



ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



**“AUTOESTIMA Y ACTITUDES AL TRATAMIENTO DE
LOS PACIENTES DE 15 A 49 AÑOS CON
TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL CENTRO DE
SALUD – MICAELA BASTIDAS 2011”**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciatura en Enfermería

Andrea Norma Negrete Unocc

Lima – 2013

Andrea Norma Negrete Unocc

“AUTOESTIMA Y ACTITUDES AL TRATAMIENTO DE LOS
PACIENTES DE 15 A 49 AÑOS CON TUBERCULOSIS
PULMONAR EN EL CENTRO DE SALUD – MICAELA
BASTIDAS 2011”

ASESOR: MAGISTER NELLY CÉSPEDES

Docente de la Escuela de Enfermería Padre Luis

Tezza, Afiliada a la Universidad Ricardo Palma.

Lima – 2013

DEDICATORIA:

A Dios que sin él no hubiese tenido la fortaleza suficiente de afrontar las dificultades que una investigación conlleva.

A mi Familia, mi madre y Giovanna porque cada día me acompañan y me impulsan a triunfar.

A mi tía Norma Negrete que a través de los años siempre esta conmigo, con cada palabra, detalle y amor.

Al amor, porque es un motivo muy grande para seguir progresando y culminando etapas de la vida.

En Especial a las Docentes investigadores, que sin ellas no lograríamos éxito en el trabajo de investigación, miss Nelly Cespedes.

RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, comunicable, curable, usualmente crónica, de presentación clínica variable, producida por bacterias del complejo *Micobacterium*. Enfermedad de mayor incidencia en la población mundial, es un problema de Salud Pública en los países en vía de desarrollo, enfermedad que no solo afecta el estado físico, afecta también el aspecto psicológico, como el autoestima, lo que repercute en las actitudes hacia el tratamiento prescrito por lo que algunos lo abandonan en la primera fase, convirtiéndose en factores de riesgo para ellos, la familia y la comunidad.^{14,10} **Objetivo:** Determinar la relación entre el nivel de autoestima y las actitudes al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar, en el Centro de Salud Micaela Bastidas. **Metodología:** el trabajo de investigación es de naturaleza cuantitativa, de tipo descriptivo correlacional de corte transversal. La población sujeta de estudio fueron los pacientes de 15 a 49 años con tuberculosis pulmonar, inscritos en el programa y los nuevos que ingresaban en un promedio de 5 mensual y la muestra fue el 100%. Se utilizó como técnica una encuesta y como instrumento la escala de Likert Modificada validado por 9 jueces de experto para la recolección de datos y un test de autoestima. **Resultados obtenidos:** son los siguientes, el 40% tenían una actitud medianamente favorable respecto a su tratamiento, el 34% alcanzo el nivel alto de autoestima. De acuerdo a la edad de los pacientes el mayor porcentaje presentan actitudes medianamente favorables y un nivel de autoestima media alta, son los adultos de 20 -29 años. La correlación entre autoestima y el nivel de actitud tenía significancia estadística mediante el estadístico de correlacion r- Pearson.

Palabras claves: nivel de autoestima, actitudes, pacientes con tratamiento de tuberculosis, Edad de los pacientes.

SUMMARY

Tuberculosis is an infectious, communicable, curable, usually chronic, variable clinical presentation, produced by bacteria of the Mycobacterium complex. Disease prevalence increased worldwide, is a public health problem in developing countries, a disease that not only affects the physical, the psychological affects, such as self-esteem, which affects attitudes toward prescribed treatment so some give up in the first phase, becoming risk factors for them, the family and the community. 14.10 To determine the relationship between self-esteem and attitudes to treatment of patients with pulmonary tuberculosis in the Health Center Micaela Bastidas. Methodology: The research is quantitative, descriptive correlational cross-sectional. The population under study were patients aged 15 to 49 years with pulmonary tuberculosis, enrolled in the program and new people entering monthly average 5 and the sample was 100%. It utilizó as art and as a survey instrument modified Likert scale validated by nine expert judges for the collection of data and a test of self-esteem. Results: are as follows, 40% had a moderately favorable attitude regarding their treatment, 34% achieved the highest level of self-esteem. According to the age of the patients presented the highest percentage moderately favorable attitudes and a high average level of self-esteem, are adults aged 20 - 29 years. The correlation between the level of self-esteem and attitude had statistically significant by statistical r-Pearson correlation.

Keywords: self-esteem, attitudes, treatment of tuberculosis patients, patients age.

INDICE

RESUMEN	4
SUMMERY	5
CAPITULO 1: INTRODUCCION	
1.1. Lineas de Investigacion	11
1.2. Descripción del Proyecto	12
1.3. Planteamiento del Problema	13
1.4. Marco Teórico	16
1.5. Justificación	33
1.6. Objetivos	34
1.6.1 General	34
1.6.2 Especifica	34
1.7 Hipotesis	34
1.7.1 General	34
1.7.2 Especifico	34
CAPITULO II MATERIAL Y METODO	
2.1 Tipo de estudio y diseño general	35
2.2 Lugar de Ejecución del proyecto	35
2.3 Universo de estudio, selección y tamaño de la muestra, unidad de análisis	36
2.4 Criterio de inclusión y exclusión	36
2.5 Procedimiento de recolección de datos	36
2.6 Instrumento a utilizar y métodos para control de calidad de datos	37
2.7 Aspectos Éticos	37

2.8 Análisis de datos	38
2.9 Definición Operacional de las variables	39
CAPITULO III: RESULTADOS	40
CAPITULO IV DISCUSION	46
CAPITULO V CONCLUSIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	53
ANEXOS	59

ÍNDICE DE ANEXOS

Pág.

A	Operacionalizacion de las variables	60
B	Matriz de consistencia	61
C	Validez de instrumento por jueces de experto	62
D	Prueba piloto	63
E	Validez de Hipotesis: Chi hipótesis	64
F	Validez de Hipotesis: Chi hipótesis	65
G	Validez de Hipotesis: Chi hipótesis	66
H	Consentimiento Informado	67
I	Instrumento: Escala de Likert	70
J	Instrumento: Escala de Stanley Coopersmith Test de Autoestima	74
K	Carta de aprobación	79

INDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1	Datos generales de los pacientes que reciben tratamiento de Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Micaela Bastidas	76
Tabla 2	Correlación entre el nivel de Autoestima y Actitudes de los pacientes que reciben tratamiento de tuberculosis en el Centro de Salud Micaela Bastidas 2012	80

INDICE DE GRÁFICOS

Pág

Gráfico 1	Actitudes de los pacientes que reciben tratamiento de Tuberculosis en el Centro de Salud Micaela Bastidas Noviembre a Marzo 2012	41
Gráfico 2	Nivel de Autoestima de los pacientes que reciben tratamiento de Tuberculosis en el Centro de Salud Micaela Bastidas Noviembre a Marzo 2012	42
Gráfico 3	Nivel de Autoestima y Actitudes de los pacientes que reciben tratamiento de Tuberculosis en el Centro de Salud Micaela Bastidas Noviembre a Marzo 2012	43
Gráfico 4	Nivel de Actitudes según grupo de edades de los pacientes que reciben tratamiento de Tuberculosis Pulmonar Centro de Salud Micaela Bastidas Noviembre – Marzo 2012	44
Gráfico 5	Nivel de Autoestima de los pacientes que reciben tratamiento de Tuberculosis Pulomar de 15 a 49 años en el Centro de Salud Micaela Bastidas	45
Gráfico 6	Edad de los pacientes que reciben tratamiento de tuberculosis pulmonar Centro de Salud. Micaela Bastidas enero-marzo 2012	77
Gráfico 7	Nivel de Autoestima según esquema de tratamiento de Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Micaela Bastidas	78
Gráfico 8	Actitudes según esquema de tratamiento de Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Micaela Bastidas	79

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1. Líneas de Investigación

El problema de investigación se inserta en la línea de Calidad de vida, estimando que la TBC es una enfermedad crónica de tratamiento complicado, con altos índices de prevalencia en adultos jóvenes, sus implicancias son de gran magnitud ya que involucra al equipo multidisciplinario en salud, familia, comunidad y al propio paciente quien padece el cuadro clínico con signos y síntomas visibles y algunos subjetivos. La calidad de vida de una persona es evaluado en medida de su bienestar social, familia y personal. Pero ante una enfermedad este equilibrio es alterado por largos periodos de tratamiento. Dado este contexto, se recalca la sub línea de Salud y Bienestar de la persona dado que este estudio se centra en el nivel de autoestima del pacientes con TBC como consecuencia de los cambios psicológicos y físicos, así también se analiza la actitud ante el tratamiento puesto que el impacto ha sido trascendente en la vida de estas personas. Experiencia que solo estando cerca al paciente se puede comprender y colaborar mediante la educación logrando gradualmente comportamientos adecuados que lleven a la recuperación y reinserción social y personal de salud física y mental.

1.2. Descripción del Proyecto

La TBC es una enfermedad social, con tendencia a la estigmatización de los pacientes, enfermedad en que la participación del núcleo familiar es muy importante, ya que son ellos los que proporcionan los cuidados directos en el hogar, representando la primera opción de ayuda para favorecer el incremento de la calidad de vida en el paciente y refuerza la adhesión al tratamiento para evitar recaídas y mayores complicaciones. Siendo natural que exista incertidumbre en los pacientes, unido a preocupaciones y temores frente al tratamiento que reciben, con impacto negativo en el bienestar y, por ende, en el cuidado del mismo; ya que se ven afectadas las actitudes positivas y la propia autoestima.

La problemática que enfrentan los adultos con Tuberculosis Pulmonar hacia el tratamiento, permitió desarrollar el presente estudio, con el objetivo de determinar el nivel de autoestima y las actitudes que tienen los pacientes, así como relacionar el nivel de autoestima con las actitudes y la edad de los pacientes. Los resultados del estudio permitieron conocer el nivel de autoestima y actitudes frente al tratamiento y saber por grupos de edades el nivel de autoestima y actitudes relacionándolos. Y de alguna manera reforzar en las enfermeras el cuidado holístico. El presente estudio está estructurado de la siguiente manera:

En la primera parte contiene la línea de investigación en la que inserta el estudio, una breve descripción del estudio, el planteamiento del problema, formulación y delimitación del problema, el marco teórico referencial que presenta las investigaciones relacionadas con el tema, seguido de la base teórica que ayudaron a fundamentar el estudio; así como los objetivos de estudio y la respectiva justificación de la realización.

En la segunda parte del presente trabajo de investigación encontramos el material y metodologías utilizadas donde se da la explicación de los procedimientos que se aplican para alcanzar los objetivos. Aquí se describe con detalle la definición operacional de las variables, el tipo y las formas de medirla.

