundaria completa (Ver Anexo "H") y con respecto al Estado Civil de los Familiares de un total de 16 encuestados (100%), 10 (62.5%) familiares son conviviente (Ver Anexo "J").

**CUADRO N° 1**  
**INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES DE LA FAMILIA HACIA EL**  
**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS**  
**PULMONAR EN EL CENTRO DE SALUD MATERNO**  
**INFANTIL “TABLADA DE LURIN”– NOVIEMBRE**  
**DICIEMBRE - 2005**

ACTITUD DE LA FAMILIA	N FAMILIARES	
	N	%
ACEPTACION	10	62.5
INDIFERENCIA	6	37.5
RECHAZO	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada por la Investigadora Octubre-2005

**CUADRO N° 2**  
**DIRECCION DE LAS ACTITUDES DE LA FAMILIA HACIA EL**  
**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS**  
**PULMONAR EN EL CENTRO DE SALUD MATERNO**  
**INFANTIL “TABLADA DE LURIN” – NOVIEMBRE**  
**DICIEMBRE – 2005**

DIRECCIÓN DE LAS ACTITUDES	DIMENSIONES	
	N°	%
Positivo	16	100
Negativo	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada por la Investigadora Octubre-2005

Acerca de la Actitudes de la Familia hacia el Diagnostico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar, de 16 (100%) Familiares encuestados, 10 (62.5%) familiares muestran una tendencia hacia la Aceptación (Ver Cuadro N° 1), con una **dirección positiva** muy significativa de 16(100%) familiares. (Ver Cuadro 2).

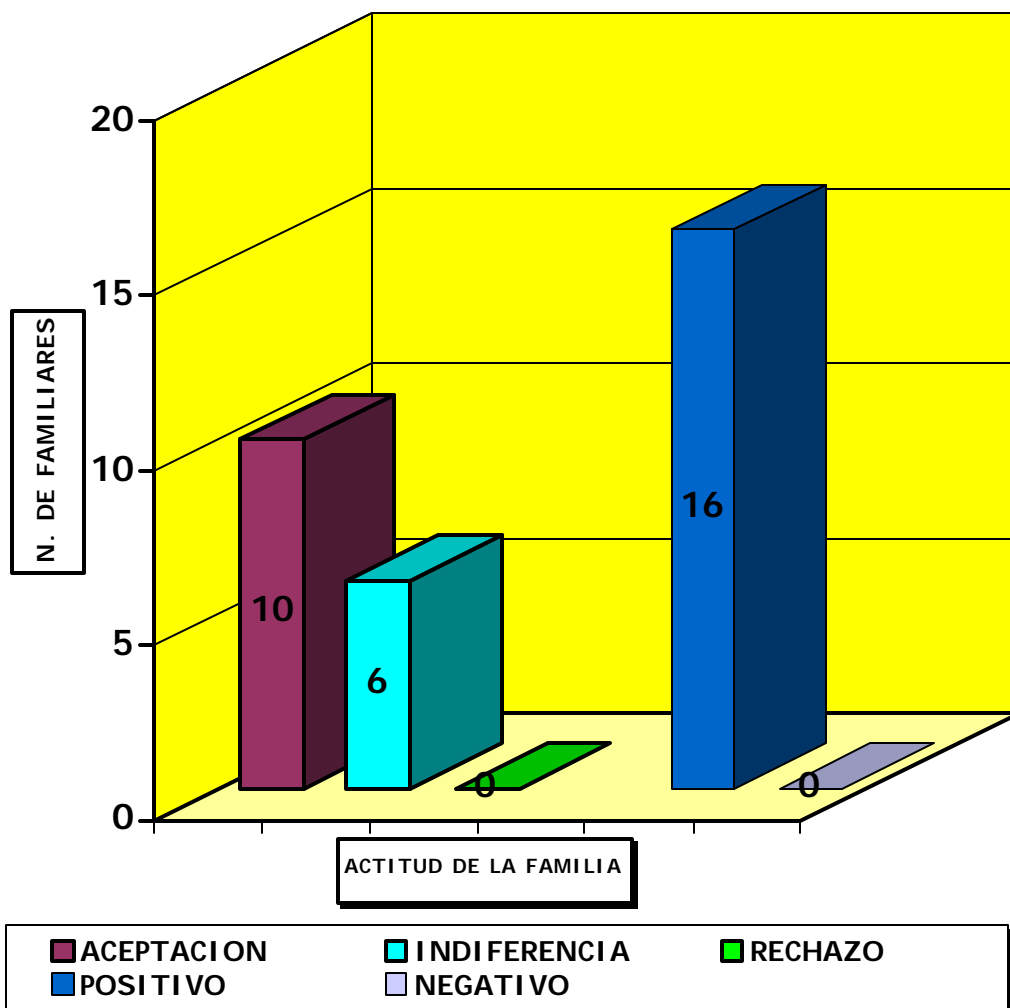
La actitud es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante un referente, categoría, clase o conjunto de fenómenos o conjunto cognoscitivo. Siendo la Tuberculosis pulmonar una enfermedad que tiene repercusiones tanto biológica como psicosocial, en donde no solo afecta al individuo enfermo sino también la homeostasis familiar y que de alguna manera esta situación va a repercutir en las actitudes de la familia ya que la familia es el soporte básico vital para un afrontamiento eficaz de la

enfermedad además de ser esta la que ofrece su ayuda y la que se da cuenta de las dificultades que aparecen en todas las áreas tanto fisiológico como psicosocial,

Por ello se concluye que existe un porcentaje muy significativo hacia un **Grado de Intensidad de Aceptación** de la Familia hacia el Diagnostico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar, con un porcentaje significativo de **dirección positiva** relacionado al Diagnostico de Tuberculosis Pulmonar basados en los criterios clínicos – Factores de Riesgo (antecedentes de salud) y al Tratamiento de la Tuberculosis .Pulmonar; esta actitud de aceptación va ha contribuir a que se genere una situación ideal de soporte emocional y esto va ha ser base para un buen afrontamiento de los conflictos que crea la enfermedad evitando así que los sentimientos de culpa y de rechazo lleven al paciente a un posible abandono y por consiguiente fracaso del tratamiento.



