



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

**“POSTURA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS SOBRE SU  
CONDICIÓN DE MULTIDROGORRESISTENTE EN EL CENTRO DE  
SALUD FRANCISCO BOLOGNESI AREQUIPA 2015**

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

**BACHILLER: ATaucuri LINARES TANIA MAGNOLIA**

**AREQUIPA – PERÚ**

**2017**

**“POSTURA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS SOBRE SU  
CONDICIÓN DE MULTIDROGORRESISTENTE EN EL CENTRO DE  
SALUD FRANCISCO BOLOGNESI AREQUIPA 2015**

## INDICE

	Pág.
<b>CARATULA</b>	
<b>TÍTULO</b>	
<b>INDICE</b>	I
<b>INTRODUCCIÓN</b>	iii
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema General	4
1.2.2. Problemas Específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación del estudio	5
1.5. Limitaciones de la investigación	6
<b>CAPITULOII: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Base teórica	10
2.3. Definición de términos	47
2.4. Hipótesis	48
2.5. Variables	48
2.5.1. Definición conceptual de la variable	48
2.5.2. Definición operacional de la variable	48
2.5.3. Operacionalización de la variable	49
<b>CAPITULOIII: METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	51
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	51
3.3. Población y muestra	52
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	52
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	52

3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	53
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	54
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION</b>	59
<b>CONCLUSIONES</b>	62
<b>RECOMENDACIONES</b>	64
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	65
<b>ANEXOS</b>	
Matriz	
Instrumento	

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la postura de los pacientes con tuberculosis sobre su condición de multidrogorresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 35 pacientes, para el recojo de la información se utilizó un Cuestionario Tipo Likert de 18 ítems, organizado por las dimensiones: Cognitivo, Afectivo, Conductual. La validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,871); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,913). La prueba de Hipótesis se realizó mediante el estadístico Chi Cuadrado con un valor de 9,13 y un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

## CONCLUSIONES:

La postura de los pacientes con Tuberculosis sobre su condición de Multidrogos resistente en el Centro de Salud Francisco Bolognesi Arequipa, es Desfavorable. Este nivel de la postura se presentan por las respuestas de los pacientes quienes señalan en el componente Cognitivo, Indeciso sobre el descanso y una buena alimentación permitirá que me cure más rápido, también indeciso en el tratamiento es efectivo cuando lo termino completamente, me resulta difícil hablar sobre mi enfermedad con otras personas, hay momentos en los que me he sentido solo(a) y nadie me apoya para seguir con mi tratamiento, me interesa poco que la enfermera me supervise a la hora de tomar las medicina, he llegado a pensar que es innecesario informar a mi familia de mi situación.

**PALABRAS CLAVES:** *Postura de los pacientes, tuberculosis, condición multidrogorresistente, Cognitivo, afectivo, Conductual.*

## ABSTRACT

The objective of this study was to determine the posture of patients with tuberculosis in their multidrug-resistant condition at the Francisco Bolognesi Health Center, Arequipa 2015. This is a cross-sectional descriptive investigation. A sample of 35 patients was used to collect the Information was used a Questionnaire Type Likert of 18 items, organized by the dimensions: Cognitive, Affective, Behavioral. The validity of the instrument was performed by the test of concordance of the expert judgment obtaining a value of (0.871); Reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of (0.913). The Hypothesis test was performed using the Chi Square statistic with a value of 9.13 and a significance level of  $p < 0.05$ .

### CONCLUSIONS:

The posture of patients with Tuberculosis on their condition of resistant Multidrogos in the Health Center Francisco Bolognesi Arequipa, is Unfavorable. This level of posture is presented by the patients' answers who point out in the Cognitive, Indecisive component about rest and a good diet will allow me to heal faster, also undecided in the treatment is effective when I finish it completely, I find it difficult Talk about my illness with other people, there are times when I have felt alone and nobody supports me to continue my treatment, I am not interested in the nurse supervising me when it comes to taking the medicine, I have come to think That it is unnecessary to inform my family of my situation.

**KEY WORDS:** *Posture of patients, tuberculosis, multidrug-resistant condition, Cognitive, affective, Behavioral.*

## INTRODUCCIÓN

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 a sí mismo 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.

Luego los aspectos administrativos en el cual se aprecia el Presupuesto de la investigación y el cronograma de actividades terminando con la presentación de la referencias bibliográficas y anexos.



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

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

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad conocida también con el término “consunción” o “tisis” (enfermedad que consume) ha afectado a la humanidad por milenios.<sup>(1)</sup> Es una enfermedad que en la actualidad se ha convertido en un problema a nivel mundial especialmente en países en vías de desarrollo como es el Perú. Esta enfermedad es causada por un microorganismo denominado *Mycobacterium tuberculosis* (M. tuberculosis), también conocido como bacilo tuberculoso o bacilo de Koch. Por lo general, el M. Tuberculosis afecta los pulmones y en dicho caso la enfermedad se denomina TBC pulmonar(TBCP), cuyos principales signos y síntomas son: tos con expectoración, sudoración nocturna, pérdida de peso, fiebre, cansancio, fiebre, disnea y hemoptisis. Esta enfermedad se puede ser contagiada a través de la vía respiratoria.<sup>(3)</sup>

Las personas que padecen de TBC pulmonar propagan en el aire los bacilos tuberculosos a través de la tos, el estornudo, al gritar, cantar o simplemente hablar, por medio de gotitas de saliva diminutas (menos de 5 micras) y pueden transmitir la enfermedad a personas que están a su alrededor y las inhalan.

Este microorganismo también puede comprometer otros órganos aparte de los pulmones a ello se le denomina TBC extra pulmonar, este tipo de TBC no es contagiosa. Muchas veces la TBC pulmonar y TBC extra pulmonar afectan a una persona al mismo tiempo.

Hasta el año 1940 la TBC no tenía cura, a mediados del siglo diecinueve la gente pensaba que la TBC era hereditaria. En 1865 un cirujano francés, Jean- Antoine Villemin, probó que esta enfermedad era contagiosa y en 1882, el científico alemán, Robert Koch, descubrió la bacteria que causaba la TBC.<sup>(3)</sup> Después de medio siglo descubrieron los fármacos que podían curar la TBC. En 1943 Albert Schatz, descubrió un antibiótico, la Estreptomina, fármaco que podía matar a la bacteria. Entre 1943 y 1952, se encontraron dos o más fármacos que podían matar a la bacteria.

Durante los años 1980 era insuficiente los tratamientos para el total de pacientes diagnosticados. Por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró en 1993 a la TBC como una “emergencia global”, reconociendo así su creciente importancia como un problema de salud pública. Aproximadamente un tercio de la población del mundo se encuentra infectada con M. tuberculosis. En el año 2004 se estimó que había en el mundo 8,9 millones de casos nuevos de TBC, con 1,7 millones de muertes.<sup>(4)</sup>

Alrededor del 95% de los casos de Tuberculosis y 98% de muertes por Tuberculosis ocurren en los países en vías de desarrollo. El 75% de los casos que se presentan en estos países están dentro del grupo en edad económicamente activa (de 15 a 50 años).

En 1989 el Perú fue declarado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), como un país en situación de extrema severidad respecto de la TBC. El país tenía la más alta tasa de morbilidad e incidencia de América, de acuerdo a lo evaluado por la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el año 1991, el ministerio de Salud (MINSA) a través del entonces, “Programa Nacional de Control de Tuberculosis”<sup>(3)</sup>, organizó y publicó la “Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú”, cuya finalidad fue estandarizar el manejo de pacientes con TBC. Esto se evidenció en el “Manual del Manejo de la Tuberculosis.”<sup>(4)</sup>

En el Perú, 15 años después y luego de muchos esfuerzos lograron un descenso en las tasas de incidencia de la TBC de más de un 50%, acompañan a este descenso en las tasas de morbilidad del país el énfasis en controlar la TBC en los grupos de alta incidencia, principalmente en las 5 Direcciones de Salud (DISAs) de Lima y Callao, las cuales se ubican en las Áreas de Elevado Riesgo de Transmisión de la TBC (AERTB), principalmente en los conos del departamento de Lima.

Para el año 2004, el 58,3% del total de casos diagnosticados correspondió a estas 5 DISA. Al interior del país las siguientes Direcciones Regionales de Salud (DIRESA): La Libertad, Loreto, Arequipa, Ica y Junín, son las que reportan el mayor número de personas con Tuberculosis.

El grupo etáreo más afectado en el país, sigue siendo el comprendido entre las edades de 15 a 55 años, con tendencia a incrementarse en los menores de 14 años. La Tuberculosis Multidrogoresistente (TBC-MDR) es causada por el organismo *M. tuberculosis* que no muere frente a al fármaco en una prueba del laboratorio; es resistente, por lo menos, a los dos fármacos de primera línea más eficaces para el tratamiento de la TBC (isoniazida y rifampicina).

La Tuberculosis MDR tiene características importantes que dificultan su manejo: Es más difícil detectar, se requiere de un cultivo y acceso a pruebas de sensibilidad especiales que demandan capacitación, tecnología, recursos económicos, etc. Las estrategias para manejarla es más compleja, requiere más recursos logísticos y económicos que el manejo de la Tuberculosis sensible, aquella que no tiene resistencia a los

fármacos antituberculosos. El tratamiento farmacológico requiere de múltiples fármacos con potenciales y mayores reacciones adversas, éstos deben ser administrados por periodos largos (18 a 24 meses o más).

Existen dos tipos de resistencia a fármacos: primaria y secundaria (adquirida). La causa de la resistencia primaria es la transmisión de organismos multidrogoresistentes de persona a persona. La resistencia secundaria se desarrolla durante el tratamiento de TBC, ya sea porque no se trató con el esquema apropiado, o porque el paciente no sigue el esquema de tratamiento tal como se le prescribió, esto último a pesar de contar con la estrategia Dots plus, es decir administración de fármacos supervisados.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuál es la postura de los pacientes con tuberculosis sobre su condición de multidrogoresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

- ¿Cuáles son las características del componente cognitivo de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015?
- ¿Cuáles son las características del componente afectivo de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015?
- ¿Cuáles son las características del componente conductual de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de

multidrogoresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1 Objetivo general**

- Determinar la postura de los pacientes con tuberculosis sobre su condición de multidrogoresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Identificar las características del componente cognitivo de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015
- Identificar las características del componente afectivo de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015
- Identificar las características del componente conductual de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015

### **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

Dentro del equipo multidisciplinario, la enfermera es la profesional responsable de la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la tuberculosis, cuya exigencia para lograr disminuir la morbimortalidad que trae consigo esta enfermedad, no solo es la cognitiva, actitudinal, procedimental sino sus habilidades deben ser las más óptimas para lograr interpretar lo que el paciente siente ante la enfermedad, de esta manera brindar los cuidados necesarios y especiales a pacientes con TBC-MDR, pues conocedora de las reacciones frente al tratamiento farmacológico,

debe preveer que el impacto sea minimo, y de esta manera favorecer el bienestar psicologico.

### **1.5.LIMITACIONES Y ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN**

Los alcances de la investigacion nos explicara los fenomenos de la investigacion, es decir, cual es la postura de los pacientes frente a la Tuberculosis, y eso nos ayudará a enterder porque esa postura, y frente a ello tomar medidas correctivas, ya que sabemos que la tuberculosis es una problema de salud publica.

## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIOS

#### 2.1.1 Antecedentes Internacionales

**Alvarez Gordillo, Guadalupe del Carmen; Alvarez Gordillo, Julio Félix; Dorantes Jiménez, José Eugenio; Halperin Frisch, David; publicaron un artículo denominado: “Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas”. México – 2008.** Tienen como objetivo Conocer las percepciones y prácticas que los enfermos de tuberculosis tienen sobre la enfermedad y la adherencia al tratamiento. **Material y métodos.** Estudio cualitativo de 11 entrevistas grupales a 62 pacientes con tuberculosis diagnosticados durante 1997 y 1998 en las regiones Centro, Los Altos y Fronteriza de Chiapas, México. **Resultados.** Las causas de la enfermedad referidas por los pacientes fueron el contagio por utensillos, el trabajo excesivo, la alimentación, el frío y otras sin relación con la transmisión de persona a persona. La incapacidad para el trabajo se reflejó en crisis económica del paciente y su familia. El estigma social impactó emocionalmente en la vida personal, familiar, laboral y de comunidad. **Conclusiones.** El desconocimiento sobre la enfermedad propició la elección de diferentes alternativas para su atención. Los

servicios de salud y la inadecuada relación médico-paciente influyeron en el retardo en el diagnóstico y falta de adherencia al tratamiento.

Se sugiere un programa de difusión sobre aspectos básicos de la enfermedad y su tratamiento.<sup>(6)</sup>

**Dr. Adonis Arias Lambert, Se realizó un estudio de intervención comunitaria para modificar conocimiento sobre tuberculosis pulmonar en enfermos y familiares de la comuna Baine, de octubre a diciembre de 2006.** Se tomó como universo las 14 personas que se les diagnosticó tuberculosis pulmonar en los meses de enero a octubre de 2006 al que se sumaron 140 familiares que convivían con ellos en el momento del estudio, de este universo se tomó una muestra de 56 individuos seleccionados al azar. Se diseñó y aplicó una encuesta que exploró conocimientos sobre factores de riesgo, transmisión, cuadro clínico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar; previa a la aplicación del programa educativo, y luego de concluido este, el que se extendió a un plazo de 12 semanas.

