



FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

**“CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LA FAMILIA FRENTE AL
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON
TUBERCULOSIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE LORETO,
IQUITOS – 2015”**

Para optar el título de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

Bach. Enf. DÁVILA ACOSTA, Ebony.
Bach. Enf. MORÍ CALDERÓN, Liliana Miluska.

ASESORES:

Dra. Rossana TORRES SILVA
Mgr. Saúl FLORES NUNTA

IQUITOS – PERÚ

2015

**“CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LA FAMILIA FRENTE
AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON
TUBERCULOSIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE LORETO, IQUITOS – 2015”**

Bach. Enf. Dávila Acosta, Ebony.

Bach. Enf. Morí Calderón, Liliana Miluska.

RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo determinar el conocimiento y las actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de TBC del Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos - 2015. El método empleado fue cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo, correlacional y de corte transversal; el tamaño de la muestra constituyeron 80 familiares. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar y la escala tipo Lickert, que permitió medir la actitud de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar; que obtuvieron una validez 93,3% y 98,9% respectivamente a través del método Delphi; una confiabilidad de 90,9% y 95,9% respectivamente, según el coeficiente Alfa de Cronbach. El 60% de familiares presentaron conocimiento inadecuado sobre el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis pulmonar; 68.8 % de familiares presentaron actitud de rechazo, 16,2% actitud de aceptación y 15,0 % actitud de indiferencia. Existe relación significativa entre el conocimiento y las actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento del paciente con Tuberculosis Pulmonar ($p= 0.000$).

Palabras claves: conocimiento, actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento del paciente con Tuberculosis Pulmonar.

**“CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LA FAMILIA FRENTE AL
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON
TUBERCULOSIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE LORETO, IQUITOS – 2015”**

Bach. Enf. Dávila Acosta, Ebony.

Bach. Enf. Morí Calderón, Liliana Miluska.

ABSTRACT

This research study aimed to determine the knowledge and attitudes of the family over the diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in patients treated at the Health Strategy for TB Loreto Regional Hospital, city of Iquitos - 2015. Quantitative method used was not experimental, descriptive, correlational and cross-sectional design; the sample size constituted 80 family. The instruments used were the questionnaire of knowledge about the diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis and the Likert-type scale, which allowed to measure the attitude of the family over the diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis; they obtained valid 98.9% and 93.3% respectively through the Delphi method; a reliability of 90.9% and 95.9% respectively, the Cronbach alpha coefficient. 60% of families had inadequate knowledge about the diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis; 68.8% of families had negative attitude, acceptance attitude 16.2% and 15.0% indifferent attitude. There is significant relationship between knowledge and attitudes of the family over the diagnosis and treatment of patients with pulmonary tuberculosis ($p = 0.000$).

Keywords: knowledge, attitudes of the family over the diagnosis and treatment of patients with pulmonary tuberculosis.

TESIS APROBADA EN SUSTENTACION PUBLICA EN LA FACULTAD DE
ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA
PERUANA EL DÍA 11 DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2015 POR EL
JURADO CALIFICADOR CONFORMADO POR:

.....
Dra. Maritza Villanueva Benites.

PRESIDENTA

.....
Lic. Enf. Blanca Vela de Montalván.

MIEMBRO

.....
Dra. Rossana Torres Silva.

MIEMBRO

.....
Mgr. Saúl Flores Nunta.

ASESOR ESTADÍSTICO

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la vida, por ser mi guía y la luz en mi caminar, y porque siempre es mi fortaleza para seguir adelante.

A mis padres LUIS DÁVILA y CORINA ACOSTA, que siempre me brindaron amor, cariño y apoyo incondicional durante este tiempo, y que gracias a ellos estoy finalizando con éxito mis metas.

A mis hermanas KEVIN y DEMY que siempre me aconsejaron para alcanzar mis objetivos trazados y el éxito.

EBONY

DEDICATORIA

A mi Dios Padre, por darme la vida y un nuevo amanecer cada día, brindarme salud, ser mi guía y luz en mí caminar; siempre me acompaña en cada momento de mi vida y por el inmenso amor que me tiene.

A mis padres ANSELMO MORI y DINA CALDERÓN, a mis hermanos MÓNICA, JOSÉ y LUIS, por el gran apoyo incondicional que me brindaron todo este tiempo y que sin ellos no hubiera sido posible este gran logro.

A mi futura familia IVÁN CARBAJAL y su mamá NELY por su incondicional apoyo. A mi asesora Dra. ROSSANA TORRES por su entrega, paciencia, cariño y apoyo incondicional pude lograr mi meta de ser profesional.

LILIANA

RECONOCIMIENTO

Queremos expresar nuestro sincero agradecimiento a todas las personas que contribuyeron al desarrollo del presente estudio:

Dra. Juana Vela de Santoyo, Directora de la Oficina de Investigación del Hospital Regional de Loreto, por habernos brindado las facilidades para la aplicación de los instrumentos y recolección de los datos.

Lic. Enf Gladys García Acho, Jefa de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis en H.R.L, por brindarnos las facilidades para la obtención de la muestra.

Dra. Maritza Villanueva Benites, Presidenta del Jurado Calificador por sus valiosos aportes y conocimientos que nos guiaron durante el desarrollo de la presente tesis.

Lic. Enf. Blanca Vela de Montalván, miembro del jurado calificador por sus aportes y sugerencias durante la ejecución de la tesis.

Dra. Rossana Torres Silva, miembro del jurado calificador y asesora, por su esfuerzo y dedicación, sus conocimientos y orientaciones, su paciencia y motivación han sido fundamentales para nuestra formación como investigadoras, que nos servirá para toda la vida.

Mgr. Saúl Flores Nunta, por sus orientaciones y apoyo estadístico que nos brindó para la elaboración de la tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
CAPITULO I	
1. Introducción	1
2. Problema de investigación	5
3. Objetivos	6
CAPITULO II	
1. Marco teórico	7
2. Definiciones operacionales	36
3. Hipótesis	37
CAPITULO III	
1. Método y diseño de la investigación	38
2. Población y muestra	40
3. Técnica e instrumentos	42
4. Procedimientos de la recolección de datos	44
5. Análisis de datos	45
6. Limitaciones	45
7. Protección de los derechos humanos	45
CAPITULO IV	
1. Resultados	46
2. Discusión	60
3. Conclusiones	62
4. Recomendaciones	63
5. Referencias bibliográficas	64
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

N°	TITULO	Pág.
1.	Características Sociodemográficas de familiares de pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de TBC del Hospital Regional de Loreto, Iquitos, 2015.	46
2.	Nivel de conocimiento de la familia sobre el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar de pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria del Hospital Regional de Loreto, Iquitos, 2015.	49
3.	Conocimiento de la familia sobre diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de TBC del Hospital Regional de Loreto, Iquitos, 2015.	50
4.	Actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de TBC del Hospital Regional de Loreto, Iquitos, 2015.	52
5.	Actitud de los familiares de pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en la estrategia sanitaria del Hospital Regional de Salud Loreto, 2015.	53
6.	Nivel de conocimiento y actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de TBC del Hospital Regional de Loreto, Iquitos, 2015.	59

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis es la segunda causa de mortalidad a nivel mundial después del SIDA. Solo en el 2013 se han reportado 9 millones de personas enfermas de Tuberculosis y de estas, 1,5 millones murieron por esta causa. Más del 95% de las muertes por Tuberculosis ocurrieron en países de bajos y medianos ingresos, y está considerada como una de las cinco causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años de edad (1).

Actualmente dista mucho de ser una enfermedad controlada, observándose en las últimas dos décadas un incremento en el número de casos, incluso en países desarrollados donde previamente se había logrado un descenso muy significativo. La Organización Mundial de la Salud (OMS - 1993) declaró a la TBC como una “emergencia global” y se comenzó a tomar conciencia del problema, lo que ha llevado a un cambio en la actitud general frente a esta enfermedad. Así, en los últimos años se ha frenado la tendencia al incremento e incluso se ha vuelto a invertir en algunos países, habiendo ayudado a esto el descenso asociado del SIDA ya que en enfermos de SIDA la TBC es muy prevalente.

En Norteamérica la tasa está por debajo de 10 casos/100.000 habitantes y en Sudamérica varían, desde menos de 50/100.000 en los casos de Cuba, México, Argentina, Chile, Costa Rica, Panamá, Colombia y Venezuela, a los más de 300/100.000 habitantes de Haití. Otros países se encuentran entre estos dos extremos, como Brasil, Surinam, Paraguay, Guatemala, Honduras y Nicaragua,

con 50 - 100 casos/100.000 habitantes. Y Ecuador, Perú, Bolivia, República Dominicana y Guayana con 100 - 300 casos/ 100.000 habitantes (2).

El Perú es el segundo país en América del Sur con la mayor tasa de Tuberculosis (TBC), siendo el primero, Bolivia. Cada año se notifican 32 mil casos nuevos de TBC activa. La incidencia de esta enfermedad a nivel nacional es de 106 casos por cada 100 mil habitantes, según reporte del Ministerio de Salud (MINSA). Cada año se notifican a pesar de que la enfermedad es curable y el tratamiento es gratuito en los establecimientos de salud del MINSA; al año, alrededor de mil personas dejan de tratarse por diferentes razones, entre las más comunes: irresponsabilidad de los pacientes de “sentirse mejor” o por la falta de apoyo de la familia, destacó el Colegio Médico del Perú. Este terrible mal ataca más a los hombres que a mujeres, entre los 20 y 59 años de edad (3).

En el 2014, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), señala que en el Perú la tasa de morbilidad por Tuberculosis, hasta el año 2013 fue de 79.5 x 100,000 habitantes (4).

Según el MINSA, en el interior del país en el 2012, los departamentos registrados con mayor tasa de incidencia en Tuberculosis son: Loreto, La Libertad, Madre de Dios, Tacna, Ica, Arequipa y Junín. Aproximadamente el 80% de todos los casos de Tuberculosis y el 90% de Tuberculosis multidrogoresistentes se concentran en Lima y Callao (5).

A nivel de la región Loreto, la Dirección Regional de Salud (DIRESA- LORETO) reporta que en el año 2009 se diagnosticaron 1,035 casos de TBC en todas sus formas, con una tasa de morbilidad de 105.5 x 1000,000 habitantes; así mismo, hubo un incremento de casos de Tuberculosis en las Micro Redes: Iquitos Norte,

Iquitos Sur, Nauta, Belén, Huallaga, siendo catalogadas como zonas de alto riesgo. En la distribución por grupo etario, el mayor número de casos se presentó entre 20 y 54 años de edad en ambos sexos, los que pertenecen a la población económicamente activa (PEA). Y en el año 2011 informa que, la Tuberculosis representa un marcador del subdesarrollo y está ligada a factores culturales, sociales y económicos, de compleja solución. (6).

Es decir, no se trata de una enfermedad cualquiera, ya que sobre la misma su “base biológica y la de su largo y penoso tratamiento, se va a construir la enfermedad con elementos sociales y morales, que van a incidir en el proceso de tratamiento, además sobre estos pacientes muchas veces recae el estigma social; los integrantes de la familia lo ven como un “objeto indeseable” y como fuente de contagio debe ser “rehuido”. A ello se suma el problema económico que crea en las familias debido a la incompreensión de los empleadores junto con la disminución 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; y entre los más jóvenes, la Tuberculosis Pulmonar trunca la formación profesional.