Como una tercera parte se presentan los resultados siguiendo una secuencia lógica en el texto, ilustraciones y destacando los hallazgos más importantes. Contextualmente luego se presenta la discusión que destaca los aspectos más novedosos e importantes del presente estudio. Y por último se presentan las conclusiones que están relacionadas con

los objetivos propuestos.

1.3 Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud define la tuberculosis como la infección que se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo con diagnóstico de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire. Basta que una persona que este a su lado inhale unos pocos bacilos puede quedar infectada. Es una de las enfermedades infectocontagiosas de mayor incidencia en la población mundial, significa un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, la misma que trae consigo no solo devastadoras consecuencias en la salud personal, sino también a nivel social y económico que constituyen el 80% según la Organización Mundial de Salud de la población mundial, de gran impacto en la salud de las personas. ¹

La OMS y la Organización Panamericana de la Salud, señalaron en el 2011, que la tuberculosis es causa de muerte de dos millones de personas cada año en el mundo, lo que la convierte en una de las principales causas de defunción entre los jóvenes y adultos. ⁶⁰

En 2011, el mayor número de casos ocurrió en Asia, constituyendo el 60% de casos nuevos en el mundo. No obstante, ese mismo año el África subsahariana tuvo la mayor tasa de incidencia: más de 260 casos por 100 000 habitantes. ⁶⁰

A nivel mundial, en el 2010 la Tuberculosis fue la segunda causa principal de muerte en adultos, aunque el número absoluto de casos nuevos está disminuyendo, a un ritmo lento (menos del 1% al año). Durante este año el Ministerio de Salud reportó que la tasa de incidencia fue de 109.9 x 100 000 habitantes y en el 2011, fue 109.7 x 100 000 habitantes. Este mismo año la OMS reportó 139 casos de Tuberculosis por 100 000 habitantes.² Observándose ligera disminución de la que reportó en el 2004.

En Latinoamérica la incidencia anual promedio es de 46 por 100.000, en Venezuela 25 por 100.000, ocupando el primer lugar la tuberculosis como causa de muerte. En

América Latina, más de 400 000 personas se enferman de tuberculosis cada año. Haití es el país que tiene la mayor población afectada de tuberculosis.

En el Perú, el Ministerio de Salud señala que la tendencia de Tuberculosis, en todas sus formas, es ligeramente decreciente, en el 2009 fue 118.1 por 100.000, en el 2010, 109.9 por 100.000, y en el 2011 el 109.7 por 100.000 habitantes.

El MINSA refiere que la tasa de mortalidad por TBC en la población peruana ha disminuido en 21.6 % con respecto al inicio de la década de los noventa. El 75% de las infecciones y muertes por tuberculosis ocurrieron entre los 15 y los 54 años de edad, el grupo de población económicamente productivo son los más afectados y por tanto su capacidad de producción disminuye, situación alarmante en la economía del país.³ El Perú se disputa un primer puesto en el mundo con otros países, siendo actualmente el segundo país en incidencia de TBC en Sudamérica.

El Ministerio de Salud (2011) refirió que los departamentos de mayor incidencia de tuberculosis fueron: Loreto, La Libertad, Madre de Dios, Ica, Ucayali y Junín.

La Dirección de Salud (DISA) IV Lima Este del Ministerio de Salud (2010) informó que en cuatro distritos del Cono Este de Lima reportaron, 2,265 nuevos casos de tuberculosis; siendo San Juan de Lurigancho con 1,148 casos el que presenta mayor número de pacientes con este mal; el segundo distrito con más casos fue Ate con 574; seguido de El Agustino con 323 casos; y Santa Anita con 220 casos nuevos de TBC Pulmonar.⁴

Rojas Tello (2006), refiere que en el país, de 16 familiares de pacientes con tuberculosis, 6 familiares (37.5%) mostraron una actitud de Indiferencia hacia el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.⁵ Por otro lado Huaynates Castro, (2006), en un estudio realizado en pacientes con tuberculosis pulmonar encontró que el 54% tenían bajo nivel de conocimientos sobre el tratamiento farmacológico, y que el 74% mantenían una actitud de indiferencia hacia el tratamiento y de rechazo el 13%.⁶

La alta incidencia y prevalencia de la TBC Pulmonar no solo produce trastornos físicos, sino también serias repercusiones en la esfera psicoemocional, el cual se ve reflejado con mayor frecuencia en su autoestima, este cambio epidemiológico se puede atribuir, en parte al fracaso del tratamiento no supervisado, que lleva al abandono del mismo; por otro lado afecta el autoestima, por la estigmatización que existe en estos pacientes, y la nueva vida que llevarán desde que se diagnostica su enfermedad, y el rechazo al tratamiento. Los pacientes que abandonan el tratamiento en la primera fase, se convierten en factor de riesgo para la población sana y para ellos mismos. Al respecto Huánuco Flores, mencionó que en el Centro de Salud Laura Rodríguez Dulanto – Duksil, el 56% de los pacientes con Tuberculosis tenían Alta autoestima y el 15% tenían baja autoestima. ⁷

Las proporciones de abandono son muy variadas dependiendo, al parecer, del desarrollo de los países, la epidemiología de la TBC en cada uno de ellos, la dinámica de los programas de vigilancia y control, el interés de los gobiernos en reducir la tuberculosis por ser un problema de salud pública. La OMS en 1995 reportó una proporción general de abandono para América Latina del 6%, con rangos que van desde 1.6% en Cuba y el 27.6% en Belice.

En el internado en el Centro de Salud Micaela Bastidas, durante las visitas domiciliarias se evidenció que la mayoría de los pacientes eran jóvenes los que tenían actitudes negativas frente al tratamiento expresaban que no sentían mejoría, se sentían inferior a los demás, ellos mismos se estigmatizaban, se menospreciaban y no valoraban la vida, referían que no tenían el apoyo de sus padres, hermanos, y en su hogar existía mucha pobreza y violencia.

Por todo lo mencionado lo que me motivo investigar este tema fue el conocer muy de cerca a personas con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, surgiendo las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las actitudes de los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis?; ¿Cuál es su nivel de autoestima?, ¿Cuáles son las edades de mayor prevalencia de esta enfermedad?

Formulación del Problema

¿Cuál es la relación entre el nivel de autoestima y las actitudes al tratamiento de los pacientes de 15 a 49 años con tuberculosis pulmonar en el centro de salud Micaela Bastidas?

1.4 Marco Teórico

1.4.1 Antecedentes Internacional

García Alvarado, Pedraza Moreno, Cruz Martínez, Muñoz Sánchez, en el año 2011 investigaron “**Creencias y actitudes del personal de salud frente a la tuberculosis en una localidad, Bogotá**”; cuyo objetivo fue identificar las creencias y actitudes en relación a la TB en trabajadores de la Salud de una localidad de Bogotá. El estudio fue de tipo descriptivo transversal, la población 202 trabajadores de la salud durante el periodo de Marzo a Agosto de 2010. A los resultados que llegaron fue que el 32% de trabajadores considera la enfermedad transmisible hasta 2 a 3 semanas de iniciado el tratamiento. El 25% de los participantes refirieron que la enfermedad continua siendo transmisible a pesar del tratamiento. El 48.5% de los trabajadores se sentirían bien. Los datos preliminares verifican que persisten creencias y actitudes erróneas en relación a las TB, lo cual puede afectar la detección precoz y la adherencia al tratamiento.⁸

1.4.2 Antecedentes Nacionales

Valladares Maturrano; Véliz Ramos, realizaron un estudio de investigación, que tiene como título “**Percepción del paciente con Tuberculosis Pulmonar acerca del cuidado de enfermería en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2010**”, la presente investigación fue de tipo descriptivo y de corte transversal. Se consideró como población muestral la totalidad de pacientes hospitalizados, es decir, 50 pacientes de los Servicios de Medicina y Neumología con diagnóstico de tuberculosis Pulmonar. En los resultados obtenidos se identificó que el 60 por ciento (30) de los pacientes percibió que el Cuidado de Enfermería durante la atención fue regular; el 56 por ciento (28) de los pacientes percibió que la interacción en el cuidado de enfermería fue regular; el 46 por ciento (23) de los pacientes percibió que la participación en el cuidado de enfermería

fue mala; mientras que el 52 por ciento (26) de los pacientes percibió que el afecto en el cuidado de enfermería fue regular.⁹

Edson Eduardo Bravo Chaupis, en el año 2008, investigo la **“Actitud de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistentes en el Centro de Salud Fortaleza”**, el objetivo fue: Determinar las actitudes de los pacientes con TBC hacia su condición de multidrogoresistente en el Centro de Salud Fortaleza; El estudio es de nivel aplicativo, Tipo cuantitativo, Método descriptivo simple de corte transversal; la técnica que utilizó fue la encuesta teniendo como instrumento para la recolección de datos la escala likert modificada ya que permite obtener los datos a través de preguntas a los miembros de la población en estudio; los resultados fueron que existe un porcentaje significativo de un 70% de los pacientes con Tuberculosis multidrogoresistente que tienen una actitud medianamente favorable o indiferencia hacia su condición de multidrogoresistente debido a que presentan actitudes medianamente favorables en el componente cognoscitivo, afectivo y conductual que repercuten en la intensidad de sus actitudes hacia su condición.¹⁰

Noemí Rosa Baldeon Rodríguez, en el año 2007 realizo una investigación sobre: **“La relación entre el clima social familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al centro materno infantil tablada de Lurín – Villa María del triunfo 2006”** el objetivo fue: Determinar la relación que existe entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los pacientes con Tuberculosis que asisten al Centro Materno Infantil Tablada de Lurín - Diciembre 2006. el estudio es descriptivo, correlacional de corte transversal, la técnica que utilizo fue la entrevista y los instrumentos son: el Test de Autoestima validado por el Psicólogo Fausto Valencia, Profesor Catedrático de la Universidad Católica de Chile, la población estuvo comprendida en su mayoría por el sexo masculino que representan 32 (80%) del total de encuestados mientras que el sexo femenino 8 (20%) llego a la conclusión de que el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis de manera global es de medio a bajo (83%), en la dimensión afectiva y social de los pacientes con tuberculosis se encuentran en los rangos de medio a bajo teniendo como porcentajes 85% y 87.5%.¹¹

Anali Huaynates Castro, investigo la: **“Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria de control de la tuberculosis en el C.S San Luis- 2006”**, cuyo objetivo general fue: determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes. Utilizo el método descriptivo correlacional de corte transversal. La población considerada fue de 60 pacientes. La técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta y los instrumentos: un cuestionario y una escala de Lickert. Las conclusiones principales a las que llegó la autora fue la siguiente: Existe relación directa entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes, al existir relación estadística entre las dos variables. El nivel de conocimientos que tienen los pacientes sobre tuberculosis pulmonar de manera global es de medio a bajo (87%), y la actitud que predomina es la indiferencia (74%)”.⁶

1.5 Bases Teóricas

1.5.1 La Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, comunicable, curable, usualmente crónica, de presentación clínica variable, producida por micobacterias del complejo M. Tuberculosis y con amplia distribución mundial. Puede comprometer prácticamente todos los órganos, pero los pulmones son, los más comúnmente afectados.^{12,13,14,15.}

Por lo general los síntomas resultan leves y suelen atribuirse a otras causas como tabaquismo excesivo, trabajo extenuante, embarazo u otros padecimientos debilitantes hasta que la enfermedad avanza y alcanza una intensidad moderada o grave, de acuerdo con los cambios detectados en los estudios radiográficos.^{16,17,18.} Los síntomas pueden ser de dos tipos: generales y pulmonares. El síntoma general mas frecuente es la fiebre, inicialmente baja, que se vuelve mas intensa conforme avanza la enfermedad.^{19,20.}

Diagnostico de la enfermedad.