Se utilizó el coeficiente de variación y el estadígrafo Chi cuadrado, mediante el paquete estadístico SPSS para Windows versión 10.0, con un  $\alpha=0.05$ , una confiabilidad del 95 por ciento y una potencia de 80. En el grupo de estudio predominó la edad de 45 a 59 años, el sexo masculino fue el más frecuente en los enfermos y el femenino en los familiares; predominó un nivel de escolaridad de primaria no terminada y no escolarizados, con un elevado índice de hacinamiento. Antes de la intervención educativa, predominó el conocimiento inadecuado sobre Tuberculosis pulmonar. Se modificó significativamente el conocimiento de enfermos y familiares sobre los aspectos incluidos en el programa educativo, siendo el conocimiento sobre los factores de riesgo el más modificado y sobre el tratamiento el de menor modificación.



Se recomendó extender este programa educativo al resto de las comunas del departamento Sudeste de Haití.<sup>(6)</sup>

### 2.1.2 Antecedentes Nacionales

**Huaynates Castro, Analí Yesenia, de la UNMSM, realizó el estudio de investigación titulado “Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria control de la tuberculosis del centro de salud San Luis 2006”, para optar el grado de licenciada en enfermería.**

El **objetivo** fue de determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados, considerando a una población estudio conformada por 60 pacientes. **Metodología** el método usado fue el descriptivo correlacional de corte transversal, la técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario. **Conclusiones**, el nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre tuberculosis pulmonar de manera global es medio o bajo (87%), lo que estaría limitando a que ellos tomen decisiones acertadas en relación a la enfermedad, poniendo en riesgo su salud en su familia y comunidad. Recomendando realizar estudios de investigación que relacionen conocimientos y actitudes incluyendo factores personales socioculturales y económicos que influyen sobre las variables.<sup>(8)</sup>

**Katerine Mavel Capacute Chambilla De la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna realizó el estudio titulado “Relación entre el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Microred cono sur Tacna 2012.**

El objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento de Tuberculosis Pulmonar y la actitud hacia el tratamiento del paciente, por lo que se realizó un estudio de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal; con una población de 65 pacientes con Tuberculosis Pulmonar. A través de una encuesta Nivel de Conocimiento de

Tuberculosis Pulmonar y la Escala de Likert modificada, para lo cual se obtuvo que el 56,92% presentó un nivel medio de conocimiento y el 50,77% mostró actitud de indiferencia al tratamiento; llegando a la conclusión que existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento de Tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Microred Cono Sur. <sup>(10)</sup>

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Historia La Tuberculosis**

La tuberculosis es una enfermedad conocida también con el término “consunción” o “tisis” (enfermedad que consume) y también como la “plaga blanca” que ha afectado a la humanidad por milenios. Hasta la década de 1940 no había cura para la TBC. Para muchas personas un diagnóstico de TBC era una sentencia de muerte lenta. Hasta mediados del siglo XIX la gente seguía pensando que la TBC era hereditaria. No se daban cuenta de que se podía propagar de persona a persona a través del aire. En 1865 un cirujano francés, Jean- Antoine Villemin, probó que la TBC era contagiosa y en 1882 un científico alemán, llamado Robert Koch, descubrió la bacteria que causaba la TBC. Tuvo que pasar medio siglo para que se descubrieran los fármacos que podían curar la TBC. <sup>(11)</sup>

Mientras tanto, muchas personas con Tuberculosis fueron enviadas a sanatorios o casas de reposo especiales donde seguían una rutina prescrita diariamente. Nadie sabía si los sanatorios realmente ayudaban o no a la gente con enferma; incluso si hubiera sido así, muchas personas con TBC no podían darse el lujo de ir a un sanatorio y morían en sus hogares.

Durante los años ochenta eran pocos e insuficientes los tratamientos para el total de pacientes diagnosticados. En 1989 el Perú fue declarado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como país en situación de extrema severidad respecto de la TBC. El país tenía la más alta tasa de morbilidad e incidencia de América, de

acuerdo a lo evaluado por la OPS y la OMS. En el año 1991, el MINSA por medio del, en ese entonces, “Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT)”, organizó y publicó la “Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú”, con el fin de estandarizar el manejo de pacientes con TBC. También decidió implementar la estrategia DOTS (Directly Observed Treatment Short Courses siglas en inglés de Tratamiento Acortado Directamente Observado-TAES), recomendada por la OMS para el control de la TBC. <sup>(12)</sup>

En 1996, el MINSA inició sus actividades de apoyo al tratamiento de pacientes con TBC-MDR a través de un convenio entre el PNCT del MINSA y una organización no gubernamental: Socios en Salud Sucursal Perú; ofrecieron, inicialmente, cobertura medicamentosa en el Hospital Sergio Bernales del cono norte de Lima y luego lo extendieron a otros lugares del país.

El Perú, en atención a la intensa labor realizada durante este periodo, ha sido un modelo de lucha eficaz contra la tuberculosis. Por ello, recibió el reconocimiento público del Director General de la OMS en la sesión inaugural del Segundo Forum de Asociados “Alto a la Tuberculosis” que tuvo lugar el 24 de marzo del 2003 en Nueva Delhi, India. Hoy en día, el Perú es reconocido por desarrollar uno de los mejores programas de control de la TBC y además, para el caso de la TBC-MDR, es uno de los más avanzados en el tratamiento de pacientes con este tipo de TBC

### **2.2.2. La Tuberculosis (TBC)**

Es una enfermedad causada por un microorganismo denominado M. tuberculosis, conocido también como bacilo tuberculoso o bacilo de Koch. Por lo general, el M. Tuberculosis afecta los pulmones y en dicho caso la enfermedad se denomina tuberculosis pulmonar. A nivel mundial y en cada país, la TBC pulmonar es el tipo más común de tuberculosis. <sup>(13)</sup>

La tuberculosis es una enfermedad infecta contagiosa producida por el micobacterium tuberculosos. Normalmente afecta primariamente a los pulmones pero puede extender a otros órganos.

#### **2.2.2.1. Manifestaciones clínicas**

El cuadro clínico de la tuberculosis pulmonar se caracteriza por fiebre con picos que suele durar semanas y se acompaña de decaimiento, falta de apetito. Siempre está presente la tos productiva, con expectoración amarillenta verdosa. si la enfermedad continua su evolución, los esputos son acompañados de sangre ( esputos hemoptoicos) que constituyen una de las características más importantes de la tuberculosis pulmonar.<sup>(14)</sup>

En las formas agudas, si las expectoraciones sanguinolentas se acentúan, pueden existir episodios de hemorragia de sangre del tejido pulmonar ( hemoptisis), que puedan llevar al paciente aun estado de shock, o en el mejor de los casos padecer un estado de anemia. Todas estas variables posibles llevan al paciente a sufrir trastornos en la ventilación pulmonar, con dificultad para inhalar el aire (disnea). La disnea se evidencia cuando los individuos que padecen tuberculosis , realizan esfuerzos minimos en su actividad cotidiana : levantarse, acostarse caminar, sentarse y pararse. Frente a esta actividad el paciente “jadea” refiriendo que le “falta el aire”, situación que se revierte cuando adopta nuevamente la posición de reposo. Muchos pacientes no padecen episodios agudos de la enfermedad, pero inexorablemente evoluciona a formas sub aguda y crónicas.<sup>(15)</sup>

#### **2.2.2.2. Formas de transmisión**

El mecanismo de transmisión más importante y el que causa casi la totalidad de los contagios es la vía aérea. El paciente enfermo elimina micro gotas en forma de aerosoles cargadas

de mycobacterias, al hablar, al cantar, gritar, estornudar y sobre todo al toser. De estas microgotas las que tienen un tamaño menor a 10 micras pueden quedar suspendidas en el aire y ser inhaladas por una persona sana, entonces por su pequeño tamaño pueden progresar hasta el alveolo pulmonar, es en esta parte distal donde la mico bacteria encuentra las condiciones ideales para su multiplicación, los macrófagos en primera instancia, los linfocitos después y en la gran mayoría de los casos logran detener la multiplicación bacilar, pero en otros casos se verán incapacitados de hacerlo y se producirá una tuberculosis primaria. El potencial de infectividad de un enfermo depende de los siguientes factores:

- Grado de extensión de la enfermedad, siendo altamente contagioso el enfermo con bacilos copia positiva y radiografía cavilaria.
- Severidad y frecuencia de la tos siendo más contagioso el enfermo cuando más tose.
- Carácter y volumen de las secreciones a menudo un esputo poco viscosos puede ser el vehículo ideal como aerosol y por lo tanto resultar más contagioso.
- Quimioterapia antituberculosa son 50 veces menos infectantes los pacientes que la reciben, se admite que el paciente deja de contagiar 2 semanas después de iniciado el tratamiento.
- Características de la exposición, mayor riesgo en contactos íntimos y por tiempo prolongado.
- Existen otros mecanismo de transmisión y son la digestiva a través del consumo de leche de vacas infectadas por m. bovis, vía urogenital a través de la orina, transmisión sexual, cutáneo- mucosa y vía placentaria.

- El ambiente físico de contacto, es una condición favorable para la transmisión de la enfermedad, es por ejemplo una vivienda mal ventilada, con numerosas personas y que estén en contacto con otra persona con baciloscopia positiva.

La tuberculosis puede afectar cualquier aparato o sistema del ser humano, pero el pulmón es el órgano más comúnmente afectado, ya que reúne las condiciones óptimas de desarrollo de *Mycobacterium tuberculosis*.

### 2.2.2.3. Diagnóstico Microbiológico

Es importante realizar una adecuada recolección de la muestra de esputo a ser examinada, deben recogerse en espacios abiertos o habitaciones bien ventiladas, la muestra debe ser recogida por tres días sucesivos, si no hay expectoración recurrir a esputo inducido, broncofibroscopia o lavado gástrico en niños.<sup>(16)</sup>

En pacientes con VIH. Se debe obtener múltiples muestras.

Las técnicas del estudio microbiológico consisten en:

- Demostración del bacilo ácido alcohol resistente (BAAR) en las preparaciones teñidas con la técnica de Ziehl-Neelsen,
- Aislamiento de *M. tuberculosis* por cultivo puro y su posterior identificación.
- En determinados casos el cultivo se complementa con estudios de sensibilidad.
- **Radiología.** La tuberculosis tanto pulmonar como extrapulmonar, no presenta signos radiográficos patognomónicos, tampoco la evolución y respuesta al tratamiento así como el pronóstico pueden ser evaluados decisivamente por el examen radiológico. En caso de VIH la radiografía puede interpretarse como normal.

- **Prueba de tuberculina.** Puedo servir de gran ayuda, sobre todo en los niños, donde la prevalencia de infectados es baja y donde un paciente con prueba de tuberculina (PT) positiva y clínica sospechosa tiene probabilidades de tener la enfermedad tuberculosa.<sup>(17)</sup>

### **2.2.3. Tuberculosis Multidrogoresistente (TBC-MDR).**

La TBC-MDR es causada por el organismo *M. tuberculosis* que no muere frente a un fármaco en una prueba de laboratorio, siendo resistente por lo menos a los dos fármacos de primera línea más eficaces para el tratamiento de la TBC que son la isoniazida y rifampicina.

Existen dos diferentes tipos de resistencia a fármacos: primaria y secundaria (adquirida). La causa de la resistencia primaria es la transmisión de organismos drogorresistentes de persona a persona. La resistencia secundaria se desarrolla durante el tratamiento de TBC, ya sea porque no se trató al paciente con el esquema de tratamiento apropiado, o debido a que el paciente no sigue el esquema de tratamiento tal como se le prescribió.

La TBC-MDR se transmite de la misma forma que la forma sensible a los medicamentos. Los brotes iniciales de TBC-MDR corroboran que no es más contagiosa que la TBC sensible a los medicamentos. Entre los contactos de personas con TBC-MDR, las tasas de infección parecen ser similares a los contactos de personas con TBC sensible a medicamentos. Sin embargo, debido a que pueden tener una respuesta deficiente al tratamiento y a que los medicamentos de segunda línea no son tan eficaces, las personas con enfermedad TBC-MDR son, a menudo, contagiosas por más tiempo.<sup>(16)</sup>

Si la TBC compromete otros órganos aparte de los pulmones (tales como los nódulos linfáticos, huesos y articulaciones, tracto genitourinario, meninges, pleura, o intestinos) se la denomina TBC extrapulmonar. Normalmente este tipo de TBC no es contagiosa.

Muchas veces la TBC pulmonar y TBC extrapulmonar afectan a una persona al mismo tiempo.

Las personas en riesgo de TBC-MDR son aquellas quienes han sido expuestas a contacto con algún paciente con TBC-MDR activa, especialmente los inmuno deprimidos, los pacientes quienes no han tomado su medicina en forma regular o inadecuada; o pacientes que han sido tratados previamente de TBC o pacientes provenientes de áreas con alta incidencia de TBC-MDR.

La TBC-MDR es más difícil de tratar; y el éxito del tratamiento depende de la rápida identificación del caso y adecuado tratamiento; teniendo en cuenta que las drogas de segunda línea en caso de TBC-MDR son menosefectivas. Los test determinan la resistencia en particular de un cultivo a varias drogas. Durante esta demora el paciente puede estar siendo tratado en forma inadecuada. El tratamiento para TBC-MDR comprende un esquema de tratamiento de muchos meses o años; siendo el porcentaje de cura, en el mejor de los casos, para TBC no drogo resistente en un 90% y para TBC-MDR 50% o menos.

