



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“ACTITUDES DE LA FAMILIA HACIA EL DIAGNOSTICO Y  
TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR  
MULTIDROGORESISTENTE DE LOS CENTROS DE SALUD” SAN  
GENARO” Y “MATERNO INFANTIL” CHORRILLOS- 2013”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERIA**

**LAURA JAKELYN ROJAS TELLO**

**LIMA - PERÚ  
2016**

**“ACTITUDES DE LA FAMILIA HACIA EL DIAGNOSTICO Y  
TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR  
MULTIDROGORESISTENTE DE LOS CENTROS DE SALUD”SAN  
GENARO” Y “MATERNO INFANTIL” CHORRILLOS- 2013”**

## **DEDICATORIA**

Dedico esta investigación trabajo a Dios por darme las fuerzas para seguir adelante y a mi familia por apoyarme en todo.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón y mi mente, y por poner a personas que han sido mi soporte y compañía dentro de estos años.

## RESUMEN

La presente investigación tenía como objetivo general Determinar las actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente de los Centros de Salud “San Genaro” y “Materno Infantil” – Chorrillos 2013. La muestra fue de manera no probabilística, e intencional y por conveniencia ya que se tomará a 42 familiares de los 14 pacientes multidrogo resistentes de los dos centros de salud. Entre sus conclusiones están Teniendo en cuenta el perfil social de los familiares de pacientes con TBC MDR, se encontró que el 50% tienen entre 30 a 40 años, seguido por el 29% que tienen entre 18 a 29 años. Con respecto al grado de instrucción el 54% tiene secundaria completa, el 24% tiene primaria completa y el 19% educación superior.

Las actitudes en la dimensión cognoscitiva de los familiares son favorables y moderadamente favorables; es decir los familiares identifican la enfermedad, su sintomatología y tratamiento.

Existe una mínima cifra porcentual de la muestra de estudio e importante de considerar que tiene una actitud cognoscitiva desfavorable y esta se refleja también con la misma cifra porcentual en la dimensiones afectividad y conductual

Respecto a la dimensión afectividad de los familiares es moderadamente favorable en un 45%(19) seguido del 41%(17) con una actitud favorable

Las actitudes en la dimensión Conductual de la familia es favorable en un 47%(20) seguido del 39%(16) con actitud moderadamente favorable y continua siendo desfavorable la misma cifra porcentual que tiene actitud cognoscitiva y afectiva.

## ABSTRAC

This research has the general objective Determine family attitudes toward diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis Multidrogoresistente Health Centers "San Genaro" and "Mother and Child" - Chorrillos 2013. The sample was non-probabilistic way, and intentional and convenience as 42 relatives of the 14 multidrug resistant patients from the two health centers will be taken. Among its conclusions are Taking into account the social profile of the families of MDR TB patients, it found that 50% are between 30-40 years, followed by 29% who are between 18-29 years. Regarding the level of education 54% have completed secondary school, 24% have completed primary school and 19% higher education.

Attitudes in the cognitive dimension of family are favorable and moderately favorable; ie relatives identify the disease, its symptoms and treatment.

There is a minimum percentage figure of the study sample and important to consider that have an unfavorable cognitive attitude and this is also reflected with the same percentage figure in the affective and behavioral dimensions

Regarding the affection of the family dimension is moderately favorable by 45% (19) followed by 41% (17) with a positive attitude

Behavioral attitudes in family size is favorable by 47% (20) followed by 39% (16) with moderately favorable attitude remains unfavorable and the same percentage figure which has cognitive and affective attitude.

## INDICE

Pág.

### DEDICATORIA

### AGRADECIMIENTO

### RESUMEN

i

### ABSTRAC

ii

### ÍNDICE

iii

### INTRODUCCIÓN

v

## CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	
1.2.1. Problema General	5
1.2.2. Problemas Específicos	5
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación del estudio	7
1.5. Limitaciones de la investigación	8

## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	9
2.2. Base teórica	15
2.3. Definición de términos	35
2.4. Hipótesis	35
2.5. Variables	36

## CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. Tipo y nivel de investigación	38
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	38

3.3. Población y muestra	38
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	40
3.5. Proceso de recolección y análisis de datos	42
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	<b>43</b>
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION</b>	<b>52</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>54</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>55</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>56</b>
<b>ANEXOS</b>	
Matriz	
Instrumento	



## INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es actualmente una enfermedad curable; claro si esta se recibe el tratamiento indicado desde acudir al centro de atención de salud en los primeros signos y síntomas de la afección y sobre todo si el paciente acepta la enfermedad con la implicancias que puede traer no iniciar el tratamiento para el paciente y su familia, esto va de la mano con la actitud que el paciente y familia asuman para hacer frente a la enfermedad.

Aunque la tuberculosis es una enfermedad infecciosa controlable y curable de forma individual, en el ámbito comunitario, dista mucho de estar erradicada. En la actualidad se considera, que al menos un tercio de la población mundial, están infectados por el bacilo de la tuberculosis (TBC) y que cada año continúan apareciendo cerca de 10 millones de nuevos casos de esta enfermedad y mueren más de 30 millones de personas cada año por TBC. La OMS ha calculado que, tanto por el crecimiento de las poblaciones como por la aplicación insuficiente de los medios disponibles para el control de esta enfermedad, a finales del presente siglo habrá más enfermos tuberculosos que los que había cuando se descubrieron los primeros fármacos antituberculosos.

La TBC es una enfermedad contagiosa por proximidad de persona a persona, o contagio inmediato. Desde esta perspectiva se explica el temor de muchas personas de ser contagiadas y de allí la actitud o acción de poner distancia, con diferentes grados de sutileza y maltrato. En términos emocionales, el tratamiento para la TBC-MDR funciona como un “paquete” compuesto por muchos factores, tanto físicos como emocionales. Por un lado, el tratamiento representa la “esperanza de curarse”, lo cual requiere un conjunto de esfuerzos terapéuticos y tomar las medicinas también requiere que el paciente tolere una variedad de molestias físicas y efectos colaterales de los medicamentos. El tratamiento también implica cambios en las relaciones sociales y afectivas, debido a cambios en los roles e interacciones.

Alvarado (1985), dice con respecto al soporte social que es la ayuda importante que en situaciones de pérdida o de crisis proviene de parte de Instituciones o

personas con el que el sujeto está relacionado. El soporte social actúa a manera de amortiguador entre los eventos estresantes de la vida y la enfermedad, hay evidencia entonces para sugerir que un cohesivo y suficiente soporte social podría favorecer el pronóstico de mejoría del enfermo. Un buen soporte social no sólo sería un factor externo facilitador de salud mental, sino que también lo sería por la formación interiorizada de un sentido de "si mismo" seguro y positivo en los sujetos. El tener una red social tupida o un fuerte soporte social implica que el sujeto tiene varios roles para fortalecerse asimismo y dar un sentido reforzante y positivo a su vida.

Por ello la persona con TBC-MDR está expuesta a experimentar muchos sentimientos de manera que afectan su estado emocional influyendo estos en sus actitudes frente a su diagnóstico de TBC-MDR y las expectativas que tienen.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad de condición altamente trascendente en salud pública, la elevada frecuencia en países en vías de desarrollo, tiene fuertes repercusiones económicas y sociales, debido a su efecto sobre la población económicamente activa, situación a la que el Perú no es ajeno. La Tuberculosis es una de las enfermedades más antiguas que afecta al ser humano, siendo la segunda causa mundial de mortalidad después del SIDA; en la actualidad es considerado un problema de salud pública en todo el mundo, el cual se evidencia por las altas tasas de morbilidad y mortalidad.<sup>1</sup> OMS/OPS en el año 2011 señala que cada año 8.7 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1.4 millones murieron por esta causa. El 80% está en los países en vías de desarrollo y el 75% de los enfermos se encuentran en el rango de edad más productiva (15 a 44 años). Se estima que un tercio de la población mundial ha sido infectada y está en riesgo de enfermar en algún momento de su vida; nueve millones de personas enferman

anualmente y cada enfermo transmite la enfermedad a 10 ó 15 personas si no ha recibido tratamiento.

A nivel mundial, es la segunda causa principal de muerte en adultos, con dos millones de muertes cada año, así mismo cada día se presentan 28 mil casos nuevos.<sup>1</sup> En América Latina en el año 2011, más de 400,000 personas se enferman de tuberculosis, siendo Haití el país que tiene la mayor población afectada de tuberculosis de las cuales 44.000 son niños, contraen tuberculosis cada año y cerca de 23.000 mueren por esta enfermedad.<sup>1</sup> Entonces nuestro país no es ajeno a esta situación. Según el Ministerio de Salud en el año 2012, reportó que existen alrededor de 34 mil personas con tuberculosis, número que solo es superado por Brasil, ubicándolo al Perú en el segundo país en Sudamérica con más alta incidencia de casos de tuberculosis.<sup>2</sup>

En el interior del país en el 2012, los departamentos registrados con mayor, tasa de incidencia en Tuberculosis son: Loreto, La Libertad, Madre de Dios, Tacna, Ica, Arequipa y Junín. Aproximadamente el 80% de todos los casos de Tuberculosis y el 90% de Tuberculosis multidrogo resistente se concentran en Lima y Callao.<sup>4</sup>

En ese mismo año, el número de casos de TB MDR estimado por OMS para Perú fue de 3 972 (intervalo de confianza 95%: 2842 - 5192), mientras que para Brasil y México, que nos superan hasta ocho veces en población, los casos estimados de TB MDR fueron inferiores, 1 464 y 1 564, respectivamente <sup>(4)</sup>.

La tuberculosis es una enfermedad relacionada a diferentes factores sociales, culturales, demográficos y económicos que dificultan una adecuada y homogénea respuesta nacional para contrarrestarla. En los países con alta incidencia de tuberculosis, como es el caso del Perú, se ha establecido como prioridad el control y prevención de la tuberculosis.<sup>5</sup>

Por todo ello consideramos que el real diagnóstico de este escenario epidemiológico en el Perú, es el de una epidemia no controlada de TB MDR/XDR. Esta realidad nacional es la más grave en todo el continente americano, siendo sólo semejante a lo que sucede en países africanos, países pobres de Asia y las ex repúblicas socialistas soviéticas <sup>(3)</sup>.