Cuadro clínico:

La historia clínica y la radiología son la base para sospechar la tuberculosis, pero nunca deben considerarse confirmatorios del diagnóstico o suficientes para iniciar un tratamiento. Los pilares del diagnóstico son la comprobación bacteriológica de la existencia del M. tuberculosis en cualquier material proveniente del sospechoso de tener la enfermedad y/o el hallazgo histológico de las lesiones características (granulomas con necrosis de caseificación). El diagnóstico tiene dos fases: la búsqueda de sospechosos y el diagnóstico propiamente dicho. Como sospechoso se entiende toda persona con alta probabilidad de tener la enfermedad. Como caso, toda persona con tuberculosis confirmada bacteriológica y/o histopatologicamente. Dentro del grupo de sospechosos, están los sintomáticos respiratorios (SR) que son los más importantes. Este integran todas las personas que tosen más de 15 días. El criterio de expectoración puede estar ausente, aunque no sea lo común.^{21,22,23}

Exámenes Necesarios:

- Baciloscopia. Es el examen directo de cualquier material orgánico en busca de mico bacterias. En la tuberculosis respiratoria este material, la mayoría de las veces, es el esputo. El proceso de la baciloscopia consta de cuatro pasos: recolección de la muestra, extendido, coloración y lectura. La descripción completa de cada uno de los pasos de la baciloscopia y sus aspectos operativos se encuentran en el Manual de Normas y Procedimientos del Programa Nacional de Tuberculosis y en el Manual de Normas Técnicas en Mico bacteriología del Instituto Nacional de Salud.²⁴

La baciloscopia se informa por norma nacional de la siguiente manera:²⁵

- Negativo: No se encuentran bacilos en 100 campos observados
- + Menos de un bacilo por campo en 100 campos examinados (Si son menos de 10 bacilos anotar la cifra exacta)
- ++ De 1 a 10 bacilos por campo en 50 campos
- +++ Mas de 10 bacilos por campo en 20 campos
- Cultivo. La sensibilidad del cultivo del esputo para el diagnóstico de la tuberculosis respiratoria es cercana al 90%. El cultivo para M. tuberculosis esta indicado en las siguientes situaciones:

1. En el sintomático respiratorio con baciloscopia seriada negativa y persistencia de la sospecha de tuberculosis.
2. Toda muestra con alta probabilidad de ser paucibacilar o de estar contaminada con mico bacterias saprofitas (caso en el cual la baciloscopia dará falsos positivos) o que haya sido obtenida mediante procedimientos invasivos, debe ser cultivada. Ejemplos corrientes son: líquidos pleural, pericardico, peritoneal y cefalorraquideo, orina, sangre menstrual, lavados bronquiales o broncoalveolares y jugo gástrico.
3. Cuando se tomen biopsias con sospecha de tuberculosis un fragmento de tejido debe ser enviado para cultivo. ²⁵

Tratamiento

Los esquemas de quimioterapia actualmente disponibles tienen tasa de curación superior al 95% con tasas de recaída a 2 años inferiores al 5%. Aun en zonas con alta prevalencia de multirresistencia estos esquemas mantienen una eficacia aceptable. ²⁶

El tratamiento integral de la tuberculosis no solo debe estar encaminada a prescribir un esquema de quimioterapia sino a asegurar que el paciente lo termine. ²⁷

Por las razones anotadas podemos dividir el tratamiento integral en:

- a. Terapia psicosocial
- b. Terapia farmacológica

Terapia psicosocial: el aspecto más importante para evitar el incumplimiento y el abandono de la terapia, es el conocimiento y la motivación que tengan los pacientes, familia, comunidad y personal de Salud en general.

Terapia farmacológica: Las drogas antituberculosas son completamente gratuitas en nuestro país y son distribuidas al sistema de salud donde le resulte más cómodo al enfermo recibir el tratamiento. La mayoría de los programas nacionales de tuberculosis emplea siete fármacos básicos cuatro bactericidas: Isoniazida (H), Rifampicina (R), Estreptomycin (S), y pirazinamida (Z), tres bacteriostáticos: etambutol (E), Tioacetazona (T) y Etionamida (ETA) ^{28,29}.

A continuación se detalla el esquema de tratamiento fase I y fase II incluidos en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis: ²⁷

TRATAMIENTO

Duración: 6 meses (82 días)

Indicado: para todas las formas de tuberculosis (pacientes nuevos)

FASES	DURACION	FRECUENCIA	MEDICAMENTO	TOTAL X ENFERMO
1era Fase	2 meses (50 días)	Diario, excepto domingos y feriados	Etambutol x 400 mg Etambutol x 400mg (3 tabletas) Isoniacidax100mg (3 tabletas) Rifampicinax300mg (2 cápsulas) Pirazinamidax500mg (3 tabletas)	E.x400mg=150 tabletas H.x100mg=406 tabletas R.x300mg=164 tabletas Zx500mg=150 tabletas (3 tabletas)
2da	4 meses (32 dosis)	Dos veces por semana	Isoniacidax100mg (8 tabletas) Rifampicinax300mg (2 cápsulas)	

27

El actuar de la enfermera frente a las indicaciones, cuidados, educación al paciente que recibe tratamiento de Tuberculosis se relaciona con la Teoría de Madeleine Leininger donde dice que los cuidados profesionales son aquellas acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidas cognitiva y culturalmente que permiten a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida.^{30,31.}

Los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

Entre las actividades que realiza el profesional de 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 .

Una de las actividades principales de enfermería es la Entrevista, considerada como una de las actividades de atención integral e individualizada y debe realizarse con calidad y

calidez a la persona enferma con tuberculosis y su familia, con fines de educación, control y seguimiento Tiene como objetivos: ³²

- 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 control de los contactos.
- Identificar en el paciente conductas de riesgo como irregularidad de la toma de los medicamentos, inasistencia al centro de salud, etc, a fin de realizar un trabajo de consejería.
- 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.
- Optimizar el control de los contactos.

La enfermedad trae serias repercusiones en la esfera psicoemocional, influyendo de alguna manera en la autoestima, expresado en signos de desesperanza, sentimientos de tristeza y soledad, disminución de su capacidad de afronte a la enfermedad, entre otros. Los cuales deben ser revertidos con el apoyo del personal de Enfermería, para mejorar su salud mental y su capacidad de afronte ante la enfermedad, mediante la educación, cuyo contenido debe ayudar a lo siguiente:

- 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.
- Establecer nuevas metas realistas
- Intentar seguir el mismo estilo de vida antes de la aparición de la enfermedad
- Maximizar la calidad de vida, planificando el uso del tiempo y reorganizado en función de las actividades cotidianas incorporando los tratamientos necesarios y aprendiendo a convivir con la enfermedad.

- Adquisición de nuevos intereses y nuevos talentos ayuda a atravesar la etapa de la enfermedad.
- Aumentar la sensación de control sobre la propia vida, aceptando su diagnóstico pero desafiando el pronóstico con un espíritu de lucha.
- Preservar las relaciones sociales.

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 y promoviendo un clima social en familia favorable, se obtendrá como resultado un mejoramiento en las actitudes y en fortalecer la autoestima; así mismo dentro del grupo de edades de los pacientes están los adultos en su mayoría lo que clasifica.³³

Adolescencia: Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 13 y 18 años. Es una dificultad para el personal de enfermería abordar el tema a pacientes adolescentes, ya que sabemos que es una etapa de transición y desarrollo psicológico, biológico, sexual y social. En este periodo eligen a sus amigos y a las personas que lo rodean, haciendo uso de la capacidad de elección y a la vez de la discriminación de sus afectos que son parte de la llegada del pensamiento abstracto. Por todo ello es muy difícil para un adolescente hablar acerca de su enfermedad a sus pares, debido a la estigmatización de la enfermedad, indiferencia y rechazo por temor al contagio.

Adulthood media Es la etapa que sigue a la adolescencia, entre los 20 a 30 años de edad, cuando concluye el crecimiento físico del ser humano y alcanza cierta madurez emocional. Socialmente, es la época en que la persona se prepara para insertarse en el mundo laboral mediante estudios específicos. A través el trabajo, el adulto busca su realización personal, independencia económica e inserción en el medio social adulto. Las relaciones de pareja en esta etapa son más estables y se toman con mayor madurez, bajo perspectivas más amplias y duraderas con vistas a la formación de una familia.