Los problemas en el tratamiento de TBC-MDR son que los medicamentos usados son más fuertes, producen reacciones adversas difíciles de tolerar, se administran durante largos períodos de tiempo, la supervisión del tratamiento y los efectos colaterales requieren de condiciones del propio establecimiento de salud y del paciente en cuanto a relaciones personales y sociales, así como contar con laboratorios confiables. Dentro de las estrategias de tratamiento de TBC-MDR se debe tener en cuenta las pautas de tratamiento individualizado según la sensibilidad de los cultivos obtenidos. Luego de un tratamiento empírico inicial debe ser seguido de uno definitivo una vez que se conozca los resultados finales de la fármaco sensibilidad mínimo cuatro drogas (hasta 8) a las cuales las



cepas aisladas del paciente son sensibles, dosis recomendadas altas, duración de 18 a 24 meses.

En el año 1999 el Perú, luego de una década del Programa de Control de la TBC, sale de la lista de los países de más carga a nivel mundial; sin embargo, contrariamente a esto desde 1996 se comienza observar una tendencia a la aparición de casos de TBC-MDR, que luego se ha ido incrementando en niveles muy preocupantes para nuestro país; lo que convierte en un verdadero reto para todos los profesionales de la salud, comprometidos en el tratamiento de la TBC.

#### **2.2.3.1. Tratamiento de la TBC-MDR**

Según la norma técnica emitida por el MINSA la mejor opción de manejo para la TBC-MDR es el retratamiento individualizado, pero las personas con TBC 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 intermedios empíricos, en el país denominado esquema estandarizado de retratamiento o esquema empírico de retratamiento.

##### **a) Esquema de Retratamiento Individualizado TBC-MDR**

Este esquema es aprobado por el Comité de Evaluación de Retratamiento Intermedio (CERI) en base a los resultados de la prueba de sensibilidad ;deberá ser propuesto por el médico consultor y puesto a consideración del CERI y/o Comité de Evaluación de Retratamiento Nacional (CERN) para su decisión final. Tiene una duración aproximada de 24 meses. Está indicado en: Personas con tuberculosis que cuenten con resultados de pruebas de sensibilidad para fármacos antituberculosis de primera y/o segunda línea del Instituto Nacional de Salud (INS) o de laboratorios acreditados por el INS para este fin. <sup>(17)</sup>

## **b) Esquema De Retratamiento Empírico para TBC-MDR**

Es un esquema de tratamiento transitorio, que la persona con TBC recibirá hasta que cuente con una prueba de sensibilidad. Dicho esquema deberá ser propuesto por el médico consultor y puesto a consideración del CERI y/o CERN para su decisión final.

Todo paciente con indicación de retratamiento empírico para TBC-MDR debe ser evaluado directamente por el Médico Consultor Intermedio quien remitirá el caso al CERI del ámbito de la jurisdicción correspondiente. Asimismo, se debe asegurar el envío de dos muestras para cultivo y prueba de sensibilidad, previo al inicio del retratamiento. Para la elaboración de dicho esquema se tendrá en consideración lo siguiente: Iniciar el tratamiento sin disponer de los resultados de la prueba de sensibilidad del paciente.

- El antecedente de fármacos previamente recibidos.
- La prueba de sensibilidad del caso índice (TBC-MDR documentado).
- El esquema de retratamiento recibido por el caso índice.
- El patrón de resistencia local (áreas de alto riesgo) o regional.

Indicado en:

Pacientes Nunca antes Tratados o Anteriormente Tratados contacto de TBC-MDR documentado.

- Fracaso a Retratamiento estandarizado, que no cuenta con resultados de pruebas de sensibilidad. Esta es una situación excepcional, recordar que el esquema estandarizado es un esquema transitorio y debe agotarse todos los medios de contar con una prueba de sensibilidad y diseñar un esquema individualizado.
- Abandono recuperado de retratamiento estandarizado que no cuenta con resultados de prueba de sensibilidad.

- Persona con tuberculosis con antecedente de haber recibido drogas de segunda línea por enfermedad TBC y que no cuenta con resultados de prueba de sensibilidad.
- Persona con enfermedad activa TBC y contacto de un caso índice que recibió o recibe retratamiento para TBC-MDR (el caso índice no cuenta con prueba de sensibilidad).

El esquema de retratamiento empírico debe ser reajustado de acuerdo al resultado de la prueba de sensibilidad con lo que se diseñará un esquema individualizado, previa presentación al CERI y CERN.<sup>(18)</sup>

### **c) Esquema De Retratamiento Estandarizado Para TBC -MDR**

Es un esquema de tratamiento transitorio, normalizado, que la persona con tuberculosis recibirá hasta que cuente con una prueba de sensibilidad. Toda persona con tuberculosis con indicación de retratamiento estandarizado para TBC-MDR debe ser evaluado directamente por el Médico Consultor Intermedio quien remitirá el caso al CERI del ámbito de la DISA correspondiente. Asimismo, se debe asegurar el envío de dos muestras para cultivo y prueba de Sensibilidad, previo al inicio del retratamiento.

El presente esquema incluye las siguientes drogas: Etambutol, Pirazinamida, Kanamicina, Ciprofloxacino. Ethionamida, Cicloserina, PAS. Los aminoglicósidos pueden aplicarse en forma diaria durante 2-4 meses y luego de manera intermitente (2-3 veces por semana), hasta tener por lo menos el resultado de 6 cultivos mensuales negativos consecutivos u ocho meses de tratamiento cronológico, a partir de la conversión.

**Indicaciones:** Persona con diagnóstico de TBC activa y antecedente de dos tratamientos previos y que no cuenta con prueba de sensibilidad al momento de decidir la terapia.

### 2.2.3.2. Recomendaciones para casos de TBC MDR

Toda persona con tuberculosis que inicie un tratamiento para TBC MDR debe seguir las siguientes recomendaciones:

- Pedir dos cultivos de M. Tuberculosis (Cultivo BK) y prueba de sensibilidad antes de iniciar el esquema de retratamiento.
- Obtener resultados de prueba de sensibilidad del caso índice.
- Una vez que llega el resultado de prueba de sensibilidad, presentar inmediatamente la información al Consultor y al CERI para realizar los cambios necesarios en el esquema de tratamiento.
- El equipo de la ESNPYCTB del Establecimiento de Salud será el responsable del seguimiento de la prueba de sensibilidad.
- Hacer un seguimiento mensual con la finalidad de detectar precozmente Reacción Adversa a Fármacos Antituberculosos (RAFA) o fracaso al tratamiento.
- Las personas con tuberculosis que concluyeron cualquier esquema de retratamiento para TBC-MDR deberán ser seguidos por la estrategia (con baciloscopías y cultivo de BK por un tiempo de 2 años: el primer año por lo menos cada 3 meses y el segundo año cada 6 meses).
- Cada seis meses el expediente del paciente en retratamiento deberá ser presentado nuevamente al CERI o CERN, según corresponda.  
Los expedientes de las personas con TBC declarados de alta de retratamiento en condición de fracaso por el consultor, deberá ser presentados al CERI y/o CERN.
- Toda persona con TBC en el que se decida prolongar el tratamiento individualizado por más de 24 meses debe ser evaluado por el CERI y CERN. <sup>(19)</sup>

#### **2.2.4. Factores de Riesgo Asociados A TBC MDR**

- Antecedente de ser contacto de persona con TBC-MDR confirmada con prueba de sensibilidad ó en tratamiento con drogas de segunda línea.
- Alguna condición de inmunosupresión: Coinfección VIH, diabetes mellitus, tratamiento crónico con corticoides, otras condiciones de inmunosupresión.
- Recaída en menos de seis meses de egresar como "curado" de esquema Uno o Dos de tratamiento.
- Persona con tuberculosis multitratada (más de dos tratamientos).
- Persona de salud activo o cesante. Incluye estudiantes de ciencias de la salud.
- Promotores de salud
- Residir en los últimos dos años en una zona de elevada prevalencia de TBC-MDR.
- Población privada de su libertad o con antecedentes de privación de la libertad.
- Trabajador de establecimientos penitenciarios.
- Contacto de paciente fallecido con TBC.
- Paciente con antecedentes de tratamiento previo particular y/o autoadministrado.
- Paciente con antecedente de abandono al tratamiento antituberculoso.
- Antecedente de hospitalización previa, por más de una semana y por cualquier motivo, por lo menos una vez en los últimos dos años.
- Tratamiento previo con presencia de RAFA que obligó a cambiar a dosis sub óptimas y/o suprimir algún medicamento.
- Contacto de Persona con tuberculosis que fracaso a tratamiento antituberculoso. <sup>(20)</sup>

### 2.2.4.1. Tratamiento de la Tuberculosis multidrogo resistente (TBMDR)

El tratamiento se aplicará en la DISA/DIRESA previamente calificadas por el ESN PCT.

La mejor opción de manejo para la TB MDR es el retratamiento individualizado basado en la posología del paciente, por lo que es muy importante garantizar el cultivo positivo pero los pacientes no siempre cuentan con resultados de pruebas de sensibilidad en el momento de la decisión terapéutica, lo cual condiciona la necesidad de esquemas de tratamientos intermedios empíricos de retratamiento.

<b>ESQUEMA DE RETRATAMIENTO ESTANDARIZADO PARA TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE 2-4 Km Cx<sup>a</sup> ZE Eto Cs/ Km<sub>2-3</sub> Cx<sup>a</sup> ZE Eto Cs/Cx Eto Cs ZE Duración 18 meses (450 dosis)</b>				
<b>Fases</b>	<b>Duración</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Medicamento y dosis</b>	<b>Total por enfermo</b>
<b>1ra.</b> - : - E v a	4 meses (100 dosis)	Diario, excepto domingos y feriados	Kanamicina x 1 g. 2 ampolla Ciprofloxacina x 500 mg. 2 comprim Etionamida x 250 mg. 3 tabletas Etambutol x 400 mg. 3 tabletas	K x 1 g. = 100 amp. Cx x 500 mg = 900 com
<b>2da</b> u a r e	14 meses (350 dosis)	Diario, excepto domingos y feriados	Ciprofloxacina x 500 mg. 2 comprim Etionamida x 250 mg. 3 tabletas Pirazinamida x 500 mg. 3 tabletas Etambutol x 400 mg. 3 tabletas	Et x 250 mg. = 1350 tab. Z x 500 mg. = 1350 tab. E x 400 mg. = 1350 tab.

riesgo/beneficio de utilizar ciprofloxacino en niños en periodos de crecimiento, ya que puede perturbar su desarrollo.

- En enfermos con de 50 kg. de peso, tanto adultos como niños, la dosis de medicamentos se administra en relación al peso del paciente.<sup>(22)</sup>

<b>ESQUEMA DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON ASOCIACIÓN VIH/SIDA – TBC (NUEVOS)2RHZE/7R2H2Duración 9 meses (106 dosis)</b>				
<b>Fases</b>	<b>Duración</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Medicamento y dosis</b>	<b>Total por enfermo</b>
1ra.	2 meses (50 dosis)	Diario, excepto domingos	Etambutol x 400 mg. 3 tabletas Isoniacida x 100 mg. 3 tabletas Rifampicina x 300 mg. 2 capsulas Pirazinamida x 500 mg. 3 tabletas	E x 400 mg. = 150 tab. H x 100 mg. = 598 tab. R x 300 mg. = 212 cap.
2da E	7 meses (56 dosis)	Dos veces por semana	Isoniacida x 100 mg. 8 tabletas Rifampicina x 300 mg. 2 capsulas	Z x 500 mg. = 150 tab.

n enfermos con de 50 kg. de peso, tanto adultos como niños, la dosis de medicamentos se administra en relación al peso del paciente.

**Recomendaciones Generales:** Todo paciente que va a recibir tratamiento por presencia a drogas debe seguir las siguientes recomendaciones:

- Pedir 2 cultivos de M. Tuberculosis (cultivo BK) y prueba de sensibilidad antes de iniciar el esquema de retratamiento.
- Una vez que llega el resultado de prueba de sensibilidad del caso índice.
- Una vez que llega el resultado del aprueba de sensibilidad, presentar inmediatamente la información al consultor y al CERI para realizar cambios necesario en el esquema de tratamiento.
- El médico y la Enfermera de la estrategia de TB del establecimiento de salud serán responsables del seguimiento de la prueba de sensibilidad.
- Hacer un seguimiento mensual con la finalidad de detectar precozmente RAFAS o fracasos a tratamiento.

- Los pacientes que concluyeron cualquier esquema de retratamiento para TB MDR deberán ser reevaluados periódicamente por la estrategia.
- Los expedientes de los pacientes declarados de alta de retratamiento en condición de fracaso por el médico tratante y el consultor deberán ser presentados al CERI.
- No se deberá prolongar el tratamiento por más de 24 meses sin previa solicitud al CERI y al CERN para la aprobación por ambas instancias.

#### 2.2.4.2. Reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFAS)

Las RAFAS más frecuentes son: náuseas, dolores gástricos, insomnio, euforia, síndrome gripal, y anorexia pero se presentan otras reacciones que se presentan en el siguiente cuadro:

Fármaco	Rafa común
Estreptomina	Daño auditivo y vestibular, dolor en el lugar de inyección, parestesias.
Isionacida	Neuropatía periférica, hepatitis
Rifampicina	Anorexia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, hepatitis, color anaranjado de secreciones.
Etambutol	Neuritis óptica
Pirazinamida	Dolor articulare, hepatitis.

#### 2.2.5. Cuidados en el Hogar

- **Descanso:** Los enfermos con tuberculosis pulmonar presentan disnea al esfuerzo, incrementan su frecuencia respiratoria, motivo por el cual los periodos de descanso entre las actividades incrementan la tolerancia a la actividad y disminuye la disnea, mejorando la frecuencia respiratoria.
- **Alimentación.** La nutrición de los enfermos con tuberculosis pulmonar se ve alterada ya que la enfermedad es de curso



prolongado. La tos y las respiraciones profundas incrementan la demanda de energía, disminuyendo la curva ponderal del enfermo; y en su mayoría los pacientes están desnutridos al inicio de la enfermedad. Es preciso por ello que en el hogar los pacientes cubran las necesidades básicas de ingestión de proteínas que se catalizan en energía.