El riesgo de contraer tuberculosis MDR es más común en las personas que: No toman sus medicamentos para la tuberculosis en forma regular y no siguen las indicaciones de su médico o enfermera.

Proviene de regiones del mundo donde la tuberculosis resistente a los medicamentos es frecuente. Han estado con alguien que padece de tuberculosis resistente a los medicamentos <sup>(6)</sup>. Y además toda persona puede adquirir la enfermedad de TBC Y TBC MDR:

El riesgo de infección de una persona aumenta, si es que esta se encuentra en un ambiente cerrado y está en contacto con personas que ya tienen TBC pulmonar, como en los establecimientos penitenciarios, los asilos, los albergues, los colegios, etc.

Existen factores físicos y emocionales que debilitan nuestro sistema de defensa y pueden producir la enfermedad, uno de los factores que está muy relacionado con la enfermedad es la infección por VIH.

La Tuberculosis se puede curar si se trata a tiempo, de lo contrario puede convertirse en una TBC resistente a los medicamentos usuales por lo que es más peligrosa y más difícil de combatir. Por ello es importante comprender que aquellos que están en el penal corren mayor riesgo de contagiarnos por el hacinamiento, los estilos de vida (alcoholismo, drogadicción, nutrición deficiente, entre otros factores <sup>(7)</sup>.

Es en la familia, donde el ser humano, aprenderá lo que son los afectos y valores. De qué manera hay que manejarlos y que es lo correcto a realizar y lo que no. La formación valórica de la familia, es irremplazable. Aquello no lo aprenderá en el colegio o la universidad. Sólo en su familia. Núcleo de amor, afecto y comprensión. Al igual, que escuela primordial de los valores y virtudes a seguir <sup>(8)</sup>.

La familia es un adecuado y mejor soporte de los pacientes que padecen de la enfermedad ya que ellos contribuyen el monitoreo y cuidados físicos y alentadores para que los pacientes puedan hacer frente a las molestias que algunas veces se presentan por la ingesta de los medicamentos. Teniendo en cuenta que la familia es una unidad social y como tal constituye un medio en el que pueden operar constructivamente o negativamente sobre la salud y bienestar de sus integrantes a través de la mayor o menor efectividad de sus funciones, en toda sociedad el equilibrio puede perturbarse por cambios del ambiente exterior de la familia o por cambios en los miembros del grupo familiar; cambios como en la situación económica o la presencia de enfermedad, en algunos de sus miembros poniendo de manifiesto que se descubran áreas de fortaleza y áreas de debilidad, es además “el contexto más inmediato en el que se desenvuelve la enfermedad, es el soporte social que va a actuar de manera amortiguadora entre eventos estresantes de la vida y la enfermedad y al estar en contacto permanente va a dar una detección oportuna de los signos y síntomas característicos de la enfermedad así como también va a participar trascendental en el cumplimiento del tratamiento, no solo farmacológico sino también cambios en sus estilos de vida <sup>(9)</sup>.

Al presentarse una enfermedad, especialmente la Tuberculosis, “que como se sabe es considerada una vergüenza para quien la padece” va a crear en la familias una alteración de la dinámica familiar pudiendo unir aún más sus vínculos familiares o creando conflictos en ellos.

Ante esta nueva situación la familia va a asumir actitudes cognitivas, de afectividad y conductuales que va a influir significativamente en el desarrollo posterior de la enfermedad.

La estructura de las actitudes hacia el familiar enfermo es ambivalente y tanto los factores excluyente como incluyente son sus determinantes (10).

Es decir, las personas que se relacionan con ellos asumen actitudes positivas o negativas que van a determinar sus evaluaciones hacia la enfermedad. Es decir, las actitudes que tomen la familia provocarían sentimientos, razonamientos e intenciones confusos que llevan a las personas a evitar tener contacto con ellos y al mismo tiempo querer convivir con ellos.

Teniendo en cuenta las situaciones planteadas entorno a la Enfermedad se formula la siguiente interrogante.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1.- Problema General**

¿Cuáles son las actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar multidrogoresistente en los centros de salud “San Genaro” y “Materno Infantil” Chorrillos- 2013?

### **1.2.2.- Problemas Específicos**

- ¿Cuáles son las actitudes en la dimensión componente cognoscitivo de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente de los Centros de Salud “San Genaro” y “Materno Infantil” – Chorrillos 2013?

- ¿Cuáles son actitudes en la dimensión componente afectividad de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente de los Centros de Salud “San Genaro” y “Materno Infantil”- Chorrillos 2013?
- ¿Cuáles son las actitudes en la dimensión componente conductual de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente de los Centros de Salud “San Genaro” y “Materno Infantil” – Chorrillos 2013?

### **1.3.OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar las actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente de los Centros de Salud “San Genaro” y “Materno Infantil” – Chorrillos 2013.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Identificar las actitudes en la dimensión componente cognoscitivo de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente de los Centros de Salud “San Genaro” y “Materno Infantil” – Chorrillos 2013.
- Reconocer las actitudes en la dimensión componente afectividad de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente de los



Centros de Salud “San Genaro” y “Materno Infantil”-  
Chorrillos 2013

- Identificar las actitudes en la dimensión componente conductual de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente de los Centros de Salud “San Genaro” y “Materno Infantil” – Chorrillos 2013.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

La presente Investigación es importante por la repercusión que tiene la Tuberculosis Pulmonar en la población, el Perú es el país con mayor morbilidad e incidencia de Tuberculosis en América Latina y de igual manera es el octavo país del mundo con mayor carga de pacientes resistentes a fármacos, con una mortalidad de 1.8 millones por año <sup>(12)</sup>, no siendo esta una enfermedad cualquiera, ya que sobre su “base biológica y la de su largo y penoso tratamiento, se va a construir la enfermedad con elementos sociales y morales, que van a incidir en el proceso de tratamiento, además sobre estos pacientes también va recaer el estigma social se los ve como “objeto indeseable” quien como fuente de contagio debe ser “rehuido” <sup>(11)</sup>. A esto hay que sumar el problema económico que crea en las familias debido a la incomprensión de los empleadores junto con la merma en la capacidad física de trabajar que contribuye a la reducción en la participación en actividades productivas para la provisión del sostenimiento material propio y de la familia; entre los más jóvenes, la Tuberculosis Pulmonar trunca la formación profesional. <sup>(11)</sup>.

La Tuberculosis Pulmonar en la población en estos últimos tiempos su incidencia ha incrementado y se ha convertido en un serio problema de Salud Pública Global, no siendo esta una enfermedad cualquiera, ya que sobre su base biológica y la de su largo y penoso tratamiento, se va a construir la enfermedad con elementos sociales y morales, que van a incidir

en el proceso de tratamiento, además sobre estos pacientes también va recaer el estigma social se los ve como “objeto indeseable” quien como fuente de contagio debe ser “rehuido”. La familia constituye el contexto en el que se desenvuelve la enfermedad, y a su vez es el soporte social, que va a actuar de manera amortiguadora entre eventos estresantes de la vida y la enfermedad.

Esto quiere decir que las situaciones estables de bajo contacto social, la falta de una red de amigos y conocidos que ayuden moral, emocional e instrumentalmente a un sujeto, están asociadas a una mayor presencia de síntomas físicos y mentales. Se pueden dar situaciones como que se incrementen y fortalezca los lazos familiares y por lo tanto la familia tenga una participación activa y se convierta en un suficiente soporte social que podría favorecer el pronóstico de mejoría del individuo pero en otras situaciones puede ocurrir una mutua culpabilización, en la que no se va a brindar ni un adecuado soporte emocional, ni un adecuado apoyo social en los pacientes ocasionando de manera directa que se faciliten los síntomas; durante esta penosa enfermedad no solo biológica sino también social.

Esta investigación es importante, porque sus resultados serán un aporte para sustentar investigaciones futuras relacionadas a las actitudes frente al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar resistente.

Así mismo los resultados que se obtengan pueden servir de guía a los programas de PCT para modificarlos contenidos de las charlas, dirigidos a los familiares con diagnóstico de TBC MDR que tiene como fin explicar la importancia del apoyo familiar, en lo moral y afectivo colaborando en la pronta recuperación de su familiar.

## **1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

- La primera limitación es la poca colaboración de los familiares, tratando de adaptarse al mínimo pedido para que puedan participar en la ejecución del trabajo de investigación.

- La segunda limitación es que los resultados solo servirán para la población, donde se llevó a cabo la investigación.

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO**

### **2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

#### **2.1.1. Antecedentes Internacionales**

**Minga Yaguana Sonia**, Ecuador, en el año 2011, realizo un estudio con el título “Participación de la familia y su influencia en el aumento de casos de Tuberculosis multidrogorestante en el Centro de Salud Materno Infantil Francisco Jácome del Cantón Guayaquil - Ecuador, durante el segundo semestre del 2011”, con el objetivo de “Determinar la de la familia y su influencia en el aumento de casos de Tuberculosis multidrogoresistente. Se utilizó el método inductivo. La población fue constituida por las familias de los pacientes atendidos en el centro de Salud Materno Infantil Francisco Jácome que corresponde a 58 usuarios mayores de 15 años atendidos durante el segundo semestre del 2011. La técnica fue la encuesta a la muestra representativa de la familia de los usuarios afectados por la enfermedad. Concluyendo entre otros:

“Las familias de los usuarios no identifican los síntomas de la tuberculosis, sin embargo ante la presencia de tos y flema por más

de 15 días acuden a la unidad de salud pero no son captados como sintomáticos respiratorios”.

“Los familiares de los usuarios desconocen que significa multidrogo resistente haciendo pensar que no conocen la magnitud del problema”.