Así mismo, a través de nuestra experiencia en el internado clínico, se evidencio que el paciente TB asiste mayormente solo sin compañía de algún familiar, a recibir su tratamiento de manera irregular o ausentándose por varios días y finalmente hace abandono total del tratamiento, dado a que se sentirá rechazado y no tendrá motivación para continuar el tratamiento.

Es por ello, que la familia muchas veces no se convierte en el soporte social, de manera que vaya amortiguando eventos estresantes de la vida y la enfermedad y participe activamente favoreciendo el pronóstico de mejoría del paciente, en otras

situaciones ocurre una mutua culpabilidad, ocasionando que se faciliten de manera directa los síntomas y un próximo abandono del tratamiento que está recibiendo.

Frente a esta problemática de salud pública planteada y no habiendo estudios realizados a nivel local relacionados con las variables a investigar, se pretende desarrollar el presente estudio de investigación, y dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento del paciente con Tuberculosis Pulmonar, atendidos en la estrategia sanitaria de TBC del Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos durante el año 2015?; los resultados servirán de base para futuros trabajos de investigación y como fuente de consulta científicamente probados, beneficiando así a la sociedad científica en general. Y para el personal Profesional de Enfermería responsable de la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis, contribuirá a reforzar ciertas estrategias de comunicación o implementar Programas de Capacitación que facilite la creación de un conocimiento integral e influyan en la conducta de la persona, familia y comunidad, de manera positiva respecto a la enfermedad; enfatizando el soporte emocional, tan importante para el afrontamiento exitoso de la enfermedad y por ende promover actitudes favorables en la población de nuestra región y país.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe relación entre el conocimiento y las actitudes de la familia frente al Diagnóstico y Tratamiento del paciente con Tuberculosis Pulmonar, atendidos en la Estrategia Sanitaria de TBC del Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos durante el año 2015?

3. OBJETIVOS

General:

Determinar la relación entre el conocimiento y las actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de TBC del Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos durante el 2015.

Específicos:

1. Identificar características sociodemográficas de los familiares de pacientes con Tuberculosis Pulmonar: edad, sexo, procedencia, religión, ocupación, estado civil, parentesco y grado de instrucción.
2. Identificar el conocimiento de la familia sobre el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de TBC.
3. Identificar las actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de TBC.
4. Relacionar el nivel de conocimiento y las actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de TBC.

CAPITULO II

1. MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES

A nivel Internacional

Martínez, et al. (México, 2014) realizo un estudio con el objetivo de identificar los factores familiares que favorecen el apego al tratamiento de la tuberculosis pulmonar en una muestra de 57 pacientes en edad adulta, siendo la edad mínima 18 y la edad máxima 83. Encontró que el 14% de los pacientes presento abandono al tratamiento del esquema acortado. El 92.2% negó el abandono familiar recibiendo, el 87.7% apoyo económico de sus familias. El 42% experimento rechazo social al saber sobre su enfermedad, mientras que sólo el 15.7% percibió este rechazo de su familia. Por otro lado el 73% de los pacientes refirió mantener una buena relación de pareja posterior al diagnóstico de su enfermedad. (7)

Heredia, et al. (México, 2012) realizo un estudio con el objetivo de explorar los determinantes sociales del paciente y adherencia al tratamiento; en un grupo de 31 pacientes del Estado de Yucatán. Encontró que el 83.8% de los entrevistados pertenece a un nivel socioeconómico bajo. El 61.3% se encuentra en pobreza extrema. El 83.4% acudió a centros de salud cercanos a su domicilio y refirieron que las instrucciones del personal médico fueron confusas y los procedimientos diagnósticos incómodos y molestos. El 54.8% sabía muy poco o nada sobre la enfermedad y temía al rechazo de su familia o comunidad. Los fármacos causaron malestar en 80.6% de los pacientes y el 16.1% abandonó el tratamiento. (8)

Hernández, et al. (Cuba, 2013) realizó una encuesta nacional sobre conocimiento, actitud y comportamiento de la población ante la TB; encontró que el 87,2% de los familiares de TB, opinan que ayudarían al enfermo en el cumplimiento del tratamiento indicado por los especialistas, el 15.3% lo mantendría asilado del resto de la familia, el 1.6% no sabría qué hacer, mientras que solo el 1.4% se alejaría de la persona enferma y el 0.1% no haría nada al respecto. (9)

Alarcón, et al. (Bolivia, 2008) realizó un estudio sobre conocimientos y actitudes frente a la enfermedad de Tuberculosis en la población del barrio Carlos Wagner Tarija; cuyo objetivo fue determinar los conocimientos y actitudes que tienen la población mayor de 15 años frente a la enfermedad de Tuberculosis. Encontró que el 59% de los encuestados tiene un conocimiento insuficiente sobre los signos y síntomas de la TBC, el 94% de la población encuestada identificaron que esta enfermedad tiene curación siguiendo un tratamiento farmacológico. Así mismo, el 85% de los encuestados reconoce las consecuencias del abandono al tratamiento y un 15% no conoce las consecuencias de esta enfermedad. El 61% considera que aislar a la persona y utilizar utensilios individuales contribuye a disminuir el riesgo de contagio de la enfermedad hacia los otros miembros de la familia, el 5% reconoce que no haría nada. Concluyendo que a pesar de tener un cierto nivel de conocimiento tienen actitudes desfavorables frente a esta enfermedad. (10)

A nivel Nacional

Collazos, (Lima, 2013) realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre los conocimientos y las actitudes hacia la aplicación de las medidas preventivas en familiares de pacientes de la ESN-PCT; en una muestra de 32 familiares de pacientes. Encontró que el 56 % no conoce, y 44% conoce las medidas preventivas de TBC. Con respecto a las actitudes de los familiares hacia la aplicación de medidas preventivas de la TBC, el 56% presenta una actitud de

aceptación y 44% de rechazo. Concluyendo que no hay relación entre los conocimientos y las actitudes. El mayor porcentaje de familiares no conoce sobre el uso de quimioprofilaxis, vacunación BCG y tienen una actitud de aceptación, seguido de un porcentaje significativo que conoce y rechaza la aplicación de las medidas preventivas. (11)

Factor, (Tacna, 2012) desarrollo un estudio con el objetivo de determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre medidas preventivas frente a la Tuberculosis Pulmonar en escolares del nivel secundario de la Institución Educativa Manuel A. Odria del distrito Ciudad Nueva, con una muestra probabilística de 228 escolares , obteniendo como resultados que existe relación entre las variables estudiadas, el nivel de conocimiento de los adolescentes es regular con un 52,6% , seguido de 35,1% con un nivel de conocimientos alto frente a un nivel de conocimientos bajo con un 12,3%; las actitudes positivas con un 70,6% frente a un 29,4% de escolares que practican actitudes negativas.(12)

Ore, (Lima, 2011) realizó un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre Tuberculosis de los pacientes que asisten a los diferentes servicios que ofrece el Centro de salud “Punchauca”. Entrevistaron a 131 personas en sala de espera de diferentes servicios.

El 67,2% de los encuestados fueron varones y el 32,8% fueron mujeres. La encuesta se adaptó al lenguaje de la población estudiada. Los resultados obtenidos indicaron que el 90,8% de las personas encuestadas tuvieron conocimiento de la existencia de la Tuberculosis, pero éste conocimiento es escaso ya que al hacer otras preguntas del cuestionario demostraron tener un concepto erróneo de la enfermedad.

El 38.2% de los encuestados manifestaron que la Radiografía pulmonar era la prueba más importante para diagnosticar la TBC, algunos manifestaron que era el examen más solicitado en los certificados médicos para conseguir trabajo. Un 32 % señaló a la muestra de esputo como el examen de elección, un 10.7% manifestó que el diagnóstico lo hacía el médico en el consultorio, diagnóstico clínico 10.7% y otro 10.7% de los entrevistados ignoraban como se hacía un diagnóstico para la TBC. En cuanto al periodo de tratamiento correcto se aceptó de 6 a 18 meses. El 58,8% respondieron que el tratamiento duraba 12 meses El 29,8% manifestaron desconocer acerca del tema. Concluyendo que los conocimientos actuales sobre la tuberculosis se deben transmitir en un lenguaje simple y de forma sistemática a todos y en cualquier lugar, con objeto de despertar la confianza de los enfermos y de la población y evitar temores injustificados. (13)

A nivel Local, no se encontró antecedentes de estudio sobre las variables a estudiar.

2.1. BASES TEÓRICAS

2.1.1. CONOCIMIENTO DEL FAMILIAR SOBRE TUBERCULOSIS PULMONAR

2.1.1.1. DEFINICIÓN DE CONOCIMIENTO

El presente estudio pretendió abordar los niveles de conocimiento de los familiares del paciente con Tuberculosis Pulmonar. El conocimiento como tal, es más que un conjunto de datos, visto solo como datos es un conjunto sobre hechos verdades o de información almacenada a través de la experiencia del aprendizaje o a través de introspección. El conocimiento comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón.

Según Bunge el conocimiento es un “conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos, clasificado en conocimiento vulgar, llamándose así a todas las representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo, de captar mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural, el conocimiento científico, que es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia”. (14)

2.1.1.2. TEORÍA DEL CONOCIMIENTO

Según Salmerón N. Sostiene que el conocer es un hecho primario, espontáneo e instintivo, y por ello no puede ser definido estrictamente. Se podría describir como un ponerse en contacto con el ser, con el mundo y con el yo; también podríamos decir que es un proceso en el que están vinculados estrechamente las operaciones y procedimientos mentales, subjetivos, con las operaciones y formas de actividad objetivas prácticas, aplicadas a los objetos.(15)

El conocer se caracteriza como una presencia del objeto frente al objeto: el sujeto se posesiona en cierta forma del objeto, lo capta y lo hace suyo, reproduciéndolo de tal manera que responda lo más fielmente posible a la realidad misma del objeto. Por medio de esta reproducción, se tiene la imagen, no física como sería una fotografía, sino psíquica, cognoscible, intencional.

El conocimiento depende de la naturaleza del objeto y de la manera y de los medios que se usan para reproducirlo. Así, tenemos un conocimiento sensorial (si el objeto se capta por medio de los sentidos), éste se encuentra tanto en los hombres como en los animales, y un conocimiento racional, intelectual o intelectual, si se capta por la razón directamente. Podríamos citar unos ejemplos: un libro, un sonido, un olor se captan por medio de los sentidos; la belleza, la justicia, el deber se captan por medio de razón.

La actividad cognoscitiva es adquisitiva, cuando obtenemos un conocimiento; conservativa, cuando retenemos o memorizamos un conocimiento; elaborativa, cuando, con base en conocimiento adquiridos y memorizados, elaboramos otros por medio de la imaginación, la fantasía o el razonamiento. (15)

2.1.1. 3. TIPOS DE CONOCIMIENTO

Según John L, existen los siguientes tipos de conocimientos:

a) **Vulgar:**

El conocimiento común cotidiano, también conocido como empírico-espontáneo, se obtiene básicamente por la práctica que el hombre realiza diariamente, lo cual ha permitido a la humanidad acumular valiosas y variadas experiencias a lo largo de su historia. Tiene lugar en las experiencias cotidianas. Es y ha sido respuesta a necesidades vitales. Ofrece resultados prácticos y útiles. Se transmite de generación en generación.

b) **Científico:**

Son conocimientos científicos los obtenidos a través de una búsqueda intencionada, para la cual se delimitaron los objetivos que se persiguen y se previeron los medios de indagación, basándose en la verificación de la realidad. Va más allá de lo empírico, por medio de él, trascendido el fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen. Cuyos elementos son los siguientes:

- Es cierto porque sabe explicar los motivos de su certeza.
- Es general, la ciencia partiendo de lo individual, busca en él lo que tiene en común con los demás de la misma especie.
- Es metódico, sistemático su objetivo es encontrar y reproducir el encadenamiento de los hechos, lo alcanza por medio del conocimiento de las leyes y principios. Por eso la ciencia constituye un sistema. (16)

2.1.1.4. CARACTERÍSTICAS DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

Según Terrones E. El conocimiento científico es un saber crítico (fundamentado), metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, comunicable (por medio del lenguaje científico), racional, provisorio y que explica y predice hechos por medio de leyes.

