

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL PACIENTE CON  
TUBERCULOSIS PULMONAR Y MEDIDAS PREVENTIVAS  
PARA EVITAR EL CONTAGIO EN EL HOGAR  
MICRO RED JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI  
OCTUBRE 2016**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER  
SHIRLEY RICARDINA ZUTA AYBAR**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**LIMA –PERÚ  
2017**

**ASESORA DE TESIS: MG. LUZ OLINDA FERNÁNDEZ HENRÍQUEZ**

## **AGRADECIMIENTO**

**Agradezco a Dios**, por iluminar mis días y por haberme dado fuerzas para poder culminar este trabajo de investigación

**A la Universidad Privada San Juan Bautista**, por ser mi Alma Mater.

**A la Escuela Profesional de Enfermería**, por brindarme educación, apoyo moral y fuerzas para terminar mi investigación.

**A los Centros de salud** que me brindaron facilidades para la realización de la presente investigación y a los familiares de los pacientes pertenecientes al Programa de Control de Tuberculosis del Materno Infantil José Carlos Mariátegui.

**A los Expertos** que revisaron, corrigieron y evaluaron este trabajo de investigación.

**A mis docentes**, por compartir sus conocimientos, guiarme, tolerarme, comprenderme y enseñarme el significado del amor y la perseverancia.

## **DEDICATORIA**

**A mi padre** Miguel Baltazar, por cuidarme y guiar mis pasos.

**A mis madres** Ricardina y Rosa y a mi familia, por su amor y apoyo en todo momento, por enseñarme a seguir adelante a pesar de los obstáculos que se me presentes y darme la mano para levantarme cada vez que caía.

**A mi hijo:** Matias Sanchez Zuta y a mi **esposo** por su apoyo, amor y comprensión incondicional para lograr esta meta.

## RESUMEN

**Introducción:** La tuberculosis pulmonar es la principal causa de muerte en todo el mundo, lo más importante es que es una enfermedad 100% curable y prevenible, sin embargo se ha convertido en la infección transmisible más importante en los seres humanos. **Objetivo:** Determinar las actitudes de los familiares hacia el paciente tuberculosis pulmonar y las medidas preventivas para evitar el contagio en el hogar. **Metodología:** El tipo de estudio fue cuantitativo, descriptivo y de corte transversal; la población de estudio está constituida por 74 familiares de pacientes que pertenecen a la ESCT, el tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia, pretendiendo seleccionar unidades de análisis que cumplen los requisitos de la población, Los datos se recolectaron a través de la técnica de encuesta teniendo como instrumento un cuestionario. **Resultados:** La actitud de los familiares es de indiferencia 44%, 35% rechazo y 21% de aceptación, teniendo relevancia 80% en lo afectivo. En cuanto a medidas preventivas el 59% son inadecuadas y 41% adecuadas, teniendo relevancia el control médico de contactos 61% y alimentación 81%, **Conclusiones:** La actitud de los familiares es indiferente por lo que se acepta la hipótesis, en cuanto a las medidas preventivas son inadecuadas por lo que se acepta la hipótesis.

**Palabras Clave:** Actitud, Medidas preventivas, Tuberculosis

## ABSTRACT

**Introduction:** Pulmonary tuberculosis is the leading cause of death worldwide the most important thing is a disease 100% curable and preventable, however has become the most important transmissible infection in humans. **Objective:** to determine family attitudes toward the patient with pulmonary tuberculosis and preventive measures to avoid contagion in the home. **Methodology:** The type of study was quantitative, descriptive and cross sectional study; the study population comprised 74 relatives of patient that belong to the ESCT, the type of sampling is non-probabilistic for convenience, intending to select the units of analysis that meet the requirements of the population under study. Data were collected through the technique of survey taking as an instrument a questionnaire. **Results:** The attitude of the family is 44% of indifference, 35% rejection and 21% acceptance, taking 80% relevance in the affective. With regard to preventive measures, the 59% are inadequate and 41% adequate, relevant medical management of contacts 61% and 81% power. **Conclusions:** The attitude of the family is indifferent to with the hypothesis is accepted, as the preventive measures are inadequate, that we accept the hypothesis.

**Keywords:** Attitude, Preventive measures, Tuberculosis.

## PRESENTACIÓN

La tuberculosis Pulmonar es un problema de salud pública en todo el mundo. El *Mycobacterium Tuberculosis* infecta más o menos a la tercera parte de la población mundial, es la principal causa de muerte por enfermedades infecciosas en adultos, ocasiona 1.9 millones de muertes cada año en el mundo, se presenta con una frecuencia anual aproximada de 8 millones de casos nuevos.

En los establecimientos de Salud de la Micro Red José Carlos Mariátegui, existe un total de 74 casos de tuberculosis Pulmonar pertenecientes a la primera y segunda fase los cuales están recibiendo tratamiento en la estrategia sanitaria de Control de tuberculosis, pero esto no es suficiente pues tiene que ir acompañado del apoyo familiar para mejorar el estado de salud del paciente.

Es por ello que se realiza el presente trabajo con el objetivo de determinar cuáles son las actitudes de los familiares hacia el paciente con tuberculosis pulmonar y las medidas preventivas para evitar el contagio en el hogar, con el propósito de proporcionar información válida y significativa a los establecimientos de salud en estudio, para que el personal de enfermería implemente programas de capacitación para la familia y así favorecer a que la familia tenga una participación activa y el afrontamiento eficaz de los cuidados que requiere el usuario enfermo.

El trabajo consta de los siguientes capítulos: Capítulo I: El Problema, Capítulo II: Marco Teórico, Capítulo III: Material y Métodos, Capítulo IV: Resultados y Discusión y el Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones, seguido de las referencias bibliográficas, bibliografía y para finalizar los anexos del trabajo de investigación.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>CARÁTULA</b>	i
<b>ASESORA</b>	ii
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iii
<b>DEDICATORIA</b>	iv
<b>RESUMEN</b>	v
<b>ABSTRACT</b>	vi
<b>PRESENTACIÓN</b>	vii
<b>ÍNDICE</b>	viii
<b>LISTA DE TABLAS</b>	x
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b>	xi
<b>LISTA DE ANEXOS</b>	xii
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	
I.a. Planteamiento del problema	13
I.b. Formulación del problema	15
I.c. Objetivos	16
I.c.1. Objetivo General	16
I.c.2. Objetivo Específico	16
I.d. Justificación	16
I.e. Propósito	17
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
II.a. Antecedentes bibliográficos	19
II.b. Base Teórica	24
II.c. Hipótesis	49
II.d. Variables	49
II.e. Definición Operacional de Términos	49



<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
III.a. Tipo de estudio	51
III.b. Área de estudio	51
III.c Población y muestra	52
III.d. Técnica e instrumento de recolección de datos	53
III.e. Diseño de recolección de datos	54
III.f Procesamiento y análisis de datos	55
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	
IV.a. Resultados	56
IV.b. Discusión	61
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
V.a. Conclusiones	66
V.b. Recomendaciones	67
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	68
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	72
<b>ANEXOS</b>	73

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>TABLA 1</b> Datos de los familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar micro Red José Carlos Mariátegui Octubre 2016	<b>56</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

		<b>Pág.</b>
<b>GRÁFICO 1</b>	Actitud de los familiares hacia el paciente con tuberculosis pulmonar Micro Red José Carlos Mariátegui, Octubre 2016	<b>57</b>
<b>GRÁFICO 2</b>	Actitud de los familiares hacia el paciente con tuberculosis pulmonar micro Red José Carlos Mariátegui, Octubre 2016	<b>58</b>
<b>GRÁFICO 3</b>	Medidas preventivas para evitar el contagio en el hogar Micro Red José Carlos Mariátegui, Octubre 2016	<b>59</b>
<b>GRÁFICO 4</b>	Medidas preventivas para evitar el contagio en el hogar Micro Red José Carlos Mariátegui, Octubre 2016	<b>60</b>

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>ANEXO 1</b> Operacionalización de Variables	<b>74</b>
<b>ANEXO 2</b> Instrumento	<b>76</b>
<b>ANEXO 3</b> Validez de instrumento	<b>83</b>
<b>ANEXO 4</b> Confiabilidad de Instrumento	<b>84</b>
<b>ANEXO 5</b> Escala de valoración de instrumento	<b>85</b>
<b>ANEXO 6</b> Consentimiento informado	<b>87</b>

## CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

### I.a. Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud (**OMS**) en el 2015, informo que es una de las diez causas de muerte mundial, 10.4 millones de personas se infectaron con tuberculosis y 1.8 millones murieron a causa de esta infección, además indico que el 95% de estas personas se ubican en las zonas de bajos y medianos ingresos. Los países con mayor tasa de prevalencia e incidencia fueron China, Nigeria, Pakistán y Sudáfrica. Por otro lado esta enfermedad infecciosa está asociada a la mortalidad en pacientes con VIH, la otra problemática es la aparición de tuberculosis multirresistente (TB- MDR) que en el mundo son aproximadamente 480 000 mil personal que la padecen.<sup>1</sup>

En la región de las Américas según la Organización Panamericana de la Salud (**OPS**), indico en el 2015 que la tuberculosis es la principal causa de muerte por enfermedad infecciosa en adultos, cada año se registran 220 000 casos nuevos y mueren 50 000 como consecuencia de esta enfermedad infecciosa, que es en su totalidad prevenible mediante el cumplimiento del tratamiento farmacológico.<sup>2</sup>

Cada año se registran 268 500 nuevos casas de tuberculosis en la Región de las Américas y mueren más de 18 500 personas a consecuencia de esta enfermedad, la incidencia es de 27.1 x 100 000 habitantes. Uno de os aspectos más importantes en relación a la tuberculosis, es que es una enfermedad 100% curable y prevenible, sin embargo se ha convertido en la infección transmisible más importante en los seres humanos.<sup>2</sup>

Para el 2030, se estima que se debe erradicar la tuberculosis en el mundo, de acuerdo a los nuevos objetivos propuestos denominados “Objetivos de Desarrollo Sostenible”.<sup>2</sup>

En el Perú, la reducción ha sido paulatina en los últimos 25 años, pero políticamente las normativas no han contribuido a mejorar en disminuir las formas graves de la tuberculosis como son la Tuberculosis multirresistente (MDR) y la extremadamente resistente (XDR), su tasa está por encima de los valores del resto de América, registrando 1 500 casos de MDR, frente a los 702 de Brasil y los 100 de Bolivia y Haití.<sup>3</sup>

En general en el Perú las poblaciones más vulnerables son las que salen de ambientes sociales reducidos, las que comienzan a trasladarse mayores distancias en transporte público, entre ellos los que acaban la vida escolar, la edad de mayor afectación por TB s la de 18 a 26 años. El transporte público en condiciones deplorables son los principales lugares de transmisión al ir con un exceso de pasajeros sin la ventilación adecuada, han demostrado que existe relación entre las rutas de los distritos y el número de casos de pacientes con tuberculosis pulmonar, demostrándose que ocho de cada diez casos se contraen en la comunidad y no en el hogar.<sup>3</sup>

Para la lucha contra la tuberculosis, ha sido necesario convocar y unir esfuerzos, desde un enfoque, integral y solidario, donde el control de la enfermedad, no está centrado únicamente en aspectos biomédicos, si no también, en factores socioculturales y económicos. No obstante, tanto la tuberculosis / VIH-SIDA, el estigma, la discriminación y lo complicado de las intervenciones técnicas, socioculturales y económicas significan un reto para el mejoramiento de las políticas de salud.

La estigmatización y discriminación frente a esta enfermedad ha ido adquiriendo carácter mundial, resultando injusto debido a que si es bien controlada a través del tratamiento las personas pueden desempeñarse con total normalidad en sus labores cotidianas, por otro lado la edad afectada es la juventud y por tanto su capacidad productiva se ve disminuida, es decir el desempleo que los afecta es tan devastados como perder la vida misma, porque socialmente son alejados como consecuencia de su padecimiento.<sup>4</sup>

Este estudio se realizó en la Micro Red José Carlos Mariátegui en el cual observe que la tuberculosis afecta principalmente a los grupos humano con escasos recursos económicos, a esto se suma el desinterés de los pacientes que padecen esta enfermedad, alguno de ellos manifestaban *“mi vida ha cambiado mucho, mis familiares me rechazan”*, otros referían *“recibir este tratamiento es muy pesado, estoy harto de las pastillas”*.