**GRAFICO N. 1**  
**ACTITUDES DE LA FAMILIA HACIA EL**  
**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE**  
**LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN**  
**EL CENTRO DE SALUD MATERNO**  
**INFANTIL " TABLADA DE**  
**-LURIN " NOVIEMBRE**  
**DICIEMBRE 2005**



**CUADRO N ° 3**  
**INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES DE LA FAMILIA HACIA EL**  
**DIAGNOSTICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL**  
**CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL “TABLADA DE**  
**LURIN “NOVIEMBRE –DICIEMBRE 2005**

ACTITUD DE LA FAMILIA FRENTE AL DIAGNOSTICO	FAMILIARES	
	N	%
ACEPTACION	11	68.75
INDIFERENCIA	5	31.25
RECHAZO	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada por la investigadora Octubre 2005

**CUADRO N ° 4**  
**DIRECCION DE LAS ACTITUDES DE LA FAMILIA HACIA EL**  
**DIAGNOSTICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL**  
**CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL TABLADA DE**  
**LURIN “NOVIEMBRE –DICIEMBRE 2005**

DIRECCION DE LAS ACTITUDES	N. FAMILIARES	
	N	%
POSITIVO	16	100
NEGATIVO	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada por la investigadora Octubre 2005

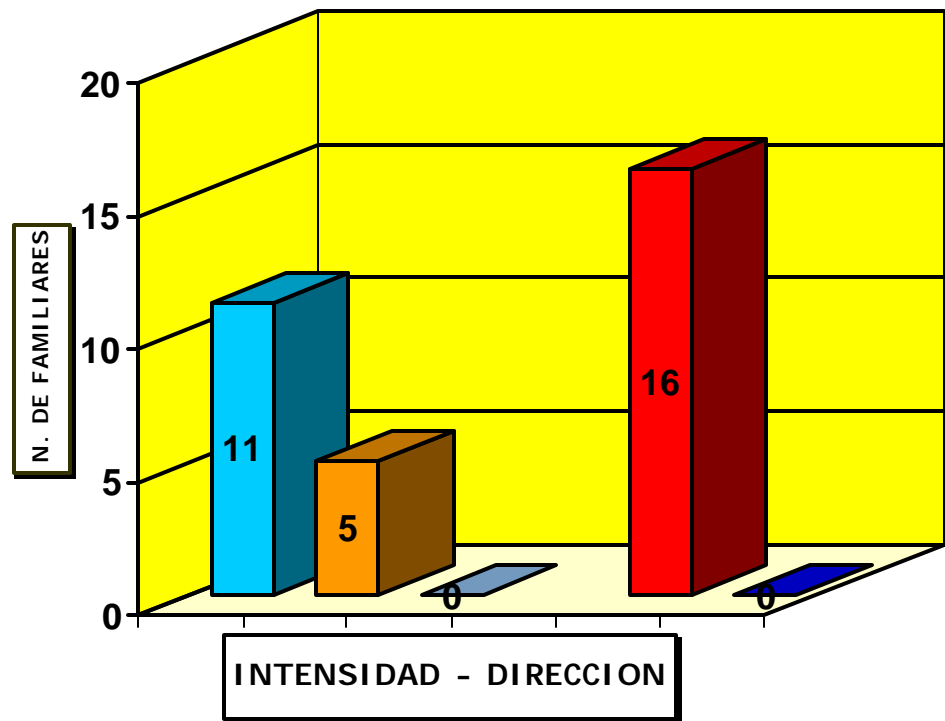
En cuanto a la Intensidad de las Actitudes de la Familia hacia el Diagnóstico de la Tuberculosis Pulmonar, de 16 (100%) familiares encuestados, 11(68.75%) familiares muestran una tendencia hacia la Aceptación (Ver Cuadro "3"); con una **dirección positiva** muy significativa de 16 (100%) familiares (Ver Cuadro "4") relacionados a los ítems: "Si es importante que acuda al medico cuando tose por mas de 15 días", "Es preocupante que tenga fiebre nocturna", "Es angustiante que vomite sangre", "Es preocupante que se sienta cansado aunque las actividades que realicen sean poco agotadoras", "Que tenga poco apetito le es indiferente", "Le es indiferente que baje de peso a pesar de que coma diariamente", "Le interesa si volvió a recaer en la tuberculosis", "Se interés si su familiar fracaso al tratamiento que estaba recibiendo" (Ver Cuadro"3" y).

La familia es el soporte inmediato y el bastón sobre el cual el paciente se va apoyar. Al haber una situación nueva en el seno familiar va a propiciar que se presenten diferentes predisposiciones ante un Diagnostico de Tuberculosis Pulmonar; creara en la familia alteraciones significativas en la dinámica familiar esto influenciado aun mas por el hecho de considerar a la "Tuberculosis Pulmonar como una enfermedad estigmatizante y que crea graves sentimientos de culpa" (11).