El conocimiento científico es crítico porque trata de distinguir lo verdadero de lo falso. Se distingue por justificar sus conocimientos, por dar pruebas de sus verdad, por eso es fundamentado, porque demuestra que es cierto.

Se fundamenta a través de los métodos de investigación y prueba, el investigador sigue procedimientos, desarrolla su tarea basándose en un plan previo. La investigación científica no es errática sino planeada.

Su verificación es posible mediante la aprobación del examen de la experiencia. Las técnicas de la verificación evolucionan en el transcurso del tiempo.

Es sistemático porque es una unidad ordenada, lo nuevos conocimientos se integran al sistema, relacionándose con los que ya existían. Es ordenado porque no es un agregado de informaciones aisladas, sino un sistema de ideas conectadas entre sí.

Es un saber unificado porque no busca un conocimiento de lo singular y concreto, sino el conocimiento de lo general y abstracto, o sea de lo que las cosas tienen de idéntico y de permanente.

Es universal porque es válido para todas las personas sin reconocer fronteras ni determinaciones de ningún tipo, no varía con las diferentes culturas.

Es objetivo porque es válido para todos los individuos y no solamente para uno determinado. Es de valor general y no de valor singular o individual. Pretende conocer la realidad tal como es, la garantía de esta objetividad son sus técnicas y sus métodos de investigación y prueba.

Es comunicable mediante el lenguaje científico, que es preciso y unívoco, comprensible para cualquier sujeto capacitado, quien podrá obtener los elementos necesarios para comprobar la validez de las teorías en sus aspectos lógicos y verificables.

Es racional porque la ciencia conoce las cosas mediante el uso de la inteligencia, de la razón.

El conocimiento científico es provisorio porque la tarea de la ciencia no se detiene, prosigue sus investigaciones con el fin de comprender mejor la realidad. La búsqueda de la verdad es una tarea abierta.

La ciencia explica la realidad mediante leyes, éstas son las relaciones constantes y necesarias entre los hechos. Son proposiciones universales que establecen en qué condiciones sucede determinado hecho, por medio de ellas se comprenden hechos particulares. También permiten adelantarse a los sucesos, predecirlos. Las explicaciones de los hechos son racionales, obtenidas por medio de la observación y la experimentación. (17)

2.1.1.5. CONOCIMIENTO BÁSICO O FUNDAMENTAL SOBRE TUBERCULOSIS PULMONAR

a) Definición

La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, conocido como el bacilo de Koch.

b) Epidemiología

La tuberculosis es, posiblemente, la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2003, estimó en 8 millones (140/100.000) el número de nuevos casos de tuberculosis, de los cuales 3,9 millones (62/100.000) son bacilíferos; es decir, son casos con tuberculosis activa y 674.000 (11/100.000) están coinfectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La tuberculosis mantiene una prevalencia de 245/100.000 habitantes, y una tasa de mortalidad de 28/100.000. La tendencia epidemiológica de la incidencia de tuberculosis sigue aumentando en el mundo, pero la tasa de mortalidad y prevalencia están disminuyendo (Organización Mundial de la Salud, 2003, revisada en marzo de 2006).

c) Mecanismo de transmisión

Se transmite por vía respiratoria, es decir la persona con tuberculosis, elimina el microbio en las gotitas de saliva al toser o estornudar. Este microbio puede ser aspirado por una persona sana que esté en contacto frecuente con el enfermo de tuberculosis y así contagiarse. Por esta razón, la mayoría de personas que contraen la enfermedad son aquellas, con quienes comparte mucho tiempo, como por ejemplo, miembros de la familia, amigos, o compañeros de trabajo.

d) Manifestaciones Clínicas

Los síntomas varían de acuerdo a cada paciente dependiendo de la extensión de la enfermedad. La tos productiva por más de 15 días es uno de los principales síntomas de esta enfermedad, en algunos casos puede producir hemoptisis, existen además síntomas asociados como: disminución de peso, sudoración nocturna, cansancio, entre otros según el tipo de localización y extensión de la enfermedad (18)

e) Diagnóstico

Tras una sospecha clínica deben realizarse los siguientes estudios:

- Prueba de BK Esputo
- Radiografía de Tórax
- Cultivo de Esputo

f) Tratamiento de la Tuberculosis

El tratamiento de la Tuberculosis se basa en regímenes de terapia combinada (varios medicamentos) de corta duración, formulados en los decenios 1970 y 1980; y que han ido mejorando en el transcurso de los años, teniendo en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos anti tuberculosis: capacidad bactericida, capacidad esterilizante, y capacidad para prevenir la resistencia. Nos enfrentamos a su vez a fenómenos biológicos relacionados a la presencia de enfermedades como el VIH/SIDA o la Diabetes Mellitus, que favorecen a la presencia de la TB, además los fenómenos de resistencia a las drogas, la Multidrogorresistencia y la extrema resistencia, y por lo tanto a escenarios mucho más complejos para el control de la Tuberculosis en el país.

En el Perú hemos acumulado en los últimos años una reconocida experiencia internacional en el manejo de la Tuberculosis en general y de manera particular en la multidrogorresistencia. Hemos podido incorporar herramientas de diagnóstico

para identificar Tuberculosis Multidrogorresistente (TB MDR) y la posibilidad de implementar acciones terapéuticas más eficaces.

A. El tratamiento farmacológico de la Tuberculosis sensible a las drogas considera dos fases, ambas supervisadas:

- Primera Fase: de inducción o bactericida.- consiste en la administración diaria y sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida y para prevenir la resistencia y con ello el fracaso al tratamiento.
- Segunda Fase: de mantenimiento o esterilizante.- consiste en la administración intermitente. Es decir, ya no requiere tratamiento diario. Incluye menor número de medicamentos, suficientes para conseguir la eliminación de los bacilos persistentes y evitar así las recaídas.

B. En todos los pacientes es obligatorio la observación directa de la toma de medicamentos por el personal de salud, con lo que se obtiene la mayor posibilidad de curación y menos riesgo de resistencia y fracaso al tratamiento.

C. La observación directa de la toma de los medicamentos (tratamiento supervisado en ambas fases) mejora sensiblemente la posibilidad de lograr la curación de los pacientes. Está prohibido dar tratamiento auto administrado.

D. Las instituciones proveedoras de servicios de salud deberán garantizar o asegurar la supervisión del tratamiento en ambas fases. De no poder cumplir con esta indicación deberá ser derivado o transferido según el caso a un establecimiento de salud del Ministerio de Salud para su supervisión.

E. Cuando se brinda tratamiento auto administrado (no observado por el personal de salud)

Tratamiento Complementario

A. Nutrición:

1. Procurar asegurar una nutrición adecuada del paciente con la finalidad de lograr un incremento de peso significativo. Esta debe ser rica en proteínas de alto valor biológico. En pacientes crónicos con tendencia a retener CO₂, deben recibir dieta baja en carbohidratos.
2. De acuerdo a la complejidad del establecimiento de salud solicitar evaluación del nutricionista en todos los casos donde se cuente con este recurso. Dar suplemento de vitaminas (Piridoxina), para evitar los efectos adversos en todos aquellos casos necesarios (diabetes, pacientes con TB MDR en retratamiento, desnutridos, gestantes, alcohólicos, adultos mayores de más de 65 años). Vitamina A en zonas en que haya deficiencias. Vitamina D: 600 000 UI vía oral cada 2 semanas el primer mes y luego una dosis mensual durante el tratamiento.

B. Cirugía:

Está indicada en aquellos pacientes con enfermedad de TB MDRIXDR con lesiones localizadas persistentes, en quienes existe el riesgo de fracaso al tratamiento. Se indica de manera precoz sobre todo en pacientes con patrones de resistencia a múltiples fármacos de primera y segunda línea y en casos de pacientes con TB XDR.

C. Corticoides:

Esta indicado en TE miliar y TE con inflamación de serosas (TB pleural, intestinal y 10 peritoneal, pericárdica y meníngea). La dosis recomendada es 1-1.5

mg/Kg/día de Prednisona (o su equivalente) por 2-4 semanas. También está indicado su uso en RAFA moderada a severa en dosis: 1-2 mg/Kg/día de Prednisona (o su equivalente) durante el tiempo necesario para controlar el evento adverso. Algunos expertos sugieren que en TB MDR con enfermedad pulmonar extensa sería conveniente incluir corticoides en la terapia.

D. Reposo Físico:

Se recomienda reposo físico total o relativo por lo menos durante la primera fase del tratamiento. El descanso médico procede según las normas legales nacionales y debería ser de al menos dos meses. En el caso de TB MDR debería ser de por lo menos 6 meses consecutivos desde el inicio de retratamiento. (19).

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:

1. Para la Familia:

a) 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 (20).

b) Vacunación BCG

La Vacuna BCG (Bacilo de Calmette- Guerin) es una vacuna viva y atenuada, obtenida, 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 (MECTB) y la tuberculosis miliar en la población menor de 5 años.

c) Control de Contactos.

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.

d) 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 está bajo responsabilidad de Enfermería.

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. 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 baciloscopia.
- Que los enfermos reciban tratamiento complementario y supervisado, y evitar que lo abandonen mediante la aplicación de la Terapia Directamente Observada.
- Que los contactos sean examinados por el personal de salud.
- Que en casa deben tener las habitaciones ventiladas e iluminadas por el los rayos solares para eliminar a los bacilos ya los rayos solares los eliminan.
- 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.
- Que el paciente con tuberculosis debe llevar una vida ordenada, no debe acudir a fiestas, pasar traspasadas así como consumir alcohol y drogas ya que disminuyen sus defensas y es más susceptible a la enfermedad.
- Que el paciente descansa 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 está cumpliendo con los efectos requeridos. (20)

2.1.2. ACTITUD DE LA FAMILIA FRENTE A LA TUBERCULOSIS PULMONAR

2.1.2.1. LA FAMILIA EN EL CUIDADO DE LA SALUD/ENFERMEDAD

Según Duran M. 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”.

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 sí mismo la unidad en la que, directa o indirectamente, repercuten las consecuencias de las crisis sociales, 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 él o ella hábitos saludables.

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; 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 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, 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.

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; 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.(19)

2.1.2.2. DEFINICIONES DE ACTITUD

El término "actitud" ha sido definido como "reacción afectiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto depurado". Es una respuesta a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente.

Una actitud puede ser también definida como una organización permanente de procesos emocionales, conceptuales y cognitivos con respecto a algún aspecto del mundo del individuo. En un lenguaje usual se entiende como una postura que expresa un estado de ánimo o una intención, o, de una forma más general, una visión del mundo. (5)

Dentro del campo de la Psicología el autor más conocido e influyente ha sido Allport, que define la actitud como “estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia, directiva o dinámica, sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”. Esta definición resalta que la actitud no es un comportamiento actual, es una disposición previa, es preparatoria de las respuestas conductuales ante estímulos sociales.