Por lo anteriormente planteado se formula la siguiente pregunta de investigación:

#### **I.b. Formulación del problema**

**¿CUÁLES SON LAS ACTITUDES DE LAS FAMILIARES HACIA EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR Y LAS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR EL CONTAGIO EN EL HOGAR, MICRO RED JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI, OCTUBRE 2016?**

## **I.c. Objetivos**

### **I.c.1. Objetivo General**

- Determinar las actitudes de los familiares hacia el paciente con tuberculosis pulmonar y las medidas preventivas para evitar el contagio en el hogar en la Micro red José Carlos Mariátegui de Villa María del Triunfo, Octubre del 2016.

### **I.c.2. Objetivo Específico**

- Identificar las actitudes de los familiares hacia el paciente con tuberculosis pulmonar según área:
  - Cognitiva
  - Afectiva
  - Conductual
- Valorar las medidas preventivas para evitar el contagio en el hogar según dimensión:
  - Control médico de contactos
  - Medidas de saneamiento
  - Higiene
  - Alimentación
  - Control de hábitos nocivos

## **I.d. Justificación**

Esta investigación es importante por la repercusión que tiene la tuberculosis pulmonar socialmente en la población, considerando que afecta directamente a la población económicamente activa debido a la incomprensión de los empleadores junto con la incapacidad física de trabajar que reduce la



participación en actividades económicamente productivas para el sostenimiento de su hogar y la sociedad en general.

Conocer las actitudes de los familiares hacia estos tipos de pacientes fortalecerá el conocimiento sobre esta variable para enfrentarla con mayor precisión, porque si es conocido que se ha generado discriminación en diferentes ámbitos hacia los pacientes con TB, los familiares constituyen elementos necesarios e indispensables en el fortalecimiento del cumplimiento del tratamiento, pues genera tales molestias que se necesitan de agentes de apoyo para continuar hasta su término y su abandono no afecte su salud.

Es cierto que la enfermedad de alguno de los integrantes de la familia produce un desequilibrio de todo el grupo esta va a depender de la naturaleza de la enfermedad, de la manera como se toma y de las consecuencias sociales y psicológicas, por tales razones la familia requiere también atención en materia preventiva y cuidado de parte de los profesionales de enfermería.

### **I.e. Propósito**

El estudio de investigación proporciona información valedera y significativa a los Establecimientos de Salud de la Micro Red en estudio, respecto a las actitudes de los familiares y medidas preventivas para evitar el contagio de tuberculosis pulmonar en el hogar, es necesario que el profesional de enfermería implemente programas de capacitación para la familia a partir de evidencia científica y así favorecer que esta tenga una participación activa para que se tenga una repercusión positiva en la recuperación de los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Los resultados del presente trabajo de investigación orientaras la aplicación de nuevas estrategias que ayuden a los establecimientos de salud a mantener

una motivación más activa con el usuario enfermo y su familia, propiciando con ello cambios de conductas positivas y de esta manera despertar el interés de los cuidados basados en disminuir las conductas negativas, contribuyendo a evitar que la patología de la tuberculosis pulmonar llegue a desarrollar complicaciones e incluso la muerte del usuario.

## CAPÍTULO II: MARCO TEORÍCO

### II.a. Antecedentes Bibliográficos

#### Internacionales

Martínez-Hernández YO, Guzmán-López F, Flores-Pulido JJ, Vásquez-Martínez VH. Realizaron en México durante el 2011 un estudio observacional, descriptivo, y transversal con el objetivo de identificar los **FACTORES FAMILIARES QUE FAVORECEN EL APEGO AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR**. Fue realizado en la unidad de medicina familiar N° 33 de Reynosa, Tamaulipas, México. Se incluye al total de pacientes con diagnóstico de tuberculosis de primera vez seleccionados mediante censo nominal. Resultados: respecto a la percepción del apoyo familiar y social por parte de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis, puede observarse que a 92.9% de ellos le afectó en su vida personal tal diagnóstico, sin embargo, 92.2% negó abandono por parte de su familia, recibiendo 87.7% apoyo económico de ella, 73% de los pacientes refirió mantener una buena relación de pareja posterior al diagnóstico de su enfermedad; por su parte, 42% de los pacientes experimentó rechazo social y 15.7% percibió rechazo de su familia. Se realizó un cribado en los pacientes que se curaron, en los que abandonaron el tratamiento y en los que seguían su manejo, para conocer su percepción de la funcionalidad familiar mediante test de Apgar Familiar, y se encontró que los pacientes lograron la curación, 71% tenía una familia funcional, 31.5% presentaba disfunción familiar leve, 5.2% disfunción moderada y 2.6% disfunción severa; sin embargo de los pacientes que abandonaron el tratamiento, 37.5% presentaba disfunción familiar leve, 25% disfunción moderada y 12.5% disfunción severa, esto es, que 75% de los pacientes que abandonaron el tratamiento refirió algún grado

de disfunción familiar, lo cual puede estar asociado a la falta de adherencia terapéutica.<sup>5</sup>

Alarcón J, Cardozo N, Cruz G, Gómez E, Ordoñez L. En el 2014 realizo un estudio de carácter cuantitativo, transversal y descriptivo, con el objetivo determinar **LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES QUE TIENEN LA POBLACION MAYOR DE 15 AÑOS DEL BARRIO CARLOS WAGNER FRENTE A LA ENFERMEDAD DE TUBERCULOSIS EN EL DEPARTAMENTO DE TARIJA GESTION – 2014**, con la finalidad de diseñar estrategias que contribuyan a mejorar los conocimientos de la población en estudio. Material y Método: el universo sujeto a estudio está constituido por 87 familias de diferentes edades distribuidas en el barrio Carlos Wagner. Para la recolección el sujeto a estudio estuvo constituido por 87 familiar de diferentes edades distribuidas en el barrio Carlos Wagner. Para la recolección de la información utilizaron la encuesta la cual fue aplicada en la población del barrio Carlos Wagner. Una vez recolectada la información aplicaron el análisis y la síntesis de la información. Para la representación de la información obtenida se utilizó las proporciones que son gráficos de superficie y barras. Los principales resultados que comprobaron fue que un 94% de la población encuestada identificaron que esta enfermedad tiene curación siguiendo un tratamiento farmacológico. Asimismo el 85% de los encuestados reconoce las consecuencias del abandono del tratamiento y un 15% no conoce las consecuencias de esta enfermedad. El 61% de los encuestados 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. Se verifico que el 100% de la población encuestada refiere que si un miembro de la familia padecería la enfermedad actuaría, llevándose al hospital o a un centro de salud cercano para el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. Conclusiones: Esto nos permite afirmar, que muchas de las familias encuestadas consideran que solo es

importante recordarle el horario de medicación, mientras que un porcentaje menor considera que no haría nada al respecto porque cree que una competencia exclusiva del personal del personal de salud.<sup>6</sup>

## **Nacionales**

Quevedo LN, Sánchez RL, Villalba FK, Velásquez D. Realizo en el 2015 en el Rímac – Lima un estudio descriptivo de corte transversal, correlacional con el objetivo de determinar la **RELACIÓN DEL SOPORTE FAMILIAR Y SOCIAL EN EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN CENTROS DE SALUD**. La población estuvo conformada por 52 pacientes que estuvieron registrados en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis en los Centros de Salud: Flor de Amancaes y San Juan de Amancaes. Se utilizó como técnica la encuesta, a través de dos cuestionarios validados por juicio de expertos, instrumentos que midieron el soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento. Resultados: Un 81.8% de los pacientes que recibieron nivel alto de soporte familiar y social presentaron cumplimiento del tratamiento, mientras que un 36.4%, que recibieron bajo nivel de soporte familiar y social presentaron cumplimiento del tratamiento. La diferencia encontrada resulto estadísticamente significativa ( $p=0,034$ ). Mientras que un 59.6% de los pacientes cumplen con el tratamiento, y un 40.4% no lo cumplen. Conclusiones: el soporte familiar y social es un eje importante en la recuperación del paciente, ya que el paciente se siente más confiado y motivado a culminar con su tratamiento para recuperarse pronto y reinsertarse a su vida cotidiana.<sup>7</sup>

Acosta S. Realizo en el 2014 en Huancavelica un estudio de tipo no experimental, correlacional y transversal con el objetivo de determinar la **RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR Y LA ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN FAMILIARES DE USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS DE LA MICRORED DE SANTA ANA – HUANCAVELICA – 2014**. Metodología: La muestra fue de 47 familiares de los cuales 46.8% tiene nivel de conocimiento bajo sobre la tuberculosis pulmonar de modo que el 44.7% tiene una actitud negativa y el 2.1% una actitud positiva. El 48.9% tienen un nivel de conocimiento medio o regular, de manera que el 71.9% tiene una actitud positiva y el 28.1% una actitud negativa. El 4.3% tiene un nivel de conocimiento alto, siendo un total de 4.3% que tiene actitud positiva. Concluyendo que los que tienen conocimiento bajo, tienen una actitud negativa en mayor porcentaje; los que tienen un nivel de conocimiento medio o regular tienen una actitud positiva en mayor porcentaje y los que tienen un conocimiento alto tienen una actitud positiva, por lo que existe relación significativa entre estas variables.<sup>8</sup>

Ponce CY. Realizo en Lima en el 2014 un estudio de enfoque cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal con el objetivo de determinar la relación que existe entre el **NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE UN CENTRO DE SALUD 2014**. La población constituida por 70 pacientes de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de tuberculosis del Centro de Salud Max Arias Schreiber. Para realizar la presente investigación se aplicó un cuestionario para evaluar el nivel de adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis. Los resultados del estudio fueron: el 54% presenta un nivel medianamente favorable de

participación de la familia. Conclusiones: El nivel de participación de la familia en el tratamiento de pacientes con tuberculosis es “medianamente favorable”, lo cual indica que cuentan con una parcial participación de la familia y que de esta manera podrán hacer frente a la necesidad de cuidado y afrontar la crisis de la enfermedad, esto podría mejorar si se incorpora a la familia como el agente de autocuidado. Existe una relación significativa entre el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y el nivel de participación de la familia, al existir una correlación estadística entre las variables, lo cual enfatiza que la participación de la familia juega un papel importante en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.<sup>9</sup>

Collazos CL. Realizó en el 2012 un estudio en Lima, tipo de estudio descriptivo correlacional, de corte transversal con el objetivo de determinar la **RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LA APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA TUBERCULOSIS EN FAMILIARES DE PACIENTES DE LA ESN-PCT C.S. SAN LUIS – 2012**. La población está conformada por 32 familiares de pacientes. La técnica fue la entrevista y el instrumento tipo cuestionario y escala tipo Likert, el cual fue obtenido previo consentimiento informado. Resultados: Del 100% (32) las actitudes de las familiares hacia la aplicación de las medidas preventivas de la tuberculosis en los familiares de pacientes de la ESN-PCT, 56%(18) presenta una actitud de aceptación y 44%(14) rechazo. Conclusiones. 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.<sup>10</sup>

**Los antecedentes revisados hacen mención a la problemática cerca de las actitudes y medidas preventivas en el control de la Tuberculosis Pulmonar, hacen mención de la necesidad que la familia asuma un rol**

**más activo para lograr un tratamiento exitoso. La discriminación a causa de este padecimiento se ha extendido también a los hogares por un desconocimiento sobre su manejo y su control a través del tratamiento farmacológico gratuito que ofrece el estado.**

## **II.b. Base teórica**

### **II.b.1 ACTITUD**

Respecto a las actitudes existen diferentes definiciones:

Kresh citando a Kelinger<sup>11</sup> asume esta definición: “La actitud es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante un referente, categoría, clase o conjunto de fenómenos o conjunto cognoscitivo.

Kresh D<sup>11</sup> el famoso psicólogo social refiere al respecto: “las respuestas sociales del individuo reflejan sus actitudes, sus sistemas duraderos de valorización positiva, indiferencia o negativa, sus sentimientos y sus tendencias en pro o en contra, al respecto a determinados fenómenos sociales”.

Rossental<sup>12</sup> sostiene que las actitudes son: “predisposiciones a responder, tendencias de acercamiento o evitación, favorable o desfavorable”.

Whittaker<sup>13</sup> define la actitud como: “Una predisposición para responder de manera predeterminada frente a un objeto específico”.

Ander<sup>14</sup> define la actitud: “Estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia que incita al individuo a



reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones”.

Finalmente basándose en las definiciones citadas, así como de otros autores, se puede concluir que las actitudes son: predisposiciones a actuar en una determinada forma frente a una situación social, que conlleva a una respuesta evaluativa sea con una tendencia de acercamiento, indiferente o evitación o como favorable o desfavorable. Además que las actitudes se manifiestan a través de nuestra expresión corporal y se refleja en los gestos, palabras y hasta en el tono emocional de comunicarse.