El 47% de los familiares muestran una actitud de indiferencia frente a la resistencia de su familiar a la medicación y al saber que la magnitud del problema radica en el momento que su paciente se convierte en un paciente multidrogoresistente y que ya es más fastidioso y peligroso su atención y recuperación mostrando entonces una actitud angustiada y de preocupación con manifestaciones de llanto y temor.<sup>12</sup>

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

**Olivia J. Horna Campos.** Directores: Miquel Martín Mateo, Héctor Javier Sánchez Pérez, Lima – Ate. En el año 2010, se realizó un estudio sobre “Prevalencia de Tuberculosis y soporte afectivo de la familia a los pacientes que la padecen y radican en la zona marginal de Ate – Vitarte”, tuvo como objetivo Analizar Prevalencia de Tuberculosis y soporte afectivo de la familia a los pacientes que la padecen y radican en la zona marginal la situación de Tuberculosis en una zona marginal, del distrito de ATE, Lima Perú. Para efectos de este trabajo, este objetivo se desglosó en tres objetivos generales: - Analizar la situación de la tuberculosis pulmonar (TBP) en población usuaria de los servicios de salud. - Evaluar la incidencia de la enfermedad a partir de los nuevos casos diagnosticados en un período superior a un año. - Evaluar nuevos factores de riesgo atribuibles a la propagación del bacilo en la zona estudiada e identificar grupos poblaciones de mayor riesgo de desarrollar TB. Métodos Este trabajo está conformado a partir de tres estudios complementarios: Estudio 1 transversal, dónde se

realizó una búsqueda activa de sintomáticos respiratorios en los establecimientos de salud de la microred Santa Clara y del hospital local de Vitarte, a los cuales se les encuestó y diagnosticó de TB a través de baciloscopia, y se estudió los factores asociados a la prevalencia. Estudio 2 de incidencia, a partir de la revisión de historias clínicas de 1,6 años y se estimaron las diferentes tasas de TB entre los diferentes grupos estudiados, identificando a aquellos con mayor riesgo a desarrollar la enfermedad. En un último estudio 3, se procedió a evaluar el soporte afectivo que brindan los familiares y evitar con ello el de mayor riesgo de desarrollar la enfermedad, entre los demás miembros de la familia y sobre todo que los pacientes haga resistencia mediante el diagnóstico de infección tuberculosa. El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS versión.<sup>13</sup>

**Keredert Serrín.** Relación entre los conocimientos y las actitudes que tienen los pacientes del esquema dos del programa de tuberculosis del Centro de Salud “Tablada de Lurín”, hacia su enfermedad. 2008 Perú-Lima. Estudio de enfoque cuantitativo, nivel aplicativo, diseño descriptivo correlacional, tipo no experimental; tuvo una población de 45 familias; uso la entrevista como instrumento para recolectar datos.

Conclusiones:

*“En los pacientes predominan las actitudes de indiferencia (38,8%), hacia su enfermedad, sin embargo el 33,4% muestra una actitud Favorable” “Estableciendo la relación estadística entre las dos variables, se encontró que existe relación entre el conocimiento y las actitudes, sin embargo estos nos son muy significativos, pues pacientes con conocimientos altos muestran Actitudes de Indiferencia a su enfermedad...”<sup>14</sup>*

**Bojorquez Chaupis Cristina del Pilar, Srta. Pérez Quispe Roció Marely.** Conocimientos acerca de la Tuberculosis Pulmonar que tienen las familias de los pacientes registrados en el programa de Control de Tuberculosis del Centro de Salud “San Genaro”. Enero 2010 .Estudio de enfoque cuantitativo, tipo no experimental, nivel aplicativo, diseño descriptivo. Tuvo una población de 50 familias, utilizo las encuestas como instrumento para recolectar datos.

Conclusiones:

“Aquí se pudo rescatar la importancia que tiene el rol de la familia en el programa de control de Tuberculosis así como se resalta la importancia del fortalecimiento de los conocimientos sobre el rol educador, orientador del Personal de Enfermería en el Programa de Control De Tuberculosis.”<sup>15</sup>

**Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) y el Proyecto Vigia, Ministerio de Salud.** “Vivir la Tuberculosis”,

En la que tuvo como pregunta central, las causas que explicarían la renuencia a atenderse en los servicios de salud de personas enfermas con tuberculosis que habitan en los cerros de El Agustino y San Cosme específicamente se aborda la irregularidad de los pacientes en el tratamiento y el abandono del mismo. Para responder a dicha pregunta central, se abordó la identificación de conocimientos, actitudes y representaciones sociales.

Conclusiones

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

“La renuencia a buscar, continuar o culminar el tratamiento antituberculoso por los enfermos está asociado a la calidad de las redes sociales de que forman parte, las alteraciones en la dinámica

social; familiar, laboral y educativa; la duración y las características propias del tratamiento, incluidas las reacciones adversas al mismo”<sup>16</sup>

**Castillo Jave Oswaldo con el auspicio de DFI, Fundación Ford y proyecto POLICY de USAID.** La Tuberculosis Multidrogoresistente en el Perú, Agosto 2009. Estudio de enfoque cualitativo, tipo no experimental, nivel aplicativo, diseño descriptivo. Tuvo una población de 55 familias, utilizo las encuestas como instrumento para recolectar datos.

Conclusiones:

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

“Se pone de manifiesto que esta situación ha comprometido la psicología de los pacientes debido al largo proceso de la enfermedad y la demora de su tratamiento debido a que no se contaban con los lineamientos básicos para curar a un paciente multidrogoresistente y se convirtieron en grandes iatrogénias en la historia de salud pública en el Perú”.<sup>17</sup>

**Ramírez Carrascal Henry Omar.** Las representaciones Sociales del Paciente Multidrogoresistente a la Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud “Conde de la Vega Baja”, Cercado de Lima 2010. Estudio de enfoque cualitativo, tipo no experimental, nivel aplicado, diseño descriptivo. Tuvo una población de 40 familias, utilizo la entrevista como instrumento para recolectar datos.

Conclusiones:

“El objetivo de la investigaciones comprender las representaciones Sociales de los pacientes acerca de su condición de Multidrogoresistente a la TBC Pulmonar, tipo cualitativo, llegando a



las siguientes consideraciones finales: El estudio permitió identificar la Objetivación de los pacientes referente a la condición estudiada; esta revela que para los pacientes la objetivación está configurada como: Sentimientos emergentes acerca de su condición de MDR, el ocultamiento para la aceptación de los otros<sup>18</sup>

**Tacuri Taípe Martha Emilia**, Lima – Perú, en el año 2009, realizó un estudio sobre “Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Primavera

El Agustino, con el título de “Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistentes en el Centro de Salud Primavera El Agustino, 2009”, Tuvo como objetivo “Determinar la relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis”. Se utilizó el método Descriptivo Correlacional, de corte Transversal. La muestra estuvo constituida por 38 pacientes con diagnóstico de

Tuberculosis Pulmonar, registrados en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Primavera Establecimiento de Salud del Primer nivel de Atención, ubicado en el distrito del Agustino de Lima Metropolitana. Las técnicas que se utilizaron fueron la Entrevista y el Análisis Documental, y los instrumentos fueron la Encuesta y Ficha de Registro respectivamente.

Concluyendo entre otros:

“La mayoría de los pacientes con Tuberculosis tienen un nivel medio de conocimientos sobre el tratamiento de esta enfermedad, coincidentemente el nivel de conocimientos sobre el tratamiento farmacológico así como el conocimiento de las indicaciones de seguimiento se ubica en la mayoría de los pacientes en el nivel medio”.

“La mayoría de los pacientes no mostraron adherencia al tratamiento de la tuberculosis en general, condición similar aconteció respecto a las indicaciones de seguimiento y al tratamiento farmacológico propiamente dicho. “Existe relación directa entre adherencia y nivel de conocimientos de los pacientes con tuberculosis es decir que la no adherencia está presente en los pacientes que tienen nivel de conocimiento medio a bajo y quienes son adherentes al tratamiento tienen un nivel alto de conocimientos resultado obtenido mediante la prueba estadística del Ji cuadrado con un nivel de significancia del 95% de confianza y un grado de libertad”.<sup>19</sup>

## 2.2. BASE TEÓRICA

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

### 2.2.1. Generalidades sobre Actitud

“La actitud es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante un referente, categoría, clase o conjunto de fenómenos o conjunto cognoscitivo. Es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante referentes actitudinales” (2).

Así STATT (1985) afirma que “ Las actitudes son fundamentalmente afectivas con alto contenido emocional y responden a la pregunta, que siente de X”(3), afianzándose aún más esta definición, RODRIGUEZ (1980) luego de examinar conceptos clásicos de actitudes, las define como: “**Una organización duradera de creencias y cogniciones, dotados de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto**”(4) y se rescata de ANDER EZEQUIEL la siguiente definición de Actitud “

Actitud designa un estado de disposición psicológica adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos y situaciones.

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

### **2.2.2. Formación de Actitudes**

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

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

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

La familia es otro de los elementos que contribuye a la formación de las actitudes, su influencia es evidente cuando se observa que las actitudes que tenemos hacia diversos campos como por ejemplo la religión, tolerancia o prejuicios, las ocupacionales y otras; son el resultado de en gran parte de nuestra aceptación o

rechazo de las actitudes que guardan los miembros de nuestra familia. MILTON BLUM a manera de comparación explicativa dice: ***“El Papel que desempeñan los padres y los hermanos contribuya a la formación de actitudes de nuestra personalidad”***.

**La** influencia del grupo en el cual se identifica el individuo es otro factor que contribuye a 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.

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

#### **A. Características de las Actitudes**

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

- **Posibilidad de aprender:** Las actitudes no son innatas dependen mucho de la experiencia y el aprendizaje las que pueden ser voluntarios e involuntarios, conscientes e inconscientes.
- **Estabilidad:** Las actitudes no son transitorias, una vez formados se vigorizan y perduran en el sujeto o simplemente se modifican.

- **Interrelación:** Las actitudes presentan una vinculación entre sí, constituyendo conjuntos consistente o sin contradicción.
- **Significancia para el individuo y la sociedad:** Toda actitud implica una relación entre persona y los objetos o entre una persona y otro: las actitudes no se auto generan, se forman, se aprende en relación a algo.

## **B. Componentes de las Actitudes**

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

- i. **Cognoscitivo:** En dicho componente se incluyen las creencias que se tiene de un objeto y los conocimientos previos de dicho objeto. El número de elementos de este componente varía de una persona a otra. En sí, este componente es de categoría, utilizado por algunas personas para codificar alguna información.
- ii. **Emocional o Afectivo:** Es conocido a veces como el componente sentimental y se refiere a las emociones o sentimientos ligados con el objeto de actitud. Los adjetivos bipolares usados frecuentemente al estudiar los elementos de este componente son Amor-Odio, Gusto- Disgusto, Admiración- Desprecio, Aceptable – Inaceptable, y otras que denotan sentimientos de tipo favorable o desfavorable. Es importante señalar que cuando un individuo verbaliza estos sentimientos o emociones resulta que estos son algo más que meros sentimientos. También son cogniciones pero significativamente diferente de los del componente cognoscitivo.