A grandes rasgos, las definiciones de actitud podrían agruparse en tres bloques:

A) Definiciones de carácter social

Podríamos considerarlas las primeras y posiblemente las más olvidadas. Los autores más característicos serían Thomas y Znaniecki. Para estos autores, las actitudes serían reflejo a nivel individual de los valores sociales de su grupo. Las actitudes se reflejarían en patrones conductuales propios de los miembros de un grupo y que regulan las interacciones entre ellos.

B) Definiciones conductuales

Cronológicamente, a lo largo de la historia de la Psicología, son las siguientes en aparecer. A partir de Allport el conductismo entra con fuerza en la Psicología Social. Para los autores conductistas la actitud es la predisposición a actuar o responder de una forma determinada ante un estímulo u objeto actitudinal. Dentro de la perspectiva conductista destacamos a Bem, el cual define la actitud como “estilo particular de respuesta verbal en la cual el sujeto no describe su ambiente privado Interno, sino su respuesta pública habitual, accesible a observadores externos”.

C) Definiciones cognitivas

Son las últimas en aparecer, hacia la década de los 50, coincidiendo con el cambio de paradigma del conductismo al cognitivismo. Autores destacados sería Sherif, Rokeach, Fazio, entre otros. Así, Rokeach define la actitud como “un conjunto de predisposiciones para la acción (creencias, valoraciones, modos de percepción, etc.) que está organizado y relacionado en torno a un objeto o situación”. Siguiendo a Garzón y Garcés las representaciones sociales compartidas se podrían representar en forma de pirámide cognitiva, en la base se encuentran las categorías, esquemas y prototipos (estos hacen referencia a los procesos básicos de construcción de conocimiento), le siguen las creencias (principios de representación y categorización), a continuación las actitudes (conjunto de creencias que configuran las tendencias básicas) y en la cúspide los valores (marcos preferenciales de orientación social)

2.1.2.3. Formación y desarrollo de las actitudes

Las actitudes del hombre se forman en la medida que él se desarrolla, pero siempre en dependencia con su prójimo. Las actitudes se desarrollan debido a la satisfacción de necesidades. Además de ofrecer un significado al mundo individual, sirven para alcanzar otros objetivos y satisfacer varios fines. Hay fuerzas determinantes que influyen en el desarrollo de las actitudes: los deseos personales, la información, la pertenencia a un grupo y la personalidad.

a) Los deseos personales.

El sujeto desarrolla una serie de actitudes al intentar satisfacer la necesidad de enfrentarse a ciertos problemas. Crea actitudes favorables hacia los objetos y hacia las personas que satisfacen sus impulsos, como objetivos y como medios para alcanzarlos. Son desfavorables hacia los objetos y personas que bloquean la satisfacción de un impulso. Diferentes impulsos pueden producir a misma actitud.

b) La información determina las actitudes del individuo.

Las actitudes se subordinan a los impulsos y sufren el impacto modelador de la información a la que se halla expuesto un individuo. La información rara vez determina una actitud, excepto cuando intervienen otras actitudes previas. La información es fundamental para que las actitudes no se aparten de los hechos: un déficit de datos puede dar origen a actitudes capaces de distorsionar la realidad.

c) La pertenencia a un grupo ayuda a determinar la formación de las actitudes.

Las actitudes de un individuo tienden a reflejar las creencias, valores y normas de los grupos a los que se adhiere, y para mantenerlas debe contar con el apoyo de sus homólogos. Los miembros de un grupo llegan a poseer las mismas creencias acerca de ciertos objetos, personas, hechos... que produce uniformidad en sus actitudes.

Dentro de un grupo se comparten muchos valores. La relación entre valores y actitudes es compleja, puesto que el mismo valor puede conducir a distintas personas a elaborar unas actitudes diversas y hasta opuestas.

Las normas del grupo regulan las actividades de los participantes en todos los pasos de una conducta normal, prescriben los actos acertados y las actitudes idóneas. La homogeneidad de las actitudes de cada uno de los subgrupos refleja la aceptación de esas normas por parte de los individuos. Es de vital importancia para la formación de las actitudes la pertenencia a un grupo, Primario o de Referencia: las influencias de los Grupos Primarios son decisivas debido a que:

- Las presiones del grupo se dirigen hacia la obtención de una conformidad.
- Los individuos tienden a buscar aquellos grupos que congenian con sus actitudes previas.
- Los miembros de los grupos primarios suelen estar expuestos a la misma información y comparten la misma subcultura y las mismas fuentes informativas.

- Los nuevos miembros de un grupo adoptan las actitudes reconocidas para conseguir la aceptación del grupo.

La pertenencia de un individuo a un Grupo de Referencia, modela una serie de actitudes únicamente cuando el sujeto se identifica con el grupo y lo utiliza como referencia. También puede determinar su conducta cuando no pertenece realmente a ese grupo pero desea pertenecer.

d) Las actitudes de un individuo reflejan su personalidad.

Aunque la influencia de los grupos tiende a producir uniformidad de las actitudes de cada uno de sus miembros, el individuo tiende a aceptar como propias sólo aquellas que se integran con su personalidad.

2.1.2.4. Adquisición de las actitudes

Las actitudes se forman y se adquieren progresivamente durante la vida de cada persona. Pastor clasifica las teorías según las tendencias predominantes en su conceptualización:

- Explicación conductista: pone énfasis en los aprendizajes condicionados.
- Explicación cognoscitiva: se centra en el pensamiento racional, abstracto y simbólico para explicar la formación, adquisición, organización y maduración de las actitudes.
- Explicación funcionalista: se centra en el descubrimiento de las funciones que las actitudes cumplen.

2.1.2.5. Surgimiento de las actitudes

La actitud se considera mediadora entre los estímulos del ambiente social de la persona y las respuestas o reacciones de ésta a dicho ambiente. Es una forma activa de adaptación de la persona a su medio ambiente.

- **Antecedentes cognitivos:** El conocimiento que la persona ha adquirido en su relación con el objeto actitudinal, en el pasado, le proporciona una buena estimación de cómo debe ser evaluado dicho objeto.
- **Antecedentes afectivos:** la experiencia cotidiana ofrece numerosos ejemplos de la influencia de las emociones sobre muchas funciones psicológicas de la persona.
- **Antecedentes conductuales:** la accesibilidad de la actitud es decisivo, aunque la experiencia directa es uno de los determinantes de la accesibilidad.

2.1.2.6. 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 sí, 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.

2.1.2.7. 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:

- **Cognoscitivo:** En dicho componente se incluyen las creencias que se tiene de un objeto. El número de elementos de este componente varía de una persona a otra. En sí, este componente es de categoría, utilizado por algunas personas para codificar alguna información.
- **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.
- **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.

2.1.2.8. Medición de actitudes

La medición de las actitudes está 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 (5).

Según W.J.H. Sport la evaluación de la actitud se ocupa de distintos asuntos:

- La redacción de cuestionarios.
- La naturaleza de las actitudes medidas por ellos.
- Los factores que han influido en esas actitudes.
- 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 (21).

Rojas, (2006) considera que hay un porcentaje mayor de aceptación 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 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. (22)

2.1.2.9. 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 está la disminución de los roles sociales desempeñados. Estos se deben 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.

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 la tuberculosis y la falta de alimento, pobreza, etc. El problema se hace más agudo en el enfermo con tuberculosis pulmonar, por el estigma social que lleva y del que es plenamente consciente. 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 retraimiento social, la percepción de no ser querido, ni aceptado.

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. (22)

2.1.3. 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 baciloscopia de control.
- Contribuir a la adhesión del paciente al tratamiento mediante una buena comunicación e identificar en el paciente conductas de riesgo a fin de realizar un trabajo de consejería.

Primera Entrevista:

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.

Segunda entrevista:

- Informar al paciente sobre la continuación del tratamiento y la importancia de las baciloscopías 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.

Tercera Entrevista

- Se realiza al término del tratamiento con la finalidad de recomendar al paciente en caso que presente sintomatología respiratoria, deberá acudir 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.

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 diagnóstico.

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).

3. DEFINICIONES OPERACIONALES

2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.

CONOCIMIENTO SOBRE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TBC. Constituye la variable independiente del estudio, definida como el conjunto de información o respuesta expresada que posee el familiar del paciente que acude a la estrategia sanitaria de control de TBC, del HRL sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Se consideró los siguientes indicadores:

Conocimiento Adecuado. Cuando los sujetos de la muestra expresaron una información correcta evidenciada en el cuestionario y alcanzaron un puntaje de 13 a 24 puntos.

Conocimiento Inadecuado. Cuando los sujetos de la muestra expresaron una información incorrecta evidenciada en el cuestionario y alcanzaron un puntaje < de 13 puntos.

2.2. VARIABLE DEPENDIENTE.

ACTITUD DE LA FAMILIA FRENTE AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TBC PULMONAR. Constituye la variable dependiente del estudio, definida como la predisposición expresada del familiar frente al diagnóstico y tratamiento del paciente que acude a la estrategia sanitaria de control de TBC del HRL. Se consideró los siguientes indicadores:

Actitud de Aceptación. Cuando los sujetos de la muestra alcanzaron a responder en la escala de Likert de 136 – 170 puntos.

Actitud de Indiferencia. Cuando los sujetos de la muestra alcanzaron a responder en la escala de Likert de 102 – 135 puntos.

Actitud de Rechazo. Cuando los sujetos de la muestra alcanzaron a responder en la escala de Likert de 36 – 101 puntos.

4. HIPÓTESIS

Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y las actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de tuberculosis pulmonar en los pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria del Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos durante el año 2015.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

1.1. Método

El método que se empleó en el presente estudio fue cuantitativo, porque se recolecto sistemáticamente la información numérica a través de procedimientos estructurados e instrumentos formales y se analizó la información numérica a través de procedimientos estadísticos.

1.2. Diseño de investigación

El diseño utilizado en el estudio fue:

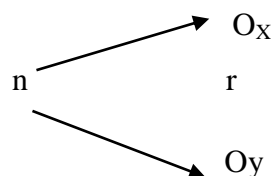
No experimental, porque se estudió una situación sin intervenir, ni manipular variables en estudio: nivel de conocimiento y la actitud de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis pulmonar.

Tipo descriptivo; porque nos permitió describir las variables en su contexto natural.

Correlacional, porque permitió explicar de qué manera se relacionan las variables en estudio, en una misma muestra de sujetos.

Corte Transversal, porque se estudió los fenómenos en un tiempo y espacio determinado

El diagrama del diseño es el siguiente:



Dónde

n: Es la muestra del estudio (familiares de pacientes con TBC Pulmonar) .

O_x: Representa la observación del conocimiento (x) sobre diagnóstico y tratamiento de la TBC Pulmonar.

O_y: Representa la actitud (y) de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de la TBC Pulmonar.

r: Posible relación entre ambas variables.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

2.1. Población

La población en estudio estuvo constituida por 80 personas, familiares (padre, madre, conyugue u otros) de cada uno de los pacientes atendidos en la estrategia sanitaria de TBC del Hospital Regional de Loreto. (Referencia de la estrategia sanitaria de TBC del HRL, 2015)

2.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por la totalidad de la población atendida en el programa de TBC del HRL, dado a que la población es muy pequeña.

2.3. Tipo de Muestreo

El tipo de muestreo utilizado fue el no probabilístico, intencionado o por conveniencia ya que se trabajara con un familiar del total de pacientes con Tuberculosis Pulmonar; atendidos en la estrategia sanitaria de TBC del HRL y que cumplieron con los criterios de inclusión.