### **Formación de las actitudes**

El periodo crítico en la formación de las actitudes tienen lugar entre los 12 y 30 años y las influencias importantes son la familia, los compañeros, la educación, los incidentes críticos y decisiones, hacia el final de este periodo las actitudes llegan a ser bastantes estables y persistentes. Las actitudes incluidas las del prejuicio se forman en una de varias situaciones, según Whittaker “la acumulación y la integración de numerosas experiencias relacionadas entre sí”.

Además sabemos que la actitud se forma de una manera convencional, más que una experiencia previa, en este sentido es inimitable y por consiguiente son susceptibles de ser modificadas a cambios, A partir del momento que una actitud empieza a formarse dicha actitud está cambiando o por lo menos está sujeto a cambio.<sup>13</sup>

La familia es otro de los elementos que contribuye a la formación de las actitudes, su influencia es evidente cuando se observa que las actitudes que tenemos hacia diversos campos como por ejemplo la religión, tolerancia o

prejuicios, las ocupacionales y otras; son el resultado de gran parte de nuestra aceptación o rechazo de las actitudes que guardan los miembros de nuestra familia. Milton Blum<sup>15</sup> a manera de comparación explicativa dice: “el papel que desempeñan los padres y los hermanos contribuirá a la formación de las actitudes de nuestra personalidad”.

La influencia de grupo en el cual se identifica el individuo es otro factor que contribuye a la formación de actitudes. El hecho de que los miembros de un grupo son interdependientes significa que el comportamiento de cada persona influye sobre los demás miembros. Es inevitable a causa de su interdependencia que después de cierto tiempo se institucionaliza que los miembros desarrollen una ideología que implica la afirmación de un conjunto común de valores, creencias y normas que regulan el comportamiento y sus actitudes.<sup>14</sup>

### **Clasificación de las actitudes**

La actitud puede clasificarse de la siguiente manera:

- **Aceptación:** consiste en estar de acuerdo con lo que se realiza, es decir, el sujeto muestra cierta tendencia de acercamiento hacia el objeto, generalmente está unido con los sentimientos de apoyo, estimulación, ayuda y comprensión, lo cual predispone a la comunicación y la interacción humana.<sup>11</sup>
- **Rechazo:** Es cuando el sujeto evita al objeto, motivo de la actitud se presenta el recelo, la desconfianza y en algunos casos la agresión y frustración que generalmente lleva a la persona un estado de tensión constante.<sup>11</sup>

- Indiferencia: Es un sentimiento de apatía, el sujeto no muestra aceptación ni rechazo al objeto, prevalece el desinterés, la rutina y en muchos casos aburrimiento.<sup>11</sup>

### **Características de las actitudes**

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

- Posibilidad de aprender: Las actitudes no son innatas dependes 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 perduren en el sujeto o simplemente se modifican.
- Interrelación: Las actitudes presentan vinculación entre sí, constituyendo conjuntos consientes 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 otra, las actitudes no se auto generan, se forman, se aprende en relación a algo.<sup>13</sup>

### **Componentes de las actitudes:**

Son tres elementos: Cognitivo, conductual y afectivo.

**Componente Cognitivo:** Se puede definir como el conjunto de todas las creencias que un individuo tiene cerca de un objetivo determinado, los conocimientos que se hayan incluido en este sistema, son juicios de valor e implica una valoración positiva o negativa. Según KRESH el componente

cognitivo puede también influir las creencias de un sujeto acerca de las maneras adecuadas o inadecuadas de responder ante un objeto.<sup>13</sup>

**Componente Afectivo:** Se refiere a las emociones, los sentimientos vinculados a un determinado objeto. El objeto es evidenciado como placentero o como displacentero. Esta carga emotiva la que dota a las actitudes de su carácter motivacional e insistente. Es así que se les considera como las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto estos pueden ser positivos o negativos.<sup>13</sup>

Mediante este componen ente el individuo evalúa una respuesta emocional, entendiéndose por tal, la emoción que conduce a la persona a acercarse a cualquier cosa evaluada positivamente y a alejarse a las avaluadas de manera negativa. Pero, para que el estímulo provoque una respuesta emocional en el individuo, este primero debe evaluar el significado de dicho estímulo, por lo tanto, la evaluación se hace en base a los planteamientos cognitivos de la emoción.<sup>13</sup>

Aunque el proceso de evaluación en sí mismo ocurre inconscientemente, sus efectos son grabados en la conciencia como un sentimiento emocional, y de allí, el individuo puede recordar la experiencia y describir lo que ocurrió durante ese proceso de evaluación. También es importante recordar que las distintas emociones se diferencian entre sí, debido a las variadas evaluaciones que el individuo hace, estas provocan tendencias de acción distintas, dando lugar a sentimientos diferentes. Por lo cual se puede decir que, cuando las emociones aparecen, se convierten en importantes motivadoras de conductas futuras, influyendo no solo en las reacciones inmediatas sino también en las proyecciones futuras. 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.<sup>13</sup>

**Componente Conductual:** Incluye toda inclinación a actuar de una manera determinada ante el objeto de dicha actitud. Tal es así que son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre el objeto y sujeto, hace referencia a conductas o comportamientos que el individuo tiene ante una determinada situación, respuesta que resulta producto de un estímulo y que varía de acuerdo al aprendizaje que posee, porque es el aprendizaje lo que cambia la conducta y causa el desarrollo. Estas respuestas pueden ser reforzadoras de tipo negativo o positivo.<sup>13</sup>

### **Modificación de las Actitudes**

Los cambios de actitudes se encuentran relacionados con sus componentes estructurales, con sistemas de valores y creencia y los patrones de la movilización.

Estos cambios se producen por la acción del medio cuando se opera una discrepancia entre la comunicación y las actitudes vigentes. Si esto ocurre, la acción motivante de la nueva información reforzada adecuadamente, propicia el cambio de actitud, por lo tanto, la información, la motivación y el reforzamiento actúan en el cambio de actitudes sobre la base de las discrepancias señaladas, de no ocurrir esto, es decir, de coincidir la información, con las actitudes previas, estas se refuerzan. <sup>11</sup>

### **Medición de Actitudes**

La medición de las actividades esta relación con:

***Intensidad:*** Es el aspecto emocional de la actitud lo cual determina los grados de intensidad con que 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.<sup>13</sup>

## **II.b.2 FACTORES QUE CONDICIONAN EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA**

El procesamiento de la enfermedad por la familia y del tipo de respuesta que esta genere, existen otros factores que intervienen en el impacto familiar de la enfermedad como son:

***Etapa del ciclo vital:*** El impacto de la enfermedad será diferente en cada momento de la vida de una familia y del miembro al que le ocurra. De igual forma, no es lo mismo que aparezca la enfermedad en una familia que no ha afrontado crisis familiares que no ha puesto a prueba su capacidad para resolver conflictos, a que ocurra en una muy golpeada por estas.<sup>16</sup>

***La flexibilidad o rigidez de los roles familiares:*** La enfermedad aguda – crónica, y aún más la terminal, supone una profunda crisis familiar. Las familias podrían responder mejor cuanto más flexibles pueden ser. El rol del cuidador que generalmente se asigna una mujer (madre, hermana mayor, esposa) genera conflicto porque implica el descuido de sus otras obligaciones, como el cuidado de los hijos, el estudio, el trabajo, etc. En el momento que aparezca la enfermedad puede ocurrir que esta afecte la distribución de roles, de esta manera se puede esperar que las familias con mayor rigidez presentan

mayores dificultades para responder a la crisis por enfermedad ya que no se pueden adaptar a las nuevas condiciones de la dinámica familiar. <sup>16</sup>

*La cultura familiar:* Hablar del impacto de la enfermedad en las familias sin considerar un aspecto tan fundamental como es la cultura familiar. Este conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten los miembros, intervienen en la evolución y desenlace de una enfermedad. Cada familia hará una interpretación distinta de este proceso de enfermedad. <sup>16</sup>

*El nivel socioeconómico:* No es lo mismo que la enfermedad aparezca en una familia de escasos recursos económicos a una estable. Evidentemente la crisis familiar en la primera va a ser mayor ya que la desorganización provocada por la enfermedad se va a percibir en todos los ámbitos. <sup>16</sup>

*La comunicación familiar:* Generalmente existe una fuerte tendencia por ocultarle al enfermo que va a morir. Convirtiendo el asunto en algo prohibido o negado, conocido como pacto de silencio o conspiración de silencio. <sup>16</sup>

*La capacidad del grupo familiar para la resolución de conflictos:* La capacidad e respuesta familiar a los conflictos es un indicador pronóstico del impacto que tendrá la enfermedad en el grupo. El complot generado alrededor del enfermo dificulta su convivencia con sus familiares. El hecho de que el paciente sospeche lo que se va a ocurrir sin que pueda confirmarlo lo sumerge en una gran soledad, miedo e indecisión para despedirse de sus familiares. <sup>16</sup>

### **Tipo de respuesta familiar:**

El tipo de respuesta que presenta las familias como efecto de la enfermedad, los cambios que se generan en las interacciones de cada uno de sus miembros en función del paciente enfermo.

**La tendencia centrípeta:** Se expresa a través de una extrema cohesión interna de los miembros de la familia. Todas y cada una de las actividades que estos realizan están dadas en función del enfermo, es como si todo girara alrededor de él, convirtiéndolo en el centro de las interacciones y absorbiendo gran parte de los recursos afectivos y económicos de la familia.

**La tendencia centrífuga:** Se puede observar en las familias cuyas conductas en general no están relacionada con la situación de enfermedad. En este caso el cuidado del paciente enfermo es delegado a una sola persona, que en general corresponde al sexo femenino y que comúnmente puede ser la madre, esposa o hermana mayor, la cual absorbe el papel de controlar la evolución de la enfermedad.<sup>17</sup>

### **Principales desajustes de la familia ante la enfermedad**

***Aislamiento y abandono:*** Durante el proceso de enfermedad, la familia busca aislarse para poder manejarla de la mejor manera posible, por lo que limita sus relaciones sociales al cuidado del enfermo.

***Conflicto de roles y límite:*** Cuando la familia no negocia adecuadamente los nuevos roles que deberán asumirse durante esta nueva etapa familiar, existen dificultades de rigidez o simplemente no existen límites bien establecidos en los diferentes subsistemas.

***Conflicto de pareja:*** En algunas familias ocurre que el paciente, la enfermedad y el tratamiento son utilizados por los padres para agredirse mutuamente.



***Ambivalencia afectiva:*** Se trata de la presencia simultánea de sentimientos encontrados en los miembros de la familia, mientras que por un lado desean que el paciente mejore y viva más tiempo, por el otro desean que ya todo termine con la muerte del enfermo que ya deje de sufrir. <sup>16 17</sup>

### **II.b.3. TUBERCULOSIS PULMONAR**

Según la OMS, la tuberculosis es una enfermedad contagiosa causada por *Mycobacterium Tuberculosis*, se propaga por el aire; solo las personas enfermas de tuberculosis pulmonar pueden transmitir la infección cuando tosen, estornudan, escupen o hablan, los sujetos infectados propulsan en el aire los gérmenes de la enfermedad, conocidos como Bacilos Tuberculosos, basta con que una persona inhale unos pocos gérmenes para que contraiga la infección. <sup>16</sup>

El sitio habitual de la enfermedad es el pulmón, pero también puede afectar otros órganos. La infección primaria es generalmente asintomática. La tuberculosis se encuentra estrechamente asociada con la pobreza, la desnutrición, el hacinamiento, las condiciones de vivienda deficientes y la inadecuada llegada de los servicios de salud. <sup>18</sup>

Martínez sostiene que “la tuberculosis es más que una enfermedad, es una cuestión social que tiene por clave la miseria, el bacilo está en la aglomeración, hacinamiento, suciedad, falta de higiene y la falta de luz y sol que son los enemigos del bacilo”. Define al hacinamiento como el espacio insuficiente para el desarrollo de las actividades de los ocupantes de una vivienda, propicia el aumento del contraer enfermedades por contagio. Así mismo contribuye atenuar las consecuencias negativas asociadas a la falta de privacidad, la cual en muchos casos da lugar a patrones de conductas no deseadas en la sociedad. <sup>5</sup>

A pesar de todo es mejor disponer de más de una muestra positiva para asegurarnos bien de que se trata de tuberculosis. Es necesario instruir a los pacientes para obtener una muestra para evitar secreciones nasofaríngeas o saliva, la expectoración se recoge en un frasco limpio y seco provisto de una tapa con boca ancha y de una etiqueta donde se coloca la fecha y nombre del paciente y la eficacia del estudio bacteriológico depende de una buena muestra bien conservada aunque sea a temperatura ambiente y puede ser procesada más de una semana después de obtenida.<sup>17</sup>

El personal de salud enfatizada que el paciente debe de cuidar donde y como tose para evitar el contagio. Indicar que se debe de usar papeles que luego se eliminen, y sobre todo cuando están en el ambiente del programa enfatiza que no tosa o expectore en frente de ellos, al ser la vía oral una de las formas como se explica el contagio de la Tuberculosis, el personal recomienda sobre todo desinfectar los cubiertos y platos del enfermo como una manera de prevenir la enfermedad en el resto de la familia.<sup>17</sup>

### **Clasificación de la Tuberculosis**

**Exposición:** Se produce cuando una persona ha estado en contacto o expuesta a otra persona que tiene o puede tener tuberculosis. El riesgo es mayor si el contacto es estrecho o prolongado. El examen cutáneo de tuberculosis de la persona expuesta será negativo, las radiografías de tórax serán normales y no habrá signos o síntomas de la enfermedad.<sup>19</sup>

**Infección tuberculosa:** Se produce cuando una persona tiene bacterias de tuberculosis en su cuerpo, pero no presenta síntomas de la enfermedad. El examen cutáneo de tuberculosis de esta persona será positivo, pero las radiografías de tórax serán normales y no tendrá la enfermedad.<sup>19</sup>

**Enfermedad tuberculosa o tuberculosis activa:** Hay evidencias de enfermedad clínica, la persona que presenta síntomas de una infección activa. El examen cutáneo de tuberculosis de esta persona será positivo, las radiografías de tórax serán positivas. En ocasiones de diagnóstico se hace sin confirmación microbiológica, basado en la evolución clínica y en la respuesta al tratamiento.<sup>19</sup>

**Tuberculosis cicatricial:** Cuando se encuentra imágenes radiológicas con fibrosis o calcificación, que no cambian en el tiempo, en ausencia de identificación de microorganismo.<sup>19</sup>

**Tuberculosis multidrogorresistente TB – MDR:** Es producida por el mismo microbio de la tuberculosis, pero resistente a Isoniazida y Rifampicina (medicamentos que se utilizan para tratar usualmente los casos de tuberculosis).