Adulthood Tardía : En la edad adulta el ser humano adquiere pleno dominio de sus emociones y sus afectos lo que le permite enfrentar los distintos problemas que se le presentan. Es la etapa en que hombres y mujeres forman una familia y se independizan

plenamente de sus padres. Ello implica grandes responsabilidades, en especial relacionadas con la educación de sus hijos. La adultez abarca entre los 30 – 45 años. ^{33,34}

1.5.2 La Autoestima

La autoestima es la evaluación que la persona se realiza y que habitualmente mantiene en relación a si misma; expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica hasta que punto la persona se considera capaz, importante, con éxito y digna; por tanto es un juicio personal de valor que se expresa en actitudes de la persona hacia si misma, la reafirmación del yo y la estimación propia de las interacciones con otros. ^{35,36,37.}

Smelson pronunció “Nadie puede hacerte sentir inferior, sin tu consentimiento” ³⁸

La autoestima es la confianza en nuestra capacidad de pensar, en nuestra capacidad de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida, la confianza en nuestro derecho a triunfar y ser felices; el sentimiento de ser respetables, de ser dignos, y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y gozar del fruto de nuestros esfuerzos. ^{39.}

La autoestima, factor determinante en la felicidad del adulto que se esta formando, es un lento proceso educativo de la imagen propia y responde, de acuerdo con Harris y otros (1998), a dos principios fundamentales que parten de las necesidades básicas: “soy digno de que me amen (o importo y tengo valor porque existo), y soy valioso (puedo manejarme a mi mismo, tengo algo que ofrecer a los demás) ⁴⁰

La autoestima es la medida de agrado que cada persona siente por si misma, es el juicio personal y general de cada uno y el entender que es posible estimarse más al conocerse mejor. Es interesante demostrar que muchas personas no rinden como esperaban, se sienten frustradas, deprimidas.. ⁴¹

Características de la autoestima

Coopersmith, identifica cuatro orígenes de la autoestima: poder, satisfacción, virtud y capacidad.⁴²

Poder: Habilidad de influencia y control sobre otras personas.

Significación: Aceptación, atención y afecto de otros hacia uno mismo.

Virtud: Apego a la moral y a los patrones éticos.

Capacidad: Desempeño afortunado, eficaz y eficiente en reuniones y actividades que demandan logros

De acuerdo con diversos teóricos, la autoestima se puede expresar de diferente manera o lo que es igual, puede existir la autoestima de dos tipos: negativa o positiva

Negativa: Cuando el individuo se desvaloriza por sí mismo, se muestra inseguro, tímido, poco asertivo, que en extremo puede llegar a niveles patológicos, cayendo en la depresión y la introversión.

Positivo. Es un proceso que no es estática, cada día nos enfrentamos a duelos, pérdidas, abandono, alegrías, logros, realidades que hacen que nuestra vida cambie, se evalúan haciendo que los cimientos que creíamos sólidos se debiliten y debemos cuestionarnos de nuevo, debemos estar evaluándonos permanentemente y viendo que aspectos de la vida puedo mejorar.

Para evaluar en los pacientes su nivel de autoestima podemos utilizar el cuestionario de Coopersmith.

Cuestionario de autoestima de Coopersmith

El inventario de Autoestima de Stanley Coopermith constituye el instrumento, que fue presentado originalmente por Stanley Coopersmith (1959), quien lo describe como un inventario que se encuentra constituido por 50 items. Los cuales están referidos al auto percepción del individuo con respecto a las siguientes áreas: Padres, Pares. Por otro lado la descripción hecha en 1984 por Díaz, es más explícita; puesto que define al instrumento como un inventario de auto reporte de 58 items, en el cual el sujeto lee una sentencia declaratoria para decidir, el que es “igual que yo” o “distinto a mí”.

El inventario esta referido en cuatro areas: Autoestima General, Autoestima Social, Hogar y Padres, encontrándose también una escala de mentiras compuesta por 8 ítems.

El area autoestima general (G) esta referida a la evaluación general que presenta el sujeto con respecto a si mismo, dando a conocer el grado en que este se siente seguro, capaz, valioso, exitoso y significativo.

El área de autoestima social (S) evalúa la participación como el liderazgo del sujeto frente a las diversas actividades con jóvenes de su misma edad, como también el que pretende ser un sujeto abierto y firme al dar sus puntos de vista, sin limitación alguna.

El área escolar (E) evalúa el grado de satisfacción del individuo frente a su trabajo escolar y la importancia que le otorga, así como también el interés de ser interrogado.

El área de hogar – padres (H) mide el grado en que él se siente aceptado por su entorno familiar. Es decir, en que medida es comprendido, amado, considerado por cada uno de los miembros de su familia.

Escala mentira (M) si en esta área el puntaje bruto resulta ser superior a 10, significa que las respuestas del sujeto son poco confiables e invalidan la aplicación del inventario.

En el Perú este instrumento fue utilizado y modificado por el magister Jesahel Vildoso V. quien aplico la prueba en estudiantes universitarios de la facultad de educación de la Universidad Mayor de San Marcos.⁴³

Clasificación de la Autoestima

Según el Psicólogo Fausto Valencia la autoestima se clasifica en:

Baja, Media y Alta.⁴⁴

Autoestima Baja: Las personas con poca autoestima carecen de confianza sobre sus propios actos, consideran como un fracaso cualquier pequeño tropiezo que tengan. Se crean un efecto de derrota que no les ayudará a conseguir sus metas.

Autoestima Media: Este tipo de personas tienen buena confianza en si mismas, pero en ocasiones puede llegar a ceder. Son personas que intentan mantenerse fuertes con respecto a los demás aunque en su interior están sufriendo. **Autoestima Alta:** Las

personas de gran autoestima viven, comparten e invitan a la integridad, honestidad, responsabilidad, comprensión y amor; se sienten importantes, tienen confianza en su propia competencia, tienen fe en sus propias decisiones lo que significa su mejor recurso.

Comportamientos Característicos del Desestimado:

Algunos comportamientos característicos de las personas desestimadas ²⁶ son:

- Inconsciencia; Ignora quien es y el potencial que posee; funciona automáticamente y depende de las circunstancias, eventualidades y contingencias.
- Desconfianza; El desestimado no confía en sí mismo, teme enfrentar las situaciones de la vida y se siente incapaz de abordar exitosamente los retos cotidianos; se percibe incompleto y vacío; carece de control sobre su vida y opta por inhibirse y esperar un mejor momento que casi nunca llega.
- Irresponsabilidad; Niega o evade sus dificultades, problemas o conflictos. Culpa a los demás por lo que sucede y opta por no ver, oír o entender todo aquello que le conduzca hacia su responsabilidad. Sus expresiones favoritas son: "Si yo tuviera", "Si me hubieran dado", "Ojalá algún día", y otras similares que utiliza como recurso para no aclarar su panorama y tomar decisiones de cambio.
- Incoherencia; El desestimado dice una cosa y hace otra. Asegura querer cambiar pero se aferra a sus tradiciones y creencias antiguas aunque no le estén funcionando. Vive en el sueño de un futuro mejor pero hace poco o nada para ayudar a su cristalización.
- Inexpresividad; Por lo general reprime sus sentimientos y éstos se revierten en forma de resentimientos y enfermedad. Carece de maneras y estilos expresivos acordes con el ambiente, porque no se lo enseñaron o porque se negó a aprenderlos. En cuanto a la expresión de su creatividad, la bloquea y se ciñe a la rutina y paga por ello el precio del aburrimiento.
- Irracionalidad; Se niega a pensar. Vive de las creencias aprendidas y nunca las cuestiona.

- Inarmonía; El desestimado tiende al conflicto y se acostumbra a éste fácilmente. Se torna agresivo e irracional ante la crítica, aunque con frecuencia critica y participa en coros de chismes.
- Dispersión; Su vida no tiene rumbo; carece de un propósito definido. No planifica, vive al día esperando lo que venga, desde una fe inactiva o una actitud desalentada y apática. Se recuesta en excusas y clichés para respaldar su permanente improvisación.
- Dependencia; El desestimado necesita consultar sus decisiones con otros porque no escucha ni confía en sus mensajes interiores. Asume como propios los deseos de los demás, y hace cosas que no quiere para luego quejarse y resentirse; y también puede ocurrir en la adultez; donde se dice que es la etapa comprendida entre los 25 a los 50 años aproximadamente, su comienzo y su termino dependen de muchos factores personales y ambientales, en esta etapa se alcanza la plenitud del desarrollo biológico y psíquico, caracterizado por la búsqueda de placeres mas individuales que con la experiencia influyen en la personalidad y carácter presentándose relativamente firmes y seguros, siendo capaces de una conducta eficaz en su desempeño en la vida, aspecto que en cambio otros cuya personalidad no es tan firme ni segura; adolecen de una pobre y deficiente manera de ser (personalidad) que los lleva a comportamientos ineficaces y hasta anormales.^{45,46}

Autoestima en Personas Adultas

El adulto necesita saber que es querido, que es tenido en cuenta y que no es un estorbo, para ello es necesario que su parte emocional, sus vínculos con hijos, familiares directos o no, se fortalezcan.

En el caso de tratarse de personas autónomas e independientes, es conveniente que los pacientes adultos con Tuberculosis se relacionen con sus pares y formen parte, participen en reuniones o grupos de salidas que les favorezca la comunicación e interactúen, expresen lo que piensan, saben y sienten acerca de su enfermedad, para que así puedan afrontar y aceptar el tratamiento continuo.

Importancia de la autoestima en las personas adultas

La autoestima positiva opera en el sistema inmunológico de la conciencia, otorgando resistencia, fuerza y la capacidad de regeneración. Cuando la autoestima es baja, nuestra capacidad de enfrentar las adversidades de la vida bajan. Nos caemos frente a las adversidades y nuestro sentido de propio valor disminuye. Nos dejamos influenciar por el deseo de evitar el dolor, en vez de experimentar alegría. Todo lo negativo tiene más influencia en nosotros, en vez de lo positivo; mientras tanto cuando la autoestima es positiva las personas se sienten bien, lucen bien, son efectivas, productivas y responden bien a los demás. Responden a ellos mismos saludablemente, en forma positiva, pueden crecer y cambiar. Ellos saben que pueden ser amados y son capaces de mejorar. Se ocupan de ellos mismos y de los demás. No necesitan humillar a los demás para sentirse bien.⁴⁷

Autoestima y enfermedad

Una enfermedad crónica o terminal, disminuye nuestra autoestima porque afecta nuestra identidad y en ocasiones nuestra autoimagen, puede reducir nuestra sensación de control y seguridad, aumentando nuestra dependencia y sentimientos de incapacidad.

"La semilla de la enfermedad puede florecer y crecer silenciosamente.

Pero son nuestros pensamientos, sentimientos y actitudes, el abono que le permite afianzar sus raíces y extender sus ramas con mayor fortaleza". Silvia Russek.

Cuando estamos enfermos, podemos sentirnos vulnerables o incapaces de controlar el dolor, la enfermedad en sí o los aspectos de nuestra vida que se han alterado por ella.