Por lo expuesto se concluye que existe un porcentaje significativo hacia una actitud con **Grado de Intensidad de Aceptación** de la Familia hacia el Diagnóstico de la Tuberculosis Pulmonar; esta actitud va a contribuir favorablemente en el pronóstico positivo y oportuno de la enfermedad, así como a disminuir en el paciente el sentimiento de culpa y de vergüenza; esto afianzado en que los familiares presentan una **dirección positiva significativa** de sus actitudes relacionados a un diagnóstico oportuno a través del reconocimiento de los síntomas que presentan , la confirmación a través de Pruebas Radiológicas y bacteriológicas y evaluando los factores de riesgo que presenta cada individuo . Esta actitud de la familia además contribuirá positivamente en esta nueva situación ya que va haber un adecuado

afrontamiento de la enfermedad que contribuirá para el rápido inicio del Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.

**GRAFICO N. 2**  
**INTENSIDAD Y DIRECCION DE LAS**  
**ACTITUDES DE LA FAMILIA HACIA EL**  
**DIAGNOSTICO DE LA TUBERCULOSIS**  
**PULMONAR EN EL CENTRO DE SALUD**  
**MATERNO INFANTIL "TABLADA DE**  
**LURIN" - NOVIEMBRE**  
**DICIEMBRE 2005**



<span style="color: cyan;">■</span> ACEPTACION	<span style="color: orange;">■</span> INDIFERENCIA	<span style="color: lightblue;">■</span> RECHAZO
<span style="color: red;">■</span> POSITIVO	<span style="color: blue;">■</span> NEGATIVO	

**CUADRO N° 5**  
**INTENSIDAD DE LA FAMILIA HACIA EL TRATAMIENTO DE**  
**LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL CENTRO DE SALUD**  
**MATERO INFANTIL “TABLADA DE LURIN” –**  
**NOVIEMBRE - DICIEMBRE - 2005**

INTENSIDAD DE LA ACTITUD	N FAMILIARES	
	N	%
ACEPTACION	9	56.25
INDIFERENCIA	7	43.75
RECHAZO	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada por la Investigadora Octubre-2005

**CUADRO N ° 6**  
**DIRECCION DE LAS ACTITUDES DE LA FAMILIA HACIA EL**  
**TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL**  
**CENTRO DE SALUD MATERO INFANTIL TABLADA DE**  
**LURIN “NOVIEMBRE –DICIEMBRE 2005**

DIRECCION DE LAS ACTITUDES	N. FAMILIARES	
	N	%
POSITIVO	15	93.75%
NEGATIVO	1	6.25%
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada por la investigadora Octubre 2005

Con respecto a la Intensidad de las Actitudes de la Familia hacia el Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar, podemos decir que 16 (100%) familiares encuestados, 9 (56.25%) familiares muestran una tendencia hacia la **Aceptación** (Ver cuadro N° 5); **con una dirección positiva** muy significativa de 15 (93.75%) familiares (Ver Cuadro 6”) relacionados a los ítems: “Es importante que los resultados de las prueba de sensibilidad salgan a tiempo”, “Le preocupa que consuma alcohol, cuando esta recibiendo tratamiento”, “ Le molesta tener que acompañarlo al Centro de Salud a recibir su tratamiento”, “Le causa interés que asista a fiestas nocturnas”, “ Le es desagradable tener que preparar una alimentación balanceada”, “Es poco importante tener que ventilar la habitación” “ La demora del acta del CERI o CERN le interesa poco.

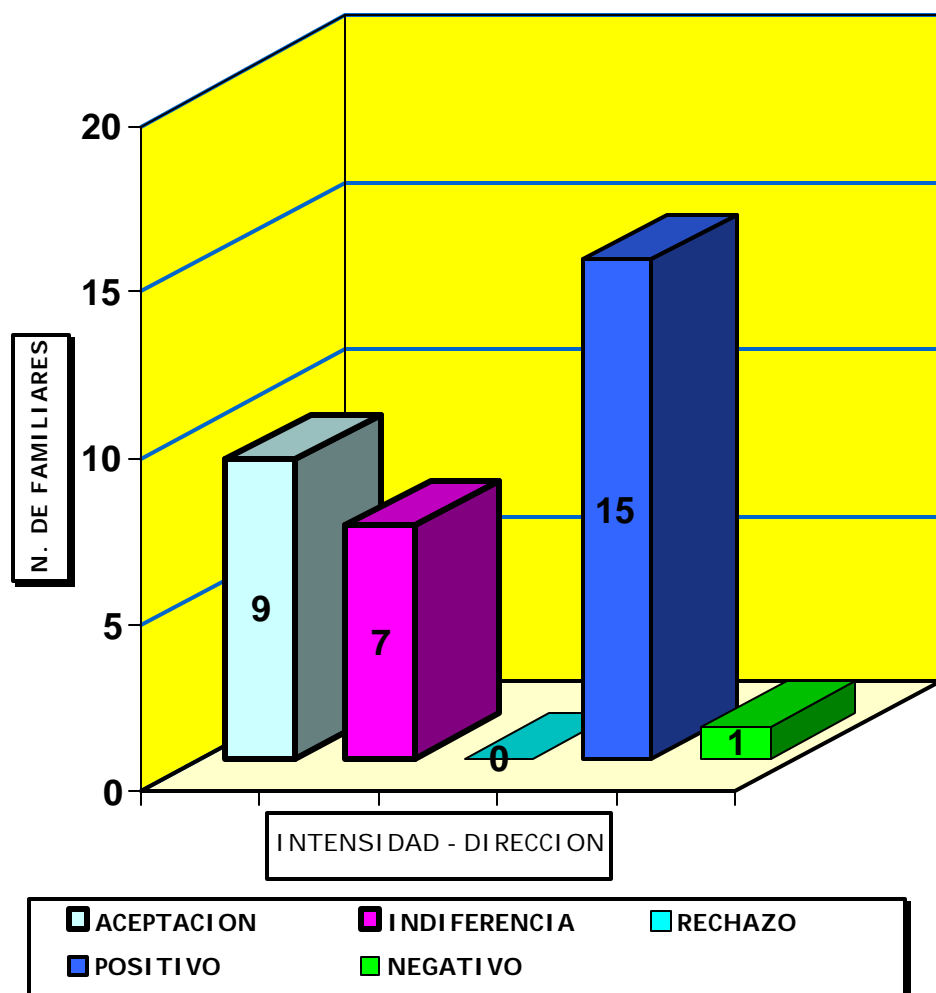
Al respecto podemos decir que el Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar no solo se refiere a la administración farmacológica que en sí ya es una carga pesada para quien la sufre, principalmente debido la extensión prolongada y lo repetitivo del tratamiento y que cuya administración exige la asistencia diaria al Establecimiento de Salud; sino también se van a dar cambios en los estilos de vida (evitar consumir alcohol, evitar asistir a fiestas nocturnas así como cambios en el hogar como tener una habitación ventilada y tener una alimentación balanceada) que no solo afecta al paciente sino a toda la dinámica familiar; debido a que la familia es el contexto inmediato en el que se desarrolla la enfermedad y ante esta nueva situación va crear en las familias diferentes actitudes que van ayudar o van a menoscabar la pronta recuperación del paciente.