- **Medidas de saneamiento:** Cualquiera es susceptible de contraer la tuberculosis si inspira los bacilos que exhalan un enfermo o portador al hablar, estornudar. Toser o expectorar. Estas bacterias pueden permanecer suspendida en el aire durante horas, incluso años. Es por ello que entre las medidas de saneamiento se incluye la técnica del cuidado durante 30 días del tratamiento farmacológico luego del cual ya no contagia. se considera las siguientes medidas:
- Poseer un cuarto privado, dormir solo.
  - El paciente al momento de toser o estornudar debe cubrirse la boca y nariz con papel o con la mano y luego lavárselas
  - El papel utilizado embolsarlo y desecharlo
  - Limpiar el polvo de los muebles con paño húmedo y trapear el piso con desinfectante o simplemente agua.
  - Ventilar el cuarto donde duerme en enfermo, abrir las ventanas para que ingrese los rayos solares que emiten radiaciones ultravioletas, la cual destruye al mycobacterium tuberculosis.<sup>(23)</sup>

#### **2.2.6. Prevención de la tuberculosis**

Lo más importante que una persona puede hacer para prevenir la propagación de la tuberculosis MDR es tomar todos sus medicamentos exactamente de acuerdo a las indicaciones del proveedor de atención médica. No se debe dejar de tomar ninguna dosis y no se debe suspender el tratamiento sin que se haya completado. Los pacientes deben notificar a sus proveedores de atención médica si tienen problemas para tomar sus medicamentos. Si tienen pensado viajar, deben hablar con sus proveedores de

atención médica y asegurarse de llevar suficientes medicamentos para todo el viaje.

Los proveedores de atención médica pueden colaborar en la prevención de la tuberculosis MDR mediante el diagnóstico rápido de los casos, el seguimiento de las directrices recomendadas para el tratamiento, la vigilancia de la respuesta de los pacientes al tratamiento y la verificación de que el tratamiento se haya completado.

Otra forma de prevenir el contagio de la tuberculosis MDR es evitar la exposición a los pacientes que se sabe tienen este tipo de tuberculosis en espacios cerrados o con una alta concentración de personas, como los hospitales, las prisiones o los albergues para personas sin hogar. Si usted trabaja en hospitales o centros de atención médica que atienden a pacientes con tuberculosis, debe consultar con expertos en control de infecciones o en salud ocupacional. Pregunte cuáles son los procedimientos administrativos y ambientales para prevenir la exposición a la tuberculosis. Una vez implementados estos controles se pueden adoptar otras medidas, como el uso de equipos individuales de protección respiratoria.

#### **2.2.7. Actitudes en relación al tratamiento de la tuberculosis.**

Al afrontar las diversas situaciones sociales que se presentan en la vida diaria, el ser humano desarrolla un conjunto de acciones y exhibe manifestaciones en su comportamiento de un rango muy amplio. En el marco de esta situación se evidencian frecuentemente ya sea directa e indirectamente las actitudes que el sujeto posee.

A pesar de la gran variedad de definiciones que existen sobre las actitudes casi todas expresan en forma más o menos explícita que una actitud supone una predisposición de la persona para reaccionar frente los objetos sociales del ambiente. Esta predisposición puede orientar y dirigir en parte su comportamiento.

Según Thurstone (1959), el concepto de actitud representa la suma de todas las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, tendencias, ideas, miedos y convicciones de una persona sobre un tema específico. Según Krench y Crutchfield (1962), las actitudes son las creencias, sentimientos y tendencias hacia la acción de una persona respecto a los objetos, personas o ideas.

“La actitud se puede definir como una respuesta evaluativo relativamente estable, en relación a un objeto, que tiene consecuencias cognoscitivas, afectivas y probablemente comportamentales” (Lamberth.1982).“Son predisposiciones a responder en una forma más o menos emocional a ciertos objetos o ideas.”

“Las actitudes 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 comportarte selectivamente referentes actitudinales”.

#### **2.2.7.1. Características**

Pese a la heterogeneidad de los diversos marcos de referencia teóricos, parece existir consenso en torno a una serie de características que presentan las actitudes:

- **Adquiridas.**- No constituyen elementos innatos, sino que se van aprendiendo en la medida que el sujeto se socializa; va procesando la estimulación procedente del medio y configurando en base a su relación con los demás, una serie de actitudes que pueden ser aprendidas tanto en función de la imitación, como del entrenamiento instrumental directo.
- **Socialmente condicionadas.**- Vale decir que responden a las características estructurales y organizativas propias de la sociedad en que se conforman. Las modalidades específicas

de interrelación que se establecen entre los miembros de un determinado grupo social. Tanto más, algunas actitudes tendrán vigencia en un contexto, y quien sabe no se desarrollen en otro; pudiendo establecerse también de acuerdo a nuestro criterio, una jerarquización de actitudes que dependerán de las condiciones sui generis de cada sociedad.

- **Relativamente permanentes.**- Al ser adquiridas por la vía del aprendizaje social, las actitudes una vez formadas tienden a fijarse en el individuo de manera más o menos estable, integrándose en su aparato psíquico. El cambio requiere de una presión que será tanto o más intensa, en la medida que la actitud sea más vigorosa (Summers 1976).
- **Relacionadas con objetos.**- Es decir, se estructuran en relación a determinados objetos sociales; individuos, grupos, productos, y manifestaciones culturales, así como instituciones y hasta objetos abstractos.
- **Cualidad direccional.**- En este sentido participan como elementos motivacionales con una carga afectiva dirigida hacia el objeto de actitud, el cual entonces es valorado en forma positiva o negativa por el sujeto. En base a esta cualidad, el individuo se ve impulsado hacia la acción concreta a favor o en contra del objeto.
- **Forman un patrón evaluativo.**- Son elementos que sirven como marcos de referencia para nuestra percepción de la realidad, implicando la formación de categorías que pueden ser muy complejas, y que se ponen en evidencia ante las distintas situaciones sociales en que intervenimos.<sup>(24)</sup>

Las actitudes inclusive, suelen emplearse como categorías para evaluar otros objetos sociales y las actitudes relacionadas con ellos (Ino-Oka y Matsui, 1977). La actitud es un patrón relativamente constante de evaluación de objetos sociales, así como una carga afectiva orientada a los mismos.

### 2.2.7.2. Clasificación de las actitudes.

- **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.
- **Rechazo.** Es cuando el sujeto evita el 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 aun estado de tensión constante. Indiferencia. Es un sentimiento de apatía, el sujeto no muestra aceptación ni rechazo al objeto, prevalece el desinterés, la rutina y en muchas casos el aburrimiento.

### 2.2.7.3. Componentes de las actitudes.

En función de esta apreciación, es factible diferenciar tres componentes en toda actitud: Cognitivo, Afectivo y Conductual. No obstante esto no significa que los componentes actúen por separado, aisladamente; antes bien participan conjuntamente existiendo entre ellos una relación tan estrecha que no es posible de visualizarlo.

- a) **Componente Cognitivo:** Las creencias, opiniones, y en general los conocimientos o ideas que tenemos sobre los objetos sociales son elementos que se incluyen en esta definición. Se considera componente cognoscitivo lo que pensamos acerca de un individuo, grupo, producto cultural o institución; y que forma parte de nuestra actitud ante ellos. No es necesario tener un conocimiento muy amplio de un objeto social para que se evidencie una actitud; ya que puede presentarse incluso cuando la cognición es muy limitada. Igualmente puede haber creencias estructuradas basadas sobre datos poco reales o erróneos.
  
- b) **Componente Afectivo:** Toda actitud comporta una carga emocional a favor o en contra de un objeto social, conformándose lo que Sherif y Sherif(1976) denominan sistema individual de

aceptación-rechazo; vale decir el establecimiento de parámetros de evaluación afectiva del objeto social, que son propios de cada sujeto. Desde luego el afecto no necesariamente polarizado, sino que puede encontrarse a lo largo de todo un continuum que va desde lo positivo hasta lo negativo, incluyendo una serie de posiciones intermedias de evaluación.

- c) **Componente Conductual:** Cualquier actitud contiene una preposición hacia la acción, hacia la manifestación de lo conocido y sentido con respecto al objeto social (Triandis, 1974). Y es por eso que una actitud implica una predisposición pues necesariamente no se producirá una conducta excesiva de agrado o desagrado. En ocasiones parecería no haber coherencia entre este componente y los otros.

#### **2.2.7.4. Dimensiones de las Actitudes**

Cabe considerar igualmente que en toda actitud es factible encontrar dos dimensiones que se presentan en la práctica simultáneamente:

- a) **Dirección.-** Es la orientación que posee la actitud en un continuum de aprobación-desaprobación, conformidad - disconformidad o acuerdo desacuerdo; al que definieron anteriormente como sistema individual de aceptación o rechazo.
  
- b) **Intensidad.-** Es el nivel de polarización que alcanza la actitud en un continuum y que como resalta Hollander (1968), constituye la fuerza emocional de la misma; por tanto podríamos decir que la intensidad de una actitud se expresa en el grado de aceptación o rechazo de un objeto actitudinal.

#### **2.2.8. Actitudes del paciente frente a la Tuberculosis Multidrogoresistente**

Es difícil tolerar tanto los síntomas de la enfermedad como los efectos secundarios de los medicamentos, junto con la grave carga

emocional de soportar esta enfermedad contagiosa que constituye una amenaza para la vida. Lo que es más, las personas más afectadas por la TBC-MDR viven en áreas de urbano marginales y con problemas económicos, lo que aumenta el estrés de aquellos que necesitan tratamiento. Dado el particular conjunto de problemas que enfrentan las personas con TBC-MDR y la importancia de mantener a los pacientes en tratamiento, se considera importante el apoyo psicosocial.

Como Jack Adler escribió: “incluso en un ambiente relativamente normal donde el paciente tuberculoso tiene una familia y un trabajo al que retorna después de recuperarse, la propia naturaleza de la enfermedad y su tratamiento, a saber, cronicidad, transmisibilidad, posibilidad de recaída, actividad restringida, etc., crea una preocupación que se les manifiesta como ansiedad elevada, sentimientos de inseguridad e incapacidad, actitud defensiva, negativismo, dependencia y similares”.

Según Huaynates las actitudes que tiene los pacientes hacia el tratamiento predominantemente son de indiferencia (74%), lo que nos indica que los pacientes están en mayor riesgo de recaer o abandonar el tratamiento farmacológico.

Según rojas existe un porcentaje (62.5 %) considerable que tiene que tiene una actitud con grado de intensidad de aceptación seguido de una actitud con grado de intensidad de indiferencia (37.5%) y (0%) de una actitud con grado de intensidad de rechazo, hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

➤ **Actitudes de pacientes nuevos que no cuentan con posología inicial:**

- Los pacientes no dejan su muestra de esputo oportunamente.

- No acuden a la interconsulta.
- No solicitan que su muestra sea enviado para urocultivo.
- Cuando tienen su resultados si es positivo muchas veces no aceptan la interconsulta con el médico tratante.
- No niegan a regresar al centro de Salud para la Administración e inicialización de su tratamiento.

➤ **Conductas de pacientes antes tratados**

- No solicitan su posología al profesional de enfermería a cargo de la estrategia sanitaria de control y prevención contra la tuberculosis.
- No muestran interés por conocer la nueva posología y/o nuevo esquema de tratamiento por motivo de abandono o recaídas.
- No dejan su muestra y su esputo en la fecha indicada.
- Rechazo a las ampollas que se les aplicaran de forma diaria.
- Negativa ante la supervisión en sus hogares en mediante la visita domiciliario y el rechazo a utilizar mascarillas como forma de prevención ante el entorno.

**2.2.9. Rol de la enfermera en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis.**

Garantizar la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno, gratuito y supervisado de los enfermos con tuberculosis en todos los servicios de salud del país, brindando atención integral, con personal capacitado, fomentando el auto cuidado en la población con la finalidad de disminuir la morbilidad por tuberculosis y sus repercusiones sociales y económicas a fines de la primera década del siglo XXI, el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis mantendrá su condición de líder al haber logrado elevados niveles de eficiencia, eficacia y efectividad, garantizando la disminución progresiva y sostenida de la incidencia de tuberculosis, en la perspectiva de que esta enfermedad no constituya un problema de



salud pública, contribuyendo de esa manera a mejorar las condiciones de salud de la población.

Es responsabilidad de la enfermera, la atención integral e individualizada dirigida al paciente, su familia y la comunidad y énfasis en la educación sanitaria. Control y seguimiento del enfermo con tuberculosis y sus contactos, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbilidad por tuberculosis. <sup>(20)</sup>

Entre las actividades que realiza el profesional Enfermería en el seguimiento de casos tenemos la entrevista, la visita domiciliaria, la organización y administración de quimioprofilaxis; la referencia, contra referencia, derivación y transferencia de pacientes. Los objetivos de sus actividades tenemos:

- Educar a la persona con tuberculosis y familia paciente sobre su enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado y la baciloscopia de control mensual.
- Una buena comunicación entre paciente y el personal de enfermería
- Indagar sobre antecedentes de tratamiento.
- Contribuir a un adecuado seguimiento de casos y estudio de contactos.
- Evaluar al paciente sus conductas de riesgo como irregularidad en la toma de los medicamentos, inasistencia al centro de salud, etc. a fin de realizar un trabajo de consejería y apoyo emocional.
- Identificar problemas de salud y brindar alternativas de solución.
- Contribuir al éxito del tratamiento antituberculoso recuperando al paciente inasistente.
- Complementar el seguimiento de los casos en tratamiento.
- Monitorización del control de los contactos.