Cuando dicha enfermedad es pasajera, aun si nos incapacita momentáneamente, el saber que tiene un fin nos tranquiliza y nuestra autoestima no se ve afectada. Pero cuando no sabemos lo que tenemos o cuando se trata de una enfermedad larga o crónica, nuestra autoestima disminuye significativamente. En ambos casos, la autoestima pueden hacer una gran diferencia. No siempre se puede sanar. Pero siempre podemos mejorar la calidad de nuestra vida y nuestra respuesta emocional. Una

enfermedad crónica, repercute en las distintas áreas de nuestra vida: Personal, Familiar, Social económica y laboral. ⁴⁸

Personal.- A nivel personal, algunos de los principales aspectos que se ven alterados son:

- Estilo de vida,
- Emociones,
- Identidad y autoimagen
- Tipo de pensamiento
- Incapacidad, dependencia
- Falta de control personal.
- Y Actitudes

1.5.3 Las actitudes

Las actitudes son predisposiciones permanentes para reaccionar, experimentar y actuar antes los seres, son modos profundos de enfrentarse a si mismo y a la realidad de pensar, amar, sentir y comportarse. Según las cuales el hombre queda bien o mal dispuesto hacia si mismo y hacia otro ser. Se puede decir que las actitudes son las formas que tenemos de reaccionar ante los valores. ⁴⁹

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. ⁵⁰

Características de las Actitudes

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, las que pueden ser:

- **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.
- **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 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 se intervienen. Las actitudes inclusive, suelen emplearse como categorías para evaluar otros objetos sociales y las actitudes relacionadas con ellos (Ino-Oka y Matsui,(1977).

Las actitudes son transferibles, es decir, con una actitud se puede responder a múltiples y diferentes situaciones del ambiente.⁵¹

Componentes de las actitudes: cognitivo, afectivo, conductual

Es posible que en una actitud haya más cantidad de un componente que de otro. Algunas actitudes están cargadas de componentes afectivos y no requieren más acción que la expresión de los sentimientos. Algunos psicólogos afirman que las actitudes sociales se caracterizan por la compatibilidad en respuesta a los objetos sociales. Esta compatibilidad facilita la formación de valores que utilizamos al determinar que clase de acción debemos emprender cuando nos enfrentamos a cualquier situación posible.³⁰

Rodríguez distingue tres componentes de las actitudes:

- **Componente cognoscitivo:** Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones, creencias e información que se tiene sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de Fishbein y Ajzen. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.
- **Componente afectivo:** Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones - que se caracterizan por su componente cognoscitivo –
- **Componente conductual:** Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta, y las variables que están interviniendo, girará nuestra investigación.⁵²

Clasificación:

La actitud puede clasificarse de la siguiente manera:

- a) **Favorable:** Consiste en estar de acuerdo con lo que se realiza, es decir, el sujeto muestra cierta tendencia de acercamiento hacia el objeto; generalmente esta unido con los sentimientos de apoyo, ayuda y comprensión.

b) Desfavorable: 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 a un estado de tensión constante.

c) Medianamente Favorable: Es un sentimiento de apatía, el sujeto no muestra aceptación ni rechazo al objeto, prevalece el desinterés, la rutina y en muchos casos el aburrimiento. ⁵⁴

1.6 Justificación

Dada la alta incidencia de Tuberculosis en Adultos y jóvenes, la enfermera tiene que estar preparada para la toma de decisiones e intervención oportuna, necesita una habilidad para realizar una valoración del paciente y adoptar una actitud conservadora con el fin de descubrir cualquier conducta, comportamiento de riesgo e intervenir oportunamente en diferentes contextos ya sea en el Hospital, Centro de Salud, donde el paciente este aparentemente estable.

Los estudios realizados en su mayoría están encaminados a valorar las conductas que tienen los pacientes con el Diagnóstico de Tuberculosis ¹³ poco se conoce el nivel de autoestima y actitudes que toman frente al tratamiento, un autoestima alta, hace que una persona sea capaz de decidir actitudes positivas ante una situación inestable o crítica.

En el caso de los PAT, el trabajo es multidisciplinario, el papel de la enfermera es muy importante, la enfermera es la que da apoyo para lograr la adherencia del paciente al tratamiento; principalmente en pacientes con autoestima disminuida que limitaría la respuesta favorable al tratamiento.

El trabajo realizado permitió determinar la relación entre la autoestima y las actitudes al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar. Los datos obtenidos se darán a conocer a las autoridades responsables de la estrategia sanitaria para que adopten las medidas convenientes y promuevan la capacitación del personal de salud, estando aptos darán énfasis en la educación de los pacientes y familiares a fin de mejorar sus relaciones, disminuir la estigmatización, mediante campañas, charlas, intervenciones para aumentar el autoestima puedan reincorporarse al campo laboral las personas afectadas en el Centro de Salud Micaela Bastidas.

1.7 Objetivos

Objetivo general:

Determinar la relación entre el nivel de autoestima y las actitudes al tratamiento de los pacientes de 15 a 49 años con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Micaela Bastidas.

Objetivos específicos:

1. Identificar el nivel de autoestima de los pacientes que asisten al Centro de Salud Micaela Bastidas.
2. Identificar la actitud al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar
3. Relacionar el nivel de autoestima con las actitudes y la edad de los pacientes.

1.8 Hipótesis

1.8.1 Hipótesis general

El nivel de autoestima se relaciona con las actitudes al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar del Centro de Salud Micaela Bastidas

1.7.2 Hipótesis Específicas

- A menor autoestima mayor probabilidad de tener actitudes negativas al tratamiento prescrito a los pacientes con Tuberculosis Pulmonar.
- Los pacientes adultos del grupo de edad de 20 a 29 años tienen mayor nivel de autoestima y actitudes favorables que los del grupo de 30 a 49 años.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODO

2.1 Tipo de Estudio y Diseño General

La investigación es de enfoque cuantitativo, porque se utilizó la recolección de datos con medición numérica para afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación. De tipo Descriptivo Correlacional y de corte transversal, porque describe las características de las variables, estableciendo relación o asociación no causal existente entre las dos variables de estudio; autoestima y actitud al tratamiento. Para las pruebas de hipótesis correlacionales se aplicó la estadística inferencial r Pearson; es de corte trasversal ya que los datos de las variables se obtienen en un mismo momento.

2.2 Lugar de Ejecución del proyecto

El presente estudio se realizó en el Programa de Control de Tuberculosis del Centro de Salud Micaela Bastidas, es una institución de primer nivel de atención, pertenece a la DISA V Lima Ciudad, se ubica en la Plaza Principal S/n AA.HH. Micaela Bastidas Atte- Vitarte.

Esta institución cuenta con los servicios de medicina General, Neumología, Pediatría, Control de Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, Nutrición, Programa de Control de Tuberculosis, Psicología y otros.

La Estrategia Sanitaria de tuberculosis, se encuentra en un ambiente limpio, ventilado, de material noble, cuentan con una refrigeradora, un lavadero, armario; el servicio está a cargo de la Enfermera Jefe y una Técnica, la enfermera supervisa cuando el paciente toma sus medicamentos, existe una persona encargada de llevar las medicinas a la casa de los pacientes, en caso de los multidrogoresistentes, en ausencias por una semana y en pacientes con rechazo al tratamiento, todo esta bajo la supervisión y la dirección de la Enfermera Jefe.

2.3 Universo de Estudio, Selección y Tamaño de la muestra, Unidad de Analisis

La población de estudio son 100 pacientes diagnosticados con Tuberculosis Pulmonar, que tienen entre 15 y 49 años, de ambos sexos, inscritos en el programa de control de Tuberculosis, al inicio de la recolección de datos habían 76 pacientes y los pacientes nuevos que ingresen a la Estrategia de Control de Tuberculosis del Centro de Salud Micaela Bastidas en 5 meses. La muestra de estudio fue el 100% de los pacientes.

2.4 Criterios de Inclusión y de Exclusión

Criterios de Inclusión

- Pacientes ambulatorios que recibieron por primera vez y de forma continúa tratamiento TBC en el Centro de Salud Micaela Bastidas.
- Pacientes mayores de 15 años y menores de 49 años
- Pacientes de ambos sexos que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.
- Pacientes que recibieron tratamiento de (MDR) (VER ANEXO)

Criterios de Exclusión

- Pacientes con diagnóstico médico de tuberculosis extra-pulmonar
- Pacientes con diagnóstico de TBC e infectados con VIH-SIDA

2.5 Procedimientos de Recolección de datos

Para la recolección de datos se solicitó la autorización al Centro de Salud Micaela Bastidas, a través de una carta de la Directora de la Escuela de Enfermería Padre Luis

Tezza, afiliada a la Universidad Ricardo Palma, adjudicando el Resumen de la investigación.

Los pacientes firmaron el consentimiento informado. Los datos se obtuvieron a través de la aplicación de la encuesta a las pacientes, y el test de autoestima de Coopersmith, la aplicación de los instrumentos duró de 15 a 20 minutos aproximadamente. Los datos se recolectaron en el turno de la mañana y de la tarde, después que cada paciente tomaban sus medicinas

2.6 Instrumentos a utilizar y métodos para Control de Calidad de datos

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento la escala likert modificada, que fue validado por 9 jueces expertos, todos ellos especialistas en el área de Neumonía, Psicología y Enfermeras Jefas del PCT, las apreciaciones por los jueces se tabularon en una matriz general, la validez del instrumento se logró mediante la aplicación de la

principios bioéticas de la persona; la no maleficencia, la beneficencia, la autonomía y el respeto, para lo cual se pidió a los pacientes participar voluntariamente en el proceso de investigación que estuvo avalada por un documento, cumpliendo las normas éticas, a los que se les aseguro la confidencialidad y el carácter anónimo, obtenidos de los pacientes.

2.8 Análisis de Datos

Una vez obtenida la información o los datos, estos fueron tabulados inicialmente de forma manual para su posterior procesamiento a través de un paquete estadístico, mediante el programa de SPSs del que se obtuvieron datos en tablas, gráficos de barras simples y compuestas.