Por lo tanto se deduce que un porcentaje mayoritario de familiares tienen una actitud de Aceptación hacia el Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar, con un porcentaje muy significativo de dirección positiva de 15 (93.75%) familiares relacionado al apoyo que brinda la familia respecto al Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar pero no solo en lo concerniente al tratamiento farmacológico que es largo y doloroso para los pacientes sino también va ha apoyar a realizar cambios en los estilos de vida referente a tener

una alimentación balanceada, vivienda ventilada, no realizar trabajos forzosos, no asistir a reuniones nocturnas y no consumir alcohol y drogas; asimismo la aceptación y dirección positiva de las actitudes tiene un alto grado de ayuda para la pronta recuperación del paciente y a evitar el posible abandono del tratamiento de la enfermedad además también ayudara a la familia a afrontar estas nuevas situaciones que pueden llevar a crear desequilibrios familiares.



**GRAFICO N. 3**  
**INTENSIDAD Y DIRECCION DE LAS**  
**ACTITUDES HACIA EL TRATAMIENTO**  
**DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN**  
**EL CENTRO DE SALUD MATERNO**  
**INFANTIL "TABLADA DE LURIN"-**  
**NOVIEMBRE-DICIEMBRE**  
**2005**



## **CAPITULO IV**

### **CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

#### **A.-CONCLUSIONES**

1. Existe un porcentaje (62.5%) considerable que tiene una actitud con Grado de Intensidad de Aceptación seguido de una actitud CON Grado de Intensidad de Indiferencia 6 (37.5%) y 0 (0%) de una actitud con Grado de Intensidad de Rechazo, hacia el Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar; con un porcentaje significativo de dirección positiva (100%) relacionados a aspectos clínicos como: Tos por más de 15 días, disminución de peso, fiebres nocturnas, abandono al tratamiento y fracaso a un esquema de tratamiento así también la parte farmacológica como los cambios que se dan en el estilo de vida (una alimentación balanceada, vivienda ventilada, no realizar trabajos forzosos, no asistir a reuniones nocturnas y no consumir alcohol y drogas); esta actitud va a contribuir a que genere una situación ideal de soporte emocional y esto va a ser base para un buen afrontamiento de la enfermedad evitando así que los sentimientos de culpa y de rechazo lleven al paciente a un posible abandono del tratamiento.

2. Existe un considerable porcentaje de familiares que tienen una actitud de aceptación (**68.75%**), seguido de una actitud de indiferencia (**31.25%**) hacia el Diagnóstico de la Tuberculosis Pulmonar y un porcentaje muy significativo (100%) de dirección positiva hacia el oportuno diagnóstico ya sea a través de los criterios clínicos como: tos por más de 15 días, disminución de peso, de apetito, cansancio sin haber realizado esfuerzo y fiebres nocturnas y/o bacteriológicos como también a través de la evaluación de los factores de riesgo. Esta actitud de la familia va a contribuir positivamente en esta nueva situación ya que va haber un adecuado afrontamiento de la enfermedad a través de un diagnóstico oportuno que contribuirá para el rápido inicio del Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.
3. Existe un porcentaje mayoritario (**56.25%**) de familiares que presentan una actitud con Grado de Intensidad de Aceptación seguido de una actitud con Grado de Intensidad de Indiferencia (**43.75%**) de familiares hacia el Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar y un porcentaje significativo (**93.75%**) de dirección positiva relacionado al apoyo que brinda la familia respecto al tratamiento de la enfermedad en lo concerniente al tratamiento farmacológico, cambios en el estilo de vida como: evitar consumir bebidas alcohólicas, asistir a fiestas nocturnas, tener una alimentación balanceada, etc.; asimismo la aceptación y dirección positiva de las actitudes tiene un alto grado de ayuda para la pronta recuperación del paciente y también va ayudar al paciente a que no se conduzca a un posible abandono del tratamiento de la enfermedad.
4. Al analizar la relación que existe entre el grado de Intensidad de las Actitudes de la Familia hacia el Diagnóstico de la Tuberculosis Pulmonar y el grado de Intensidad de las actitudes de la Familia hacia al Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar se puede concluir que hay un porcentaje

mayor de aceptación **68.75%** en lo referente al Grado de Intensidad de las Actitudes de la Familia hacia el Diagnóstico de la Tuberculosis Pulmonar y un menor porcentaje de aceptación **56.25%** en lo referente a las Actitudes de la Familia hacia el Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar esto posiblemente se deba a que el Tratamiento de esta enfermedad es de larga duración además de ser muy dolorosa y producir en el paciente la aparición de diversas reacciones adversas que la familia como soporte vital debe afrontar, además va a adoptar cambios en su estilo de vida y que indudablemente modificaría el desarrollo o la dinámica familiar habitual.