**Tuberculosis extremadamente resistente TB – XDR:** Ha mostrado ser resistente también a los tratamientos de segunda línea. Hasta ahora, no se cuenta virtualmente con ninguna opción para tratar a los pacientes que desarrollan esta cepa de la enfermedad. Pero quizá el desafío más grande de los sistemas de salud es hacer frente a la infección de VIH (virus de inmunodeficiencia humana)<sup>19</sup>

### **Causas, incidencia y factores de riesgo**

La tuberculosis (TB) pulmonar es causada por el bacilo denominado Mycobacterium Tuberculosis y se puede adquirir por la inhalación de gotitas de agua provenientes de la tos o el estornudo de una persona infectada. Esto se denomina tuberculosis primaria.<sup>19</sup>

La enfermedad puede aparecer unas semanas después de la infección o permanece latente por años, antes de manifestarse.

Las siguientes están en mayor riesgo de tuberculosis activa:

- Los ancianos
- Los bebés
- La persona con sistema inmunitario debilitado (debido al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida SIDA, Quimioterapia o cierto medicamentos).<sup>19</sup>

El riesgo de contraer la tuberculosis aumenta si una persona está en contacto frecuente con personas que padecen la enfermedad, padece desnutrición, vive von condiciones de vida insalubres o hacinamiento.

Los siguientes factores puede incrementar la tasa de infección tuberculosa en la población aumento de las infecciones por VIH, aumento en el número de personas sin hogar (ambiente de pobreza y mala nutrición) aparición de cepas de tuberculosis farmacoresistentes.<sup>19</sup>

### **Manifestaciones clínicas de la tuberculosis**

La fase primaria de la tuberculosis normalmente no causa síntomas. Cuando los síntomas de tuberculosis pulmonar se presentan, pueden abarcar:

- Tos que dura más de quince días (algunas veces con expectoración de moco)
- Tos productiva con sangre
- Sudoración nocturna excesiva
- Fatiga
- Fiebre

- Perdida involuntaria de peso
- Escalofríos <sup>20</sup>

Otros síntomas que pueden ocurrir con esta enfermedad

- Dolor torácico
- Dificultad respiratoria
- Sibilancia <sup>20</sup>

### **Medios Diagnostico**

El examen puede mostrar:

- Dedos hipocráticos en manos y pies (en personas con enfermedades avanzadas)
- Agrandamiento o sensibilidad de los ganglios linfáticos en el cuello u otras áreas.
- Líquido alrededor del pulmón (derrame pleural)
- Ruidos respiratorios inusuales (crepitaciones). <sup>20</sup>

### **Tratamiento contra 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 antituberculosos:

- Capacidad bactericida
- Capacidad esterilizante
- Capacidad para prevenir la resistencia. <sup>21</sup>

En la actualidad se enfrenta la medicina 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. <sup>21</sup>

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. <sup>21</sup>

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

**Primera fase** de inducción o bactericida: Es de administración diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida (lográndose destruir al 90% de la población bactericida en los primeros 10 días) y para prevenir la resistencia y con ello el fracaso al tratamiento.

**Segunda Fase** de mantenimiento o esterilizante: Es de administración intermitente. En este momento la población bacteriana se multiplica 1 vez por semana o menos frecuentemente, de manera que ya no requiere tratamiento diario. Incluye menos número de medicamentos, suficientes para conseguir la eliminación de los bacilos persistentes y evitar así las recaídas.

En todos los pacientes es obligatoria 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.

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.

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. <sup>21</sup>

Los fármacos que se utilizan con mayor frecuencia abarcan:

- a. Isoniazida
- b. Rifampicina
- c. Pirazinamida
- d. Etambutol <sup>21</sup>

Otros fármacos que se pueden usar para tratar la tuberculosis abarcan:

- a. Amikacina
- b. Kanamicina
- c. Capreomicina
- d. Estreptomicina
- e. Levofloxacino
- f. Moxifloxacino
- g. Ciprofloxacino
- h. Ácido paraminosalicílico
- i. Cicloserina
- j. Clofazimine
- k. Amoxicilina / Acido clavulanico
- l. Claritromicina
- m. Linrezolid
- n. Meropenem <sup>21</sup>

Cuando las personas no toman sus medicamentos para la tuberculosis como se les recomienda, la infección se vuelve mucho más difícil de tratar. Las bacterias de la tuberculosis pueden volverse resistentes al tratamiento y, algunas veces, los fármacos ya no ayudan a tratar la infección. <sup>21</sup>

Cuando existía la preocupación de que tal vez un paciente no se tome todo el medicamento de acuerdo con las instrucciones, es probable que el personal de salud tenga que vigilarlo para que tome los medicamentos recetados. Estos se denominan terapia con observación directa. <sup>21</sup>

### **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 importante; entre las consecuencias objetivas de quienes padecen 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 producto por el carácter infeccioso de la Tuberculosis y por las connotaciones sociales. <sup>22</sup>

La repercusión en el ambiente familiar es también mucho más fuerte, intentando ocultar un hecho como si se tratara de algo indigno o inconfesable. <sup>22</sup>

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 de tuberculosis pulmonar, por el estigma social que lleva y del que es plenamente consciente.<sup>22</sup>



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. <sup>22</sup>

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 de la familia. <sup>22</sup>

### **La promoción de la salud en el control de la tuberculosis**

Está constituida por la información, educación y comunicación (IEC), que se definen como el conjunto de intervenciones planificadas e interactivas que combinan en procesos, metodologías y tecnologías interdisciplinarias con la finalidad de lograr cambios móviles en las prácticas y actitudes de la población, bancando la sostenibilidad y auto sostenimiento en torno a la satisfacción de las necesidades de salud. <sup>21 22</sup>

Además la promoción social que es el conjunto de acciones individuales, grupales y en la comunidad realizadas con la finalidad de promover la salud, prevenir la enfermedad y detener su avance, con la participación activa de la comunidad, las organizaciones de base y otros factores. <sup>21 22</sup>

### **Intervenciones Sanitarias en la Atención Integral de los pacientes con Tuberculosis**

- Para evitar la infección por el bacilo de la TB en la población expuesta se debe realizar actividades que permitan:
- Información y educación a la persona diagnosticada con tuberculosis sobre:
  - Uso de mascarilla durante el periodo de contagio (mientras se tenga controles bacteriológicos positivos)
  - Cubrirse la boca y nariz al toser, estornudar o reír y desechar con cuidado el papel usado en un depósito adecuado. <sup>21</sup>

### **Prevención secundaria**

**Diagnóstico y tratamiento:** Se deben fortalecer las actividades de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de todos los casos de tuberculosis con frotis de esputo positivo.

**Estudio de contactos:** El estudio de contactos se debe realizar en forma activa en todos los casos de índices con TB, tanto en formas pulmonares como extra pulmonares, sensibles y resistentes a medicamentos. El estudio de contacto comprende:

- *Censo:* En la primera entrevista de enfermería se debe censar y registrar todos los contactos del caso índice con TB.
- *Exámen:* Todos los contactos censados deben pasar una evaluación médica para descartar la infección o enfermedad por el Mycobacterium Tuberculosis. A los contactos con síntomas respiratorios o con PPD positivo (10 mm) se les debe realizar una radiografía de tórax. El médico tratante decidirá la indicación de tratamiento anti-TB, terapia preventiva con Isoniazida (TPI) u observación de acuerdo a lo dispuesto en la presente norma técnica.

- *Control:* Todos los contactos deben ser examinados (evaluación clínica, bacteriológica y radiológica) a lo largo del tratamiento del caso índice. En caso de TB sensible la evolución se realizara al inicio, al cambio de fase y al término del tratamiento. En casos de TB resistente, la evaluación se realizara al inicio del tratamiento, cada 3 meses y al termino del tratamiento. <sup>21</sup>

## **Medidas Preventivas contra la Tuberculosis**

### **Vacunación BCG**

La Vacuna BCG (Bacilo de Calmette – Guerin) es una vacuna viva y atenuada, obtenida originalmente a partir del Mycobacterium Boris. Su aplicación tiene como objetivo provocar la respuesta inmune útil que reduce la morbilidad tuberculosa post-infección primaria. La BCG se aplicara 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.<sup>21</sup>

### **Control de contactos**

Se denomina contactos a las personas que conviven con el enfermo de tuberculosis pulmonar.

- Contacto intra domiciliario: Es aquella persona que vive en el domicilio de la persona con tuberculosis.
- Contacto extra domiciliario. Es aquella persona que no vive en el domicilio de la persona con tuberculosis, sin embargo comparte ambientes comunes (colegio, trabajo, guardería, albergue). Así mismo, son considerados en esta categoría: Parejas, amigos y familiares que frecuentan a la persona con tuberculosis.

El control de contactos se define como la evaluación integral y seguimiento de estas personas. Tiene como objetivo prevenir la infección y el desarrollo de enfermedad además de detectar casos nuevos de tuberculosis entre los contactos.

Es prioritario el control de los contactos de un enfermo TBP-FP, porque son las personas que tienen mayor posibilidad de hacerse infectado recientemente y desarrollar la enfermedad.<sup>21</sup>

### **Exámenes que se deben realizar los contactos con tuberculosis pulmonar**

- *El examen de esputo:* La tos y expectoración por más de 15 días es el síntoma más frecuente e importante. Cuando una persona tiene este síntoma se le denomina Sintomático Respiratorio (SR). Este examen se realiza mediante la obtención de tres muestras de esputo para estudio de baciloscopia. Es decir, una vez que un trabajador de salud detecta en un paciente la existencia de tos y expectoración con flema, independientemente del motivo porque el acuda a la unidad de salud, se le debe solicitar y tomar tres muestras de expectoración para que sean examinadas.
- *Radiografía de tórax:* Cuando está disponible el recurso, puede utilizarse y terminar el tratamiento, ayuda al diagnóstico para valorar la extensión de la lesión, su evolución y las probables secuelas.
- *Prueba de tuberculina:* Se usa para demostrar la hipersensibilidad tardía que se interpreta como antecedente de haber estado en contacto con el Mycobacterium Tuberculosis u otra microbacterias, es un

procedimiento auxiliar diagnóstico, valioso en los niños no vacunado con BCG, útil en el diagnóstico diferencial.

#### *Lectura de la prueba de tuberculina*

- La prueba se lee a las 72 horas después de su aplicación, la lectura de la induración se mide y se registra en milímetros.
  
  - Reactor: 10 mm ó más de induración en población general, 5 ó más mm en VIH positivos o en pacientes con SIDA.
- 
- *Quimioprofilaxis:* Es la administración de Isoniazida a los contactos de pacientes con TBC.FP menores de 19 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. <sup>21</sup>

### **Medidas de Saneamiento**

Cualquiera es susceptible de contraer la tuberculosis si inspira los bacilos que exhala un enfermo o portador al hablar, estornudar, toser, o expectorar. Estas bacterias pueden permanecer suspendidas en el aire durante horas. Es por ello que entre las medidas de saneamiento se incluye la técnica del cuidado durante 30 días del tratamiento farmacológico luego del cual el paciente ya no contagia. Se considera las siguientes medidas:

- a- Poseer un cuarto privado, dormir solo.