La tuberculosis es una enfermedad trae serias repercusiones en la esfera psicoemocional, influyendo de alguna manera la autoestima, expresado en signos de desesperanza, sentimientos de tristeza y soledad, disminución de su capacidad de afronte a la enfermedad, etc. Los cuales deben de ser revertidos con el apoyo del personal de Enfermería, para mejorar su salud mental y su capacidad de afronte ante la enfermedad y mediante las siguientes actividades:

- Aliviar los síntomas de la enfermedad y el malestar emocional.
- Expresar los propios sentimientos. Aceptando que es normal la aparición de reacciones negativas como la ira, depresión o sentimientos de vulnerabilidad como parte de toda situación estresante.
- Intentar seguir el mismo estilo de vida antes de la aparición de la enfermedad.
- Mejorar la calidad de vida. Planificar el uso del tiempo y reorganizarlo en función de las actividades cotidianas incorporando los tratamientos necesarios y oportuno, Aprender a convivir con la enfermedad.
- Muchas personas tienen que aceptar que deben relegar varias tareas. Por ejemplo, las personas acostumbradas a una actividad deportiva exigente probablemente se vean obligadas a reemplazarla por otras de tipo más tranquilo.
- Muchos se ven obligados a pedir licencia o dejar sus trabajos. Esto contribuye a disminuir su autoestima y las hace aún más vulnerables a la enfermedad. Tal vez sea el momento para dedicarse a lo que siempre han querido, pero nunca tuvieron tiempo. Clases de pintura, cerámica, manualidades, etc. son recomendadas, así como también la asistencia a distintos cursos de especialización en su profesión. La adquisición de nuevos intereses y nuevos talentos ayuda a atravesar la etapa de la enfermedad.
- Tomar las decisiones más adecuadas con respecto al tratamiento.

- La creencia de que uno puede luchar contra su enfermedad y no permitirle que tome control de su vida es parecido a pelear contra un enemigo. Para poder ganar es necesario poder creer que uno puede ganar. Y esto es justamente lo que se necesita para superar una enfermedad y muchos lo llaman: espíritu de lucha. Acepte el diagnóstico, pero desafíe el pronóstico.
- Es importante el cuidado de la imagen corporal, dado que la mayoría de las personas que atraviesan serias enfermedades tienden a dejar de cuidar su aspecto, a pesar de existir alteraciones por las manifestaciones de la enfermedad. Esto repercute aún más en su estado de ánimo y su autoestima. Es muy probable que su mal aspecto les dificulte la interacción con los demás y perjudique una fuente de apoyo. Las personas enfermas tienden a aislarse socialmente. Mejorar su imagen así como su funcionamiento autónomo e independiente es de suma importancia.

Siendo importante que la enfermera identifique precozmente las conductas de riesgo que pueda presentar el paciente a fin de intervenir oportunamente en el fortalecimiento de su autoestima.

- ❖ **Entrevista de enfermería:** Es una de las actividades de la atención integral e individualizada debe realizar con calidad y calidez a la persona enferma con tuberculosis y su familia, con fines de educación, control, y seguimiento. Tiene como objetivo educar al paciente y su familia sobre la enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado y la baciloscopia de control mensual, contribuir a la adhesión del paciente al tratamiento mediante una buena comunicación, indagar sobre antecedentes de tratamiento. Contribuir a un adecuado seguimiento de casos y estudio de contactos e identificar en el paciente conductas de riesgo a fin de realizar un trabajo de consejería, realizar tres

entrevistas: la primera al iniciar el tratamiento , la según se realiza al terminar la primera fase del tratamiento para controlar la evolución del paciente, los exámenes y análisis de la tarjeta de tratamiento y la tercera se realiza al termino del tratamiento con la finalidad de recomendar al paciente que si en caso presenta sintomatología respiratoria acuda al establecimiento de salud, se realizan otras entrevistas si el paciente no acude al establecimiento de salud para recibir su tratamiento, en caso de reacciones adversas a los fármacos antituberculosos, completar el estudio de contactos, si el paciente va a cambiar de domicilio.<sup>(24)</sup>

❖ **Visita domiciliaria.** Consiste en educar al domicilio del paciente con la finalidad de brindar educación sanitaria al paciente y a la familia. Debe realizarse dentro de las primeras 48 horas de realizado el diagnóstico.

Tiene como objetivos:

- Educar al paciente con TBC y familia incorporándolos activamente en la recuperación de la persona con TBC.
- Identificar problemas de salud y factores condicionantes, para brindar apoyo educativo en busca de solución.
- Contribuir al éxito del tratamiento farmacológico recuperando a la persona insistente.

**Motivos de una visita:**

- Ubicación y verificación del domicilio de las personas con tuberculosis para su ingreso al tratamiento.
- Ubicar al sintomático respiratorio bk(+) que no acude al establecimiento de salud.
- Educación sanitaria sobre la enfermedad
- Recolectar muestras de esputo en caso de encontrar sintomáticos respiratorios entre los contactos.

- Obtener la segunda muestra del SR que no retorna al establecimiento de salud.
- Recuperar a la persona con TBC que no asiste al tratamiento (dentro de las 24 horas).

❖ **Organización y administración del tratamiento.** El cumplimiento del tratamiento eficaz depende en gran parte de la relación establecida entre el paciente, la enfermera encargada de administrar el tratamiento y el establecimiento de salud. El tratamiento es estrictamente supervisado y ambulatorio. El personal de enfermería asegurara que el paciente reciba la administración de los medicamentos en una sola toma al día para lo cual se requiere lo siguiente:

- Disponer de un ambiente con luz y ventilación natural cruzada para la atención de las personas con TBC.
- Disponer de libros de registro y seguimiento de pacientes, tarjetas de control y asistencia de medicamentos y solicitudes de baciloscopias.
- Capacitar al personal de salud (profesional y técnico en la administración supervisada del tratamiento antituberculosis.
- Garantizar la administración del tratamiento supervisado en boca por el personal de enfermería en los servicios de salud.
- Monitoreo y evaluación del desarrollo de las actividades del tratamiento.
- Implementar un equipo mínimo de materiales para la administración del tratamiento: vasos descartables, cucharitas, Algodón, alcohol.
- Disponer de esquemas completos de tratamiento por cada persona con TBC debidamente rotulado con el nombre número de esquema y fecha de inicio del tratamiento.

- Utilizar la tarjeta de asistencia y administración de medicamentos correctamente.
- ❖ **Administración de quimioprofilaxis:** Consiste en la administración de isoniacida a persona con riesgo de desarrollar tuberculosis. Se entregara las tabletas de isoniacida en forma semanal, realizando el registro de la fecha de entrega. Se debe investigar sobre la presencia de alguna reacción adversa, pérdida de apetito nauseas, vómitos, coluria, dolor abdominal, fiebre, rash cutáneo, insomnio y perdida de la sensibilidad.
- ❖ **Referencia y contra referencia.** La referencia consiste en él envío de una persona con TBC aun establecimiento de mayor complejidad para resolver un problema de diagnóstico y /O tratamiento la persona referida debe ir acompañada por un personal de salud con la hoja de referencia correspondiente firmada por el médico tratante.

La contrarreferencia consiste en el envío de una persona con TBC luego de la evaluación de un establecimiento de mayor complejidad a su establecimiento de origen.<sup>(25)</sup>

#### **2.2.10. Cuidados en el Hogar**

- a) Saneamiento Básico:** Atención en el saneamiento Básico significa trabajar en la conservación de la salud de la población y juega un papel importante en la prevención de las enfermedades diarreicas cuyo origen está vinculado con deficiencias en la limpieza de las comunidades. Saneamiento Básico es el mejoramiento y la preservación de las condiciones sanitarias óptimas de:
- Fuentes y sistemas de abastecimiento de agua para uso y consumo humano.
  - Disposición sanitaria de excrementos y orina, ya sean en letrinas o baños.

- Manejo sanitario de los residuos sólidos, conocidos como basura.
- Control de la fauna nociva, como ratas, cucarachas, pulgas, etc.
- Mejoramiento de las condiciones sanitarias y limpieza de la vivienda.

En los lugares donde el agua se obtiene de fuentes de abastecimiento desprotegidas, tales como pozos, manantiales, ríos y arroyos, existe la posibilidad de que en ella se deposite polvo, basura, o excremento humano y de animales lo que contamina y por lo que es necesario usar algún método de desinfección.<sup>(21)</sup>

Cuando en un pozo desprotegido se deposita basura o se presentan escurrimientos provocados por la lluvia, el agua se encuentra contaminada. Almacenamiento seguro significa mantener el agua desinfectada en un recipiente con tapa. El objetivo de la desinfección del agua es la destrucción de los diversos microbios presentes en ella y que transmiten enfermedades al ser humano.

**b) Disposición de la Basura.** La basura o los residuos sólidos son aquellos materiales que no se consideran útiles para quien se deshace de ellos, pero que si son manejados adecuadamente pueden obtenerse diversos beneficios.

En los residuos se encuentran mezclados materiales como papel, vidrio, plástico, metal, cartón, residuos de alimentos, entre otros. Los residuos sólidos representan un problema por son un factor importante en la presencia de enfermedades por la propagación de fauna nociva, como moscas, cucarachas, mosquitos, ratas y ratones. Entre las enfermedades

relacionadas con la fauna nociva están las infecciones intestinales, parasitosis, dengue, paludismo, entre otras.

La basura o residuos sólidos son acumulados en forma inadecuada dentro del domicilio en o sitios comunitarios, provocan malos olores, representa un foco de infección e incrementan el desarrollo de la fauna nociva.

Existen prácticas sencillas dentro del hogar que se pueden aplicar para el manejo sanitario de los residuos que son:

1. Reducir
2. Reutiliza
3. Reciclar
4. Para reducir una opción es limitar el uso de productos con envases desechables
5. Para reutilizar emplear los recipientes vacíos como maceteros, lapiceros u otros.

En áreas donde exista servicio de recolección de basura es indispensable mantener los residuos en recipientes con tapa. En áreas que no cuentan con este servicio existen dos maneras para su disposición de estos residuos.

1. Quemar.
2. Enterrar.

Para estas prácticas se necesita cavar una zanja en un sitio alejado de la casa habitación, separar previamente los desechos y depositarlos en la zanja para quemarlos o enterrarlos, o en su caso se pueden reutilizar un incinerador.

Otra forma de suponer de los residuos es la elaboración de una composta (mejorados de suelo) a partir de aquellos desechos que sufren un rápida descomposición (residuos de alimentos, hojas secas y pasto entre otros).



**c) Disposición de Excremento y Orinas (Excretas).** Los desechos humanos (excremento y orina) representan un riesgo para la salud si no se dispone sanitariamente, en ellos se encuentra un gran número de microbios transmisores de enfermedades. El fecalismo al ras del suelo es un practica que debe ser remplazada, por una mejor disposición de excremento.<sup>(22)</sup>

Para disponer los desechos en forma sanitaria existen diversas alternativas:

- Excusado conectado al drenaje
- Fosa séptica.
- Letrina sanitaria.

Si en la comunidad no existe drenaje y no son comunes las fosas sépticas, y la evacuación se efectúa al ras de la tierra es recomendable:

- ✓ Disponer de un sitio fuera de la casa exclusivo para el depósito de excremento y orina para toda la familia; se debe cuidar que todos los miembros, incluidos los niños, usen este lugar.
- ✓ Se ser posible, construir en el lugar destinado a las excretas, un hoyo lo suficientemente profundo para esta función, donde no tengan acceso los animales domésticos.
- ✓ En ambos casos se debe poner una capa de cal cuando menos una vez a la semana
- ✓ Se debe cuidar que no exista basura alrededor de este sitio

Las moscas se reproducen con estiércol, basura, aguas estancadas, residuos vegetales y otras materias en descomposición.

La picadura de chinches produce comezón e irritación en la piel, algunas viven en grietas y hendiduras de paredes y pisos, en muebles, armazones de camas, marcos de cuadros y libros.

La mejor manera de combatir los vectores o transmisores es:

- Proteger los alimentos.
- Almacenar y disponer correctamente de los desechos
- Disponer adecuadamente excretas.

**d) Mejoramiento sanitario de la vivienda.** El aseo debe ser diario; entre más limpia, ventilada y cuidada esta la casa se tendrá menos posibilidades de enfermar.<sup>(23)</sup>

También una adecuada ventilación favorece la circulación y el intercambio de aire. Contar con la iluminación suficiente facilita las diversas actividades que en ella se realizan.

- Las paredes y los techos deben estar lisos para evitar que haya huecos o grietas donde se pueda acumular polvo o se aniden animales.
- En lugares calientes y húmedos se deben instalar mosquiteros en puertas y ventanas para impedir la entrada de moscas, mosquitos y otros insectos.
- Si se cuenta con estufa de leña, debe tener una chimenea ya que los humos provocan daños a la salud.
- Si el piso es de tierra se debe barrer diariamente, rociando con agua para evitar polvo, tratando de mantenerlo siempre húmedo. En caso de que existan hoyos, estos deben de ser tapados inmediatamente para evitar que aniden arañas, alacranes o cualquier otro tipo de fauna. Para este efecto se recomienda hacer revisiones periódicas, principalmente debajo de camas y muebles.

## 2.2.11. Teorías de Enfermería que Fundamentan la Investigación

### ➤ Teoría de “Dorothea Orem”

Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl Se graduó en 1930.

Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

**a) Teoría del Autocuidado:** En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo . Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno , para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida , salud o bienestar". <sup>(26)</sup>

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- **Requisitos de autocuidado universal:** son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire , agua , eliminación , actividad y descanso , soledad e interacción social , prevención de riesgos e interacción de la actividad humana .
- **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir

la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez , adolescencia, adulto y vejez .

- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud**, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

**b) Teoría del déficit de autocuidado:** En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

**c) Teoría de los sistemas de enfermería:** En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos , identificando tres tipos de sistemas :

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

- **Concepto de persona:** Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. <sup>(26)</sup>

Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

- **Concepto de Salud:** La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.
- **Concepto de Enfermería:** Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. <sup>(26)</sup>

- **Modelo de Promoción de la Salud” Según Nola Pender:** Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos que son

modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comparables. Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que influye en las modificaciones de la conducta sanitaria, en este caso el lavado de manos.

Nola Pender, nació en 1941 en Lansing, Michigan; interesándose muy pronto por la profesión de enfermería, su deseo de ofrecer su ayuda a los demás se desarrolló a través de experiencias y estudios, siempre con la idea de que la misión de enfermería consistía en ayudar a otras personas a cuidar de sí mismas, educando, enseñando y promocionando la salud a la familia y la comunidad en general.

### 2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Actitudes:** Es la predisposición de aceptación, rechazo e indiferencia que refieren tener los pacientes con tuberculosis pulmonar hacia el tratamiento.
- **Pacientes:** es la persona con diagnóstico de tuberculosis pulmonar registrado en la estrategia sanitaria control de la tuberculosis.
- **Tuberculosis pulmonar:** es una enfermedad infectocontagiosa causada por el bacilo de Koch y que afecta a los pulmones.
- **Tratamiento:** es el conjunto de acciones relacionadas con el tratamiento farmacológico los cuidados en el hogar y las medidas

preventivas y tiene como finalidad la recuperación del paciente y evitar el contagio.

## **2.4 HIPÓTESIS**

### **2.4.1 Hipótesis General**

La postura de los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre su condición de multidrogorresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015, es favorable.

### **2.4.2 Hipótesis Específicas**

Las características del componente cognitivo de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015, medianamente favorable.

Las características del componente afectivo de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015, es favorable.

Las características del componente conductual de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015, es favorable.

## **2.5 VARIABLES**

**Univariable:** Actitud de los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre su condición de multidrogorresistente

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

**Actitud de los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre su condición de multidrogorresistente:** La actitud representa la suma de todas las inclinaciones, sentimientos, prejuicios,



tendencias, ideas, miedos y convicciones de una persona sobre un tema específico, tienen tres componentes principales los cuales son el componente afectivo; cognitivo y conductual frente a la Tuberculosis Multidrogo-resistente (MDR TB) que es una forma de Tuberculosis que es resistente a dos o más de las drogas primarias usadas para el tratamiento, que es difícil de tolerar tanto los síntomas de la enfermedad como los efectos secundarios de los medicamentos, y la carga emocional de soportar esta enfermedad contagiosa que constituye una amenaza para la vida.

### **2.5.2 Definición operacional de la variable**

**Actitud de los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre su condición de multidrogorresistente:** Son las Respuestas afectivas; cognitivas y conductuales positivas o negativas del paciente con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistencia.

### 2.5.3 Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES DE LA VARIABLE	INDICADORES	VALOR FINAL
La postura de los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre su condición de multidrogorresistente	Componente cognitivo	Conocimientos sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad</li> <li>- Tratamiento</li> <li>- Reacciones adversas</li> <li>- Alimentación</li> <li>- Cuidados</li> </ul>	Favorable
	Componente afectivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aceptación de la enfermedad</li> <li>- Angustia</li> <li>- Depresión</li> <li>- Esperanza</li> </ul>	Medianamente Favorable
	Componente conductual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relaciones Interpersonales</li> <li>- Tratamiento</li> <li>- Medidas preventivas</li> <li>- Relaciones familiares</li> </ul>	Favorable

## **CAPITULO III: METODOLOGIA**

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

El estudio de investigación será de nivel aplicativo ya que da un aporte significativo a la práctica de enfermería en el primer nivel de atención dando a la enfermera la capacidad de comprender más sobre los sentimientos de los pacientes con TBC MDR.

Tipo cuantitativo ya que los datos que se obtendrán podrán ser cuantificados para de esta manera ser capaz de procesar los estadísticamente.

Método descriptivo simple de corte transversal, ya que permite presentar la información tal y como se presenta en un tiempo y espacio determinado.

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

El lugar que se seleccionó para llevar a cabo la presente investigación, es el Centro de Salud Francisco Bolognesi de la Ciudad de Arequipa provincia de Cayma en el año 2010. El Distrito de Cayma se ubica a 3 kilómetros, al noroeste de la Plaza de Armas de Arequipa y sobre la margen derecha del Río Chili, a una altitud de 2,463 m.s.n.m. El Centro de Salud Francisco Bolognesi, cuenta con 11 servicios y 13 ambientes en la cual son los siguientes

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.3.1. Población:**

La población en estudio esta conformada por los pacientes con tuberculosis sobre su condición de multidrogorresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi que se encuentran actualmente en tratamiento, siendo en total 35 pacientes que reciben tratamiento empírico, estandarizado o individualizado.

#### **3.3.2. Muestra:**

La muestra esta conformada por toda la poblacion es decir por 35 pacientes que reciben tratamiento ya sea empírico, estandarizado o individualizado.

### **3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para el presente trabajo de investigación la técnica que se utilizará es la encuesta teniendo como instrumento para la recolección de datos la escala likert modificada ya que permitirá obtener los datos a través de preguntas a los miembros de la población en estudio. El instrumento incluye: Introducción, datos generales, e información específica que corresponde al instrumento.

### **3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

La validez del instrumento se determinará mediante la prueba binomial de Juez de Expertos, la cual estara conformada por ocho profesionales con experiencia y docentes de Investigación en Enfermería de la Universidad Alas Peruanas; siendo sus opiniones, recomendaciones y sugerencias que seran tomadas en cuenta para mejorar el instrumento. Los puntajes que se obtendran en la prueba binomial deben mostrar que el error de significancia no supere los valores establecidos para  $p > 0.05$ , y esto determinará la validez del instrumento.

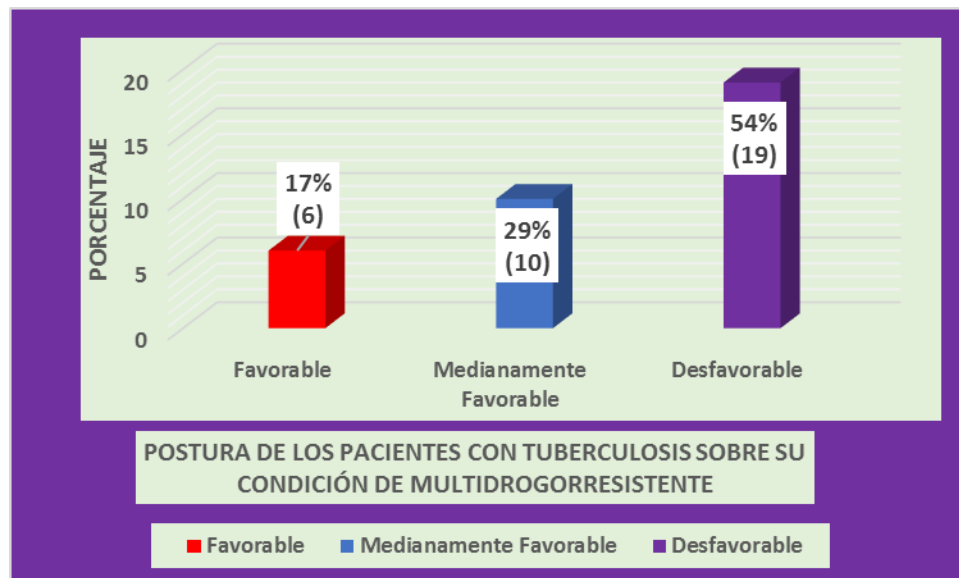
### **3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

La recolección de datos se iniciara mediante el trámite administrativo respectivo, a través del cual se solicitará autorización del Médico Jefe del Centro de Salud para la realización del estudio de investigación. Posteriormente se coordinará con la Enfermera encargada.

## CAPITULO IV: RESULTADOS

### GRAFICA 1

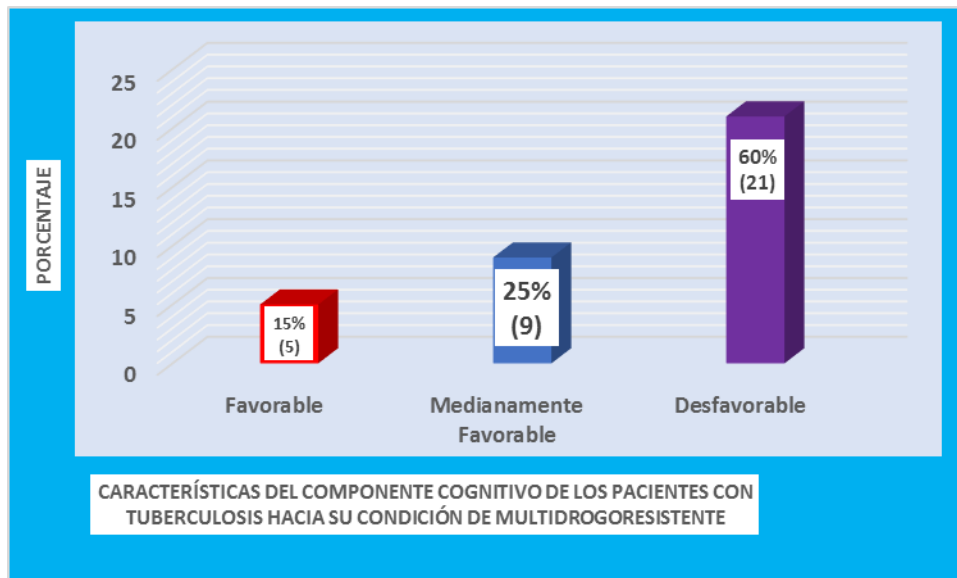
#### POSTURA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS SOBRE SU CONDICIÓN DE MULTIDROGORRESISTENTE EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI AREQUIPA 2015



Según los resultados presentados en la Grafica 1, La postura de los pacientes con Tuberculosis sobre su condición de Multidrogos resistente en el Centro de Salud Francisco Bolognesi Arequipa, es Desfavorable en un 54%(19), Medianamente Favorable en un 29%(10) y Favorable en un 17%(6). Estos niveles de las posturas se presentan por las respuestas de los pacientes quienes señalan en el componente Cognitivo, Indeciso sobre el descanso y una buena alimentación permitirá que me cure más rápido, también indeciso en el tratamiento es efectivo cuando lo termino completamente, me resulta difícil hablar sobre mi enfermedad con otras personas, hay momentos en los que me he sentido solo(a) y nadie me apoya para seguir con mi tratamiento, me interesa poco que la enfermera me supervise a la hora de tomar las medicina, he llegado a pensar que es innecesario informar a mi familia de mi situación.

## GRAFICA 2

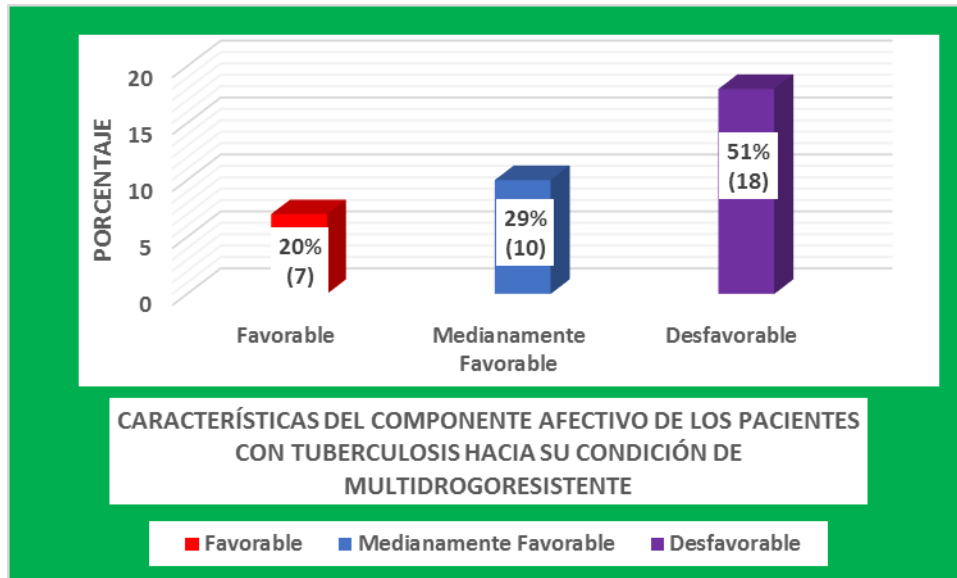
### CARACTERÍSTICAS DEL COMPONENTE COGNITIVO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS HACIA SU CONDICIÓN DE MULTIDROGORESISTENTE EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI AREQUIPA 2015



Según los resultados presentados en la Grafica 2, Las características del componente cognitivo de los pacientes con Tuberculosis sobre su condición de Multidrogos resistente en el Centro de Salud Francisco Bolognesi Arequipa, es Desfavorable en un 60%(21), Medianamente Favorable en un 25%(9) y Favorable en un 15%(5). Estos niveles de las características se presentan por las respuestas de los pacientes quienes señalan en el componente Cognitivo, Indeciso sobre el descanso y una buena alimentación permitirá que me cure más rápido, también indeciso en el tratamiento es efectivo cuando lo termino completamente, estando de acuerdo que si me siento mejor ya no es necesario que continúe con el tratamiento.