## **B.-RECOMENDACIONES**

1. En base a los datos hallados deben realizarse estudios similares en otros esquemas de tratamiento y si es posible en toda la población de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis “Tablada de Lurín” para luego comparar la intensidad y dirección de las Actitudes de la familia en los diferentes esquemas de Tratamiento y poder establecer con más precisión el grupo más susceptible.
2. El Personal Profesional de Enfermería debe proponer Estrategias Educativas para afianzar aún más el contenido educativo que se imparte no solo al paciente con Tuberculosis Pulmonar sino también a la familia dada la importancia que tienen los conocimientos en la formación de una actitud.

## **C.- LIMITACIONES**

1. Las limitaciones del presente estudio esta dado en que los resultados y conclusiones son validos solo para el grupo investigado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) **SHERÍN KEREDERT** “Relación entre conocimiento y actitudes que tienen los pacientes del esquema dos del programa de Tuberculosis hacia su enfermedad en el centro de Salud Materno Infantil “Tablada de Lurin” ,Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería.
- (2,7,8,9) **KRESH y otros** “Psicología Social. México: Ed. Interamericana, S.A. 2da. , p.152. 1982.
- (3) **STATT, David** “La Psicología” Harla, Harper Row Latinoamericana, p.230, 1985
- (4) **RODRIGUEZ** “La Psicología y el Ser”. México, p.100.1980.
- (5) **ANDER EGG, Ezequiel** “Técnicas de Investigación Social. ED. Buenos Aires. ED. Humanitas, 1986, p.252.
- (6) **WHITTAKER, James.** “Psicología”. 4ta. México: Ed Interamericana, S.A. 1989.

p.394.

- (10) **JAVE, Oswaldo** “La Tuberculosis Multidrogoresistente En el Perú”, Fundación Ford y Proyecto de POLICY y USAID, p.10, 15; 2003.
- (11) **MINISTERIO DE SALUD** “Vivir la Tuberculosis”, p.28. 2000
- (12) **MINISTERIO DE SALUD.** “Actualización en la Atención de pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente (TB MDR)”, p.3, 4,5. Lima. 2005.
- (13) **MINISTERIO DE SALUD** “Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú”. p. 21, 22 y 58-60, Lima, 2001
- (14) **GOTUZZO, EDUARDO** Conferencia: “TBC Multiresistente en Latinoamérica”. XII Congreso Panamericano de Infectología. Lima, p.2, 2005.
- (15) **ROTONDO, H. y col.** “Personalidad, Dilemas y Vida Familiar de Grupos Mestizos”. p. 83,93-94. Perú.1980

- (16) **SCORZO, Gabriela.** “Las tres Epidemias de la Tuberculosis”. p.2, Perú, 2004
- (17) **YRIZAR ROJAS, Helena.** “Curso de Teoría de la Dinámica Familiar”.p. México DF. 1984
- (18) <http://www.minsa.gob.pe/portal/ocom/boletin/2005/boletin%20Noviembre.htm>
- (19) **Instituto Nacional de Salud.** “Informe Epidemiológico de la Tuberculosis Multidrogoresistente”. Mayo-2004
- (20) **Ministerio de Salud – Dirección del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis** “Instrucciones para el Personal de Salud”, p.3-5. Lima, 2004
- (21) **MENÉNDEZ, Eduardo** “Grupo domestico y proceso salud/ Enfermedad/atención”, p.59, Argentina, 1992.
- (22) <http://www.oge.sld.pe/vigilancia/boletin.htm>
- (23) <http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/anales/Vol66n2/pdf/a09.pdf>

- (24) **ZARATE, Eduardo y col.** "Tuberculosis en Nuevos Escenarios: Establecimientos Penitenciarios" p.2,9 Lima, 2005
- (25) **CANALES ALVARADO, F.** "Metodología de la Investigación" 2da.Ed. OPS, p.263.Washington DC, 1996



## BIBLIOGRAFIA

- **ANDER EGG, Ezequiel.** Técnicas de Investigación Social. Ed. Humanistas, Ed. 1986, p. 252
- **ALARCON A. Edith.** Guía de Enfermería para la Implementación y Expansión de la Estrategia DOTS/TAES. Septiembre 2004.
- **ARÉSTEGUI, Jaime, MARTÍNEZ Gilberto y YAMUNAQUÉ Ana.** Retratamiento de la Tuberculosis Pulmonar. Seminario taller nacional, Perú, 1991
- **AVENDAÑO, Maria Cecilia.** “Actitudes de paciente del Programa de Control de Tuberculosis y de población aparentemente sana, frente a la TBC en relación a la prevalencia, gravedad y estigma social percibidos”. En: Tuberculosis en le Perú, Informe 1996, MINSA, Lima, 1996.
- **CALENZANI C., Maria** Estudio Psicosocial sobre niveles de Ansiedad y actitudes hacia la vejez, Lima, UPRP. 1988. Estudio de Investigación. P. 24
- **CANALES ALVARADO.** Metodología de la Investigación-OPS-OMS. Washington DC,1994
- **GOTUZZO EDUARDO.** Conferencia : “TBC Multiresistente en Latinoamérica”. XII Congreso Panamericano de Infectología. Lima, 2005.