- b- El paciente al momento de toser o estornudar debe cubrirse la boca y nariz con papel o con la mano y luego lavársela. El papel utilizado embolsarlo y desecharlo.
- c- Limpiar el polvo de los muebles con trapo húmedo y trapear el piso con desinfectante.
- d- Ventilar los cuartos, principalmente don duerme el enfermo.
- e- Abrir las ventanas para que ingrese los rayos solares que emiten radiaciones ultravioletas, la cual destruye al Mycobacterium Tuberculoso. <sup>21</sup>

### **Higiene y lavado de manos**

Las manos están en contacto con muchos gérmenes durante el día, por lo tanto las personas deben de lavarse las manos después de ir al baño, antes y después de ingerir algún alimento, y después de tocar algún objeto. <sup>21 22</sup>

### **Alimentación**

La alimentación consiste en la obtención, preparación e ingestión de los alimentos. Los seres vivos necesitamos, además de agua que es vital, una variada y equilibrada alimentación que es fundamental para la vida. Una dieta correcta debe contener cantidades adecuadas de proteínas, lípidos, glúcidos, vitaminas y minerales. <sup>21 22</sup>

Se sabe que el 90% cd los estados de malnutrición son ocasionados por una sola causa, la alimentación inadecuada, en términos de alimentación pobre o excesiva, determinada por la ignorancia, la accesibilidad que tenga los alimentos, el hambre, la falta de higiene o bien por alteraciones en la calidad y cantidad de los alimentos consumidos entre otros factores. <sup>21</sup>

Es así que la insuficiente cantidad de alimentos, el no comer a la hora apropiada o dejar de ingerir algunas comidas del día sitúan a la persona en

una condición de debilidad. Estos “descuidos” en la alimentación de la persona se atribuyen generalmente a factores que escapan del control del individuo, como las condiciones de pobreza en la zona. Asimismo la mala alimentación se vincula a condiciones laborales de extremo esfuerzo que exigen una ingesta mayor que la normal. La mala alimentación ocupa un lugar central en el discurso de casualidad de la tuberculosis pulmonar. <sup>21</sup>

El personal de salud enfatiza la importancia de la alimentación mientras el paciente está en tratamiento, con una parte indispensable para lograr su curación. Se hace referencia a la necesidad de incorporar a la dieta; verduras, frutas, leche, huevos, si es posible carne. <sup>21</sup>

De no considerar esto posible, se recomienda al paciente simplemente, que intente comer un poco más de lo normal. También se recomienda que el paciente consuma los alimentos donados por el programa que incluyen atún, leche, aceite y quinua. Las acciones de apoyo alimentario a los pacientes con tuberculosis han mantenido a través del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN). Se considera beneficiario a toda persona de uno o más años de edad y 2 familiares que conviven con el paciente, los que conforman el núcleo familiar. <sup>21</sup>

### **Control de hábitos nocivos: Drogas, Tabaco y Alcohol**

El Alcoholismo como respuesta a la incapacidad de resistir a diversos elementos de tensión, contribuyen al factor predisponente para la tuberculosis, las deficiencias gástricas y hepáticas que pueden acompañar al alcoholismo, ejerce un efecto paralizante sobre el sistema mucociliar de los bronquios (como lo hace el tabaco), que limita la capacidad de los pulmones para atrapar y expeler los gérmenes inhalados. Es posible que la drogadicción desempeñe un papel similar al del alcohol. <sup>21</sup>

### *Para el paciente*

Se debe fomentar la educación para la salud es decir el dialogo, información, reflexión y acción, dirigido al enfermo, su familia y a la población en general, orientado a conseguir la adopción de una conducta que disminuya la transmisión d la infección en la comunidad.

El 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 completo 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.
- Utilizar mascarilla para evitar el contagio al momento de hablar, tose, estornudar, como ya se sabe se contagia por gotitas de saliva que elimina el enfermo.
- Que en casa deben tener las habitaciones ventiladas e iluminadas por los rayos del sol para eliminar así los bacilos.
- Que la alimentación debe ser muy nutritiva y balanceada para que el organismo este en optima condiciones para hacerle frente a la enfermedad, es decir debe llevar una vida ordenada, evitar trasnochadas, evitar el consumo de alcohol, tabaco y drogas; pues disminuye sus defensas y lo hace susceptible a la enfermedad.
- El paciente cada mes debe realizarse la prueba de esputo y pruebas radiológicas para verificar así que el medicamento esta cumpliendo con los efectos requeridos. <sup>21</sup>



## II.C. Hipótesis

### II.c.1 Hipótesis Global

- La actitud de los familiares hacia el paciente con tuberculosis pulmonar es de indiferencia y las medidas preventivas para evitar el contagio en el hogar son inadecuadas Micro Red José Carlos Mariátegui, Villa María del Triunfo, Octubre 2016.

### II.c.2 Hipótesis Derivadas

- Las actitudes de los familiares hacia el paciente con tuberculosis pulmonar según dimensión cognitiva, afectiva y conductual es de indiferencia.
- Las medidas preventivas de los familiares para evitar el contagio en el hogar son inadecuadas según dimisión control médico de contactos, medidas de saneamiento, higiene, alimentación y control de hábitos nocivos.

## II.d. Variables

- Actitudes de los familiares
- Medidas preventivas contra tuberculosis pulmonar

## II.e. Definición Operacional de términos

- **Actitudes:** Es la tendencia de pensar, sentir y actuar con un grado de intensidad positivo, indiferente o de rechazo del familiar ante la enfermedad de tuberculosis pulmonar y que requiere cambios en los estilos de vida del paciente y familia.

- **Medidas preventivas:** Son aquellas actividades que optan las personas para evitar el contagio de enfermedades.
- **Paciente con tuberculosis:** Persona que porta bacilos de *Mycobacterium tuberculosis* o Bacilo de Koch.
- **Familiar del paciente con tuberculosis:** Persona de sexo femenino o masculino que conviva con el paciente de forma estable (padre, madre, hermanos, esposa e hijos).

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **III.a. Tipo de estudio**

El trabajo de investigación fue de tipo de estudio cuantitativo, considerando que las variables, actitud del familiar y medidas preventivas se midieron a través de escalas numéricas.

Método descriptivo porque determina el comportamiento de las variables sin establecer relación entre ellas y de corte transversal porque describe los hechos tal y como se presentan en un tiempo y espacio determinado.

### **III.b. Área de estudio**

El estudio de investigación fue la Micro Red José Carlos Mariátegui, está ubicada a la altura de la cuadra 22 de la Av. José Calos Mariátegui en el Distrito de Villa María del Triunfo; pertenece a la Micro Red Villa María del Triunfo – dirección de Salud (DISA II LIMA SUR).

Cuenta con una infraestructura de aproximadamente 500m<sup>2</sup> para atender a la población, el horario de atención es de 8:00a.m. a 6:00p.m. de lunes a sábado, excepto Emergencias que atiende todos los días y en todo horario, está dirigida por el Medico Javier Mattos en coordinación con la enfermera Jefe Licenciada Ada Ronceros que a la vez es la encargada de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis.

Brinda los servicios de atención a la madre y niño como: Estrategia Sanitaria de inmunizaciones (ESNI), programa de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), consultorios de medicina general, obstetricia, ginecología, pediatría, odontología, psicología, planificación familiar, nutrición, servicio social,

laboratorio, farmacia; además cuenta con las salas de emergencias, hospitalización para la atención de partos y también cuenta con la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis (ESPCT), que cuenta con un médico jefe y una técnica de enfermería que la encargada del desarrollo de las actividades propias de este.

La Micro Red tiene a cargo 6 puestos de salud: Puesto de Salud Valle Alto, Puesto de Salud Valle Bajo, Puesto de Salud Paraíso Alto, Puesto de salud Buenos Aires, Puesto de Salud Limatambo, Puesto de Salud San Gabriel, Materno Infantil JCM.

### **III.c. Población y Muestra**

#### **Población**

La población de estudio estuvo conformada por 74 familiares de los pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis (ESPCT), de los puestos de salud pertenecientes a la Micro Red José Carlos Mariátegui.

#### **Muestra**

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, pretendiendo seleccionar unidades de análisis que cumplen los requisitos de la población objeto de estudio y estratificado pues se trabajó con un familiar por paciente pertenecientes a la fase I y II.

Puesto de Salud Valle Alto	: 12 pacientes
Puesto de Salud Valle Bajo	: 11 pacientes
Puesto de Salud Paraíso Alto	: 7 pacientes

Puesto de Salud Buenos Aires	: 12 pacientes
Puesto de Salud Limatambo	: 10 pacientes
Puesto de Salud San Gabriel	: 10 pacientes
Materno Infantil JCM	: 12 pacientes

#### **Criterios de Inclusión:**

- Familiar que acepte participar en la investigación
- Familiares de pacientes que se encuentren dentro de la Fase I y II
- Familiar del paciente con tuberculosis pulmonar atendidos en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de Tuberculosis de la jurisdicción de la Micro Red José Carlos Mariátegui.
- Familiar del paciente que asista regularmente a recibir su tratamiento farmacológico.
- Familiar que conviva en forma estable con el paciente.

#### **Criterio de Exclusión:**

- Familiar del paciente que haya dejado de asistir o abandonado el tratamiento.
- Familiar que viva temporalmente con el paciente.

#### **III.d. Técnica e instrumento de recolección de datos**

Para la recolección de datos de la investigación se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento el cuestionario, con el objetivo de medir las variables que son actitudes de los familiares en sus dimensiones afectiva, cognitiva y emocional y medidas preventivas para evitar el contagio a través de sus dimensiones control médico de contactos, medidas de saneamiento, higiene, alimentación y hábitos nocivos.

Está dirigido a los familiares de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que asisten a los Puestos de Salud pertenecientes a la Micro Red José Carlos Mariátegui de Villa María del Triunfo.

Los instrumentos contienen para actitud 18 Ítems con la aplicación de la Escala de Likert y para Medidas de prevención en el hogar 14 Ítems, con el tipo de respuesta de opción múltiple.

Los instrumentos fueron sometidos a Juicio de Expertos para obtener la validez mediante la Prueba Binomial y confiabilidad a través de Alfa de Crombach (ver anexo 3 y 4).

### **III.e. Diseño y recolección de datos**

La autorización para el trabajo de investigación se gestionó a través de la Dirección de la Micro Red pidiendo permiso al encargado de la Jefatura el Medico Javier Mattos.

El proceso de recolección de datos tuvo las siguientes consideraciones éticas: conocimiento libre, informado y voluntario; se coordinó con los encargados de la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de tuberculosis y se pidió permiso a todos los pacientes que acuden a tomar sus medicamentos para que nos faciliten sus direcciones y poder hacerles visita domiciliaria y de esta manera captar a los familiares. No maleficencia; la investigación no produjo daño, ni efecto secundario a la población de estudio. De justicia; todos los pacientes que forman parte de estudio de la investigación han sido tratados con respeto aceptando su religión y creencias y de confiabilidad pues se guardó absoluta discreción de la información recibida.

La recolección de datos se realizó en el mes de octubre del año 2016, en los Puesto de Salud pertenecientes a la Micro Red, a algunos familiares se le aplico durante las horas de la mañana cuando acompañaban a sus familiares a la toma de medicamentos y con el fin de obtener toda la información de la población de estudio se realizó visita domiciliaria, previamente se explicó cada sección con sus respectivos ítems de los instrumentos, no tomó más de 20 minutos cada ejecución.

### **III.f. Procesamiento y análisis de datos**

Una vez recolectado los datos, estos fueron procesados manualmente mediante el sistema de paloteo a una base de datos a través del programa computarizado Excel 2010 y posteriormente se agrupo los datos para ser presentado en gráficos de barras, cuadros o pasteles estadísticos. Para dar confiabilidad a la investigación se sometió el instrumento a juicio de expertos, a los cuales se les proporciono el resumen de la investigación y el instrumento con una hoja de apreciación conteniendo criterios para evaluar el cuestionario, mediante la Prueba Binomial los resultados fueron valorados. Una vez realizada las correcciones a los instrumentos se aplicó la Prueba Piloto y posteriormente los resultados se sometieron al análisis estadístico por alfa de crombach para determinar la validez.

## CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### IV.a. Resultados

TABLA 1

**DATOS GENERALES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES CON  
TUBERCULOSIS PULMONAR MICRO RED  
JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI  
OCTUBRE 2016**

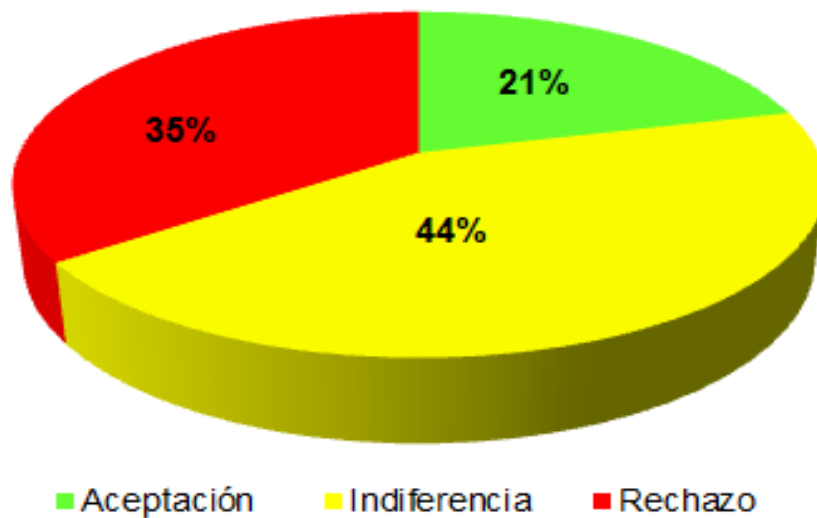
<b>DATOS GENERALES</b>	<b>RANGO</b>	<b>n= 74</b>	<b>100%</b>
<b>EDAD</b>	<20 años	7	9%
	20 - 39	21	28%
	<b>40 - 59</b>	<b>36</b>	<b>49%</b>
	<60 años	10	14%
<b>SEXO</b>	<b>Femenino</b>	<b>57</b>	<b>77%</b>
	Masculino	17	23%
<b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b>	Costa	14	19%
	<b>Sierra</b>	<b>47</b>	<b>64%</b>
	Selva	13	17%
<b>GRADO DE PARENTESCO</b>	<b>Madre o Padre</b>	<b>27</b>	<b>37%</b>
	Esposo (a)	15	20%
	Hijo (a)	14	19%
	Hermano (a)	18	24%

La edad de los familiares de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar esta entre los 40 a 59 años (36), el sexo es femenino en un 77% (57), en cuanto al lugar de procedencia el 64% (47) son de la Sierra y el 37% (27) tiene como parentesco madre o padre.



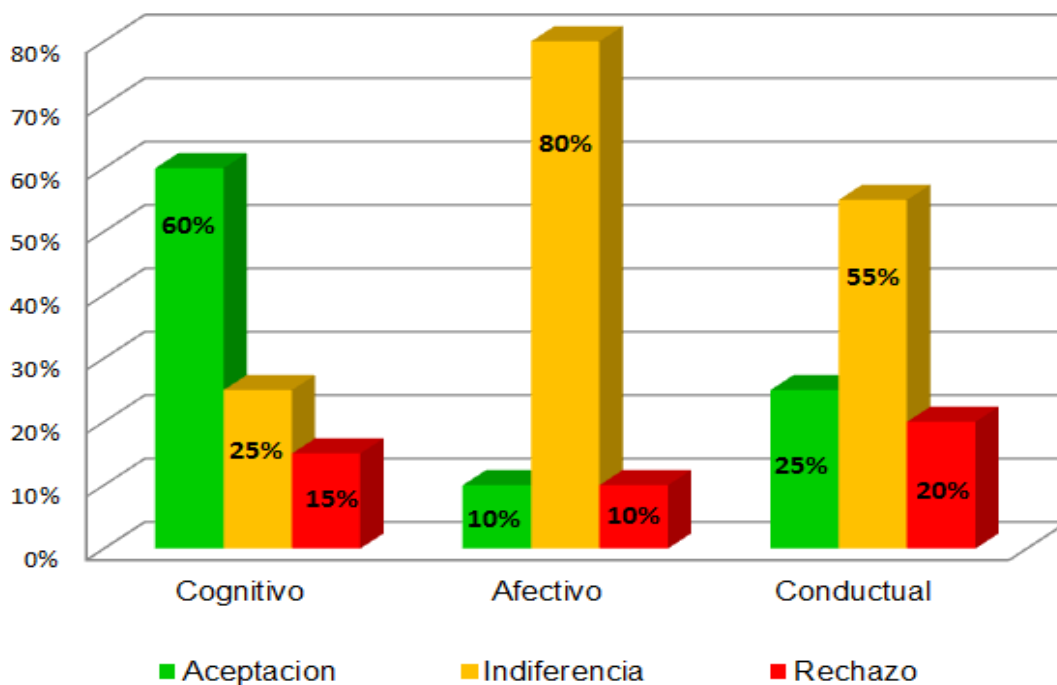
## GRÁFICO 1

### ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR MICRO RED JOSE CARLOS MARIATEGUI OCTUBRE 2016



Las actitudes de la familia hacia el diagnóstico de tuberculosis pulmonar el 44% (32) tienen actitud indiferente, 35%(26) tienen actitud de rechazo y 21%(16) tienen actitud de aceptación.

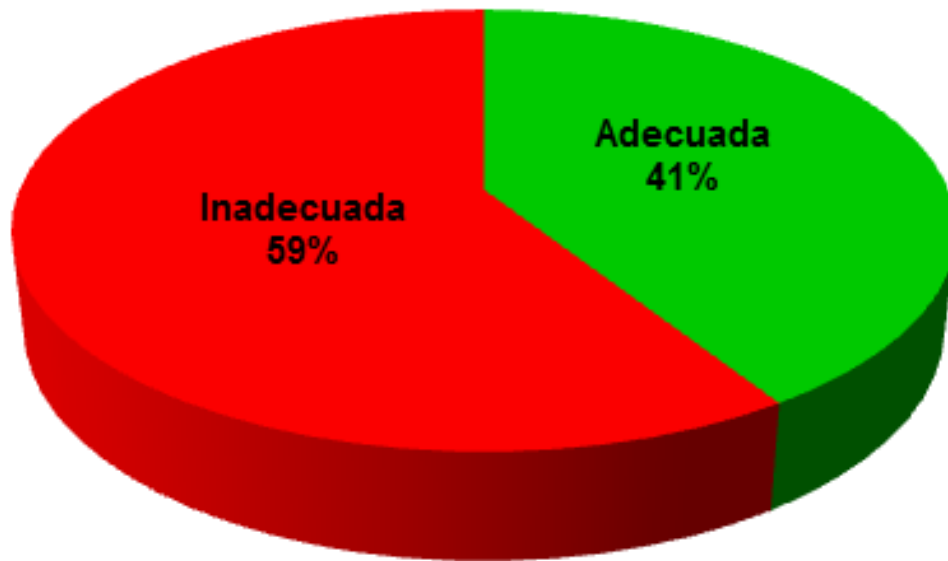
**GRÁFICO 2**  
**ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL PACIENTE CON**  
**TUBERCULOSIS PULMONARES SEGÚN DIMENSIONES**  
**MICRO RED JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**  
**OCTUBRE 2016**



Los familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar según dimensiones demuestran actitud indiferente en lo afectivo 80% (59), conductual 55% (41) y de aceptación en lo cognitivo 60% (44).

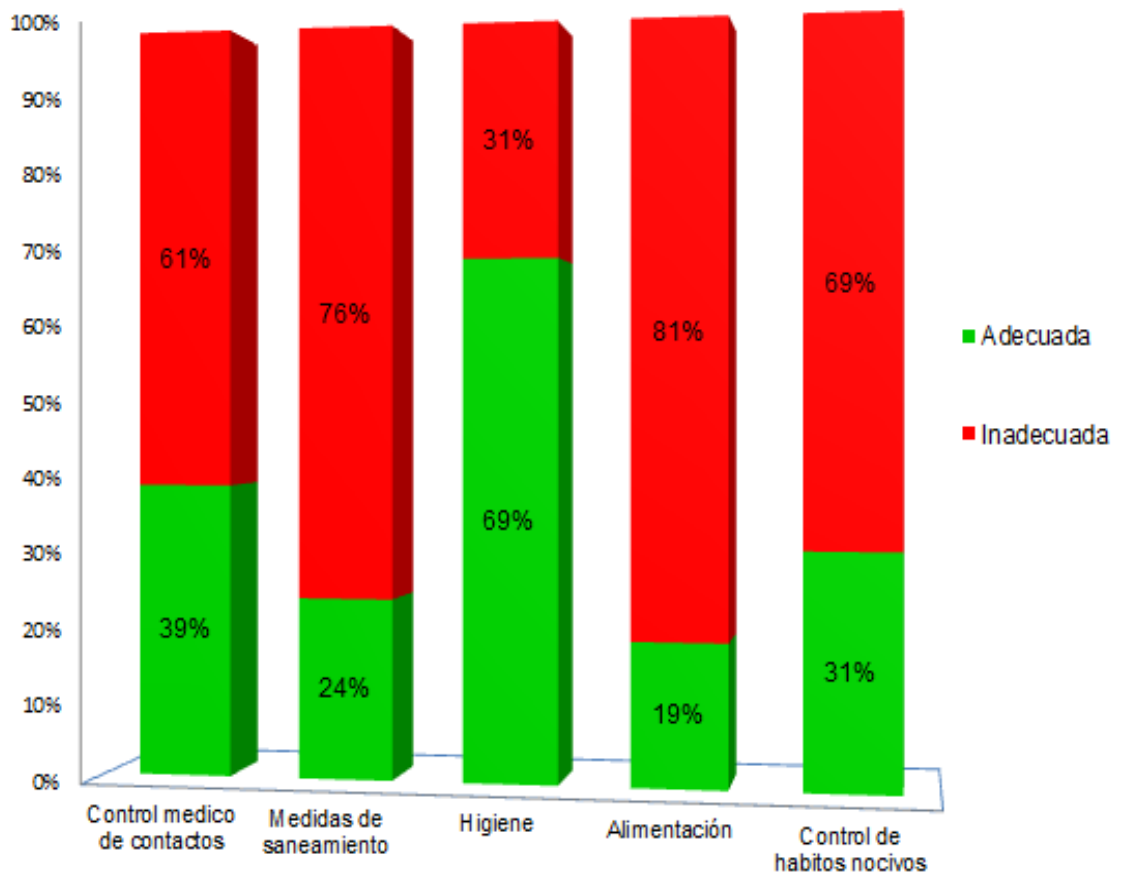
### GRÁFICO 3

**MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR EL CONTAGIO EN EL HOGAR  
MICRO RED JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI  
OCTUBRE 2016**



Las medidas preventivas adoptadas por los familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar para evitar el contagio en el hogar demuestran que son inadecuadas 59% (44) y adecuadas 41% (30).

**GRÁFICO 4**  
**MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR EL CONTAGIO EN EL HOGAR**  
**SEGÚN DIMENSIONES MICRO RED JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**  
**OCTUBRE 2016**



Las medidas preventivas adoptadas por los familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar para evitar el contagio según dimensiones son inadecuadas en control médico 61% (45), medidas de saneamiento 76% (56), alimentación 81% (60), control de hábitos nocivos 69% (51) y adecuada únicamente en higiene 69% (51).

#### **IV.b. Discusión**

La tuberculosis pulmonar es un problema de salud pública por la magnitud de las consecuencias sobre la población mundial, su letalidad ha ido avanzando de manera avasalladora, a pesar que es una enfermedad totalmente prevenible mediante medidas higiénicas personales, en el ambiente familiar y de la comunidad.

En relación a los datos generales de los familiares de los familiares de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar esta entre los 49 y 59 años 49%, sexo es femenino en un 77%; en relación a la edad del familiar Collazos<sup>10</sup> halló que el perfil del cuidador es de una persona con una edad de 45 a 65 años y de sexo femenino.

El impacto de cualquier enfermedad se deja sentir en la familia, sin embargo el sexo femenino muy independientemente del grado de parentesco ya sea la esposa, la madre, la nuera, o la hija, es la que más ofrece su apoyo, su ayuda en el proceso de la enfermedad y los cuidados que requiere el usuario y es la que se da cuenta de las alteraciones que aparece en el aspecto físico, psicológico y social.

Las actitudes de la familia hacia el diagnóstico de tuberculosis pulmonar el 44% tienen actitud indiferente, 35% tiene actitud de rechazo y 21% tiene actitud de aceptación. Estos resultados muestran que los familiares no muestran ni aceptación ni rechazo frente al paciente enfermo, prevalece el desinterés, para ellos no tiene importancia el acompañamiento familiar durante el proceso de enfermedad y un bajo porcentaje demuestra una actitud de aceptación, es decir responde de manera favorable y acepta la enfermedad que está padeciendo su familiar, recibe información, educación sobre la enfermedad, se informa sobre el tratamiento y la modalidad de la

administración, busca información para reconocer y prevenir complicaciones, y lo más importante apoya a su familia para que cumpla su tratamiento y lo haga de manera responsable.