2.4. Criterios de inclusión:

- Familiar que conviva (padre, madre, conyugue u otros) con el paciente de tuberculosis pulmonar por más de 6 meses, atendidos en la estrategia sanitaria de TBC del HRL.
- Familiar del paciente cuyas edades estén comprendidas entre los 18 y 60 años.
- Familiar del paciente que asista regularmente a recibir su tratamiento farmacológico.
- Familiar que participe libre y voluntariamente.

Criterios de exclusión:

- Familiar que vive temporalmente con el paciente de Tuberculosis Pulmonar atendidos en la estrategia sanitaria de TBC del HRL.
- Familiar del paciente con Tuberculosis Pulmonar que no es atendido en la estrategia sanitaria de TBC del HRL.
- Familiar del paciente que haya dejado de asistir o abandonado el tratamiento.
- Familiar que no acepta participar libre y voluntariamente.

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Técnicas

Las técnicas que se utilizaron durante la recolección de la información fueron:

La **encuesta**, porque permitió la aplicación del instrumento, tipo cuestionario directamente de los sujetos de la muestra; para obtener información sobre los conocimientos relacionados al diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.

La **entrevista**, que permitió la aplicación del instrumento, escala tipo Likert a los sujetos de la muestra; para medir las actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.

3.2. Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron en la presente investigación fueron:

- a. **Un cuestionario sobre TBC Pulmonar**, que permitió identificar el conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de la TBC Pulmonar; de tipo no estandarizado es decir, fue elaborado por las propias investigadoras. La estructura estuvo constituido por: título, presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos (8 preguntas cada una de ellas con 4 alternativas, cuyo valor será: a = 3 puntos, b= 2, c= 1 y d = 0) referidas a: tipo de enfermedad, manifestaciones clínicas, prueba de BK, otras pruebas diagnósticas, frecuencia y duración del tratamiento de inicio, lugar en que recibe el tratamiento, tratamiento farmacológico a los contactos, medidas preventivas y tipo de alimentación; observaciones, evaluación (Conocimiento Adecuado de 13 a 24 puntos y Conocimiento Inadecuado menos de 13 puntos), agradecimiento y despedida.
- b. **Una escala tipo Likert** adaptado, de Rojas, (2006) para evaluar actitudes del familiar frente al diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar. Estuvo constituido por título, presentación, contenido propiamente dicho (datos generales del paciente y familiar a ser

entrevistado), de 34 reactivos o ítems, de los cuales 17 con dirección positiva (1, 2, 4, 10, 12, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29 y 33) y con dirección negativa (3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 18, 19, 20, 25, 30, 31, 32 y 34); con sus respectivas alternativas de respuesta en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales hubo una reacción de los sujetos a los que se les administro. En caso de ítems positivo el puntaje fue: TA= 5, A= 4, I = 3, D = 2 y TD = 1 y de los ítems negativos el puntaje fue: TA = 1, A = 2, I = 3, D = 4 Y TD = 5; y los resultados de la evaluación según puntaje alcanzado fueron: actitudes de aceptación (de 136 a 170 puntos), actitudes de indiferencia (de 102 a 135 puntos) y actitudes de rechazo (de 34 a 101 puntos).

Validez y confiabilidad

Se procedió a determinar la validez y confiabilidad de los instrumentos, mediante el método Delphi o juicio de expertos y mediante la prueba de correlación de Pearson y el Coeficiente Alfa de Cronbach. La validez fue de 93,3% para el cuestionario y 98,9% para la escala tipo Likert. La confiabilidad se realizó a través de la prueba piloto, correspondiente a un 10% del total de la muestra aplicada en familiares de pacientes que asisten al programa de control de TBC del Hospital Apoyo de Iquitos. Los resultados del cuestionario fueron determinados a través de la prueba de correlación de Pearson y se obtuvo un valor de 90,9% y la escala tipo Likert, (adaptado de Rojas, con 89% de confiabilidad) mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, se obtuvo un valor de 95,9%, lo que indica que ambos instrumentos son confiables para su aplicación.

4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:

- a) Se solicitó por intermedio de la Decanatura de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; el documento en el cual acredite la autorización para la ejecución de la investigación.
- b) Se solicitó a la Dirección del Hospital Regional de Loreto, la autorización para realizar la investigación en la estrategia sanitaria de TBC.
- c) Se captó a los familiares de pacientes con Tuberculosis Pulmonar, atendidos en el consultorio de la estrategia sanitaria de TBC del Hospital Regional de Loreto, mediante la revisión de la ficha familiar del paciente y la respectiva historia clínica.
- d) Se solicitó la participación libre y voluntaria a través del consentimiento informado a cada familiar del paciente con Tuberculosis Pulmonar.
- e) Se explicó al familiar de cada paciente, el propósito de la investigación y el procedimiento del estudio.
- f) Luego se procedió a aplicar el cuestionario al familiar que acompañó al paciente, en el consultorio de la Estrategia Sanitaria de Tuberculosis, en el horario de 7:30 a 13:00 hrs, de lunes a sábado, con uniforme de Salud Pública, durante 15 días. Y cuando el paciente asistía sin la compañía de un familiar, se programó la visita domiciliaria para la aplicación de los instrumentos, en horario de tarde de 3 a 6 pm.

5. ANÁLISIS DE DATOS

La información que se obtuvo fue ingresada en una base de datos creada con el software estadístico SPSS Statistics versión 21.0. Se utilizó dicho software para obtener los resultados de la estadística descriptiva a través de tablas. Así mismo, se utilizó los Test estadísticos adecuados (Chi cuadrada) proporcionados por dicho software que permitió establecer la inferencia entre las variables de estudio; con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

6. LIMITACIONES

Ninguna.

5. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

Los derechos humanos y la aplicación de los principios éticos y bioéticos, fueron resguardados en todo el proceso de la investigación, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Firma del consentimiento informado por parte de los participantes en el estudio.
- El instrumento fue anonimizado, para no afectar la integridad física, emocional o moral de los sujetos de estudio.
- Se mantuvo respeto y protección por la confidencialidad de la información recolectada a través de los instrumentos utilizados, presentando los datos en forma agrupada sin singularizar a ningún sujeto en estudio.
- Los datos obtenidos en la recolección de la información solo fueron utilizados por las investigadoras y para lograr los fines de la investigación, destruyéndose posteriormente la información.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE FAMILIARES.

Tabla N° 1-A

Características Sociodemográficas de familiares de pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de TBC del Hospital Regional de Loreto, Iquitos, 2015.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n	%
Edad		
Joven (18 a 29 años)	34	42.5
Adulto (30 a 59 años)	45	56.25
Adulto mayor (60 años a mas)	1	1.25
Total	80	100.0
Sexo		
Femenino	48	60.0
Masculino	32	40.0
Total	80	100.0
Procedencia		
Urbano	72	90.0
Urbano marginal	8	10.0
Rural	0	0.0
Total	80	100.0
Religión		
Católico	54	67.5
Adventista	4	5.0
Testigo de jehová	1	1.3
Mormón	3	3.8
Evangelista	18	22.4
Total	80	100.0

Fuente: Cuestionario elaborado por las investigadoras.

En la presente tabla se puede observar que del 100% (80) familiares de pacientes con Tuberculosis Pulmonar, 56.25% (45) de ellos se encontraban en la etapa de adultos; 60% (48) pertenecen al sexo femenino; 90% (72) procedieron de zona urbana; 67.5% manifestaron ser católicos.

Tabla N° 1-B
 Características Sociodemográficas de familiares de pacientes atendidos en la
 Estrategia Sanitaria de TBC del Hospital Regional de Loreto,
 Iquitos, 2015.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	n	%
Ocupación		
Ama de casa	29	36.2
Empleado	28	35.0
Obrero	13	16.3
Desempleado	10	12.5
Total	80	100.0
Estado civil		
Soltero	25	31.3
Casado	15	18.8
Conviviente	34	42.5
Separado	3	3.7
Divorciado	0	0.0
Viudo	3	3.7
Total	80	100.0
Parentesco		
Esposo(a)	10	12.5
Hijo(a)	23	28.8
Madre	6	7.5
Padre	3	3.7
Otro	38	47.5
Total	80	100.0
Grado de Instrucción		
Primaria Incompleta	3	3.75
Primaria Completa	5	6.25
Secundaria Incompleta	6	7.5
Secundaria Completa	43	53.75
Superior Incompleta	8	10.0
Superior Completa	15	18.75
Total	80	100.0

Fuente: Cuestionario elaborado por las investigadoras.

En la presenta tabla se puede observar que del 100 (80 familiares con tuberculosis pulmonar) el 36.2% (29) manifestaron ser amas de casa. El 42.5% (34) manifestaron ser convivientes; 47.5% (38) manifestaron tener cierto grado de parentesco (entre sobrinas, tías, amigos, etc.) y 53.75% (43) manifestaron tener grado de instrucción secundaria completa.

Análisis Univariado

CONOCIMIENTO DE LOS FAMILIARES SOBRE TUBERCULOSIS PULMONAR

Tabla N° 2
Conocimiento de la familia sobre el diagnóstico y tratamiento
de la Tuberculosis Pulmonar de pacientes atendidos en la
Estrategia Sanitaria del Hospital Regional de Loreto,
Iquitos, 2015.

CONOCIMIENTO	n	%
Adecuado	32	40,0
Inadecuado	48	60,0
Total	80	100,0

Fuente: Cuestionario elaborado por investigadoras.

En la presente tabla, se puede observar que de los 80 (100.0%) familiares que constituyeron la muestra en estudio, 48 (60,0%) de ellos presentaron conocimiento inadecuado y 32 (40,0 %) conocimiento adecuado sobre el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.

Tabla N° 3

Conocimiento de la familia sobre diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de TBC del Hospital Regional de Loreto, Iquitos, 2015.

N°	Conocimiento familiar frente al diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.	Correctas		Incorrectas	
		n	%	n	%
1.	El paciente con TBC debe recibir su tratamiento principalmente en: El Hospital o Centros o Puestos de Salud	4	5.0	76	95.0
2.	El tiempo que demora el tratamiento de inicio es de: Dos meses	15	18.1	65	81.2
3.	La prueba que se realiza a una persona con tos por más de 15 días es: De esputo (BK)	16	20.0	64	80.0
4.	La Tuberculosis es una enfermedad: Infecto contagiosa.	18	22.5	62	67.5
5.	La persona infectada con Tuberculosis Pulmonar presenta: Tos por más de 15 días	18	22.5	62	67.5
6.	Existe otra prueba para diagnosticar a una persona con Tuberculosis Pulmonar y es: Radiografía de tórax	19	23.7	61	76.3
7.	La alimentación del paciente con TBC debe ser: Dieta balanceada rica en proteínas (carnes)	36	45.0	44	55.0
8.	Entre las medidas a tomar para no contagiarse de la Tuberculosis Pulmonar son las siguientes: Cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar y no dejar de tomar los medicamentos antituberculosos.	40	50.0	40	50.0
9.	El tratamiento de inicio para la persona con Tuberculosis Pulmonar es: Todos los días	42	52.5	38	47.5
10.	El tratamiento farmacológico que se le da a los menores de 15 años que están actualmente en contacto con el paciente con Tuberculosis Pulmonar se le conoce como: Quimioprofilaxis o terapia preventiva de Isoniacida.	57	71.2	23	28.8

Fuente: Cuestionario elaborado por investigadoras.