- **KATZ, D.** Bases Teóricas sobre la estructura y cambios de actitudes. Revista Psicológica. Perú 1986
- **KRECH, David.** Psicología Social. México: Ed. Interamericana, S.A. 2da. , p. 152.
- **MENÉNDEZ, Eduardo.** “Grupo domestico y proceso salud/ Enfermedad/atención” Cuadernos Médicos-Sociales, CESS, p.59, Argentina, 1992.
- **MINISTERIO DE SALUD.** “Actualización en la Atención de pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente (TB MDR)”, Lima. 2005.
- **MINISTERIO DE SALUD.** “Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú”. Lima, 2001
- **MINISTERIO DE SALUD-PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS (PNCT) Y EL PROYECTO VIGIA,** “Vivir la Tuberculosis”. Lima, 2000
- **PROYECTO SALUD Y NUTRICION BASICA.** Estudio Sociomédico sobre la Tuberculosis. Cuzco. Informes de Investigación 12, Lima, 1998.
- **SCORZO, GABRIELA.** “Las tres Epidemias de la Tuberculosis”.Perú, 2004

- **ROTONDO, H. y col.** “Personalidad, Dilemas y Vida Familiar de Grupos Mestizos”. Perú.1980.
- **STATT, David.** La Psicología. México: ED. Hamper Row, Latinoamérica,1980.
- **WHITTAKER, James.** Psicología. 4ta. México: Ed. Interamericana, S.A. 1989. p.394
- **YRIZAR ROJAS, Helena.**”Curso de Teoría de la Dinámica Familiar”. México DF. 1984
- **ZARATE, Eduardo y col.** ”Tuberculosis en Nuevos Escenarios: Establecimientos Penitenciarios”.Lima,2005
- **<http://www.minsa.gob.pe/portal/ocom/boletin/2005/boletin%20Noviembre.htm>**
- **[http://www.minsa.gob.pe/portal/OGCMINSA/Notasprensa/spv-notadeprensa.asp?np\\_codigo=3040](http://www.minsa.gob.pe/portal/OGCMINSA/Notasprensa/spv-notadeprensa.asp?np_codigo=3040)**
- **<http://www.rebelion.org/noticia.php?id=25538>**
- **<http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/anales/Vol66n2/pdf/a09.pdf>**
- **<http://www.oge.sld.pe/vigilancia/boletin.htm>**

AneXOS

## INDICE DE ANEXOS

<b>ANEXOS</b>	<b>Pág</b>
“A” Instrumento de Recolección de Datos.....	I
“B” Operacionalización de la Variable.....	II
“C” Validez del Instrumento.....	III
“D” Confiabilidad del Instrumento.....	IV
“E” Cronograma de Gantt.....	V
“F” Sexo de los familiares encuestados .....	VI
“G” Grado de Parentesco de los Familiares encuestados.....	VII
“H” Grado de Instrucción de los Familiares encuestados.....	VIII
“I” Distribución según grado de madurez.....	IX
“J” Estado Civil de los Familiares encuestados.....	X
“K” Consentimiento Informado.....	XI
“L” Procedimiento de Medición de la Dirección de la Variable.....	XII
“M” Categorización de la variable actitud.....	XIII

## ANEXO "A"

### ESCALA DE LICKERT

#### I.- INTRODUCCION

Estimado Sr. (a):

En esta oportunidad me dirijo hacia Ud. para hacerle presente que se ha elaborado el presente instrumento como parte del estudio de Investigación titulado "Actitudes de la Familia frente al Diagnostico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar", cuyo objetivo es identificar la dirección e intensidad de sus actitudes frente al paciente con Tuberculoso Pulmonar.

Cabe recalcar que las respuestas son completamente ANONIMAS, por lo que solicito a Ud. responder con absoluta seriedad. De antemano agradezco su participación.

#### DATOS GENERALES:

##### A.- Familiar:

- **Edad:**..... **Procedencia:**.....
- **Sexo:** F( )      M( )      **Religión:** .....
- **Estado Civil:**
  - Soltero(a)      ( )
  - Casado(a)      ( )
  - Conviviente      ( )
  - Divorciado(a)      ( )
  - Separado(a)      ( )
  - Viudo(a)      ( )

▪ **Grado de Instrucción**

- Primaria Incompleta ( )
- Primaria Completa ( )
- Secundaria Incompleta ( )
- Secundaria Completa ( )
- Superior Incompleta ( )
- Superior Completa ( )

▪ **Grado de Parentesco:**

- Esposo (a) ( )
- Hijo (a) ( )
- Madre ( )
- Padre ( )
- Otros .....

▪ **Composición Familiar** (De los que viven actualmente en su casa sin incluirse Ud. Pero si al paciente).

	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Grado de Instrucción</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Ocupación</b>
a.-						
b.-						
c.-						
d.-						
e.-						
f.-						

ITEMS	TA	A	I	D	TD
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es importante que el paciente acuda al medico cuando tose por mas de 15 días.</li> <li>▪ Le preocupa que tenga fiebre nocturna.</li> <li>▪ La demora del el acta de aprobación enviada por el CERI o CERN me interesa poco.</li> <li>▪ Es angustiante que vomite sangre.</li> <li>▪ Importa poco que acuda al medico si tose por mas de de 15 días.</li> <li>▪ Le importa poco que tenga fiebre nocturna.</li> <li>▪ Que fracase al tratamiento que recibe me importa poco</li> <li>▪ Se interesa poco si esta cansado aunque las actividades que realicen sean poco agotadoras.</li> <li>▪ Le es indiferente que baje de peso a pesar que se alimente diariamente.</li> <li>▪ Es preocupante que se sienta cansado aunque las actividades que realicen sean poco agotadoras.</li> <li>▪ Importa poco si el tratamiento para la tuberculosis es corto o largo</li> <li>▪ Se preocupa si baja de peso a pesar de que se alimenta diariamente.</li> <li>▪ Interesa poco si volvió a tener tuberculosis a pesar de haber cumplido con el tratamiento.</li> <li>▪ Le indiferente que acuda al Centro de Salud a recibir su tratamiento.</li> <li>▪ Acompañarlo al centro de salud le resulta agradable.</li> <li>▪ Es importante ventilar la habitación.</li> <li>▪ Le preocupa que consuma alcohol cuando esta recibiendo</li> </ul>					