Para establecer los niveles de actitud se aplicó la escala d Stanino, donde se codificó:

1. Desfavorable
2. Medianamente favorable
3. Favorable

La formula que se uso para obtener la escala fue:

$$X = 11127/100$$

$$X = 111$$

3, Favorable = mayor de 122

Para establecer los niveles de Autoestima se aplicó la Escala de autoestima Adultos de Stanley coopersmith que su puntaje varia de:

0 a 24 puntos = Nivel Bajo

25 a 49 puntos = Nivel Medio Bajo

50 a 74 puntos = Nivel Medio Alto

75 a 100 puntos = Nivel Alto

Formula de calificación $25 \times 4 = 100$ Autoestima alta

2.9 Definicion Operacional de variables

(ver anexo A)

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1 Resultados Obtenidos

Obtenido los datos se procedió a la codificación de los indicadores de las variables clasificadas y al respectivo calificativo de las respuestas acertadas de los ítems. Para facilitar la reducción de la información se aplicó la escala de stanino que consistió en ordenar los calificativos de menor a mayor en columna. Se obtuvo la media, la desviación estándar y los niveles: Favorable, Medianamente favorable y desfavorable.

$$S = \sqrt{\sum \frac{(x-x)^2}{n}}$$

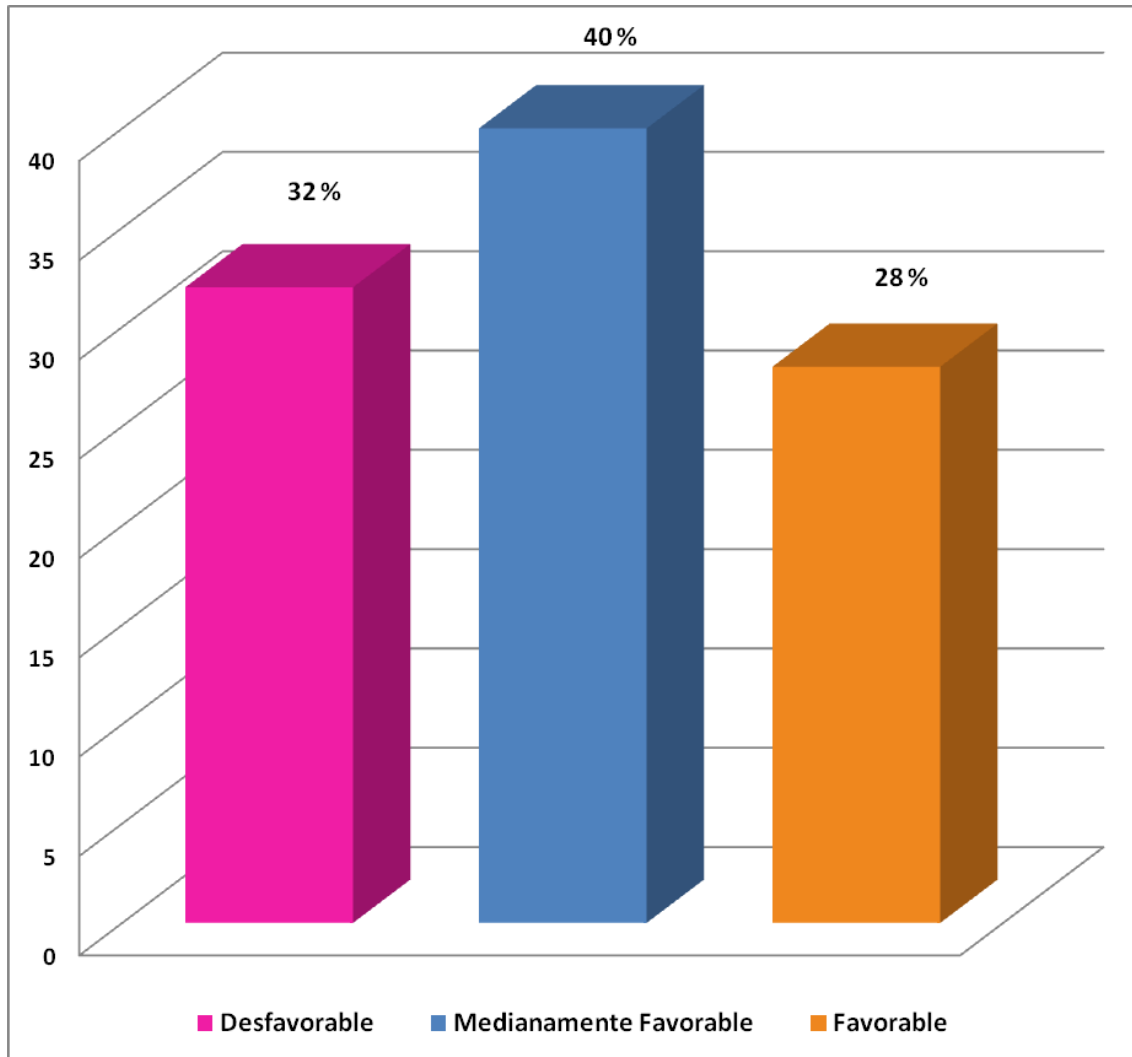
Los datos se procesaron manualmente y mecánicamente utilizando una gran matriz a través del programa Excel de allí se pasaron los datos a la matriz del programa Excel. Una vez tabulados los datos, se analizaron los datos en el programa SPSS 18, programa estadístico que permitió un análisis de manera rápida y sencilla de los mismos.

Para establecer los niveles de autoestima se aplicó la escala de autoestima adultos de Stanley cooper smith que tiene una fórmula ya establecida ($25 \times 4 = 100$ autoestima alta)

Los datos correspondientes a las variables de estudio se presentarán a continuación

Gráfico 1

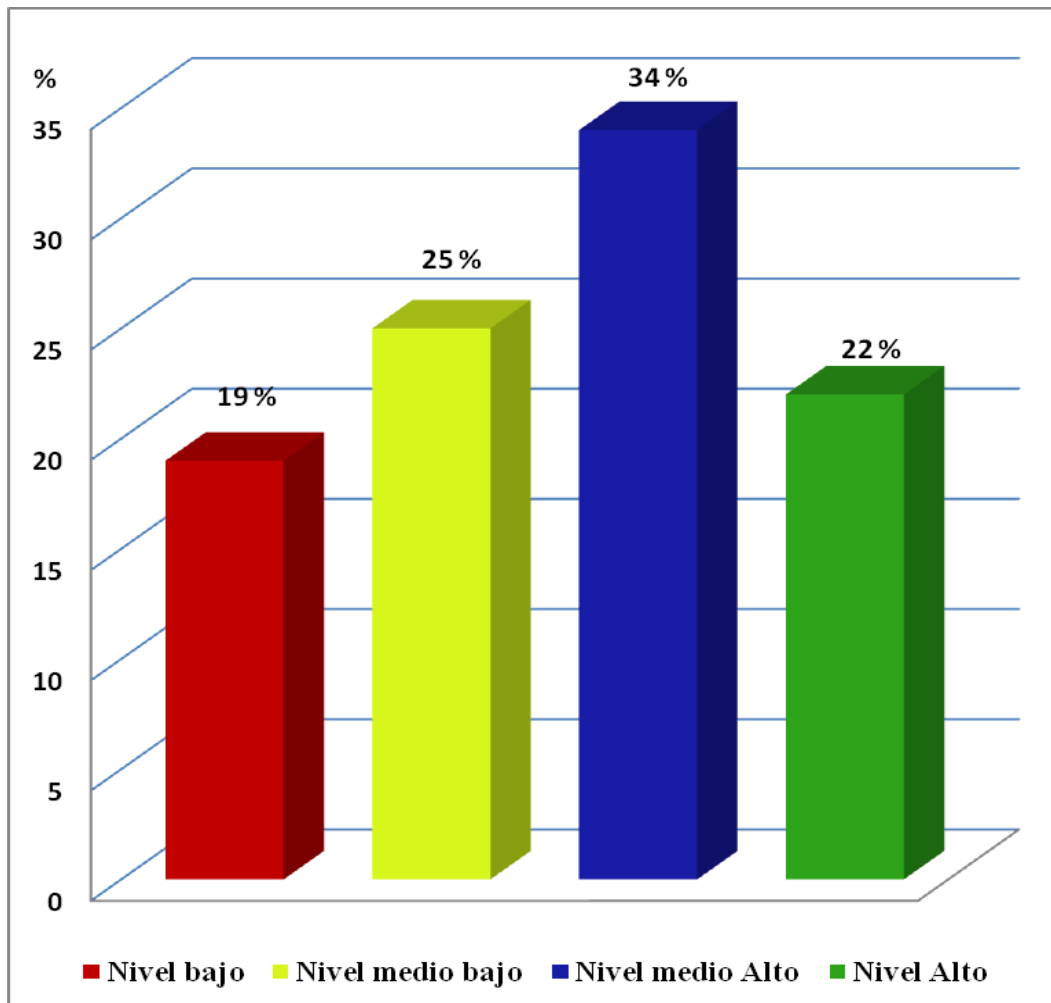
Actitudes de los Pacientes que reciben tratamiento de Tuberculosis Pulmonar
Centro de Salud Micaela Bastidas Noviembre – Marzo 2012



En el gráfico 1 se observa, que el 40% de los pacientes que reciben tratamiento de Tuberculosis Pulmonar tenían actitudes medianamente favorables. Y el menor porcentaje 28% tenían actitudes Favorables.

Gráfico 2

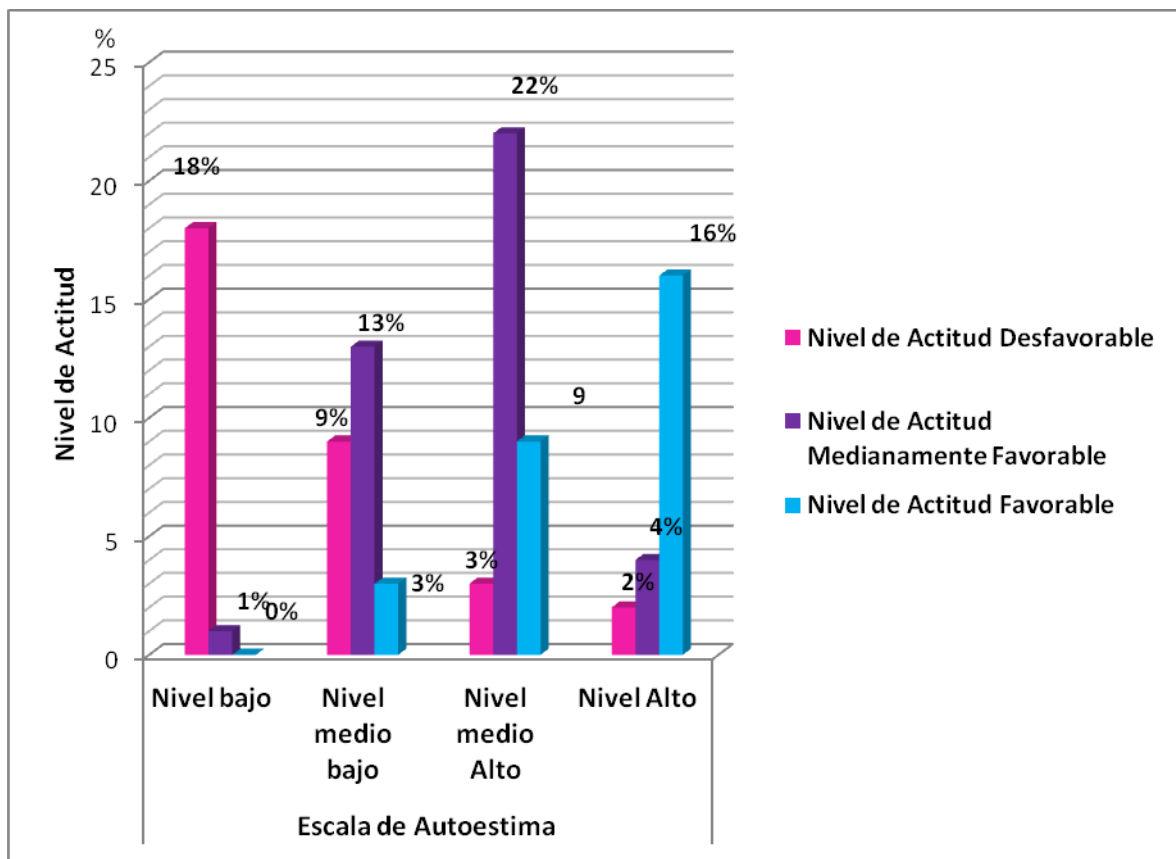
Nivel de Autoestima de los pacientes que reciben tratamiento con Tuberculosis Pulmonar Centro de Salud Micaela Bastidas Noviembre – Marzo 2012



En el gráfico 2, se observa que el 34% de los pacientes que reciben tratamiento de Tuberculosis tienen un nivel de Autoestima de Medio a Alto y el menor porcentaje un 19% tenían autoestima baja.