**iii.Tendencia a la Acción:** Incorpora la disposición conductual del individuo a responder al objeto de actitud. Se acepta generalmente que hay un lazo entre los componentes cognoscitivo particularmente, las creencias evaluativos y la disposición a responder al objeto.

### **2.2.3. Tuberculosis Pulmonar:**

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria *Mycobacterium tuberculosis* también llamado Bacilo de Koch, en honor a su descubridor. Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio pacientes con enfermedad pulmonar activa.

La infección por *Mycobacterium tuberculosis*. la tuberculosis suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria.

La tuberculosis es una enfermedad contagiosa. La infección se adquiere habitualmente por vía aerógena por inhalación de partículas contaminadas, especialmente mediante las gotitas de *Flügge* que son proyectadas al toser. El reservorio lo constituyen las personas enfermas, a veces sintomáticas, pero muchas veces asintomáticas o apenas sintomáticas. Se calcula que cada persona tuberculosa contagia a 2-3 personas al año, pudiendo llegar hasta 10. Un paciente tuberculoso, si evoluciona hacia la curación, suele permanecer contagioso unos 2 años; si no se cura es contagioso durante toda la vida. Con tratamiento, la tuberculosis se cura actualmente y deja de ser contagiosa aproximadamente en unas 4-6 semanas (el 100% a los 3 meses de tratamiento).

Las cifras de tuberculosis (TB) en el Perú no ceden. Pese a que las estrategias puestas en marcha el año pasado lograron reducir la

tasa de mortalidad de 105.2 a 101.3 casos por cada 100 mil habitantes, seguimos siendo los segundos de América con la estadística más alta en la forma sensible del mal y los primeros con más casos de TB multidrogoresistente, es decir aquella que no responde al tratamiento con medicinas convencionales.

Según la estadística del Ministerio de Salud, durante el año 2013 se registraron 31 mil casos de TB en la forma sensible, 1,260 casos de TB multidrogoresistente (MDR) y apenas 66 casos de TB extremadamente drogorresistente (XDR). Las regiones con más incidencia del mal fueron Madre de Dios, Callao, Ucayali, Tacna, Loreto y Lima, donde se ha fortalecido la atención con medicinas y médicos especialistas.

En la capital la mayor cantidad de casos de TB se concentra en los distritos de San Juan de Lurigancho, precisamente el que alberga la mayor cantidad de población de Lima. Le siguen en la estadística El Agustino, Santa Anita, Ate Vitarte y el Rímac.

#### **2.2.3.1. Signos y síntomas de la Tuberculosis pulmonar:**

Los síntomas de la enfermedad de la tuberculosis dependen del lugar del cuerpo donde se estén reproduciendo las bacterias que causan la enfermedad. Entre estos síntomas se incluyen:

- Una tos intensa que dura 3 semanas o más
- Dolor en el pecho
- Tos con sangre o esputo (flema desde el fondo de los pulmones)
- Debilidad o cansancio
- Pérdida de peso

- Falta de apetito
- Escalofríos
- Fiebre
- Sudor durante la noche

### **2.2.3.2. Tratamiento Farmacológico**

El tratamiento farmacológico de la tuberculosis está asociada a medicamentos de alta eficacia, con reacciones adversas mínimas y administradas correctamente garantiza la curación de todas las personas enfermas y es base fundamental de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Para todo caso de tuberculosis, antes de iniciar el tratamiento deberá definirse lo siguiente:

- Condición bacteriológica inicial por baciloscopia o cultivo
- Antecedentes de tratamiento previo
- Localización de la enfermedad pulmonar o extrapulmonar
- Gravedad y pronóstico de la Enfermedad.

Esta definición permitirá el empleo de regímenes terapéuticos diferenciados que garanticen su mayor eficacia. Se busca una eficacia terapéutica del 99% y una eficiencia del tratamiento superior al 90%.

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

- a) Primera Fase de inducción o bactericida: de administración diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida (lográndose destruir 90% de la población



bacteriana en los primeros 10 días) y para prevenir la resistencia y con ella el fracaso al tratamiento.

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

**Medicamentos Antituberculosis De Primera Línea - Características clínico farmacológicas.**

<b>MEDICAMENTO</b>	<b>ACTIVIDAD CONTRA Mycobacterium tuberculosis</b>	<b>ABSORCION</b>	<b>METABOLISMO</b>	<b>EXCRECION</b>
Rifampicina (R)	Bactericida con poder esterilizante	Absorción retardada por alimentos.	Hepático	Mayor parte en heces. 20-30% por riñón.
Isonazida (H)	Altamente bactericida	Mejor absorción en ayunas.	Hepático	Renal
Pirazinamida (Z)	Bactericida en medio ácido	Efecto de alimentos en biodisponibilidad es mínimo.	Hepático	70% por riñón.
Etambutol (E)	Bacteriostático(probablemente bactericida a altas dosis)	Efecto de alimentos en biodisponibilidad es mínimo.	Renal y hepático.	80% por riñón.
Estreptomina (S)	Bactericida en población extracelular.	Parenteral.	Distribución amplia en tejidos y líquidos corporales.	50-60% por riñón y pequeña cantidad por bilis.

#### **2.2.4. Tuberculosis Multidrogoresistente:**

Tuberculosis multidrogoresistente es aquella infección por *Mycobacterium tuberculosis* por aquellas cepas resistentes a los antibióticos de primera línea:

- Isoniacida
- Rifampicina

Estos medicamentos se usan para tratar a todas las personas enfermas de tuberculosis.

La resistencia a los medicamentos es más común en las personas que:

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

- Paciente con antecedente de abandono de tratamiento antituberculoso.
- Paciente con tuberculosis crónica multitratada.

#### **2.2.4.1. Signos y síntomas de la Tuberculosis**

##### **Multidrogoresistente:**

Los síntomas de la enfermedad de la tuberculosis multidrogoresistente dependen del lugar del cuerpo donde se estén reproduciendo las bacterias que causan la enfermedad. Entre estos síntomas se incluyen:

- Una tos intensa que dura 3 semanas o más
- Dolor en el pecho
- Tos con sangre o esputo (flema desde el fondo de los pulmones)
- Debilidad o cansancio
- Pérdida de peso
- Falta de apetito
- Escalofríos
- Fiebre
- Sudor durante la noche

#### **2.2.4.2. Tratamiento Farmacológico**

El uso incorrecto de los medicamentos antituberculosos puede originar la presencia de algunos casos de TB-MDR, es decir, la presencia de bacilos resistentes, al menos a isoniacida y rifampicina. Estos casos pueden contribuir a disminuir la eficacia de los esquemas de tratamiento para pacientes nuevos y antes tratados. Por tal motivo, es necesario establecer otras categorías de enfermos para esquemas diferenciados, como son:

- Enfermos que fracasan al esquema primario (Uno) y que han ingresado al PNCT como casos nuevos.
- Enfermos que fracasan al esquema secundario (Dos) y que ingresado al PNCT como casos de recaídas o abandonos recuperados.
- Enfermos que fracasan al esquema de retratamiento estandarizado para TBC MDR.

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

- i. **Retratamiento individualizado:** Esquema de tratamiento diseñado en base a los resultados de la prueba de sensibilidad del paciente.
- ii. **Retratamiento Empírico:** se elabora en función del antecedente farmacológico del paciente y/o el antecedente de contacto de TB MDR, no requiere prueba de sensibilidad en el momento de su diseño.

Elementos adicionales a considerar serán:

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

recibirá el esquema con el cual el caso índice hubiese negativizado.

- iii. **Retratamiento Estandarizado:** Esquema de tratamiento diseñado en base a la situación de la prevalencia de resistencia a drogas antituberculosas y en función del arsenal terapéutico habitualmente utilizado en la región. No se requiere tener la prueba de sensibilidad para su aplicación, es un esquema normatizado y tiene una duración de por lo menos 18 meses.

### **Retratamiento Estandarizado para TB MDR**

#### **Indicaciones:**

El retratamiento estandarizado para TB MDR está indicado en los siguientes casos:

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

Se utilizaran las siguientes drogas:

- Kanamicina 15 mg/Kg/día (Mantener por lo menos hasta tener 6 cultivos consecutivos negativos)
- Ciprofloxacina 1500 mg/día
- Etionamida 15=20 mg/Kg/día
- Pirazinamida 30mg/Kg/día

- Etambutol 25 mg/Kg/día
- Cicloserina 15 mg/Kg/día
- Acido Para aminosalico (PAS) 1509 mg/Kg/día

**PROGRAMACION DE MEDICAMENTOS PARA EL ESQUEMA  
ESTANDARIZADO**

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

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

Se debe garantizar la supervisión y el cumplimiento estricto del tratamiento. Los medicamentos se administraran tomando en consideración el peso del paciente y las dosis

de los medicamentos orales de segunda línea serán administradas fraccionadas cada 12 horas.

El esquema de retratamiento Estandarizado debe ser reajustado de acuerdo al resultado de la Prueba de sensibilidad.

❖ **Retratamiento Empírico para TB MDR**

Es el esquema diseñado por el médico Consultor Intermedio, en base al antecedente de tratamientos previos o en base a la prueba de sensibilidad de un contacto cercano y condición clínica del paciente. Se indica e inicia sin disponer de los resultados de la prueba de sensibilidad del paciente.

El retratamiento empírico para TB MDR está indicado en los siguientes casos:

- a) Paciente contacto de TB MDR en tratamiento individualizado, que no cuenta con resultado de prueba de sensibilidad.
- b) Fracaso a Retratamiento estandarizado, que no cuenta con resultados de prueba de sensibilidad.
- c) Abandono a retratamiento estandarizado que no cuenta con resultados de prueba de sensibilidad.
- d) Paciente con antecedente de haber recibido drogas de segunda línea.

Se debe de garantizar la supervisión y el cumplimiento estricto del tratamiento así como los medicamentos se administraran tomando en consideración el peso del paciente y las dosis de los medicamentos orales de segunda línea serán administrados fraccionadamente cada 12 horas.