### GRAFICA 3

#### CARACTERÍSTICAS DEL COMPONENTE AFECTIVO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS HACIA SU CONDICIÓN DE MULTIDROGORESISTENTE EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI AREQUIPA 2015

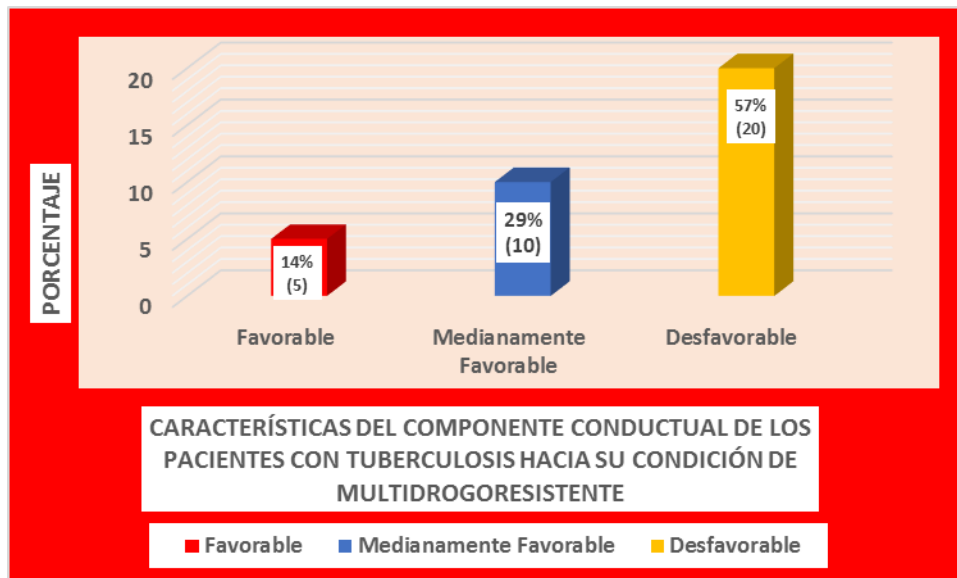


Según los resultados presentados en la Grafica 3, Las características del componente Afectivo de los pacientes con Tuberculosis sobre su condición de Multidrogos resistente en el Centro de Salud Francisco Bolognesi Arequipa, es Desfavorable en un 51%(18), Medianamente Favorable en un 29%(10) y Favorable en un 20%(7). Estos niveles de las características se presentan por las respuestas de los pacientes quienes señalan en el componente afectivo, me resulta difícil hablar sobre mi enfermedad con otras personas, hay momentos en los que me he sentido solo(a) y nadie me apoya para seguir con mi tratamiento, este tratamiento me origina muchas molestias y nada de mejoría, me parece que el tiempo de tratamiento es demasiado prolongado y solo siento poca mejoría, pienso que la enfermedad es más fuerte que yo y me llegara a vencer.



#### GRAFICA 4

### CARACTERÍSTICAS DEL COMPONENTE CONDUCTUAL DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS HACIA SU CONDICIÓN DE MULTIDROGORESISTENTE EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI AREQUIPA 2015



Según los resultados presentados en la Grafica 4, Las características del componente Conductual de los pacientes con Tuberculosis sobre su condición de Multidrogos resistente en el Centro de Salud Francisco Bolognesi Arequipa, es Desfavorable en un 57%(20), Medianamente Favorable en un 29%(10) y Favorable en un 14%(5). Estos niveles de las características se presentan por las respuestas de los pacientes quienes señalan en el componente conductual, me interesa poco que la enfermera me supervise a la hora de tomar las medicina, he llegado a pensar que es innecesario informar a mi familia de mi situación, es una pérdida de tiempo asistir a las a las actividades grupales en el centro de salud.

## PRUEBA DE HIPOTESIS

### Prueba de la Hipótesis General:

Ha: La postura de los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre su condición de multidrogorresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015, es desfavorable.

Ho: La postura de los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre su condición de multidrogorresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015, no es desfavorable.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$  (5%)

Tabla 1: Prueba de la Hipótesis General mediante el Chi Cuadrado ( $X^2$ )

	Favorable	Medianamente Favorable	Desfavorable	TOTAL
Observadas	6	10	19	35
Esperadas	12	12	11	
$(O-E)^2$	36	4	64	
$(O-E)^2/E$	3	0,33	5,8	9,13

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 1, el valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado ( $X_C^2$ ) es de 9,13; siendo el valor obtenido del Chi Cuadrado de Tabla ( $X_T^2$ ) de 5,53; como el Chi Cuadrado de Tabla es menor que el Chi Cuadrado Calculado ( $X_T^2 < X_C^2$ ), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (Ho) y se acepta la Hipótesis Alterna (Ha).

Siendo cierto que: La postura de los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre su condición de multidrogorresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015, es desfavorable.

## **DISCUSION DE RESULTADOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

La postura de los pacientes con Tuberculosis sobre su condición de Multidrogos resistente en el Centro de Salud Francisco Bolognesi Arequipa, es Desfavorable en un 54%(19), Medianamente Favorable en un 29%(10) y Favorable en un 17%(6). Estos niveles de las posturas se presentan por las respuestas de los pacientes quienes señalan en el componente Cognitivo, Indeciso sobre el descanso y una buena alimentación permitirá que me cure más rápido, también indeciso en el tratamiento es efectivo cuando lo termino completamente, me resulta difícil hablar sobre mi enfermedad con otras personas, hay momentos en los que me he sentido solo(a) y nadie me apoya para seguir con mi tratamiento, me interesa poco que la enfermera me supervise a la hora de tomar las medicina, he llegado a pensar que es innecesario informar a mi familia de mi situación. Coincidiendo con Alvarez; Alvarez; Dorantes; Halperin (2008) Conclusiones. El desconocimiento sobre la enfermedad propició la elección de diferentes alternativas para su atención. Los servicios de salud y la inadecuada relación médico-paciente influyeron en el retardo en el diagnóstico y falta de adherencia al tratamiento. Se sugiere un programa de difusión sobre aspectos básicos de la enfermedad y su tratamiento.

### **OBJETIVO ESPECIFICO 1**

Las características del componente cognitivo de los pacientes con Tuberculosis sobre su condición de Multidrogos resistente en el Centro de Salud Francisco Bolognesi Arequipa, es Desfavorable en un 60%(21), Medianamente Favorable en un 25%(9) y Favorable en un 15%(5). Estos niveles de las características se presentan por las respuestas de los pacientes quienes señalan en el componente Cognitivo, Indeciso sobre el descanso y una buena alimentación permitirá que me cure más rápido, también indeciso en el tratamiento es efectivo cuando lo termino completamente, estando de acuerdo que si me siento mejor ya no es necesario que continúe con el tratamiento. Coincidiendo con Arias (2006) En el grupo de estudio predominó la edad de 45 a 59 años, el sexo masculino fue el más frecuente en los enfermos y el femenino en los familiares;

predominó un nivel de escolaridad de primaria no terminada y no escolarizados, con un elevado índice de hacinamiento. Antes de la intervención educativa, predominó el conocimiento inadecuado sobre Tuberculosis pulmonar. Se modificó significativamente el conocimiento de enfermos y familiares sobre los aspectos incluidos en el programa educativo, siendo el conocimiento sobre los factores de riesgo el más modificado y sobre el tratamiento el de menor modificación. Se recomendó extender este programa educativo al resto de las comunas del departamento Sudeste de Haití.

### **OBJETIVO ESPECIFICO 2**

Las características del componente Afectivo de los pacientes con Tuberculosis sobre su condición de Multidrogos resistente en el Centro de Salud Francisco Bolognesi Arequipa, es Desfavorable en un 51%(18), Medianamente Favorable en un 29%(10) y Favorable en un 20%(7). Estos niveles de las características se presentan por las respuestas de los pacientes quienes señalan en el componente afectivo, me resulta difícil hablar sobre mi enfermedad con otras personas, hay momentos en los que me he sentido solo(a) y nadie me apoya para seguir con mi tratamiento, este tratamiento me origina muchas molestias y nada de mejoría, me parece que el tiempo de tratamiento es demasiado prolongado y solo siento poca mejoría, pienso que la enfermedad es más fuerte que yo y me llegara a vencer. Coincidiendo con Huaynates (2006) Conclusiones, el nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre tuberculosis pulmonar de manera global es medio o bajo (87%), lo que estaría limitando a que ellos tomen decisiones acertadas en relación a la enfermedad , poniendo en riesgo su salud en su familia y comunidad. Recomendando realizar estudios de investigación que relacionen conocimientos y actitudes incluyendo factores personales socioculturales y económicos que influyen sobre las variables.

### **OBJETIVO ESPECIFICO 3**

Las características del componente Conductual de los pacientes con Tuberculosis sobre su condición de Multidrogos resistente en el Centro de Salud Francisco Bolognesi Arequipa, es Desfavorable en un 57%(20), Medianamente

Favorable en un 29%(10) y Favorable en un 14%(5). Estos niveles de las características se presentan por las respuestas de los pacientes quienes señalan en el componente conductual, me interesa poco que la enfermera me supervise a la hora de tomar las medicina, he llegado a pensar que es innecesario informar a mi familia de mi situación, es una pérdida de tiempo asistir a las a las actividades grupales en el centro de salud. Coincidiendo con Mavel (2012) obtuvo que el 56,92% presentó un nivel medio de conocimiento y el 50,77% mostró actitud de indiferencia al tratamiento; llegando a la conclusión que existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento de Tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Microred Cono Sur.

## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERO**

La postura de los pacientes con Tuberculosis sobre su condición de Multidrogos resistente en el Centro de Salud Francisco Bolognesi Arequipa, es Desfavorable. Este nivel de la postura se presentan por las respuestas de los pacientes quienes señalan en el componente Cognitivo, Indeciso sobre el descanso y una buena alimentación permitirá que me cure más rápido, también indeciso en el tratamiento es efectivo cuando lo termino completamente, me resulta difícil hablar sobre mi enfermedad con otras personas, hay momentos en los que me he sentido solo(a) y nadie me apoya para seguir con mi tratamiento, me interesa poco que la enfermera me supervise a la hora de tomar las medicina, he llegado a pensar que es innecesario informar a mi familia de mi situación. Se comprobó estadísticamente mediante el Chi Cuadrado con un valor de 9,13 y un nivel de significancia de valor  $p < 0,05$ .

### **SEGUNDO**

Las características del componente cognitivo de los pacientes con Tuberculosis sobre su condición de Multidrogos resistente en el Centro de Salud Francisco Bolognesi Arequipa, es Desfavorable. Este nivel de las características se presentan por las respuestas de los pacientes quienes señalan en el componente Cognitivo, Indeciso sobre el descanso y una buena alimentación permitirá que me cure más rápido, también indeciso en el tratamiento es efectivo cuando lo termino completamente, estando de acuerdo que si me siento mejor ya no es necesario que continúe con el tratamiento.

### **TERCERO**

Las características del componente Afectivo de los pacientes con Tuberculosis sobre su condición de Multidrogos resistente en el Centro de Salud Francisco Bolognesi Arequipa, es Desfavorable. Este nivel de las características se presentan por las respuestas de los pacientes quienes señalan en el componente afectivo, me resulta difícil hablar sobre mi enfermedad con otras personas, hay momentos en los que me he sentido solo(a) y nadie me apoya

para seguir con mi tratamiento, este tratamiento me origina muchas molestias y nada de mejoría, me parece que el tiempo de tratamiento es demasiado prolongado y solo siento poca mejoría, pienso que la enfermedad es más fuerte que yo y me llegara a vencer.

#### **CUARTO**

Las características del componente Conductual de los pacientes con Tuberculosis sobre su condición de Multidrogos resistente en el Centro de Salud Francisco Bolognesi Arequipa, es Desfavorable. Este nivel de las características se presentan por las respuestas de los pacientes quienes señalan en el componente conductual, me interesa poco que la enfermera me supervise a la hora de tomar las medicina, he llegado a pensar que es innecesario informar a mi familia de mi situación, es una pérdida de tiempo asistir a las a las actividades grupales en el centro de salud.

## RECOMENDACIONES

Promover una cultura de salud enfatizando la promoción y prevención de la enfermedad de Tuberculosis Pulmonar; a través de redes de soporte (agentes comunitarios de salud) para los sectores menos favorecidos sobre su condición de Multidrogos resistente.

Validar estrategias educativas, con el propósito de incrementar los componentes cognitivos y generar cambio de actitud en las familias y comunidad en general frente a los pacientes de Tuberculosis en su condición de Multidrogos resistente.

Fomentar a través de las actividades de proyección social en las familias de la comunidad, que desarrollen las diferentes instituciones de nivel superior, como la Escuela de Enfermería de la UAP, como institución de prestigio de formadores de sólidos profesionales de ciencias de la salud, sobre la enfermedad de la tuberculosis y de pacientes Multidrogos resistente, mejorando el componente afectivo.