En la presente tabla, se puede observar las respuestas de los familiares de cada pregunta del cuestionario sobre el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar; y fue lo siguiente:

Entre las incorrectas: el 95.0% (76) desconocen que el paciente con Tuberculosis Pulmonar debe recibir su tratamiento principalmente en el Hospital o Centros o Puestos de Salud; el 81.2 % desconocen el tiempo que demora el tratamiento de inicio; 80.0% (64) desconocen que la prueba que se realiza a una persona con tos por más de 15 días es de esputo (BK); 77.5% (62) desconocen que la Tuberculosis Pulmonar, es una enfermedad infecto contagiosa; 77.5% (62) desconocen que la persona infectada con Tuberculosis Pulmonar, presenta tos por más de 15 días; 76.3% (61) desconocen que la radiografía de tórax es otra prueba para diagnosticar a una persona con Tuberculosis Pulmonar; y el 55.0% (44) desconocen que la alimentación debe ser balanceada rica en proteínas (carnes); y el 50.0% (40) desconocen que el cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar y no dejar de tomar los medicamentos antituberculosos, son medidas a tomar para no contagiarse de la Tuberculosis Pulmonar.

Entre las correctas: el 71.2% (57) conocen que el tratamiento farmacológico que se le da a los menores de 15 años que están actualmente en contacto con el paciente con Tuberculosis Pulmonar es el Quimioprofilaxis o terapia preventiva de Isoniacida 52.5% (42) conocen que el tratamiento de inicio para la persona con Tuberculosis Pulmonar es todos los días; y el 50.0% (40) conocen que el cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar y no dejar de tomar los medicamentos antituberculosos, son medidas a tomar para no contagiarse de la Tuberculosis Pulmonar.

Tabla N° 4

Actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de TBC del Hospital Regional de Loreto, Iquitos, 2015.

Actitud	n	%
Aceptación	13	16.2
Indiferencia	12	15.0
Rechazo	55	68.8
Total	80	100.0

Fuente: Escala Likert adaptado de Rojas.

En la presente tabla, se puede observar que del 100.0% (80) de los familiares de pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de TBC del Hospital Regional de Loreto, el 68.8% (55) presentaron una actitud de rechazo, el 16.2% (13) actitud de aceptación y el 15.0% (12) actitud de indiferencia frente al diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.

Tabla N° 5-1

Actitud de los familiares de pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en la estrategia sanitaria del Hospital Regional de Salud Loreto, 2015.

Ítems o reactivos	Resultado									
	TA		A		I		D		TD	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Es importante que el paciente acuda al médico cuando tose por más de 15 días.	2	2.5	14	17.5	1	1.3	63	78.7	0	0.0
2. Le preocupa que tenga fiebre nocturna.	2	2,5	23	28.7	2	2.5	50	62.5	3	3.8
3. La demora del resultado de la prueba de esputo (BK) me interesa poco.	35	43.7	4	5.0	8	10.0	0	0.0	33	41.3
4. Es angustiante que vomite sangre	1	1.3	15	18.7	3	3.8	61	76.2	0	0.0
5. Importa poco que acuda al médico si tose por más de 15 días.	38	47.5	1	1.3	6	7.5	2	2.5	33	41.3
6. Le importa poco que tenga fiebre nocturna.	33	41.2	2	2.5	5	6.3	0	0.0	40	50.0
7. Que fracase al tratamiento que recibe me importa poco.	35	43.7	1	1.3	6	7.5	0	0.0	38	47.5
8. Se interesa poco si está cansado aunque las actividades que realicen sean poco agotadoras	33	41.2	2	2.5	5	6.3	1	1.3	39	48.7
9. Le es indiferente que baje de peso a pesar que se alimente diariamente.	35	43.7	5	6.3	4	5.0	0	0.0	36	45.0

Fuente: Escala de Likert adaptado de Rojas.

Tabla N° 5-2

Actitud de los familiares de pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en la estrategia sanitaria del Hospital Regional de Salud Loreto, 2015.

Ítems o reactivos	Resultado									
	TA		A		I		D		TD	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10. Es preocupante que se sienta cansado aunque las actividades que realicen sean poco agotadoras.	3	3.8	25	31.2	0	0.0	48	60.0	4	5.0
11. Importa poco si el tratamiento para la tuberculosis es corto o largo.	38	47.5	0	0.0	8	10.0	0	0.0	34	42.5
12. Se preocupa si baja de peso a pesar de que se alimenta diariamente.	2	2.5	21	26.2	3	3.8	51	63.7	3	3.8
13. Interesa poco si volvió a tener tuberculosis a pesar de haber cumplido con el tratamiento.	40	50.0	2	2.5	6	7.5	0	0.0	32	40.0
14. Le es indiferente que acuda al establecimiento de salud a recibir su tratamiento.	31	38.7	4	5.0	22	27.5	2	2.5	21	26.3
15. Acompañarlo al establecimiento de salud le resulta agradable.	0	0.0	12	15.0	27	33.8	39	48.7	2	2.5
16. Le preocupa que consuma alcohol o droga, cuando está recibiendo tratamiento.	3	3.8	27	33.7	1	1.3	49	61.2	0	0.0

Fuente: Escala de Likert adaptado de Rojas.

Tabla N° 5-3

Actitud de los familiares de pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en la estrategia sanitaria del Hospital Regional de Salud Loreto, 2015.

Ítems o reactivos	Resultado									
	TA		A		I		D		TD	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
17. Le causa interés que asista a fiestas nocturnas a pesar que no es recomendable	2	2.5	34	42.5	5	6.3	37	46.2	2	2.5
18. Que los resultados de la prueba de sensibilidad se demoren es poco importante	37	46.2	1	1.3	3	3.8	4	5.0	35	43.7
19. Le interesa poco que asista a fiestas nocturnas.	36	44.9	1	1.3	9	11.3	1	1.3	33	41.2
20. Le preocupa poco que consuma alcohol.	41	51.3	2	2.5	4	5.0	0	0.0	33	41.2
21. Es importante que los resultados de las pruebas de sensibilidad salgan a tiempo.	1	1.3	25	31.2	5	6.2	48	60.0	1	1.3
22. Se preocupa al darse cuenta que pierde el apetito.	0	0.0	20	25.0	2	2.5	54	67.5	4	5.0
23. Causa preocupación que la demora del resultado de la prueba de esputo (BK) tarde en llegar.	0	0.0	25	31.2	4	5.0	50	62.5	1	1.3

Fuente: Escala de Likert adaptado de Rojas.

Tabla N° 5-4

Actitud de los familiares de pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en la estrategia sanitaria del Hospital Regional de Salud Loreto, 2015.

Ítems o reactivos	Resultado									
	TA		A		I		D		TD	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
24. Se siente angustiada al enterarse que el tratamiento que debe recibir es largo y doloroso para su familiar.	2	2.5	21	26.2	4	5.0	52	65.0	1	1.3
25. Le resulta poco agradable preparar una alimentación balanceada.	32	40.0	1	1.3	19	23.7	2	2.5	26	32.5
26. Se interesa si su familiar fracaso al tratamiento que estaba recibiendo.	1	1.3	27	33.7	1	1.3	49	61.2	2	2.5
27. Le preocupa el abandono del tratamiento que está recibiendo.	2	2.5	24	30.0	1	1.3	52	64.9	1	1.3
28. Se preocupa al enterarse que su familiar ha estado en contacto con un paciente con Tuberculosis Multidrogoresistente.	1	1.3	24	30.0	3	3.8	52	64.9	0	0.0
29. Se interesa si volvió a recaer en la tuberculosis a pesar de haber cumplido con el tratamiento.	1	1.3	24	30.0	2	2.5	52	64.9	1	1.3
30. Le interesa poco enterarse que abandone el tratamiento.	37	46.2	1	1.3	7	8.7	1	1.3	34	42.5

Fuente: Escala de Likert adaptado de Rojas.

Tabla N° 5-5

Actitud de los familiares de pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en la estrategia sanitaria del Hospital Regional de Salud Loreto, 2015.

Ítems o reactivos	Resultado									
	TA		A		I		D		TD	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
31. Le angustia poco que vomite sangre.	40	50.0	0	0.0	4	5.0	1	1.3	35	43.7
32. Le interesa poco enterarse que su familiar ha estado en contacto con una persona con TBC Multidrogoresistente.	39	48.8	0	0.0	8	10.0	0	0.0	33	41.2
33. Le resulta agradable preparar una alimentación balanceada.	1	1.3	20	25.0	15	18.7	42	52.5	2	2.5
34. Le importa poco que pierda el apetito.	3	3.8	34	42.5	6	7.5	37	46.2	0	0.0

Fuente: Escala de Likert adaptado de Rojas.

En las tablas 5-1, 5-2, 5-3, 5-4 y 5-5 se puede observar la valoración de actitud de cada ítems o reactivos de los familiares frente al diagnóstico y tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar, obteniendo en el ítem “Le preocupa poco que consuma alcohol” la mayor valoración de totalmente de acuerdo en un 51.3%. Los ítems “Le causa interés que asista a fiestas nocturnas a pesar que no es recomendable” y “Le importa poco que pierda el apetito” obtuvieron las mayores valoraciones de acuerdo con 42.5% y 42.5% respectivamente. El ítem “Acompañarlo al establecimiento de salud le resulta agradable” obtuvo la mayor valoración de Indiferencia en un 33.8%. El ítem “es importante que el paciente acuda al médico cuando tose por más de 15 días” obtuvo la mayor valoración de

desacuerdo con el 78.7%. Y el ítem “Le importa poco que tenga fiebre nocturna” obtuvo la mayor valoración de totalmente en desacuerdo con el 50.0%.

II. Análisis Bivariado

Tabla N° 6

Conocimiento y actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de TBC del Hospital Regional de Loreto, Iquitos, 2015.

Conocimiento de la familia	Actitud de la familia						Total		
	Aceptación		Indiferencia		Rechazo		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Adecuado	11	13.7	1	1.3	20	25.0	32	40.0	
Inadecuado	2	2.5	11	13.7	35	43.8	48	60.0	
Total	13	16.2	12	15.00	55	68.8	80	100.0	
		$X^2_c = 16.099$		GL = 2		$p = 0.000$		$\alpha = 0.05$	

Fuente: Cuestionario elaborado y Escala de Likert (adaptado) por investigadoras.

En la presente tabla, se observa que de los 80 (100.0%) familiares de pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de TBC del Hospital Regional de Loreto, el 55 (68.8%) mostraron una actitud de rechazo frente al diagnóstico y tratamiento con tuberculosis pulmonar, de los cuales 35 (43.8%) presentaron conocimiento inadecuado.

Al realizar el análisis estadístico para determinar la relación entre las variables, se encontró un $X^2_c = 16.099$ y un $p = 0.000$; aceptándose la hipótesis formulada: “Existe relación estadísticamente significativa entre conocimiento y la actitud de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de TBC del Hospital Regional de Loreto, Iquitos, 2015”.

4.2. DISCUSIÓN

Al analizar el conocimiento y la actitud de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de TBC del Hospital Regional de Loreto, el 55 (68.8%) mostraron una actitud de rechazo frente al diagnóstico y tratamiento con tuberculosis pulmonar, de los cuales 35 (43.8%) presentaron conocimiento inadecuado. Estos resultados son similares al estudio realizado por Oré, (Lima, 2011) donde encontró que el 90,8% de personas encuestadas tuvieron conocimiento escaso de la existencia de la Tuberculosis, ya que al hacer otras preguntas del cuestionario demostraron tener un concepto erróneo de la enfermedad. Alarcón, et al (Bolivia, 2008) concluye que a pesar de tener un cierto nivel de conocimiento tienen actitudes desfavorables frente a esta enfermedad. Así mismo, no concuerdan con el estudio realizado por Collazos, (Lima, 2013) donde concluye que no hay relación entre los conocimientos y las actitudes. Hernández, et al (Cuba, 2013) encontró que el 87,2% de los familiares de TB, opinan que ayudarían al enfermo en el cumplimiento del tratamiento indicado por los especialistas, el 15.3% lo mantendría aislado del resto de la familia, el 1.6% no sabría qué hacer, mientras que solo el 1.4% se alejaría de la persona enferma y el 0.1% no haría nada al respecto.