<p>un tratamiento..</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le causa interés que asista a fiestas nocturnas a pesar que no es recomendable.</li> <li>▪ Que los resultados de la prueba de sensibilidad se demoren es poco importante.</li> <li>▪ Le interesa poco que asista a fiestas nocturnas.</li> <li>▪ Le preocupa poco que consuma alcohol.</li> <li>▪ Le es poco importante tener la habitación ventilada.</li> <li>▪ Es importante que los resultados de las pruebas de sensibilidad salgan a tiempo.</li> <li>▪ Se preocupa al darse cuenta que pierde el apetito.</li> <li>▪ Causa preocupación que el acta de aprobación enviada por el CERI O CERN se tarde en llegar.</li> <li>▪ Se siente angustiada al enterarse que el tratamiento que debe recibir es largo y doloroso para su familiar.</li> <li>▪ Le resulta poco agradable preparar una alimentación balanceada.</li> <li>▪ Se interesa si su familiar fracaso al tratamiento que estaba recibiendo.</li> <li>▪ Le preocupa el abandono del tratamiento que esta recibiendo.</li> <li>▪ Se preocupa al enterarse que su familiar ha estado en contacto con un paciente con Tuberculosis Multidrogoresistente.</li> <li>▪ Se interesa si volvió a recaer en la tuberculosis a pesar de haber cumplido con el tratamiento.</li> <li>▪ Le interesa poco enterarse que abandone el tratamiento.</li> <li>▪ Le angustia poco que vomite sangre.</li> </ul>					
---	--	--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="316 380 1036 470">▪ Le interesa poco enterarse que su familiar ha estado en contacto con una persona con TBC Multidrogoresistente.</li><li data-bbox="316 489 1065 527">▪ Le resulta agradable preparar una alimentación balanceada.</li><li data-bbox="316 546 805 583">▪ Le importa poco que pierda el apetito.</li></ul>					
--	--	--	--	--	--

## Anexo “B”

### Operacionalización de la Variable

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Definición Operacional	Valor Final
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actitud de la familia hacia el Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es la predisposición organizada del individuo hacia la presencia de signos y síntomas y condiciones de riesgo que conlleven al Diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar; así como su posterior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnostico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tos</li> <li>▪ Peso</li> <li>▪ Apetito</li> <li>▪ Fiebre</li> <li>▪ Cansancio</li> <li>▪ Hemoptisis</li> <li>▪ Recaídas a esquemas de tratamiento</li> <li>• Fracaso a anteriores esquemas de tratamiento.</li> <li>• Abandono a anteriores esquemas de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es la predisposición que tiene la familia del paciente que pertenece al Esquema de Retratamiento de Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente (TBC MDR) para responder con la aceptación, rechazo o indiferencia al Diagnóstico y</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aceptación</li> <li>▪ Rechazo</li> <li>▪ Indiferencia</li> </ul>

	largo y penoso tratamiento terapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tratamiento</li> </ul>	<p>tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contacto de paciente con TB MDR <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Asistencia al PCT</li> <li>▪ Terapia Farmacológica</li> <li>▪ Demora de las actas del CERN-CERI</li> <li>▪ Prueba de sensibilidad</li> <li>▪ Ventilación</li> <li>▪ Alimentación</li> <li>▪ Consumo de alcohol</li> <li>▪ Fiestas Nocturnas</li> <li>▪ Actividad Física</li> </ul> </li> </ul>	<p>Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar mediante la aplicación de un cuestionario basada en la escala Lickert modificada.</p>	
--	---	---	--	--	--

## ANEXO “C”

### DETERMINANDO LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validez se solicito la opinión de los jueces expertos, además se aplico la formula R de Pearson a cada uno de los ítems de los resultados de la prueba piloto.

Item 1 = 0.361	Item 20 =0.271
Item 2 = 0.742	Item 21 =0.373
Item 3 = 0.468	Item 22 =0.279
Item 4 = 0.468	Item 23 =0.305
Item 5 = 0.517	Item 24= 0.328
Item 6 = 0.315	Item 25 =0.360
Item 7 =0.410	Item 26= 0.21
Item 8 = 0.0855	Item 27 =0.1837
Item 9 = 0.28	Item 28 =0.412
Item 10 = 0.272	Item 29 =0.615
Item 11 = 0.34	Item 30 =0.458
Item 12 = 0.716	Item 31=0.108
Item 13 = 0.61	Item 32 = 0.446
Item 14 = 0.45	Item 33 =0.316
Item 15 = 0.63	Item 35 =0.301
Item 16= 0.46	Item 36 =0.313
Ítem 17 = 0.35	
Ítem 18 =0.12	
Ítem 19 =0.1251	

Si  $r > 0.20$  el instrumento es valido por lo tanto este instrumento es valido en cada uno de los ítems.