Gráfico 3

Nivel de Autoestima y Actitudes al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar Centro de Salud Micaela Bastidas Noviembre – Marzo 2012

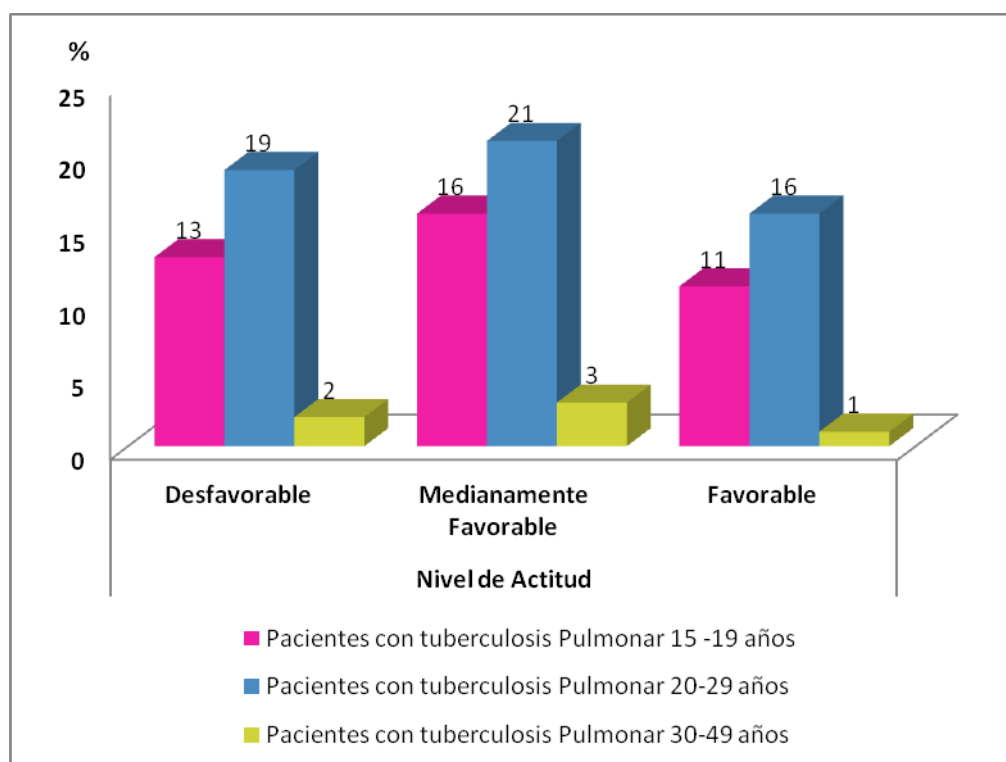


r Pearson = 0.682** P . . .

En relación a las variables, actitud y autoestima, la correlación r Pearson es significativa 0.682** P desfavorable en relación al tratamiento que reciben de Tuberculosis Pulmonar.

Gráfico 4

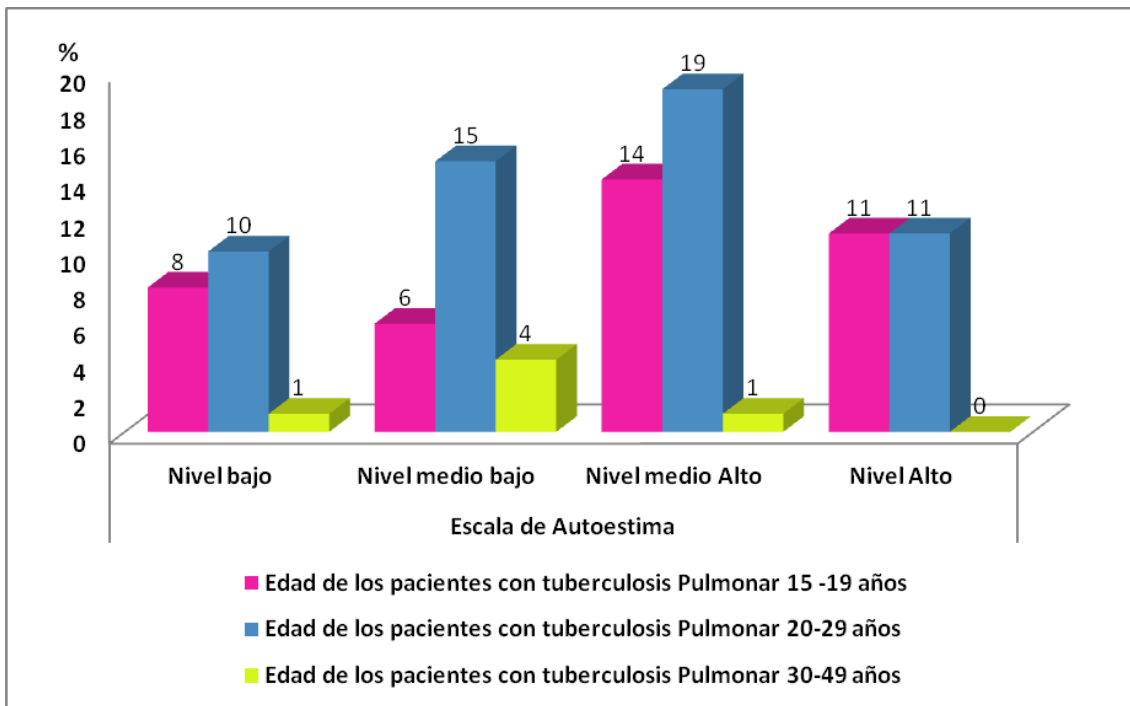
Actitudes de los pacientes que reciben tratamiento de Tuberculosis Pulmonar de 15-49 años Centro de Salud Micaela Bastidas Noviembre –Marzo 2012



En el gráfico N° 4 se observa que dentro del grupo de edades de 20 a 29 años el mayor porcentaje tienen actitudes medianamente favorables.

Gráfico 5

Nivel de autoestima de los pacientes que reciben tratamiento de Tuberculosis Pulmonar de 15-49 años Centro de Salud Micaela Bastidas Noviembre – Marzo 2012



En el gráfico se observa que los pacientes de este grupo de edad entre 20-29 años tenían en mayor porcentaje un nivel de autoestima de medio alto. (19%)

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, que sigue siendo considerada como una enfermedad que causa estigma, sin embargo se debe tener en claro que la TB ataca a las personas independientemente de su raza, color o situación económica. Existen factores que condicionan la transmisión de la enfermedad y la severidad del cuadro clínico, contándose entre ellos; el hacinamiento, la pobreza, la falta de buenos hábitos de higiene; incrementándose además por los problemas de saneamiento, la malnutrición, conductas inadecuadas, entre otras. No es posible olvidar que es la principal enfermedad social que afecta a la población económicamente activa, siendo importante resaltar que los adolescentes y adultos, constituyen alrededor de la tercera parte del total de casos.

En lo que respecta a las actitudes de los pacientes frente al tratamiento farmacológico, se observa en nuestro estudio, (gráfico 1) que el mayor porcentaje de los pacientes aceptaban el tratamiento adoptando actitudes medianamente favorables; esto coincide con los resultados de Egdar Bravo que estudió las actitudes de los pacientes Multidrogo resistente, en sus resultados las actitudes fueron medianamente favorables. Difiere de la que encontró Garayar y Garcia en sus trabajos de investigación, concluyeron que los pacientes tenían actitudes favorables, estas diferencias pueden deberse al tamaño de sus

muestras que solo fueron 30 pacientes y también puede ser por el contexto psicosocial del entorno en que lo realizaron, ^{6,8,10} en cambio en nuestro estudio la muestra fue de 100 pacientes. Por otro lado en un estudio realizado en Bogotá, Garcia, Pedraza y Cruz, concluyeron que el Personal de Salud con diagnóstico de Tuberculosis tenían actitudes desfavorables o no se sentían bien ⁸, estos resultados pueden deberse a que la muestra fue mayor de 202 y eran trabajadores de salud.

Las actitudes negativas de algunos pacientes para abandonar el tratamiento, se deben muchas veces a que los pacientes creen que no se recuperarán o se desvaloren física y psicológicamente, pueden sentirse marginados por la población y/o familiares o no son totalmente conscientes por desconocimiento sobre la enfermedad y la trascendencia que implica, el no llevar correctamente su tratamiento; los pacientes experimentan con frecuencia sentimientos de apatía y rechazo de sus amigos y personas cercanas a ellos.

Rosenberg y Horland (1960) refieren que las actitudes son predisposiciones a responder a alguna clase de estímulos con ciertas clases de respuestas. Estas clases de respuestas se especifican como cognitivas, afectivas y conductuales; siendo estos tres componentes que forman la actitud como un conjunto que mide entre antecedente y la pre-conducta. Con lo dicho anteriormente, algunas personas actúan con resiliencia frente al evento que les toca enfrentarse, es así que un enfermo actúa frente a su estado de salud de acuerdo a sus principios sociales, culturales, vínculos afectivos, etc, que los trae arraigado a lo largo de su existencia.