## ❖ **Retratamiento Individualizado para TB MDR**

Es el esquema diseñado por el médico Consultor Intermedio en base a los resultados de la prueba de sensibilidad. Esta indicado en los pacientes que cuenten con pruebas de sensibilidad de primera y/o segunda línea aprobados por el CERI y/o CERN, tomando en consideración los criterios contemplados.

Por lo tanto es importante el seguimiento de la cepa que fue derivada para la prueba de sensibilidad, lo cual es responsabilidad directa del Coordinador de la DISA o DIRESA y el médico tratante. Debemos garantizar la supervisión y el cumplimiento estricto del tratamiento (DOTs PLUS), los medicamentos se administraran tomando en consideración el peso del paciente y las dosis de los medicamentos de segunda línea serán fraccionadas cada 12 horas.

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

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

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



tanto a estreptomina como a Kanamicina, entonces la elección es capreomicina.

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

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

#### **2.2.5. Rol de la Familia en el Programa de Control de Tuberculosis**

Las actuales doctrinas, normas y procedimientos del programa de Control de Tuberculosis nos dice en su capítulo octavo que la atención integral al enfermo, implica la realización de actividades por parte de la comunidad, que respondan a sus necesidades sociales, asistenciales y preventivas, con activa participación de las personas enfermas, su familia y comunidad en cuanto a tres aspectos: Promoción y apoyo al programa comunal de vigilancia de la tuberculosis, alimentación complementaria, atención social. Desgraciadamente esto no se evidencia en nuestra realidad, los numerosos problemas entre ellos, la falta de recursos financieros, materiales y físicos junto a la falta y mala distribución del personal capacitado son solo parte del problema; en algunos casos el obstáculo ha sido el apego a orientaciones tradicionales y anticuadas por parte de la familia.

La reforma del sector salud busca construir una nueva política de salud que valore al individuo, afirme la rectoría del Estado en el campo de la salud, se busca la coparticipación

del usuario, llámese paciente o familia, dentro de su atención, con el objeto de lograr mayor rendimiento de los servicios mediante la educación de la población, participación comunitaria y acción intersectorial; esto se debería tomar en cuenta de manera muy especial dentro del Programa de Control de Tuberculosis ya que su propósito es romper la cadena de transmisión de la infección en la población, donde se necesita la Participación de la comunidad, especialmente de aquellos que han vivido o viven en estrecho contacto con un caso índice de tuberculosis.

#### **2.2.6. Teóricas de enfermería que dan sustento a la Investigación.**

**Anal Fairlie Dora Frisancho:** Teoría de las Interacciones Familiares. Se hace referencia al concepto de interacción o transacción familiar y a su fuente que es la red interactiva familiar, y se detiene en las interacciones triádicas sobre las cuales se ensaya una clasificación según se ponga el énfasis en el aspecto comunicacional. en el aspecto vincular o en los procesos psíquicos que implican. Para los investigadores, el problema es siempre precisar si las interacciones que observan en una familia son las que realmente motivan el sistema de esa familia, o ésta encubre otras interacciones que no deja asomar al ojo inquisidor. Entonces la familia cumple un papel muy importante en el tratamiento de los pacientes ya que si existe una interacción interna en el núcleo familiar podrán dar soporte y motivar mediante una actitud positiva y de afrontamiento ello dará soporte afectivo al paciente.

## **Modelo de interacción familiar**

Este modelo de *Virginia Satir* (1972), plantea que la interrelación de la salud familiar depende de la habilidad de la familia para entender los sentimientos, necesidades y comportamiento de sus miembros. *Satir* opina que una familia saludable, ayuda a sus miembros a conocerse entre sí, a través de la comunicación y de los eventos o situaciones que se dan en la vida.

La interrelación familiar promueve la confianza en sí mismo y la autovaloración en cada miembro; las familias saludables tienen esperanza en el futuro, confianza en los demás y sienten curiosidad acerca de lo que la sociedad puede ofrecerles. La familia funciona sobre bases de creciente producción y de una realidad orientada lo cual promueve una mayor intimidad entre sus miembros.

El modelo de familia saludable de *Satir* consiste en cuatro conceptos:

1. Valoración propia.
2. Comunicación.
3. Reglas o normas de comportamiento
4. Interrelación con la sociedad.

Este modelo no incluye estructura, funciones y nivel de desarrollo familiar.

**Modelo de desarrollo familiar Evelyn Duvall (1977)** organiza la evolución de la familia y proporciona una guía para examinar y analizar los cambios y tareas básicas comunes en la evolución de la mayoría de las familias durante su ciclo de vida, aunque cada familia tiene

características únicas y patrones normativos de evolución secuencial.

### **Dorotea Orem. Teoría del Autocuidado**

Las profesionales de enfermería debemos fomentar el autocuidado entre nuestros pacientes en la medida que puedan hacer y también se debe considerar a la familia brindándole la información necesaria.

Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza

La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.

Los seres humanos maduros experimenta privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás haciendo de la sostenibilidad debía los estímulos reguladores de las funciones.

La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros.

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- Para una mejor comprensión de los términos utilizados en el presente estudio, a continuación se presentan algunos términos:
- **Actitud:** Es la predisposición del individuo de actuar, pensar y sentir frente a objetos, personas o situaciones definidas.
- **Familia:** Conjunto de personas mayores de 15 años que convivan con el paciente en forma estable.
- **Actitud de la familia frente al Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar:** Persona del sexo masculino y femenino, mayor de 18 años que tiene una predisposición de aceptación, indiferencia y rechazo ante la presencia de signos y síntomas que nos indican que padece de Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente y además sabe que requiere un tratamiento largo y que demanda cambios en los estilos de vida.

### 2.4. HIPÓTESIS

H<sup>a</sup>.- Las actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente de los Centros de Salud “San Genaro” y “Materno Infantil” – Chorrillos 2013. Es de aceptación.

H<sup>o</sup>.- Las actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente de los Centros de Salud “San Genaro” y “Materno Infantil” – Chorrillos 2013, es de indiferencia.

## **2.5. VARIABLES**

### **2.5.1. Definición conceptual de la variable**

Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar, también puede considerarse como cierta forma de motivación social -de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas

### **2.5.2. Definición Operacional de Variables**

La actitud es como enfrentamos a las cosas. Las personas suelen compartir el mismo tipo de actitud para distintas cosas como: El trabajo, La vida, Familia y Amigos. . Son formas habituales de pensar, sentir y comportarse de acuerdo a un sistema de valores que se va configurando a lo largo de la vida a través de las experiencias de vida y educación recibida.

La actitud en sus tres componentes serán medibles a través de la escala: Favorable

Medianamente favorable

Desfavorable

**2.5.3. Operacionalización de la variable “Actitud de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento”**

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	%	ITEMS	ESCALA DE MEDICION
<b>Actitudes de la familia</b>	Cognitivo	Conocimiento sobre: .Enfermedad TBC MDR. .Signos y síntomas .Tratamiento .Reacciones adversas	30% 9 preguntas	1 - 9	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Favorable</li> <li>➤ Medianamente favorable</li> <li>➤ Desfavorable</li> </ul>
	Afectivo	.Sentimiento familiar .Expresión de sentimiento	30 % 9 preguntas	10 – 18	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Favorable</li> <li>➤ Medianamente Favorable</li> <li>➤ Desfavorable</li> </ul>
	Conductual	.Adaptativa .Agresiva	40% 12 preguntas	19 - 30	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Favorable</li> <li>➤ Medianamente Favorable</li> <li>➤ Desfavorable</li> </ul>

## **CAPITULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1.- TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN**

**Tipo de la Investigación:** Es de tipo no experimental porque no se busca manipular a la muestra, sino solo se va a analizar situaciones ya existentes.

**Nivel de la Investigación:** Es de Nivel descriptivo, ya que describió una solución y/o un hecho en este caso la actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar multidrogoresistente.

**Es de corte Transversal** por que se dará en un tiempo y espacio determinado.

### **3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente estudio de Investigación se llevó a cabo los Centros de Salud “San Genaro” y “Materno Infantil” (DISA SUR), están ubicadas en el Distrito de Chorrillos; cuenta con una infraestructura adecuada para



atender a la población, se encuentra dirigido en centro de salud “San Genaro” por el DR. Trujillo y el centro de salud “Materno Infantil” por la Dra.Yolanda Orosco Mori. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 2:00 p.m. de lunes a sábado, excepto Emergencias que atiende todos los días y en todo horario.

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

### 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:

**La población** : Estuvo conformado por 42 familiares (padres, esposa(o) hermanos) de los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente de los centros de salud San Genaro constituido por (18) familiares de 6 pacientes multidrogoresistente y 24 familiares de 8 pacientes del centro de salud “Materno Infantil.

**La muestra:** Fue de manera no probabilística, e intencional y por conveniencia ya que se tomará a 42 familiares de los 14 pacientes multidrogo resistentes de los dos centros de salud.

CENTRO DE SALUD	PACIENTE	Nº DE FAMILIAR	TOTAL
San Genaro Pacientes	6 pacientes multidrogoresistente	3 x C/u	= 18
Materno Infantil	8 pacientes multidrogoresistente	3 x C/u	= 24
			42 Familiares

**Criterios de Inclusión:**

- Familiares de los pacientes con TBC MDR atendidos en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de Tuberculosis que pertenezcan al esquema de Retratamiento de TBCP MDR.
- Familiares de los pacientes cuyas edades sean mayores de 18 y menores de 75 años.
- Los familiares de los pacientes que asistan regularmente a recibir su tratamiento farmacológico.
- Los familiares que hablen el idioma castellano.
- Los familiares que sepan leer y escribir.
- Los familiares que convivan en forma estable con el paciente.

**Criterios de Exclusión:**

- Familiares cuyos pacientes no sean atendidos Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de Tuberculosis y no pertenezcan al esquema de tratamiento de TBC MDR.
- Familiares de los pacientes que hayan dejado de asistir o abandonado el tratamiento.
- Familiares que no hablen el idioma castellano.
- Familiares que no sepan leer y escribir.
- Familiares que vivan temporalmente con el paciente.

**3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS****3.4.1. Técnica**

La técnica que se utilizó fue la recolección de datos fue la escala de Likert, por ser la más adecuada para cumplir con el objetivo del estudio y obtener información sobre “Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente de los Centros de salud “ San Genaro” y “Materno Infantil” - Chorrillos 2013.