## ANEXO "D"

### DETERMINANDO LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a utilizar la fórmula de - Crombach.

$$= K / K - 1 (1 - S_i / S_t)$$

$$= \frac{36}{35} \left[ 1 - \frac{16.09}{134.46} \right]$$

$$= \frac{36}{35} [ 0.8769 ]$$

$$= 0.89$$

Exista una confiabilidad  $> 0.5$ , por lo tanto este instrumento es confiable.

**ANEXO ‘E’**

**CRONOGRAMA DE GANTT**

<b>Actividades a realizar</b>	<b>Julio</b>	<b>Agosto</b>	<b>Septiembre</b>	<b>Octubre</b>	<b>Noviembre</b>	<b>Diciembre</b>	<b>Enero</b>	<b>Febrero</b>
1.- Presentación del Proyecto de Investigación.			<b>X</b>					
2.- Validez del Instrumento con el juicio de expertos.				<b>X</b>				
3.- Coordinación con el Centro de Salud.					<b>X</b>			
4.- Aplicación del Instrumento de Investigación.						<b>X</b>		
5.- Procesamiento y codificación de Datos.						<b>X</b>		
6.- Presentación, Discusión de Resultados de Tablas y/o Graficas.							<b>X</b>	
7.- Análisis e Interpretación de Datos.							<b>X</b>	
8.- Conclusiones y Recomendaciones							<b>X</b>	
9.- Sus tención del Informe Final.								<b>X</b>





**ANEXO “F”**

**SEXO DE LOS FAMILIARES ENCUESTADOS SOBRE  
LAS ACTITUDES HACIA EL DIAGNOSTICO Y  
TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS  
PULMONAR EN EL CENTRO DE SALUD  
MATERNO INFANTIL “TABLADA  
DE LURIN”-NOVIEMBRE –  
DICIEMBRE –  
2005**

<b>Sexo</b>	<b>Nº</b>	<b>Nº Familiares</b>	<b>%</b>
Femenino	12		75
Masculino	4		25
<b>Total</b>	<b>16</b>		<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada por la Investigadora en Octubre 2005

## ANEXO “G”

### GRADO DE PARENTESCO DE LOS FAMILIARES ENCUESTADOS SOBRE LA ACTITUD HACIA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL “TABLADA DE LURIN” NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2005

GRADO DE PARENTESCO	N	%
Madre	4	25
Esposa(a)	8	50
Padre	2	12.5
Hijo(a)	1	6.25
Hermano(a)	1	6.25
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada por la Investigadora en Octubre 2005

## ANEXO "H"

### GRADO DE INSTRUCCION DE LOS FAMILIARES ENCUESTADOS SOBRE LAS ACTITUDES HACIA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL "TABLADA DE LURIN" NOVIEMBRE- DICIEMBRE- 2005

GRADO DE INSTRUCCIÓN FAMILIARES	N DE FAMILIARES	
	N	%
Secundaria Incompleta	7	43.75
Secundaria Completa	5	31.25
Primaria Incompleta	2	12.5
Primaria Completa	2	12.5
<b>TOTAL</b>	16	100

Fuente: Encuesta realizada por la Investigadora Octubre. -2005

**ANEXO ‘T’**

**DISTRIBUCION SEGÚN GRADO DE MADUREZ DE LOS  
FAMILIARES ENCUESTADOS SOBRE LA ACTITUD  
HACIA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO  
DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL  
CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL  
‘TABLADA DE LURIN’- NOVIEMBRE  
DICIEMBRE – 2005**

<b>GRADO DE MADUREZ</b>	<b>Nº Familiares</b>	<b>%</b>
Adulto Joven	10	62.5
Adulto Maduro	6	37.5
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada por la Investigadora en Octubre 2005

**ANEXO “J”**

**ESTADO CIVIL DE LOS FAMILIARES ENCUESTADOS  
SOBRE LA ACTITUD HACIA EL DIAGNOSTICO Y  
TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS  
PULMONAR EN EL CENTRO DE SALUD  
MATERNO INFANTIL “TABLADA  
DE LURIN”-NOVIEMBRE –  
DICIEMBRE –  
2005**

<b>Sexo</b>	<b>Nº</b>	<b>Nº Familiares</b>	<b>%</b>
Casado	4		25
Soltera	2		12.5
Conviviente	10		62.5
<b>Total</b>	<b>16</b>		<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada por la Investigadora en Octubre 2005

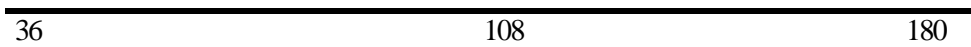
**ANEXO “K”**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

## ANEXO “L”

### PROCEDIMIENTO DE MEDICION DE LA DIRECCION DE LA VARIABLE

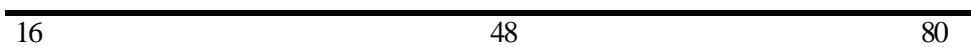
Para hallar la dirección de la variable Global se procedió de la siguiente forma:



Para hallar la dirección de la variable en la dimensión Diagnostico:



Para hallar la dirección de la variable en la dimensión Tratamiento:



## ANEXO “M”

### CATEGORIZACION DE LA VARIABLE ACTITUD

Para realizar la medición de la variable Actitud se procedió de la siguiente forma:

Promedio (X): 133

Desviación estándar (S): 11.59

Nº de preguntas: 36

Luego se aplico la Escala de Estatores, donde:

a.  $X - (0.75) (S)$

$133 - (0.75) (11.59)$

$133 - 8.69$

124.31

b.  $X + (0.75) (S)$

$133 + (0.75) (11.59)$

141.69

---

**36**

**124.31**

**133**

**141.69**

**180**

Aceptación : 143 - 180

Indiferencia : 125 – 142

Rechazo : 36 - 124