Estos resultados obtenidos nos permiten afirmar que pese a la existencia de las disposiciones establecidas en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT), respecto a la promoción de la salud, a través del desarrollo de la información, educación y comunicación eficaces; no existe una buena difusión de información sobre la enfermedad de tuberculosis entre el personal de los servicios de salud y los ciudadanos en diversos escenarios y espacios (primordialmente a nivel familiar y comunitario), evidenciándose

además cierto rechazo de la familia frente al paciente con TBC. Por tanto, es oportuno que el personal de salud retome acciones educativas de modo que contribuyan a la construcción de una cultura de salud así como favorecer la prevención y el control de la tuberculosis.

CONCLUSIONES

El 60.0% de familiares de pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en la estrategia sanitaria del Hospital Regional de Loreto, presentaron nivel de conocimiento inadecuado y 40.0% presentaron conocimiento adecuado sobre el diagnóstico y tratamiento de la TBC Pulmonar.

El 68.8% de familiares de pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en la estrategia sanitaria del Hospital Regional de Loreto, mostraron actitud de rechazo frente al diagnóstico y tratamiento del paciente, mientras que el 16.2% actitud de aceptación y 15.0% actitud de indiferencia.

Se logró significancia estadística entre el nivel de conocimiento y actitud de la familia frente al diagnóstico y tratamiento del paciente con Tuberculosis Pulmonar, obteniendo un valor de $X^2_c = 16.099$ $\alpha = 0.05$, $gl = 2$ y $p = 0.000$.

Por lo que se considera, que el desconocimiento y la actitud de rechazo de la familia frente el diagnóstico y tratamiento de tuberculosis pulmonar de los pacientes se deba a que la familia debe cumplir su rol como soporte social para así estimular la recuperación de la salud, adoptando cambios en su estilo de vida y que indudablemente modificaría la dinámica familiar habitual.

RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones obtenidas en la investigación, recomendamos lo siguiente:

1. Construir una cultura de salud enfatizando la promoción y prevención de la enfermedad de Tuberculosis Pulmonar; a través de redes de soporte (agentes comunitarios de salud) para los sectores menos favorecidos.
2. Validar estrategias educativas, con el propósito de incrementar los conocimientos y generar cambio de actitud en las familias y comunidad en general frente a la enfermedad de Tuberculosis.
3. Fomentar a través de las actividades de proyección social que desarrollan las diferentes instituciones de nivel superior, formadores de profesionales de ciencias de la salud, sobre la enfermedad.
4. A la comunidad Científica, realicen estudios en esta temática, considerando mayor ámbito geográfico, métodos y diseños diferentes, u otras variables; a fin de generar nuevos conocimientos y aplicarlos durante el ejercicio profesional de enfermería, primordialmente aquellos que laboran en la estrategia sanitaria de Tuberculosis, en los diferentes niveles de atención de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. [serial online] 2015 Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/> [citado 01 Mar. 2015]
2. Asociación de Médicos de Sanidad Exterior. Tuberculosis. Epidemiología y Situación Mundial. [serial online] 2015 Disponible en URL: http://www.amse.es/index.php?option=com_content&view=article&id=222:tuberculosis-epidemiologia-y-situacion-mundial&catid=42:inf-epidemiologica&Itemid=50 [citado 08 Abr . 2015]
3. La Republica. Perú, segundo país de Sudamérica con más casos de TBC. [serial online] 2015 Disponible en URL: <http://www.larepublica.pe/25-03-2013/peru-segundo-pais-de-sudamerica-con-mas-casos-de-tbc> [citado 10Abr . 2015]
4. Ministerio de Salud. Salud. [serial online] 2015 Disponible en URL:<http://www.unfpa.org.pe/InfoEstadistica/2014/Compendio/cap06/CAP06.pdf>. [citado 11 Jun . 2015]
5. Ministerio de Salud. Tuberculosis. [serial online] 2015 Disponible en URL:http://www.minsa.gob.pe/portada/esntbc_inf_estadistica.asp [citado 11 Jun . 2015]

6. Ministerio de Salud. Análisis de la Situación de Salud de la Región Loreto. [serial online] 2015 Disponible en URL: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/ASIS-regiones/Loreto/Loreto2010.pdf> [citado 11 Jun . 2015]

7. Martínez Y. Factores Familiares que Favorecen el Apego al Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar. [serial online] 2015 Disponible en URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2014/af142e.pdf> [citado 11 Jun. 2015].

8. Heredia M. Determinantes Sociales del Paciente y Adherencia al Tratamiento de Tuberculosis Pulmonar. [serial online] 2015 Disponible en URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2012/bio123e.pdf>[citado 18 Jun. 2015].

9. Ernesto de la C. Fortalecimiento del Programa de Control de la tuberculosis en la República de Cuba. [serial online] 2015 Disponible en URL:<http://www.one.cu/publicaciones/cepde/tb/tb2013.pdf> [citado 26 Jun. 2015].

10. ALARCÓN, J.; CARDOSO, N.; CRUZ, G.; GÓMEZ, E & ORDOÑEZ, L. 2008. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA “JUAN MISAEL SARACHO” FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA, – Bolivia.

- 11.** Collazos C. Relación entre Conocimientos y Actitudes hacia la Aplicación de Medidas Preventivas de la Tuberculosis en Familiares de pacientes de la ESN-PCT [serial online] 2015 Disponible en URL:<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1048>. [citado 02 Jul . 2015]
- 12.** Factor C. Relación entre el Nivel de Conocimiento y Actitud Sobre Medidas Preventivas Frente a la Tuberculosis Pulmonar en Escolares del Nivel Secundario de la Institución Educativa Manuel a. Odria del Distrito de Ciudad Nueva Tacna 2012. [serial online] 2015 Disponible en URL:http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/171/56_2013_Factor_Carrillo_ES_FACS_Enfermeria_2013.pdf?sequence=1[citado 02 Jul . 2015]
- 13.** Ore M. Nivel de Conocimientos sobre Tuberculosis entre los Pacientes en sala de Espera. Centro de Salud “Punchauca”, Carabayllo. Lima, Perú. [serial online] 2015 Disponible en URL:<http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20X%202010/11-Conocimientos%20Tuberculosis.htm>. [citado 02 Jul . 2015]
- 14.** Bunge M. Conocimiento. [serial online] 2015 Disponible en URL:<https://bilosofia.wordpress.com/2012/02/24/introduccion-a-la-epistemologia-segun-mario-bunge/>. [citado 02 Jul . 2015]

- 15.** Salmerón N. Teoría del Conocimiento. [serial online] 2015 Disponible en URL:<https://docs.google.com/document/d/1rT4zXFZgqAWFtxHcplRMrxvnU3m7xpaRFMk7ASzW-bg/edit?pli=1>. [citado 02 Jul . 2015]
- 16.** John L. Teoría Conocimiento. [serial online] 2015 Disponible en URL:<http://www.tiposde.org/cotidianos/53-tipos-de-conocimiento/> [citado 07 Ago. 2015]
- 17.** Terrones. E. Características del Conocimiento Científico. [serial online] 2015 Disponible en URL:<http://eudoroterrones.blogspot.com/2009/03/el-conocimiento-cientifico-y-su.html>. [citado 07 Ago. 2015]
- 18.** Vílchez V. Enfermería una Disciplina Social. [serial online] 2015 Disponible en URL:<http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art6.pdf>. [citado 07 Ago. 2015]
- 19.** Duran M. Marco Epistemológico de la Enfermería. [serial online] 2015 Disponible en URL:<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34%3E>. [citado 07 Ago. 2015]

- 20.** Chirinos J. la Calidad de Vida y el Proceso Salud-Enfermedad. [serial online] 2015 Disponible en URL:http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v07_n1/calidad_vida%20.htm. [citado 07 Ago. 2015]
- 21.** Sánchez S. Construcción de Escalas para la Evaluación de Actitudes. [serial online] 2015. Disponible en URL:<http://www.ugr.es/~eirene/publicaciones/item9/eirene9cap1.pdf>. [citado 15 Ago. 2015]
- 22.** Rojas G. Actitudes de la Familia hacia el Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar. [serial online] 2015. Disponible en URL:<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1026>. [citado 15 Ago. 2015]

ANEXOS

ANEXO N°01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
<p>Conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar (V.I.)</p>	<p>Constituye la variable independiente del estudio, definida como el conjunto de información o respuesta expresada que posee el familiar del paciente que acude a la estrategia sanitaria de control de TBC, del HRL sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.</p>	<p>2. Conocimiento Adecuado</p> 3. Conocimiento Inadecuado	<p>Cuando los sujetos de la muestra expresen una información correcta evidenciada en el cuestionario y alcancen un puntaje de 13 a 24 puntos.</p> Cuando los sujetos de la muestra expresen una información incorrecta evidenciada en el cuestionario y alcancen un puntaje menor de 13 puntos.	<p>Nominal</p>	<p>Cuestionario para medir Conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de TBC Pulmonar, consta de 8 preguntas. (Anexo N°03)</p>

<p>Actitud de la Familia hacia el diagnóstico y tratamiento del paciente con Tuberculosis Pulmonar</p> <p>(V.D)</p>	<p>Constituye la variable dependiente del estudio, definida como la predisposición expresada del familiar frente al diagnóstico y tratamiento del paciente que acude a la estrategia sanitaria de control de TBC del HRL.</p>	<p>1. Actitud de Aceptación</p> <p>2. Actitud de Indiferencia</p> <p>3. Actitud de Rechazo</p>	<p>Cuando el familiar alcance en la escala de Likert de 136 – 170 puntos.</p> <p>Cuando el familiar alcance en la escala de Likert de 102 – 135 puntos.</p> <p>Cuando el familiar alcance en la escala de Likert de 36 – 101 puntos.</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Escala tipo Likert para evaluar actitudes de la familia, consta de 34 ítems o reactivos.</p> <p>(Anexo N° 04)</p>
--	---	---	--	----------------	--

ANEXO N° 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**“CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LA FAMILIA FRENTE AL
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON
TUBERCULOSIS PULMONAR ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO,
IQUITOS -2015”**

Yo,, persona adulta familiar del paciente atendido en la estrategia sanitaria de TBC del HRL, con DNI:, me comprometo a participar dentro de la muestra que será evaluado en el presente estudio, bajo mi consentimiento y sin haber sido obligado o coaccionado.

Consiento que las investigadoras puedan tomar información necesaria, para determinar la relación entre el conocimiento y las actitudes frente al diagnóstico y tratamiento del paciente con TB Pulmonar, así también las mismas serán usadas en presentaciones y/o publicaciones. Declaro que el investigador me ha explicado en forma clara el propósito del estudio, como se desarrollará y los procedimientos a seguir. Y consto que he tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas que considere necesarias antes de aceptar mi participación.

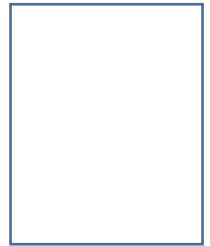
Firma del participante-----

Nº D.N.I:.....

CÓDIGO:.....

Fecha:.....

Huella Digital.