### 3.4.2. Instrumento

Para el recojo de la información, se hizo uso del cuestionario el cual será aplicado a los familiares de los pacientes con Tuberculosis pulmonar multidrogoresistente que asistan a los CS-SG y MI –Chorrillos.

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

Esta Escala de Lickert cuenta con un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales habrá una reacción de los sujetos a los que se les administra. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los 5 puntos de la escala; teniendo en cuenta las Dimensiones e Indicadores planteados en la variable. La estructura física del instrumento está constituido por Título, Introducción, Contenido propiamente dicho (datos generales del familiar entrevistado y la presentación de los 30 ítems (Anexo 1), con sus respectivas alternativas de respuesta) empleando un promedio de 25 – 30 minutos en su aplicación.

La puntuación para cada uno de las respuestas fueron clasificadas mediante las siguientes categorías:

(F)	Favorable	3 puntos
(MF)	Medianamente favorable	2 puntos
(D)	Desfavorable	1 puntos

### 3.4.3. Validez

El instrumento fue validado por juicio de expertos que analicen la validez y que se detalle mediante este instrumento los resultados.

#### **3.4.4. Confiabilidad**

La confiabilidad se hace a través de la prueba piloto. Se estableció coordinaciones con la jefatura de enfermería de los centros de salud para la realización del proyecto a fin de obtener el consentimiento de la institución. La explicación del cuestionario acerca de las actitudes de la familia que pertenecen a los centros de salud en el programa de control de tuberculosis MDR, se realizara en un tiempo no mayor de 30 minutos.

### **3.5. PROCESO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS**

La recolección de datos se inició solicitando permiso a los Directores de los centros de salud "San Genaro" y "Materno Infantil" mediante él envió de una solicitud, donde se dará a conocer los objetivos del estudio y el tiempo que durara la recolección de datos. Posteriormente se tendrá acceso a las fichas de control de tratamiento farmacológico de cada uno de los pacientes del esquema de TBC MDR, para verificar su asistencia, fase del tratamiento y evaluación hasta el momento.

La recolección de datos se planeó obtener en un periodo de una semana en las fechas del 15 de mayo de octubre al 25 de mayo del 2013 dado que se cuenta con ir a recolectar datos 5 veces en la semana (visitas domiciliarias) en los horarios de 9:00am 1:00pm, se aplicara el instrumento y este fue llenado con un tiempo máximo de 30 minutos.

Para la interpretación se tabulo y clasifíco en forma manual, luego se vaciaran los datos en el programa SPSS. Una vez tabulados los datos, estos serán procesados e interpretados. Para hallar la intensidad se trabajó con valor mínimo y un valor máximo y se aplicara la escala de los Porcentajes en base a ello se hallaran los límites de los intervalos agrupados en 3 categorías: Favorable, medianamente favorable y Desfavorable.

## CAPITULO IV: RESULTADOS

**TABLA: 1**

**PERFIL SOCIAL DE LOS FAMILIARES DE TBC MDR DE LOS CENTROS DE SALUD  
“SAN GENARO Y MATERNO INFANTIL”**

<b>Perfil</b>	<b>F</b>	<b>F%</b>
<b>Edad</b>		
18 a 29 años	12	29
30 a 40 años	21	50
41 a 51 años	9	21
Total	42	100
<b>Grado de Inst.</b>		
Primaria completa	10	24
Secundaria completa	24	54
Superior	8	19
Total	42	100
<b>Estado Civil</b>		
Casado	10	24
Soltero	6	14
Conviviente	22	52
Separado - a	4	10
Total	42	100,0

FUENTE: Elaboración propia

**Interpretación:** En la tabla: 1 se muestran el perfil social de los familiares de pacientes con TBC MDR, determinándose que el 50% tienen entre 30 a 40 años, seguido por el 29% que tienen entre 18 a 29 años. Con respecto al grado de instrucción el 54% tiene secundaria completa, el 24% tiene primaria completa y el 19% educación superior.

**TABLA: 2**

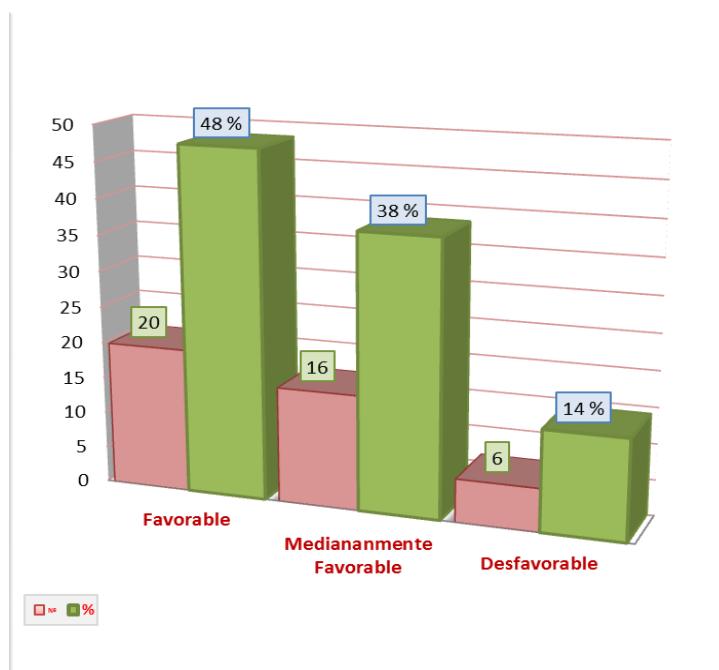
**ACTITUDES DE LA FAMILIA HACIA EL DIAGNÓSTICO Y  
TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR  
MULTIDROGORESISTENTE**

<b>Actitud</b>	<b>f</b>	<b>h<sub>i</sub></b>
➤ Favorable	20	48
➤ Medianamente Favorable	16	38
➤ Desfavorable	6	14
Total	42	100

**Interpretación:** Se observa que las actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis multidrogo resistente es favorable en el 48%(20) familiares y en el 38% es medianamente favorable y solamente en un 14%(6) es desfavorable

## GRAFICO: 2

### ACTITUDES DE LA FAMILIA HACIA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR MULTIDROGORESISTENTE



**TABLA: 3**

**ACTITUDES EN LA DIMENSIÓN COMPONENTE COGNOSCITIVO DE LA FAMILIA HACIA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR MULTIDROGORESISTENTE**

Perfil	TBC MDR es una enfermedad infecto contagiosa		Familiar conoce medicamentos que debe de recibir Pcte. TBC MDR		Para usted existe diferencia entre signos y síntomas de TBC y TBC MDR		T O T A L	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Desfavorable	2	5	2	5	2	5	6	15
Medianamente favorable	4	10	5	12	7	16	16	38
Favorable	8	19	10	23	2	5	20	47
Total	14	34	17	40	11	27	42	100

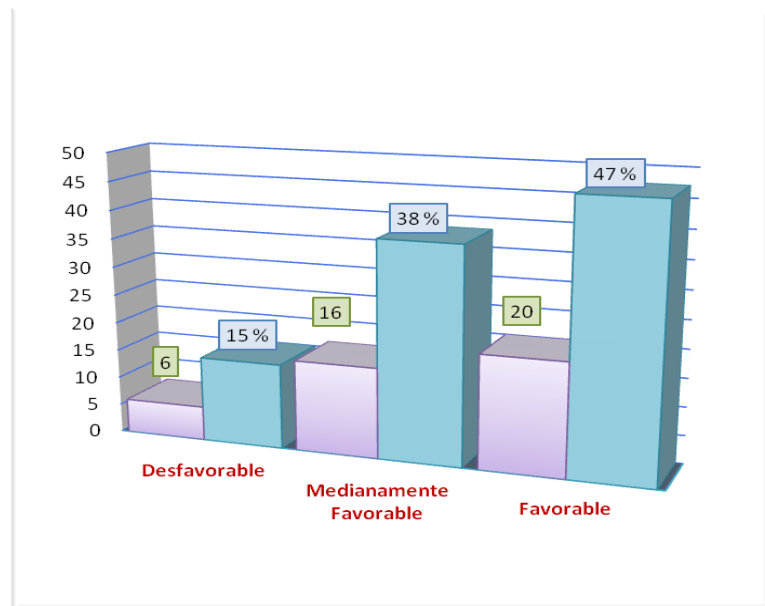
**Fuente:** Elaboración propia

**Interpretación:** Se observa que las actitudes en la dimensión cognoscitiva de la familia son predominantemente favorables en un 47%(20) seguido del 38%(16) y solamente un 15%(6) tiene una actitud cognoscitiva desfavorable.



**GRAFICO: 3**

**ACTITUDES EN LA DIMENSIÓN COMPONENTE COGNOSCITIVO DE LA FAMILIA HACIA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR MULTIDROGORESISTENTE**



**TABLA: 4**

**ACTITUDES EN LA DIMENSIÓN COMPONENTE AFECTIVIDAD DE LA FAMILIA HACIA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR MULTIDROGORESISTENTE**

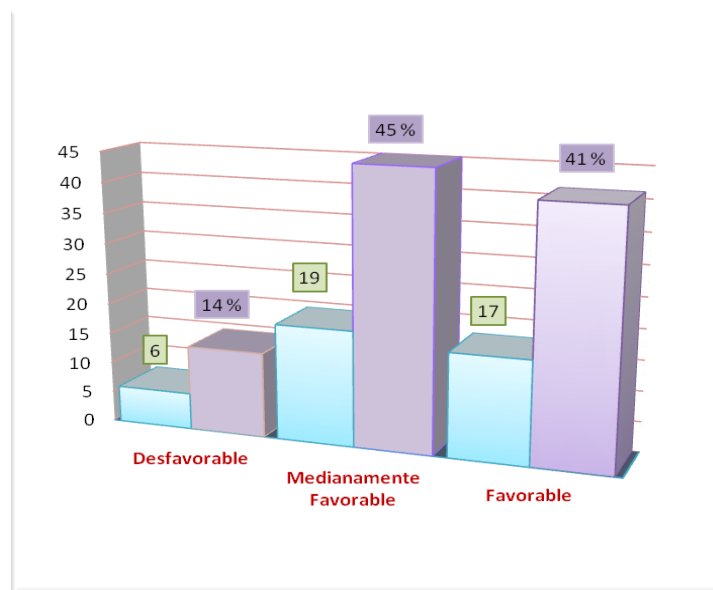
Perfil	Demuestra cariño, afecto en todo momento a su familiar con TBC MDR		Brinda apoyo constante a su familiar con TBC MDR		Demuestra amor a su familiar con TBC MDR		T O T A L	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Desfavorable	-	-	6	14	-	-	6	14
Medianamente favorable	4	10	8	19	7	16	19	45
Favorable	8	19	4	10	5	12	17	41
Total	12	29	18	43	12	26	42	100

**Fuente:** Elaboración propia

**Interpretación:** Se observa que las actitudes en la dimensión Afectividad de la familia es moderadamente favorable en un 45%(19) seguido del 41%(17) y solamente un 14%(6) tiene una actitud afectiva desfavorable.