Realizar estudios en esta temática, considerando mayor ámbito geográfico, métodos y diseños diferentes, u otras variables; a fin de generar nuevos conocimientos y aplicarlos durante el ejercicio profesional de enfermería, primordialmente aquellos que laboran en la estrategia sanitaria de Tuberculosis, en pacientes mutidrogos resistentes, mejorando el componente conductual de los pacientes.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. JAVE Castillo, Oswaldo. “La Tuberculosis Multirresistente”. Informe Final de Investigación. Editado Foro Salud. Perú. 2003.
2. MINSA-PROYECTO VIGÍA. “Vivir la TBC en dos zonas de alto riesgo en Lima: Cerro San Cosme y El Agustino”. Estudio socio antropológico. Edit. MINSA. Perú. 2001.
3. MINSA. “Manejo de la tuberculosis. Capacitación para el personal de establecimiento de salud”. Manual de Capacitación. Edit.
4. MINSA. Perú. 2005.
5. MINSA. “Norma Técnica de salud para el Control de la Tuberculosis”. Edit. Cartolon EIRL. Lima-Perú. 2006.
6. Alvarez Gordillo, Guadalupe del Carmen; Alvarez Gordillo, Julio Félix; Dorantes Jiménez, José Eugenio; Halperin Frisch, David; “Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas”. México; 2008.
7. Lic. Sandra Antonia Hendrickson Castro Lic. Sugery Noemí Cubilete García. Cuidado de enfermería que reciben los pacientes contuberculosis pulmonar ingresados en la sala de neumología del hospital regional Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macoris Mexico, septiembre 2005 – septiembre; 2006.
8. Huaynates Castro, Analí Yesenia, de la UNMSM, realizo. “relación entre en nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria control de la tuberculosis del centro de salud San Luis; 2006
9. Rojas Tello, Gladys. “Actitudes de la familia hacia el diagnostico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en el C.S. Tablada de Lurin”. Tesis para optar al titulo profesional de Enfermería. Perú. 2005.

10. Oria Ramírez, Miguel Ángel de la UNMMS , realizó un estudio de investigación para optar el grado de licenciada en enfermería titulado “ conocimiento prácticas que tienen los pacientes con tuberculosis sobre alimentación y su relación con su estado nutricional en el centro de salud José Carlos Mariategui disa II Lima sur 2005.
11. Jeammet, P. y Colaboradores. Psicología Médica. 2da Edic., Edit. Masson. España. 1999.
12. Ramírez Carrascal, Henry. “Representaciones sociales del paciente MDR a la TBCP en el C.S. Conde de la Vega Baja”. Tesis de Post Grado de Enfermería. Perú. 2002.
13. Torres Uría, Margarita. “Estudio comparativo en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos nunca tratados, antes tratados y crónicos en sus niveles de depresión y soporte social”. Tesis para optar al título profesional de Enfermería. Perú: 2006
14. Whitaker, James. Psicología. 4ta Edic., Edit. Interamericana. México. 1990.
15. Pineda B, De Alvarado E, Hernández F. Tipos de Investigación. Metodología de la Investigación, 2da ed. Organización Panamericana de La Salud Editores; 2003.p.27-34.(1)
16. Polit Y B. Hungler Investigación Científica en Ciencias de la Salud 4ta edición. Edit. Interamericana S.A de C.V. México 1994 .Pag.37-42.
17. Beare-Myers. “El tratado de enfermería Mosby”. 3ª ed Volumen 2. Ed.Harcourt Brace. Madrid. España 1998
18. Brunner. “Tratado de enfermería médico quirúrgico” 2ª ed. Ed. Interamericana. España 1998
19. Caminero J. “Tuberculosis y otras microbacteriosis”. Manual de neumología y cirugía torácica. Ed. Edimsa. México 1998.

- 20.CPC “Manual de prevención de la tuberculosis”. Estudio convencional de contactos y quimioprofilaxis antituberculosa. Ed. Generalita. Valencia. 1999
- 21.Dugas. Tratado de Enfermería Práctica. 4ta ed. Edit. Mc.Graw Hill. México. 2000.
- 22.Kozier. Fundamentos de Enfermería. 5º ed. Edit. Mc. GrawHill. México. 1999.
- 23.Martin Gutierrez. Iván “Tuberculosis”. Guías de prácticas clínicas basadas en la evidencia. Fundación Hipólito Unanue. Lima-Perú 2002
- 24.MARRINER. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta ed. Edit.Hacourt Brace. España. 1998
- 25.Ann MarrinerTomey, Modelos y Teorías en Enfermería, cuarta edición. Pp. 400. España; 2000.
- 26.Nola Pender. Modelos y Teorías en Enfermería, cuarta edición. Pp. 400. España; 2002.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### MATRIZ DE CONSISTENCIA CIENTÍFICA

**TITULO: ACTITUD DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR SOBRE SU CONDICIÓN DE MULTIDROGORRESISTENTE EN EL HOSPITAL DE CAMANÁ, AREQUIPA-2011**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
<p><b>Problema General</b></p> <p>¿Cual es la postura de los pacientes con tuberculosis sobre su condición de multidrogorresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015?</p> <p><b>Problemas Específicos</b></p> <p>¿Cuáles son las características del componente cognitivo de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015?</p> <p>¿Cuáles son las características del</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Determinar la postura de los pacientes con tuberculosis sobre su condición de multidrogorresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015</p>	<p><b>Hipótesis General</b></p> <p>La postura de los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre su condición de multidrogorresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015, es favorable.</p>	<p>La postura de los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre su condición de multidrogorresistente</p>	<p><b>COMPONENTE COGNITIVO</b></p>	<p>Conocimientos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad</li> <li>- Tratamiento</li> <li>- Reacciones adversas</li> <li>- Alimentación Cuidados</li> </ul>
	<p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>Identificar las características del componente cognitivo de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015</p> <p>Identificar las características del</p>	<p><b>Hipótesis Específicas</b></p> <p>Las características del componente cognitivo de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015, medianamente favorable.</p>		<p><b>COMPONENTE AFECTIVO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aceptación de la enfermedad</li> <li>- Angustia</li> <li>- Depresión</li> <li>- Esperanza</li> </ul>

<p>componente afectivo de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015?</p> <p>¿Cuáles son las características del componente conductual de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015?</p>	<p>componente afectivo de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015</p> <p>Identificar las características del componente conductual de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015</p>	<p>Las características del componente afectivo de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015, es favorable.</p> <p>Las características del componente conductual de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistente en el Centro De Salud Francisco Bolognesi Arequipa 2015, es favorable.</p>		<p><b>COMPONENTE CONDUCTUAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relaciones Interpersonales</li> <li>- Tratamiento</li> <li>- Medidas preventivas</li> <li>- Relaciones familiares</li> </ul>
---	---	---	--	-------------------------------------	---

## ANEXO N° 2



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

### INSTRUMENTO

#### I. INTRODUCCIÓN

"Buenos días mi nombre es Ataucari Linares Tania, soy estudiante de la Universidad Alas Peruanas de la E.A.P. Enfermería; y en esta oportunidad le presento a Ud. una encuesta que constituye parte de un estudio de investigación cuyo objetivo es: Determinar la postura de los pacientes con tuberculosis sobre su condición de multidrogorresistente.

Por lo cual solicito su colaboración para contestar sinceramente las preguntas que siguen a continuación. Le agradezco de antemano su colaboración, garantizándole que la información brindada se mantendrá en estricta reserva.

#### II. DATOS GENERALES

1. **Genero:** a) Masculino b) Femenino
2. **Edad:** a) 15 – 19 b) 20 – 49 c) 50 – 60
3. **Estado civil:** a) Soltero b) Casado c) Viudo d) Divorciado
4. **Hijos:** a) Si b) No
5. **Religión:** a) Católica b) Cristiana c) Evangélica  
d) Otros especifique: .....
6. **Grado de instrucción:** a) Primaria b) Secundaria c) Superior  
d) Otros .....
7. **Ocupación:**.....
8. **Meses de tratamiento:**.....
9. **Esquema de tratamiento:** a) Estandarizado b) Individualizado  
c) Empírico d) No lo recuerdo

**III. INSTRUCCIONES :** Lea detenidamente cada una de los ítems que se le presentan a continuación. Marque con una cruz (+) o un aspa (x) la respuesta que usted crea correcta, por cada ítem hay 5 posibilidades de respuesta, elija una de ellas: Las respuestas se harán en una escala de 5, 4, 3, 2, 1 correspondiendo los mismos, con los conceptos **TOTALMENTE DE ACUERDO, DE ACUERDO, INDECISO, DESACUERDO y TOTALMENTE EN DESACUERDO** respectivamente.

Col.	<b>SECCIÓN 1:</b> <b>COMPONENTE COGNITIVO</b>	<b>TOTALMENTE DE ACUERDO</b>	<b>DE ACUERDO</b>	<b>INDECISO</b>	<b>DESACUERDO</b>	<b>TOTALMENTE EN</b>
1.	El descanso y una buena alimentación permitirá que me cure más rápido					
2.	La alimentación o el descanso influye ligeramente en mejoría					
3.	Tomo las pastillas todos los días y a una misma hora en el centro de salud					
4.	Los medicamentos me los entrega la enfermera y lo debo tomar en ayunas					
5.	El tratamiento es efectivo cuando lo termino completamente					
6.	Si me siento mejor ya no es necesario que continué con el tratamiento					
	<b>COMPONENTE AFECTIVO</b>					
7.	Pienso que es importante enseñar a otros acerca de los síntomas iniciales de la TBC					
8.	Me resulta difícil hablar sobre mi enfermedad con otras personas					
9.	Hay momentos en los que me he sentido solo (a) y nadie me apoya para seguir con mi tratamiento					
10.	Siento que hay muchas personas que me quieren y aprecian en estos momentos					
11.	Confió en que el tratamiento que estoy siguiendo me curara					
12.	Este tratamiento me origina muchas molestias y nada de mejoría					
13.	Pienso que tanto tiempo de recibir medicamentos dará resultados y me curare					
14.	Me parece que el tiempo de tratamiento es demasiado prolongado y solo siento poca mejoría.					
15.	Confió que dentro de un tiempo más cuando termine el tratamiento, con mi esfuerzo todo estará bien					
16.	Pienso que la enfermedad es más fuerte que yo y me llegara a vencer					
	<b>COMPONENTE CONDUCTUAL</b>					
17.	El personal de salud con sus orientaciones me apoyan para seguir con el tratamiento					
18.	Me interesa poco que la enfermera me supervise a la hora de tomar las medicina					
19.	He decidido culminar todo el tratamiento para poder sanarme					
20.	Hay días en los que dejo de tomar todas las pastillas por que me dan "asco"					
21.	Siento que es importante el apoyo de mi familia y demás personas en mi recuperación					
22.	He llegado a pensar que es innecesario informar a mi familia de mi situación					
23.	En las actividades grupales programadas por el centro de salud aprendo de los otros pacientes para poder curarme.					
24.	Es una perdida de tiempo asistir a las a las actividades grupales en el centro de salud					
25.	Siempre soy perseverante para continuar con mi tratamiento					



ANEXO Nº 3



**GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES EXPERTOS  
PARA DETERMINAR LA VALIDEZ MEDIANTE PRUEBA BINOMIAL**

ITEM	JUECES								TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,11
2	0	0	0	1	0	0	0	0	0,11
3	1	0	0	1	0	1	0	0	0,33
4	0	1	1	0	0	0	1	0	0,33
5	0	0	1	1	0	0	0	1	0,33
6	1	0	1	0	0	1	1	0	0,44
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	1	0	0,11
9	1	0	0	0	0	0	0	1	0,22
									1,98

Se ha considerado:

0 = Si la pregunta es positiva

1 = Si la pregunta es negativa

Si  $p < 0.5$  el grado de concordancia es significativo

$P = 1.98 = \underline{1.98}$

9

De acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez, el resultado es menor de 0.5 por lo tanto el grado de concordancia es significativo, el instrumento es válido para los jueces.  $P = 0.22$ .

ANEXO N° 04



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

DETERMINACION DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para validez del instrumento se aplico la formula de Pearson a cada uno de los resultados de la prueba piloto, obteniendo:

ITEM	N	sum(x)	sum(y)	sum(x^2)	sum(y^2)	sum(x*y)	numerador	denominador	r
1	18	13	298	13	5014	222	122	306.790	0.4
2	18	17	298	17	5014	278	-62	156.895	-0.4
3	18	11	298	11	5014	197	268	333.910	0.8
4	18	16	298	16	5014	274	164	215.258	0.8
5	18	15	298	15	5014	259	192	255.265	0.8
6	18	13	298	13	5014	223	140	306.790	0.5
7	18	15	298	15	5014	255	120	255.265	0.5
8	18	11	298	11	5014	185	52	333.910	0.2
9	18	17	298	17	5014	279	-44	156.895	-0.3
10	18	17	298	17	5014	280	-26	156.895	-0.2
11	18	9	298	9	5014	170	378	342.473	1.1
12	18	17	298	17	5014	253	-512	156.895	-3.3
13	18	14	298	14	5014	241	166	284.760	0.6
14	18	17	298	17	5014	287	100	156.895	0.6
15	18	17	298	17	5014	280	-26	156.895	-0.2
16	18	11	298	11	5014	192	178	333.910	0.5
17	18	17	298	17	5014	280	-26	156.895	-0.2
18	18	17	298	17	5014	283	28	156.895	0.2
19	18	17	298	17	5014	280	-26	156.895	-0.2
20	18	17	298	17	5014	281	-8	156.895	-0.1



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

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada "POSTURA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MELITUS SOBRE SU CONDICIÓN DE MULTIDROGORRESISTENTE EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI AREQUIPA 2015 habiendo sido informada (o) del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizara adecuadamente dicha información asegurándose la máxima confidencialidad.

Firma.....

DNI .....

### COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada joven usuaria (o):

La investigación o el estudio para la cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con Ud. a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de mejorar la situación existente y no le perjudicaran en lo absoluto.

Atte.

.....