Estos resultados difieren con los encontrados por Quevedo LN, Sánchez RL, Villalba FK, Velásquez D<sup>7</sup>, quienes hallaron que el soporte de actitud que predomina en los familiares frente al cuidado es positiva, encontraron que un 59.6% tiene una actitud de aceptación hacia su familiar enfermo mientras que un 40.4% que no logra cumplir con el tratamiento, asimismo Martínez - Hernández YO, Guzmán - López F, Flores - Pulido JJ, Vásquez-Martínez H<sup>5</sup>, encontró que tan solo un 15.7% percibió rechazo de su familia y Acosta S<sup>8</sup> halló que el 28.1% tenían una actitud negativa hacia los pacientes con tuberculosis.

Por otro lado Ponce CY<sup>9</sup> encontró que el 54% presenta un nivel medianamente favorable de participación de la familia y 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 eficaz; no existe una buena difusión de información sobre la enfermedad de tuberculosis entre el personal de enfermería y los ciudadanos en diversos escenarios y espacios (familia y comunidad).

La tuberculosis aun en el siglo XXI sigue siendo estigmatizada por la sociedad y este modelo se repite al interior de las familias de pacientes con tuberculosis, esta actitud no contribuye con el tratamiento y mejoramiento de la salud del paciente, que se ve rechazado y excluido al interior de su propio hogar.

Los familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar según dimensiones demuestran actitud indiferente en los afectivos 80%, conductuales 55% y de

aceptación en lo cognitivo 60% estos resultados difieren con Quevedo LN, Sánchez RL, Villalba FK, Velásquez D<sup>7</sup> ya que el mayor porcentaje es de un 81.8% de los pacientes que recibieron nivel alto de soporte familiar y social presentaron cumplimiento de tratamiento.

Las actitudes son formadas a través de la experiencia y asumida de diferentes formas por las personas; sin embargo estas son influenciadas por las áreas cognitivas asociadas al intelecto, al procesamiento y almacenamiento de información adecuada que le permita afrontar adecuadamente las situaciones adversas; precisamente en esta dimensión se encuentra aceptación.

Pero respecto a los afectivo y conductual se halla indiferencia, esto hace suponer que los familiares no mantienen una relación estrecha entre la familia y el paciente, y que esto puede interferir en el soporte familiar que necesita el paciente para superar aspectos negativos durante la enfermedad.

Las medidas preventivas adoptadas por los familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar para evitar el contagio en el hogar demuestran que son inadecuadas 59% y adecuadas 41%, concordando con Collazos <sup>10</sup> quien menciona que el mayor porcentaje de familiares no conoce sobre el uso de quimioprofilaxis, vacunación BCG seguido de un porcentaje significativo que conoce y rechaza la aplicación de las medidas preventivas.

Las medidas preventivas son acciones orientadas a la protección contra los riesgos, las amenazas del ambiente, lo que significa, inevitablemente la acción mancomunada de las instituciones de salud, de las comunidades, y de las personas que más que integrarlas las instituyen, por esta razón es preocupante evidenciar que las medidas adoptadas por los familiares para evitar el contagio de tuberculosis son inadecuadas, lo que expone a los

familiares a padecer la misma enfermedad, la prevención evita que se siga propagando este tipo de enfermedad infectocontagiosa.

Collazos <sup>10</sup> en sus estudio encontró que los servicios de salud y las inadecuadas prácticas preventivas influyeron en el retardo de la recuperación, si el paciente no se recupera trae como consecuencia la incapacidad para el trabajo y se refleja en una crisis económica del paciente y su familia.

La labor educativa del profesional de enfermería en el campo de la promoción de la salud, aporta los conocimientos necesarios a la población para mantener su salud y disminuir factores de riesgo; pero en el caso de un paciente con tuberculosis es necesario manejar herramientas de prevención secundaria a fin de manejar adecuadamente las prevalencia de esta enfermedad.

Las medidas preventivas adoptadas por los familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar para evitar el contagio según dimensiones son inadecuadas en control médico 61%, medidas de saneamiento 76%, alimentación 81%, control de hábitos nocivos 69% y adecuada únicamente en higiene 69%. Estos datos demuestran que los familiares no han acudido al puesto de salud a hacerse los exámenes respectivos, y los familiares menores de 19 años no están recibiendo quimioprofilaxis, medidas de saneamiento esto es alarmante pues cualquier es susceptible de contraer la tuberculosis si inspira los bacilos que exhala un enfermo o portador a hablar, estornudar, toser, o expectorar, y los que se encuentran dentro de ese porcentaje no están cumpliendo con las indicaciones dadas, como es abrir las ventanas de casa diariamente, en un cuarto duermen de tres a más personas y en pocas oportunidades se preocupan por que su familiar al momento de toser o estornudar se cubra la boca y la nariz con papel desechable luego lo coloque en una bolsa y lo deseche, respecto a la alimentación pues solo consumen dos comidas al día, y los alimentos no cubre las necesidades básicas.<sup>21</sup>



La lucha contra la tuberculosis no solo tiene como desafío enfrentar el incremento de los casos sino también la estigmatización de la misma de la social y la familia. Los programas han de considerar esta directriz en sus planteamientos, no centrarse únicamente en el tratamiento y prevención común sino considerar componentes familiares.

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### V.a. Conclusiones

- La actitud de los familiares hacia el paciente con tuberculosis pulmonar es de indiferencia y las medidas preventivas para evitar el contagio en el hogar son inadecuadas Micro Red José Carlos Mariátegui de Villa María del Triunfo, Octubre 2016, se acepta la hipótesis.
- Las Actitudes de los familiares hacia el paciente con tuberculosis pulmonar según dimensión afectiva y conductual es de indiferencia, se acepta la hipótesis planteada
- Las actitudes de los familiares hacia el paciente con tuberculosis pulmonar según dimensión cognitiva es de aceptación, se rechaza la hipótesis planteada.
- Las medidas preventivas de los familiares para evitar el contagio en el hogar son inadecuadas según control médico de contactos, medidas de saneamiento, alimentación y control de hábitos nocivos, se acepta la hipótesis planteada.
- Las medidas preventivas de los familiares para evitar el contagio en el hogar son adecuadas según dimensión higiene, se rechaza la hipótesis planteada.

## **V.b. Recomendaciones**

Promover en lugares céntricos a través de medios de comunicación escrita y audiovisual como: afiches, volantes y video difusión a la comunidad la importancia de las redes de apoyo tanto amical como familiar para la culminación del tratamiento exitoso

Promover en la comunidad la importancia del autocuidado, reconocer de forma precoz los síntomas de tuberculosis pulmonar, el mecanismo de transmisión y la búsqueda de atención en el Centro de Salud más cercano.

Incentivar al personal de salud a través de sesiones educativas sobre la aplicación eficaz de la Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis pulmonar.

Educar a la comunidad a través de diferentes medios infomativos sobre la importancia de la lucha contra la estigmatización social a la persona que padece tuberculosis.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa: Tuberculosis [en línea] Ginebra: 2017 [acceso 21 de Junio del 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
- (2) Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional para las Américas: Situación de la Tuberculosis en América. [en línea] Perú: 2017 [acceso 21 de Junio del 2017] Disponible en: [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&qid=38627&lang=en](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&qid=38627&lang=en)
- (3) Mendoza A. La tuberculosis en el Perú en el país de España: Perú gana a la tuberculosis. [en línea] España:2016 [acceso el 22 de junio 2016] Disponible en: <http://www.tbperu.org/2016/>
- (4) Lorenzo JL, Gonzales A, Rodríguez A, Quesada G, Rodríguez A. Tuberculosis un problema social. Rev. Gaceta médica Espirituana [en línea] 2002; 4(1) [acceso 23 de junio 2016] Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.4.\(1\)\\_06/p6.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.4.(1)_06/p6.html)
- (5) Martínez – Hernández YO, Guzmán – López F, Flores-Pulido JJ, Vásquez- Martínez VH. Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento de la tuberculosis pulmonar México 2011. Rev. Atención Familiar [en línea] 2011; 21 (2): 47 – 49 [acceso 23 de Junio 2016] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630013X>
- (6) Alarcón J, Cardozo N, Cruz G, Gómez E, Ordoñez L. Los conocimientos y actitudes que tienen la población mayor de 15 años

del barrio Carlos Wagner frente a la enfermedad de tuberculosis en el departamento de Tarija Gestión- 2014

- (7) Quevedo LN, Sánchez RL, Villalba FK, Velásquez D. Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud Lima – 2015. Revista Herediana [en línea] 2015; 8(1): 11-16. [acceso 20 de junio 2016] Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/articulo/view/2536/2448>
- (8) Acosta S. Relación entre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y la actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Micro Red de Santa Ana – Huancavelica – 2014. [Tesis de licenciatura] Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica.
- (9) Ponce CY. Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis de un centro de salud 2014. [Tesis de licenciatura] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- (10) Collazos CL. Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la ESN-PCT
- (11) Kresh L. Psicología Social. México: Ed Interamericana, S.A.: 152. 1982
- (12) Rossental I. Diccionario Filosófico; Lima – Perú 1984.

- (13) Whittaker J. Psicología. 4ta. México. Ed Interamericana, S.A.: 1989: 394
- (14) Ander E. Técnicas de Investigación Social. Ed. Humanista, Buenos Aires; 1986: 352
- (15) Blum M. Psicología Industrial sus Fundamentos Teóricos. Ed. Trillas; México, 1980.
- (16) Rotondo H. Personalidad, dilemas y vida familiar de Grupos mestizos: Lima; 1980: 83-94.
- (17) Menéndez E. Grupo doméstico y proceso Salud / enfermedad / atención. Journal Cuadernos Médicos – Sociales, Argentina; 1992: 59.
- (18) Brunner y Suddarth. Tratado de Enfermería Medico Quirúrgico. Ed. 9na. México: Editorial Mc Graw – Hill Interamericana; 2000: 497 – 501; 2178 – 2181.
- (19) Ministerio de Salud del Perú. Actualización de la doctrina, normas y procedimientos para el control de Tuberculosis en el Perú. 2da edición. Lima – Perú 2001.
- (20) Ministerio de Salud del Perú. Instrucciones para el personal de Dirección del Programa de Salud Nacional de Control de la Tuberculosis. Lima; 2004.
- (21) Ministerio de Salud del Perú. Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis. [en línea] Lima: 2013 [acceso 1 de Febrero del 2017] Disponible en:

[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM715\\_2013\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM715_2013_MINSA.pdf)

(22) Ministerio de Salud del Perú. Plan de Comunicación: Respira vida Juntos

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alarcón J, Cardozo N, Cruz G, Gómez E, Ordoñez L. Los conocimientos y actitudes que tienen la población mayor de 15 años del barrio Carlos Wagner frente a la enfermedad de Tuberculosis en el departamento de Tarija Gestión – 2014.
2. Acosta S. Relación entre el nivel de conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar y actitud frente a las medidas preventivas en familiares de usuarios de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred de Santa Ana – Huancavelica – 2014.
3. Collazos CL. Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la ESN-PCT- C.S San Luis – 2012 [Tesis de licenciatura] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
4. Ponce CY. Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis de un Centro de Salud 2014. [Tesis de licenciatura] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
5. Quevedo LN, Sánchez RL, Villalba FK, Velásquez D. Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en Centro de Salud. Lima – 2015.