### GRAFICO: 4

#### ACTITUDES EN LA DIMENSIÓN COMPONENTE AFECTIVIDAD DE LA FAMILIA HACIA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR MULTIDROGORESISTENTE



**TABLA: 5**

**ACTITUDES EN LA DIMENSIÓN COMPONENTE CONDUCTUAL DE LA FAMILIA HACIA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR MULTIDROGORESISTENTE**

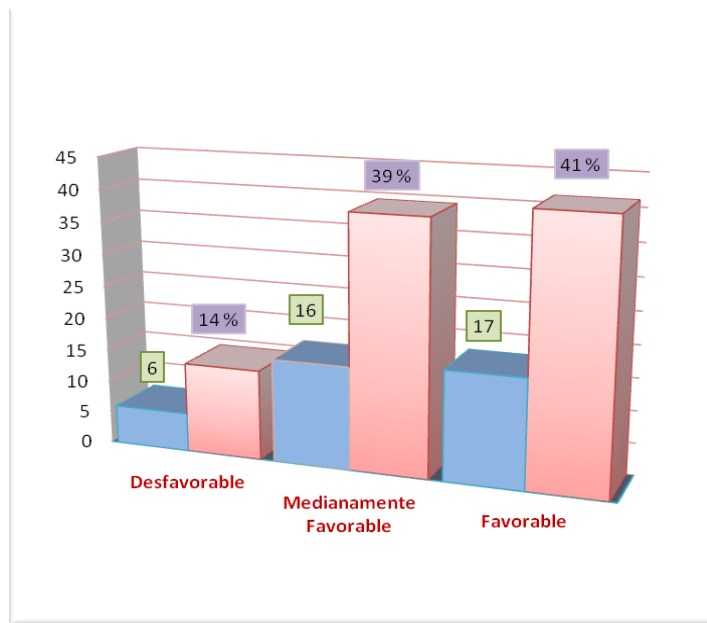
Perfil	Acepta a familiar con TBC MDR		Rechaza cualquier acercamiento de su familiar con TBC MDR		Tiene deseos de agredirlo por tener TBC MDR		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Desfavorable	-	-	6	14	-	-	6	14
Medianamente favorable	8	19	4	10	4	10	16	39
Favorable	4	10	8	19	8	19	17	41
Total	12	29	18	43	12	29	42	100

**Fuente:** Elaboración propia

**Interpretación:** Se observa que las actitudes en la dimensión Conductual de la familia es favorable en un 47%(20) seguido del 39%(16) y solamente un 14%(6) tiene una actitud conductual desfavorable.

**GRAFICO: 5**

**ACTITUDES EN LA DIMENSIÓN COMPONENTE CONDUCTUAL DE LA FAMILIA HACIA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR MULTIDROGORESISTENTE**



## **CAPITULO V: DISCUSION**

A pesar de las estrategias implementadas y de los avances científicos sobre el tema, los conocimientos, las actitudes y prácticas frente a la TB siguen siendo un problema para su control, convirtiéndose en barreras para el diagnóstico y el tratamiento, no solo en la población afectada, sino también en el personal de salud que le atiende. Siendo la Tuberculosis pulmonar multidrogoresistente una enfermedad que tiene repercusiones tanto biológica como psicosocial, en donde no solo afecta al individuo enfermo sino también la homeostasis familiar y que de alguna manera esta situación va a repercutir en las actitudes de la familia ya que la familia es el soporte básico vital para un afrontamiento eficaz de la enfermedad además de ser esta la que ofrece su ayuda y la que se da cuenta de las dificultades que aparecen en todas las áreas tanto fisiológico como psicosocial.

El resultado de este trabajo de investigación se realizó a los familiares de los pacientes de TBC MDR, siendo 42 los familiares que equivale al 100%, y podemos detallar que el 50% tienen entre 30 a 40 años, seguido por el 29% que tienen entre 18 a 29 años. Asimismo el 54% tiene grado instrucción secundaria completa, el 24% tiene primaria completa y el 19% educación superior.

En las actitudes de la familia, vemos que según la dimensión cognoscitiva de la familia son predominantemente favorables en un 47%(20) seguido del 38%(16) y solamente un 15%(6) tiene una actitud cognoscitiva desfavorable y mencionar el componente cognoscitiva se está refiriendo específicamente con los conocimientos que tienen los familiares y al analizar se puede determinar que solamente casi el 50% identifica la enfermedad y la magnitud del ser multidrogo resistente presenta un conocimiento favorable acerca de la enfermedad, y también hay que considerar a la cifra porcentual que tiene un conocimiento poco favorable acerca del tratamiento y los signos y síntomas de la tuberculosis multidrogo resistente.

En las actitudes de la familia, vemos que según la dimensión afectiva es moderadamente favorable en un 45%(19) seguido del 41%(17) que tienen una actitud favorable y solamente un 14%(6) tiene una actitud afectiva desfavorable. Estos resultados nos indica que los familiares le brindan afecto pero que este apoyo no es constante, quizás se deba al ver la falta de voluntad de los propios pacientes ya que estos pacientes han abandonado el tratamiento y esto nos hace pensar que es o fue por falta de apoyo constante de su familia.

En las actitudes de la familia, según la dimensión conductual es favorable en un 47%(20) seguido del 39%(16) y solamente un 14%(6) tiene una actitud conductual desfavorable. Vemos que a pesar de tener buenos resultados en las dimensiones queda claro que todavía falta tener cierto conocimiento sobre la enfermedad, para así poder tomar actitudes racionales y no discriminativas sin tener un fundamento teórico, pues de ello depende la rápida recuperación del paciente. En las actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la TBC MDR.

## CONCLUSIONES

- Teniendo en cuenta el perfil social de los familiares de pacientes con TBC MDR, se encontró que el 50% tienen entre 30 a 40 años, seguido por el 29% que tienen entre 18 a 29 años. Con respecto al grado de instrucción el 54% tiene secundaria completa, el 24% tiene primaria completa y el 19% educación superior.
- Las actitudes en la dimensión cognoscitiva de los familiares son favorables y moderadamente favorables; es decir los familiares identifican la enfermedad, su sintomatología y tratamiento.
- Existe una mínima cifra porcentual de la muestra de estudio e importante de considerar que tiene una actitud cognoscitiva desfavorable y esta se refleja también con la misma cifra porcentual en las dimensiones afectividad y conductual
- Respecto a la dimensión afectividad de los familiares es moderadamente favorable en un 45%(19) seguido del 41%(17) con una actitud favorable
- Las actitudes en la dimensión Conductual de la familia es favorable en un 47%(20) seguido del 39%(16) con actitud moderadamente favorable y continua siendo desfavorable la misma cifra porcentual que tiene actitud cognoscitiva y afectiva.



## RECOMENDACIONES

- El Personal Profesional de Enfermería debe proponer Estrategias Educativas para afianzar aún más el contenido educativo que se imparte no solo al paciente con Tuberculosis Pulmonar multidrogoresistente sino también a la familia dada la importancia que tienen los conocimientos en la formación de una actitud.
- Realizar estudios posteriores de tipo cuasi experimental donde se trabaje con los familiares aplicando un programa de participación y con ello verificar de qué manera están involucradas la familia en el soporte y apoyo constante del paciente con tuberculosis.
- Implementar acciones de educación a la población acerca de las medidas de prevención transmisión de la enfermedad ya que datos estadísticos revelan que la enfermedad está en aumento y también se registran pacientes multidrogoresistente entendiéndose que no toman conciencia de la enfermedad que padecen.
- Fomentar en la población los cuidados preventivos entorno a la ventilación e higiene de la vivienda y sobre la adecuada alimentación e indicaciones médicas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Organización Mundial de La Salud**
2. Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente.
3. **Ministerio De Salud.**-Tuberculosis Pulmonar MDR, datos Estadísticos en el Perú y América Latina.
4. **Ministerio De Salud** Nivel de Incidencia de casos de TBC MDR en Lima y Callao en Comparación con los países de América del Sur
5. **MINSA Y OMS** Tuberculosis Pulmonar
6. **La familia y sus actitude** Scielo
7. **Serrín Keredert** - “Relación entre conocimiento y actitudes que tienen los pacientes del esquema dos del programa de Tuberculosis hacia enfermedad en el centro de Salud Materno Infantil “Tablada de Lurín”
8. **AVENDAÑO, María Cecilia.** “Actitudes de paciente del Programa de Control de Tuberculosis y de población aparentemente sana, frente a la TBC en relación a la prevalencia, gravedad y estigma social percibidos”. En: Tuberculosis en el Perú, Informe 1996,
9. **ARÉSTEGUI, Jaime, MARTÍNEZ Gilbertoy YAMUNAKUÉ Ana.** Retratamiento de la Tuberculosis Pulmonar. Seminario taller nacional, Perú, 1991.
10. **MINISTERIO DE SALUD.** “Actualización en la Atención de pacientes con Tuberculosis Multidrogorresistente (TB MDR)”, Lima. 2007.
11. **RED – S-BCO-CHO-SCO-ODI-ESPETBC** “Resolución ministerial N° 579-210 MINSA
12. **KRECH, David.** Psicología Social. México: Ed. Interamericana, S.A. 2da. , p. 152.