ANEXO N° 03
CUESTIONARIO
**CONOCIMIENTO DE LA FAMILIA SOBRE DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR**

CÓDIGO:

a) PRESENTACIÓN

Estimado (a) Sr. (a):

Muy buenos días, somos Bachilleres en Enfermería egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, en esta oportunidad nos encontramos realizando un estudio de investigación titulado: “Conocimiento y Actitudes de la Familia frente al Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar de pacientes atendidos en la estrategia sanitaria de prevención y control de la TB, del HRL, Iquitos, 2015”; cuyo objetivo es identificar el nivel de conocimiento de la familia sobre el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.

Para lo cual se le agradece de antemano su colaboración y solicito a Ud. responder con veracidad las preguntas del cuestionario, es de carácter ANÓNIMO y confidencial; los datos que se obtengan servirán solo para efectos del estudio de investigación. De antemano agradezco su participación. El tiempo de duración aproximada de aplicación será de 15 minutos.

b) DATOS GENERALES

❖ **Familiar:**

- **Edad:**.....
- **Sexo:** F () M ().
- **Procedencia:** Urbana () Urbano Marginal () Rural ().
- **Religión:**
 - Católica ()
 - Adventista ()
 - Testigos de Jehová ()
 - Mormones ()
 - Evangelistas ()
 - Otros:
- **Ocupación:**
 - Ama de casa ()
 - Empleado ()
 - Obrero ()
 - Desempleado ()
- **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.....

III. DATOS PARA SER LLENADO POR EL INVESTIGADOR (A)

Nombre del investigador (a):.....

Fecha: / / Hora:

III. INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta una serie de preguntas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar, marque con un aspa (x) la respuesta que usted considere correcta.

- 1) La Tuberculosis Pulmonar es una enfermedad:
 - a. Infecto contagiosa
 - b. Hereditaria
 - c. Crónica – Degenerativa
 - d. De los pobres

- 2) La persona infectada con Tuberculosis Pulmonar presenta:
 - a. Tos por más de 15 días
 - b. Dolor de cabeza
 - c. Diarreas
 - d. Sangre en la orina.

- 3) La prueba que se realiza a una persona con tos por más de 15 días es:
 - a. De esputo (BK)
 - b. Examen de sangre
 - c. Examen de heces
 - d. Examen de orina

- 4) Existen otras pruebas para diagnosticar a una persona con Tuberculosis Pulmonar y son:
 - a. Radiografía de tórax.
 - b. Ecografía
 - c. Electrocardiograma
 - d. Radiografía de la cabeza.

- 5) El tratamiento de inicio para la persona con Tuberculosis Pulmonar es:
 - a. Todos los días
 - b. Interdiario
 - c. Una vez por semana
 - d. Tres veces a la semana

- 6) El tiempo que demora el tratamiento de inicio es de:
- a. Dos meses
 - b. Tres meses
 - c. Cuarto meses
 - d. Un mes
- 7) El paciente con Tuberculosis Pulmonar debe recibir su tratamiento principalmente en:
- a. El Hospital o Centros o Puestos de Salud
 - b. El hogar
 - c. Clínicas
 - d. El trabajo
- 8) El tratamiento farmacológico que se le da a los menores de 15 años que están actualmente en contacto con el paciente con Tuberculosis Pulmonar se le conoce como:
- a. Quimioprofilaxis o terapia preventiva de Isoniacida.
 - b. Aislamiento
 - c. Nebulización
 - d. Prueba de esputo

9) Entre las medidas a tomar para no contagiarse de la Tuberculosis Pulmonar son las siguientes:

- a. Cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar y no dejar de tomar los medicamentos antituberculosos.
- b. Aislar al enfermo de tuberculosis pulmonar
- c. Separar los utensilios y ropa de cama
- d. Dormir junto al paciente en una habitación cerrada.

10) La alimentación del paciente con TBC debe ser:

- a. Dieta balanceada rica en proteínas (carnes)
- b. Dieta balanceada rica en grasas
- c. Dieta blanda
- d. Dieta vegetariana

OBSERVACIONES:.....
.....

EVALUACIÓN:

Código de alternativas: a = 3, b = 2, c = 1, d = 0

Conocimiento Adecuado	13 a 24 puntos
Conocimiento Inadecuado	Menos de 13 puntos

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ANEXO N°04
ESCALA DE LICKERT

**ACTITUDES DE LA FAMILIA FRENTE AL DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS**

CÓDIGO:

I.- PRESENTACIÓN

Estimado (a) Sr. (a):

Muy buenos días, somos Bachilleres en Enfermería egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, en esta oportunidad nos encontramos realizando un estudio de investigación titulado: “Conocimiento y Actitudes de la Familia frente al Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar de pacientes atendidos en la estrategia sanitaria de prevención y control de la TB, del HRL, Iquitos, 2015”; cuyo objetivo es identificar las actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento del paciente con Tuberculosis Pulmonar.

Para ello requiero su valiosa colaboración y es necesario recordarle que las respuestas son completamente ANÓNIMAS, por lo que solicito a Ud. responder con veracidad los ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios en la escala de actitudes, y los datos que se obtengan servirán solo para efectos del estudio de investigación. De antemano agradezco su participación. El tiempo de duración aproximada de aplicación será de 20 a 25 minutos.

IV. ESCALA DE VALORACIÓN DE ACTITUDES

La presente escala contiene un conjunto de ítems o reactivos presentados en forma de afirmaciones o juicios, respecto al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar, que experimenta el familiar del paciente con tuberculosis.

Marca con un aspa (x) la letra que mejor se adecue a tu forma de pensar y actuar; contesta todas las preguntas sin dejar de contestar ningún ítem o reactivo, haciendo de la siguiente manera:

Si tu respuesta es totalmente de acuerdo marcar la letra “TA”

Si tu respuesta es de acuerdo marca la letra “A”

Si tu respuesta es indeciso marca la letra “I”

Si tu respuesta es de desacuerdo marca la letra “D”

Si tu respuesta es de totalmente de desacuerdo marca la letra “TD”

No hay respuesta buena ni mala, solo interesa tu sinceridad para contestar. A continuación te presentamos la escala de valoración de actitudes.

ÍTEMS O REACTIVOS	DIRECCIÓN	RESULTADO				
		TA	A	I	D	TD
	Positiva (+)	5	4	3	2	1
Negativa (-)	1	2	3	4	5	
1. Es importante que el paciente acuda al médico cuando tose por más de 15 días.	+					
2. Le preocupa que tenga fiebre nocturna.	+					
3. La demora del resultado de la prueba de esputo (BK) me interesa poco.	-					
4. Es angustiante que vomite sangre	+					
5. Importa poco que acuda al médico si tose por más de 15 días.	-					
6. Le importa poco que tenga fiebre nocturna.	-					
7. Que fracase al tratamiento que recibe me importa poco.	-					
8. Se interesa poco si está cansado aunque las actividades que realicen sean poco agotadoras	-					
9. Le es indiferente que baje de peso a pesar que se alimente diariamente.	-					

10. Es preocupante que se sienta cansado aunque las actividades que realicen sean poco agotadoras.	+					
11. Importa poco si el tratamiento para la tuberculosis es corto o largo.	-					
12. Se preocupa si baja de peso a pesar de que se alimenta diariamente.	+					
13. Interesa poco si volvió a tener tuberculosis a pesar de haber cumplido con el tratamiento.	-					
14. Le es indiferente que acuda al establecimiento de salud a recibir su tratamiento.	-					
15. Acompañarlo al establecimiento de salud le resulta agradable.	+					
16. Le preocupa que consuma alcohol o droga, cuando está recibiendo tratamiento.	+					
17. Le causa interés que asista a fiestas nocturnas a pesar que no es recomendable	+					
18. Que los resultados de la prueba de sensibilidad se demoren es poco importante	-					
19. Le interesa poco que asista a fiestas nocturnas.	-					
20. Le preocupa poco que consuma	-					

alcohol.						
21. Es importante que los resultados de las pruebas de sensibilidad salgan a tiempo.	+					
22. Se preocupa al darse cuenta que pierde el apetito.	+					
23. Causa preocupación que la demora del resultado de la prueba de esputo (BK) tarde en llegar.	+					
24. Se siente angustiada al enterarse que el tratamiento que debe recibir es largo y doloroso para su familiar.	+					
25. Le resulta poco agradable preparar una alimentación balanceada.	-					
26. Se interesa si su familiar fracaso al tratamiento que estaba recibiendo.	+					
27. Le preocupa el abandono del tratamiento que está recibiendo.	+					
28. Se preocupa al enterarse que su familiar ha estado en contacto con un paciente con Tuberculosis Multidrogoresistente.	+					
29. Se interesa si volvió a recaer en la tuberculosis a pesar de haber cumplido con el tratamiento.	+					
30. Le interesa poco enterarse que	-					

abandone el tratamiento.						
31. Le angustia poco que vomite sangre.	-					
32. Le interesa poco enterarse que su familiar ha estado en contacto con una persona con TBC Multidrogoresistente.	-					
33. Le resulta agradable preparar una alimentación balanceada.	+					
34. Le importa poco que pierda el apetito.	-					

OBSERVACIONES:.....
.....

EVALUACIÓN:

RESULTADOS	PUNTAJE
Actitudes de Aceptación	136 a 170 puntos
Actitudes de Indiferencia	102 a 135 puntos
Actitudes de Rechazo	36 a 101 puntos

¡Muchas Gracias por su Participación!

ANEXO N° 05

Tabla Referencial

Características de los familiares de pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de TBC del Hospital Regional de Loreto, Iquitos, 2015.

Edad	N°	%
Adolescente (15 – 17 años)	4	5.0
Joven (18 – 29 años)	30	37.5
Adulto (30 – 59 años)	45	56.25
Adulto mayor (60 años)	11	1.25
Total	80	100.0
Sexo		
Femenino	48	60.0
Masculino	32	40.0
Total	80	100.0
Procedencia		
Urbano	72	90.0
Urbano marginal	8	10.0
Rural	0	0.0
Total	80	100.0
Religión		
Católico	54	67.5
Adventista	4	5.0
Testigo de jehová	1	1.3
Mormón	3	3.8
Evangelista	18	22.4
Total	80	100.0

Ocupación		
Ama de casa	29	36.2
Empleado	28	35.0
Obrero	13	16.3
Desempleado	10	12.5
Total	80	100.0
Estado civil		
Soltero	25	31.3
Casado	15	18.8
Conviviente	34	42.5
Separado	3	3.7
Divorciado	0	0.0
Viudo	3	3.7
Total	80	100.0
Parentesco		
Esposo(a)	10	12.5
Hijo(a)	23	28.8
Madre	6	7.5
Padre	3	3.7
Otros	38	47.5
Total	80	100.0
Grado de Instrucción		
Primaria Incompleta	3	3.75
Primaria Completa	5	6.25
Secundaria Incompleta	6	7.5
Secundaria Completa	43	53.75
Superior Incompleta	8	10.0

Superior Completa	15	18.75
Total	80	100.0

Fuente: Cuestionario elaborado por investigadoras.

En la presente tabla se puede observar que de los 80 (100%) familiares que constituyeron la muestra en estudio, 45 (56.25%) de ellos se encontraban en la etapa de Adultos (de 30 a 59 años de edad), de los cuales 48 (60%) fueron del sexo femenino; 72 (90%) procedieron de zona urbana; 54 (67.5%) manifestaron ser católicos; 29 (36.2%) manifestaron como ocupación ser amas de casa; 34 (42.5%) con estado civil de convivientes; 38 (47.5%) manifestaron como parentesco otros (sobrinas, tías, amigos, etc.) y 43 (53.75%) presentaron grado de instrucción secundaria completa.