## **ANEXOS**

**ANEXO 1**  
**OPERALIZACIÓN DE VARIABLES**

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>
Las actitudes de los familiares en presencia de tuberculosis pulmonar	Predisposición organizada para pensar, percibir y comportarse en cierta forma ante un referente, categoría, clase o conjunto cognitivo. Es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante referentes actitudinales	Comportamientos cognitivos, afectivos y conductuales adoptados por el familiar de los pacientes con tuberculosis en la satisfacciones de las necesidades emocionales, apoyo físico y ambiental, que pueden ser positivas o negativas para el paciente.	cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formas de transmisión</li> <li>• Tratamiento</li> <li>• Prevención</li> </ul>
			Afectivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interés</li> <li>• Capacidad de escucha</li> <li>• Sentimientos</li> </ul>
			Conductual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunica</li> <li>• Rechazo al contagio</li> <li>• Acompañamiento al tratamiento</li> </ul>

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>
Medidas preventivas para evitar el contagio en el hogar	Aquellas actividades que permiten a las personas tener vidas saludables y facultan a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y se reduce los riesgos de enfermedad. La prevención implica desarrollar acciones anticipatorias. Los esfuerzos realizados para “anticipar” eventos, con el fin de promocionar el bienestar del ser humano y así evitar situaciones indeseables.	Acciones que van a permitir a las personas mantener un óptimo estado de salud, ya que a través de estas se van a evitar el contagio de enfermedades.	Control médico de contactos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes Médicos</li> <li>• Quimioprofilaxis a menores de 19 años</li> </ul>
			Medidas de Saneamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ventilación</li> <li>• N° de personas por cuarto</li> </ul>
			Higiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia del lavado de manos</li> <li>• Materiales para el lavado de manos</li> <li>• Desinfección</li> </ul>
			Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horario de Alimentación</li> <li>• Frecuencia del consumo de alimentos</li> </ul>
			Control de hábitos nocivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de alcohol</li> <li>• Consumo de Tabaco</li> <li>• Consumo de Drogas</li> </ul>



**ANEXO 2**  
**INSTRUMENTO 1**  
**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**I. INTRODUCCIÓN**

Buenos días estimado señor(a)

Soy la Señorita Shirley Ricardina Zuta Aybar, egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Privada San Juan Bautista, estoy realizando un trabajo de investigación titulado: **ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR Y MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR EL CONTAGIO EN EL HOGAR- MICRORED JOSE CARLOS MARIATEGUI VMT. AGOSTO- SETIEMBRE 2016**, para lo cual solicito su colaboración y sinceridad a las preguntas que se les presenten, expresándole que es de carácter confidencial y su porte servirá para cumplir el objetivo de la investigadora.

**II. INSTRUCCIONES**

Marque con una X la alternativa que corresponda a su respuesta. Por favor no deje ninguna pregunta sin responder. La encuesta es anónima, no deben poner su nombre en ella. Muchas gracias

**III. DATOS GENERALES**

1. ¿Cuántos años tiene usted? \_\_\_\_\_ Años
2. Sexo: a) Masculino ( )      Femenino ( )
3. Grado de Instrucción.  
a) Superior ( )    b) Primaria ( )    c) Secundaria ( )  
d) Sin Instrucción ( )

4. Estado Civil: Soltero ( ) Casado ( ) c) Conviviente ( )

5. Procedencia

a) Costa ( ) b) Sierra ( ) c) Selva ( )

6. Grado de Parentesco

a) Madre / Padre ( ) b) Esposo/a ( ) c) Hijo/a ( ) d) Hermano/a ( )

### ACTITUDES

A continuación se presentan una serie de enunciado con sus respectivas alternativas.

**DS : Definitivamente Si**

**PS : Probablemente Si**

**I : Indeciso**

**PN : Probablemente No**

**DN : De finitamente No**

N°	Cognitivo	DS	PS	I	PN	DN
1	Dar la mano o abrazar a su familiar con tuberculosis pulmonar puede causar contagio					
2	Es adecuado que su familiar con tuberculosis pulmonar duerma solo en un cuarto					
3	Cree usted que si su familiar con la enfermedad de tuberculosis pulmonar recibe tratamiento durante dos meses está curado					
4	Es importante que su familiar con la enfermedad de tuberculosis pulmonar cumpla su tratamiento					
5	Usted cree que es importante estar informado sobre la enfermedad de tuberculosis					
6	No debe hablar mirando de frente a su familiar, aun cuando él está sin protección (mascarilla)					

<b>N°</b>	<b>AFECTIVO</b>	<b>DS</b>	<b>PS</b>	<b>I</b>	<b>PN</b>	<b>DN</b>
7	Es necesario mostrar gestos de amor como tocarle la mano o darle un abrazo a su familiar con tuberculosis pulmonar					
8	Le incomoda a usted cuidar y compartir con su familiar con tuberculosis pulmonar					
9	Todos deberían apoyar a su familiar con la enfermedad de tuberculosis pulmonar en la recuperación de su salud					
10	Es poco probable que su familiar con la enfermedad de tuberculosis pulmonar se cure					
11	Es importante escuchar atentamente a su familiar con diagnóstico de tuberculosis pulmonar					
12	No es importante mencionar a su familiar con tuberculosis pulmonar que cuenta con su apoyo incondicional					
<b>N°</b>	<b>CONDUCTUAL</b>	<b>DS</b>	<b>PS</b>	<b>I</b>	<b>PN</b>	<b>DN</b>
13	Tiene importancia la comunicación con su familiar con tuberculosis pulmonar					
14	Conversa con su familiar con tuberculosis pulmonar a fin de saber lo que siente y lo que piensa acerca de su enfermedad					
15	Prefiere no conversar con su familiar con diagnóstico de tuberculosis pulmonar para evitar el contagio					
16	Se preocupa que su familiar al momento de toser o estornudar se cubra la boca con el papel higiénico y que lo deseche dentro de una bolsa y luego se lave las manos.					
17	Acompaña al puesto de salud al usuario afectado con tuberculosis pulmonar para la toma de sus medicamentos					
18	Cree que no tiene importancia que acompañe a su familiar con diagnóstico de tuberculosis pulmonar a la toma de medicamentos en el puesto de salud					



**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

## **I. INTRODUCCIÓN**

Buenos días estimado señor(a)

Soy la señorita Shirley Ricardina Zuta Aybar, egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Privada San Juan Bautista estoy realizando un trabajo de investigación titulado: **ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR Y MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR EL CONTAGIO- MICRORED ASISTENCIAL JOSE CARLOS MARIATEGUI VM.T. AGOSTO-SETIEMBRE 2016**, para lo cual solicito su colaboración y sinceridad a las preguntas que se les presenten, expresándole que es de carácter confidencial y su aporte servirá para cumplir el objetivo de la investigadora.

### **MEDIDAS PREVENTIVAS**

#### **CONTROL MÉDICO DE CONTACTOS**

1. **¿Qué pruebas de control se ha realizado?**
  - a) Rayos X de tórax, prueba de tuberculina (PPD), muestra de esputo.
  - b) Examen de Sangre, Examen de Orina, PPD
  - c) Ninguno
2. **¿Todas las personas que viven en su hogar se han acercado al centro de salud a realizarle el chequeo respectivo?**
  - a) Si, se han acercado
  - b) No, pues no hay tiempo
  - c) No lo veo conveniente
3. **Sus familiares menores de 19 años recibieron Quimioprofilaxis**
  - a) Si han recibido
  - b) No han recibido
  - c) No lo veo conveniente

## **MEDIDAS DE SANEAMIENTO**

- 4. ¿Abre usted diariamente las ventanas de su casa?**
  - a) Siempre
  - b) Casi siempre
  - c) Nunca
- 5. ¿Cuántas personas duermen por cuarto?**
  - a) 1 sola persona
  - b) 2 a 3 personas
  - c) 4 a mas
- 6. ¿Cuándo su familiar tose o estornuda se cubre la boca y nariz con papel desechable luego lo coloca en una bolsa y no desecha?**
  - a) Siempre
  - b) Casi siempre
  - c) Nunca

## **HIGIENE**

- 7. ¿Con que frecuencia se lava usted las manos?**
  - a) Antes y después de ir al baño, antes de ingerir los alimentos.
  - b) Cada vez que voy a comer
  - c) Cuando me acuerdo.
- 8. ¿Qué utilizas para el lavado de mano?**
  - a) Agua y jabón
  - b) Agua sola
  - c) Agua y detergente
- 9. ¿Usted utiliza algún tipo de desinfectante al limpiar su casa (lejía)?**
  - a) Siempre
  - b) Casi siempre
  - c) Nunca



## ALIMENTACIÓN

### 10. ¿En qué horario ingiere sus alimentos?

- a) Desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena
- b) Desayuno Almuerzo y cena
- c) Desayuno y almuerzo.

11. A continuación se le presenta un listado de alimentos, responder:

### ¿Con que frecuencia consume usted estos alimentos?

ALIMENTO	Diario	3 veces a la semana	2 veces a la semana	1 vez a la semana	No consume
LECHE					
HUEVO					
QUESO					
PESCADO					
CARNE					
MENESTRA					
QUINUA					
ARROZ					
FIDEOS					
PAPA					
CAMOTE					
PAN					
QUAKER					
VERDURAS					
ACEITE					
PLÁTANO					
NARANJA					
MANZANA					

## **CONTROL DE HÁBITOS NOCIVOS**

**12. ¿Usted consume alcohol?**

- a) Frecuentemente
- b) En ocasiones
- c) Nunca

**13. ¿Usted consume drogas?**

- a) Frecuentemente
- b) En ocasiones
- c) Nunca

**14. ¿Usted fuma cigarrillos?**

- a) Frecuentemente
- b) En ocasiones
- c) Nunca

### ANEXO 3

#### VALIDEZ DE INSTRUMENTO

	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	Suma	Probabilidad
1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00391
2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00391
3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00391
4	1	1	1	1	0	1	1	1	7	0.03125
5	0	1	1	1	1	1	1	1	7	0.03125
6	1	1	1	1	0	1	1	1	7	0.03125
7	0	1	1	1	1	1	1	0	6	0.10938
8	0	1	1	1	1	1	0	1	6	0.10938
9	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00391
10	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00391
									<b>TOTAL</b>	<b>0.03320</b>

Prueba Binomial

$$p(x) = \binom{n}{x} p^x q^{n-x} \quad x = 0, 1, 2, \dots, n$$

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa

1: Si la respuesta es positiva

Excepto en las preguntas 7 y 8 que es lo contrario.

n = 10

$$P = \underline{0,3320} = 0,03320$$

**10**

Si "p" es menos de 0.05 entonces la prueba es significativa:

Por lo tanto el grado de concordancia es significativo, siendo el instrumento válido según la prueba binomial aplicada al juicio de experto **p = 0,03320**

## ANEXO 4

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

#### ALFA DE CROMBACH

El resultado del Alfa de Crombach para la confiabilidad del instrumento es 0.86 para el instrumento de actitudes y 0.68 en medidas preventivas, por lo cual es confiable.

VARIABLE	N°	ALFA DE CROMBACH	CONFIABILIDAD
Actitud de los familiares frente a la tuberculosis	18	0.86	Aceptable
Medidas preventivas para evitar el contagio en el hogar	14	0.68	Aceptable

El resultado de Alfa de Crombach que se aplicó en ambas variables del estudio resulto aceptable, por lo cual el instrumento puede ser aplicado en la población de estudio.

## ANEXO 5

### ESCALA DE VALORACIÓN DE INSTRUMENTO

La escala de valoración de los instrumentos se realizó considerando los valores mínimos y máximo así como las medias correspondientes, para la construcción de escalas métricas en función de cuantificación numérica de un conjunto de atributos definidos.

<b>ACTITUDES</b>	
<b>ESCALA</b>	<b>PUNTAJE</b>
<b>ACEPTACIÓN</b>	66 – 90
<b>INDIFERENCIA</b>	42 – 65
<b>RECHAZO</b>	18 - 41

<b>MEDIDAS PREVENTIVAS</b>	<b>COGNITIVA</b>	<b>AFECTIVA</b>	<b>CONDUCTUAL</b>
<b>ESCALA</b>	<b>PUNTAJE</b>	<b>PUNTAJE</b>	<b>PUNTAJE</b>
<b>ACEPTACIÓN</b>	23 – 30	23 – 30	23 – 30
<b>INDIFERENCIA</b>	14 – 22	14 - 22	14 – 22
<b>RECHAZO</b>	6 - 13	6 - 13	6 – 13

<b>MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR EL CONTAGIO</b>	
<b>ESCALA</b>	<b>PUNTAJE</b>
<b>INADECUADO</b>	13 – 21
<b>ADECUADO</b>	22 - 28

<b>MEDIDAS PREVENTIVAS</b>	<b>CONTROL MEDICO DE CONTACTOS</b>	<b>MEDIDAS DE SANEAMIENTO</b>	<b>HIGIENE</b>	<b>ALIMENTACION</b>	<b>CONTROL DE HABITOS NOCIVOS</b>
<b>ESCALA</b>	<b>PUNTAJE</b>	<b>PUNTAJE</b>	<b>PUNTAJE</b>	<b>PUNTAJE</b>	<b>PUNTAJE</b>
<b>ADECUADA</b>	5 - 6	5 - 6	5 - 6	5 - 6	5 - 6
<b>INADECUADA</b>	3 - 4	3 - 4	3 - 4	3 - 4	3 - 4

## ANEXO 6

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, por medio de la presente, certifico participar sobre: “Actitud de los familiares y medidas preventivas para evitar el contagio Micro Red Jose Carlos Mariátegui 2016 “, una vez que me han explicado los objetivos y mi función en esta.

\_\_\_\_\_

Firma de la encuestada

\_\_\_\_\_

Firma de la investigadora