- 13. WHITTAKER, James.** Psicología. 4ta. México: Ed. Interamericana, S.A. 1989. p.394
- 14. CALENZANI C., Maria** Estudio Psicosocial sobre niveles de Ansiedad y actitudes hacia la vejez, Lima, UPRP. 1988. Estudio de Investigación. P. 24
- 15. PROYECTO SALUD Y NUTRICION BASICA.** Estudio Sociomédico sobre la Tuberculosis. Cuzco. Informes de Investigación 12, Lima, 1998.
- 16. MARRINER TOMEY a,** [et al.]. *Modelos y teorías de enfermería*. 4ta ed. España. Editorial Harcourt Brace. 2004
- 17. MILITZA SÁNCHEZ.** Teóricas de enfermería Dorotea Orem, Jean Watso, Madeleine Leninger y Hildegard E. Peplau. Slideshare. 2009. Extraído el 06/11/11. En: <http://www.slideshare.net/enferm>

**ANEXOS**



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

**CUESTIONARIO**

Estimado Señores de familia

El presente cuestionario tiene por finalidad determinar las actitudes de la familia hacia la Tuberculosis pulmonar Multidrogoresistente. Este trabajo es de carácter anónimo donde usted encontrará las preguntas de selección múltiple.

**1. Datos Generales:**

Edad:.....

Género:.....

Grado de Instrucción:.....

Estado Civil:.....

Relación Familiar.....

**2. Datos específicos:**

Se utilizará la Escala de Lickert, luego de la recolección de datos, estos serán procesados en forma manual en base a la escala ordinal de interpretación de datos, cuyo análisis para cada uno de los ítems será de la siguiente manera:

(F)	Favorable	3 puntos
(MF)	Medianamente favorable	2 puntos
(D)	Desfavorable	1 puntos

Nº	PREPOSICION	(F)	(PF)	(D)
1	Usted cree que la TBC MDR es una enfermedad infectocontagiosa.			
2	Usted conoce los medicamentos que debe de recibir su familiar con TBC MDR.			
3	Su familiar con TBC MDR en algún momento presenta alguna reacción alérgica.			
4	Usted administra la medicación en forma diaria y continua a su familiar con TBC MDR.			
5	Usted se preocupa por acompañar a recoger la medicación que debe tomar su familiar con TBC MDR.			
6	Usted lleva a su familiar con TBC MDR al centro de salud para su control médico.			
7	Usted está pendiente de cada una de las pruebas a realizarse para			

	ver su condición de salud de su familiar con TBC MDR.			
8	Usted cree que los síntomas que presentan los pacientes con TBC MDR es la pérdida de peso.			
9	Para usted existen diferencias entre los signos y síntomas de la TBC Y TBC MDR.			
10	Usted cree que es importante la continuidad en el tratamiento de la TBC-MDR.			
11	Usted cree que el tratamiento puede causar reacciones adversas.			
12	Usted colabora con el tratamiento de su familiar que tiene TBC – MDR.			
13	Usted demuestra afecto, cariño en todo momento a su familiar que tiene			

	<b>TBC – MDR.</b>			
<b>14</b>	<b>Usted brinda un apoyo constante a su familiar con TBC – MDR.</b>			
<b>15</b>	<b>Usted pregunta por el progreso y decaimiento de su familiar con TBC - MDR.</b>			
<b>16</b>	<b>Usted se preocupa por la dieta (alimentos que debe de consumir) su familiar con TBC – MDR.</b>			
<b>17</b>	<b>Muestra solidaridad con su familiar con TBC - MDR</b>			
<b>18</b>	<b>Usted demuestra su amor a su familiar con TBC – MDR.</b>			
<b>19</b>	<b>Usted muestra indiferencia con su familiar que tiene TBC - MDR.</b>			
<b>20</b>	<b>Usted muestra rechazo a su familiar con TBC - MDR.</b>			
<b>21</b>	<b>Usted acepta a su familiar con diagnóstico</b>			



	de TBC – MDR			
22	Usted acepta compartir la mesa con su familiar que tiene TBC – MDR.			
23	Usted no desea compartir los servicios higiénicos con su familiar con TBC – MDR.			
24	Usted no pregunta por el progreso o decaimiento de su familiar con TBC – MDR.			
25	Usted rechaza cualquier acercamiento de su familiar con TBC – MDR.			
26	A usted le da cólera que por culpa de su familiar con TBC – MDR se puedan contagiar.			
27	Usted a veces tiene deseos de agredirlo por tener esa enfermedad (TBC – MDR)			

<b>28</b>	<b>Usted a veces tiene deseos de votarlo de casa</b>			
<b>29</b>	<b>Usted discrimina a su familiar con TBC – MDR.</b>			
<b>30</b>	<b>Usted demuestra conformidad ante la enfermedad que tiene su familiar.</b>			

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TITULO: “ACTITUDES DE LA FAMILIA FRENTE AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR MULTIDROGORESISTENTE EN LOS CENTROS DE SALUD”SAN GENARO” Y “MATERNO INFANTIL” CHORRILLOS- 2013”**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>¿Cuáles son las actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar multidrogoresistente en los centros de salud” San Genaro” y “Materno Infantil” Chorrillos- 2013?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b></p> <p>Determinar las actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente de los Centros de Salud “San Genaro” y “Materno Infantil” – Chorrillos 2013.</p> <p><b>objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar las actitudes en la dimensión componente cognoscitivo de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente de los Centros de Salud “San Genaro” y “Materno Infantil” – Chorrillos</li> </ul>	<p>Ha.-Las actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente de los Centros de Salud “San Genaro” y “Materno Infantil” – Chorrillos 2013, es Favorable</p> <p>H° Las actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente de los Centros de Salud “San Genaro” y “Materno Infantil” – Chorrillos 2013, es desfavorable</p>	<p><b>Variable Independiente</b></p> <p>Actitudes de la familia</p>

	<p>2013.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Reconocer las actitudes en la dimensión componente afectividad de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente de los Centros de Salud “San Genaro” y “Materno Infantil”- Chorrillos 2013</li><li>▪ Identificar las actitudes en la dimensión componente conductual de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente de los Centros de Salud “San Genaro” y “Materno Infantil” – Chorrillos 2013.</li><li>▪</li></ul>		
--	---	--	--

VARIABLE	DEF. DE CONCEPTOS	DEF. OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	ITEMS
Variable Independiente: Actitudes de la familia	Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar, también puede considerarse como cierta forma de motivación social - de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas	La actitud es como enfrentamos a las cosas.  Las personas suelen compartir el mismo tipo de actitud para distintas cosas como: El trabajo, La vida, Familia y Amigos.  Son formas habituales de pensar, sentir y comportarse de acuerdo a un sistema de valores que se va configurando a lo largo de la vida a través de las experiencias de vida y educación recibida	<p>✓ Cognitivo</p> <p>✓ Afectivo</p> <p>✓ Conductual</p>	<p>Conocimiento sobre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La enfermedad de TBC – MDR</li> <li>• Signos y Síntomas</li> <li>• Tratamiento</li> <li>• Reacciones adversas</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimiento familiar</li> <li>• Expresión de sentimiento</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptativa</li> <li>• Agresiva</li> </ul>	<p>1 – 9</p> <p>10– 18</p> <p>19 – 30</p>

TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION	POBLACION Y MUESTRA	TECNICA E INSTRUMENTO	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA OBTENCION DE DATOS
<p>ENFOQUE :  <b>Cuantitativo</b>  TIPO:  <b>No Experimental</b>  NIVEL:  <b>Aplicativo</b>  DISEÑO:  <b>Descriptivo</b></p>	<p><b>POBLACION:</b>  La población en estudio estuvo conformado por los familiares de los 8 pacientes con TB MDR del centro de salud "San Genaro" y los 8 pacientes del centro de salud "Materno Infantil" 2013</p> <p><b>MUESTRA:</b>  Se tomó como muestra a los familiares de los 16 pacientes de ambos sexos con TBC MDR de los centro de salud " San Genaro y Materno Infantil", se empleó el muestreo no probabilístico por conveniencia o intención para lo cual se tomó los siguientes criterios:</p>	<p><b>TECNICA:</b>  La técnica que se utilizó fue la recolección de datos será la escala de lickert, por ser la más adecuada para cumplir con el objetivo del estudio y obtener información sobre "Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis Pulmonar Multidrogoresistente de los Centros de salud " San Genaro" y "Materno Infantil" - Chorrillos 2013.</p> <p><b>INSTRUMENTO:</b>  Para el recojo de la información, se hizo uso del cuestionario el cual será aplicado a los familiares de los pacientes con Tuberculosis pulmonar multidrogoresistente que asistan a los CS- SG y MI –Chorrillos.</p>	<p><b>VALIDEZ :</b>  El instrumento fue validado por juicio de expertos que analicen la validez y que se detalle mediante este instrumento los resultados.</p> <p><b>CONFIABILIDAD:</b>  La confiabilidad se hace a través de la prueba piloto. Se estableció coordinaciones con la jefatura de enfermería de los centros de salud para la realización del proyecto a fin de obtener el consentimiento de la institución.</p>

## VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

### GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES SEGÚN LA PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	JUECES EXPERTOS								PROPORCIÓN DE CONCOR- DANCIA	PUNTAJE
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII		
1.	85	90	75	90	90	85	80	80	675/8	84.4
2.	90	85	80	93	80	90	75	75	668/8	83.5
3.	90	84	85	85	80	95	80	85	769/8	96.1
4.	85	75	88	85	80	81	85	81	660/8	82.5
5.	90	85	95	80	81	95	75	80	681/8	85.1
6.	90	80	80	80	85	80	80	80	655/8	81.9
7.	93	90	95	85	92	85	90	94	724/8	90.5
8.	85	80	85	85	85	84	90	87	681/8	85.1
9.	85	85	90	80	85	90	85	80	680/8	85.0
<b>TOTAL</b>										<b>774</b>

$$\frac{\sum P}{N^{\circ} \text{ ITEMS}} = \frac{774}{9} = 86.0$$

## DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento, se procedió a tomar la prueba piloto a 10 pacientes, los cuales mediante la fórmula de ALFA DE CRONBACH, se determinó:

$$\alpha = \left[ \frac{K}{K - 1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Siendo:

- $S_i^2$  : La suma de varianzas de cada ítem.  
 $S_t^2$  : La varianza del total de filas (puntaje total de los jueces).  
 $K$  : El número de preguntas o ítems.

Entonces:

$$\left[ \frac{30}{30 - 1} \right] \left[ 1 - \frac{86.0}{\quad} \right]$$

= 0.9

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere  $\alpha > 0.5$ , por lo tanto este **instrumento es confiable**.