En relación al nivel de autoestima de los pacientes que recibían tratamiento de Tuberculosis Pulmonar, considerando que la autoestima es el juicio de la persona sobre su merecimiento. En nuestro estudio gráfico 2, se observa que el mayor porcentaje de ellos muestran nivel de autoestima de medio a alto, esto es diferente de los resultados de Baldeon y Húanuco, el primero en su estudio encontró que los pacientes tenían nivel de autoestima medio, el segundo encontró que la mayoría de los pacientes tenían un Nivel de autoestima Alta ^{7,11} Ante esta diferencia argumentamos que en este estudio la población se encontraba en la primera fase iniciando su tratamiento, habiendo recibido recientemente la información sobre su enfermedad a través de las charlas educativas y asesoría psicológica, en cambio en nuestro estudio los pacientes estaban finalizando la primera fase e iniciando la segunda, la información la habían recibido anticipadamente

o no eran retroalimentados, aspecto que se considera de mucha importancia porque al ser informados en forma continua tienen la oportunidad de actualizar sus conocimientos acerca de la enfermedad y de los riesgos a que están expuestos si el tratamiento la reciben en forma irregular o lo abandonan. Se recomienda que el personal de enfermería brinde educación continua y apoyo emocional para que los pacientes aprendan a valorar su salud, se autoestimen.

Rios señala que el autoestima es quererse a uno mismo y querer a los demás, que valemos la pena y que somos capaz de asumir diferentes posturas positivas o beneficiosas para el bienestar físico y psicológico.⁵³

Referente a la relación entre autoestima y actitud, existe relación significativamente aceptable de 0.682, r Pearson y • • • • lo que prueba la hipótesis específica que a mayor nivel de autoestima, mayor es la posibilidad de actitudes positivas de los pacientes (Gráfico 3). No se ha encontrado estudio que correlacionen estas variables, que nos permitan comparar nuestros resultados. Consideramos importante los resultados de nuestro estudio porque es la primera vez que se estudian estas variables en el Programa de Control de Tuberculosis, los resultados se darán a conocer para que se adopten estrategias necesarias en las que se actualice al personal de Salud, los que estarán aptos para trabajar con los pacientes que presentan autoestima baja y actitudes negativas a la vez que fomenten buenos estilos de vida en los demás.

En cuanto a la edad, autoestima y actitudes de los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis pulmonar en nuestro estudio (Tabla 1) se observa que el mayor porcentaje de los pacientes tenían nivel de autoestima de media a alto y actitud medianamente favorable a favorable predominando en las edades de 20 a 29 años y el menor porcentaje de los pacientes que tienen nivel de autoestima bajo y actitudes desfavorables también en las mismas edades. No existe estudios con estas tres variables, solo se han estudiado estas variables en forma individual. En nuestro estudio el mayor porcentaje de pacientes eran el grupo de adultos, coincide con los estudios del MINSA 2009 y de Garcia, Pedraza y Cruz que indicó que la mayoría de los pacientes que recibían tratamiento eran adultos, difiere de los estudios de Garayar y Baldeon que la mayoría de los pacientes que estudiaron fueron jóvenes de 16 a 25 años. Esta enfermedad en la población no solo les ocasiona inestabilidad social sino también emocional y

psicológica, algunos de estos pacientes truncan su carrera profesional, cambia su vida, a nivel familiar y social. ^{8,11,55,56}

Chávez, 2007 señala que dentro del grupo de edad, los adultos desmejoran su calidad de vida, se afecta su esfera psicoemocional y social, algunos pacientes adultos pueden sentirse indeseables, estigmatizados y excluidos de la sociedad. ^{57,58}

Goffman considera que el estigma es una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que su portador sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como inaceptables o inferiores. ⁵⁹

Por esto es importante continuar investigando estas variables con otro enfoque que puede ser el cualitativo o mixto. Estos estudios pueden ser útil para nuevas investigaciones.

Ademas enfatizamos que nuestro estudio aborda una temática poco explorada, los estudios realizados se desarrollan desde una perspectiva médica científica para entender la patología. En busca de la efectividad de nuevos tratamientos, pero muy pocos enfocan el aspecto emocional de los pacientes con diagnóstico con Tuberculosis Pulmonar.

El personal de salud deberá enfatizar en la educación continua e incrementar las visitas domiciliarias de seguimiento que les permitia conocer la problemática familiar, retroalimentarlos, a la vez eduquen a la población a través de diferentes medios de comunicación para disminuir la incidencia y prevalencia de la TBC y mejorar los estilos de vida.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones

Luego de haber realizado la presente investigación, a las conclusiones que
llego son:

1. El mayor porcentaje de pacientes tenían actitudes medianamente favorables.
2. El mayor porcentaje de los pacientes reflejan un nivel de autoestima de media a alta.
3. Existe una relación significativa aceptable entre el nivel de autoestima y actitudes de los pacientes con tuberculosis pulmonar al tratamiento que recibían.
4. El mayor porcentaje de los pacientes que tenían autoestima de media a alta y actitudes medianamente favorables son las del grupo de 20 a 29 años.

5.2 Recomendaciones

Para la Docencia

1. Al equipo multidisciplinario que labora en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis, deben prestar mayor atención al paciente con tuberculosis en el área psicoemocional cuya condición social, familiar y económica, es de perfil psicológico bajo.
2. Incentivar mediante la capacitación al personal de enfermería para que fomenten a los pacientes el logro de autoestima de media a alta, a través de talleres de motivación.
3. Realizar cursos de actualización continuo acerca de la enfermedad y el tratamiento.

Para la Investigacion

4. Realizar estudios de tipo cualitativo en pacientes con diagnostico de tuberculosis en los diferentes distritos de Lima, para profundizar en el tema y conocer diversas realidades.
5. Priorizar las visitas domiciliarias de enfermería en los pacientes con autoestima baja y actitudes desfavorables a la enfermedad y tratamiento, en los que el riesgo de abandono al tratamiento seria mayor, mediante estudios de tipo descriptivo en las familias de mayor riesgo.

Para la Comunidad

6. Realizar actividades grupales en el Centro de Salud, para que los pacientes interactúen y conozcan más de su enfermedad.

7. Supervisar de forma precisa a los pacientes en el momento que tomen sus medicamentos, aplicando la estrategia DOTS.
8. Realizar seguimiento a los pacientes que terminan su tratamiento, para conocer el éxito de la intervención.

6 Referencias Bibliográficas

1. Modulo de instrucción Atención de enfermería en tuberculosis Asociación de VIH y TBC, Washington, DC, 1999. OPS, OMS (35-67)
2. Estadísticas [Internet] Lima (revisado en diciembre 2012). Disponible en: OMS <http://www.who.int/es/> publicado en setiembre.
3. Estadísticas [Internet] Lima (revisado en Abril 2012). Disponible en: MINSA <http://www.minsa.gob.pe/> publicado 2012
4. Estadísticas [Internet] Lima (revisado en Abril 2012). Disponible en: DISA <http://www.limaeste.gob.pe/>
http://www.limaeste.gob.pe/Boletines_estadisticos.asp
5. Rojas Tello, Gladys., Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Tablada de Lurin, 2006. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006
6. Anali Yesenia Huaynates Castro, 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 Tuberculosis del Centro de Salud San Luis. (Tesis de Licenciatura). Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006
7. Carmen Rosa Huánuco Flores., Nivel de Autoestima de los pacientes del programa de control de TBC del Centro de Salud Luara Rodríguez 2004. (Tesis de Licenciatura). Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004
8. Garcia C., Pedraza L., Cruz O., Muñoz A. Creencias y actitudes del personal de salud frente a la tuberculosis en una localidad. Bogota 2010.

9. Valladares M., Véliz Ramos. Percepción del paciente con Tuberculosis Pulmonar acerca del cuidado de enfermería en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2010.
10. Bravo E., Actitud de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistente en el Centro de salud Fortaleza, 2008. UNMSM. Perú-Lima.
11. Baldeon R., Relación entre el clima Social familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al centro Materno Infantil tablada Lurin – VMT 2007. UNMSM.
12. Schlossberg D., Tuberculosis e infecciones por mico bacterias no tuberculosos, México 1997, 4ta Ed. Pág. 245 – 256
13. Baquena M., *La tuberculosis y su historia* colección historia de Ciencia de la Salud Fundación de Uniach
14. Caminero L., Fernández O. Recomendaciones Separ Sociedad Española de Neumología y cirugía Torácica. 1° edic. España. Pág. 226-248. 1998.
15. Duglass M., Bermet. Principios y practica, Enfermedades Infecciosas, Madrid España 2004, 6ta Ed. Pág. 240-234
16. Mc Graw Hill., Interamericana. Secretos de la Neumología. 3° edic. México Pág 219-227. 1998
17. World Health Organization (WHO) Organization Mundial de la Salud [OMS]). Global Tuberculosis Control 2009. Epidemiology, Strategy, Financing. WHO Report 2009.
18. Bonilla C., Situación de la Tuberculosis en el Perú Acta MED. Perú. Pág 60-124. 2008
19. Vélez A., Rojas M., Barranco J. Fundamentos de la Medicina Neumología. 5° edic. Colombia Pág. 155-180. 2008

20. Diccionario terminología de ciencias Medicas., Pág 567 - 578
21. Dannenberg A., Fisiopatología Aspectos Básicos. España. capítulo 2. 2001
22. Minsa., Actualización de la Doctrina y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú. 2001 Pág. 13-49
23. Justo Y., Arapa M., Rodríguez Calle, Rafael; Ayay L., Mendoza A., Manual de capacitación para el fortalecimiento de las organizaciones sociales/ Training Manual for the strengthening of social organizations. Lima; Perú. Ministerio de Salud. Programa de Fortalecimiento y Control de la TBC y VIH-SIDA; mayo 2005. 118 p. (LILACS ID)
24. Ministerio de Salud "Minsa". Manejo de la Tuberculosis. Capacitación Personal del establecimiento de Salud - Manual de capacitación. 2005 Perú
25. Minsa: Tuberculosis en el Perú, Informe 2000. Lima Perú 2000. Dirección General de Promoción y prevención.
26. Dr. Vinicio M., Univesidad de bioquímica y Medicina, Costa Rica San Jose, Febrero 2004.
27. Ministerio de Salud. INEI. Esquema actual de tratamiento de Tuberculosis. 2012.
28. Sociedad Peruana de Neumología. <http://www.spneumologia.org.pe/> publicado 2011.
29. Murra., JF. Un Programa mundial contra la Tuberculosis emerge: ayuda de investigaciones, incluyendo el impacto de la infección VIH. 1996
30. Teoria [Internet] Estados Unido (revisado en junio 2012) <http://www.docstoc.com/docs/109203412/Leininger%E2%80%99s-Theory-of-Culture-Care>

31. Teoria [Internet] Estados Unidos (revisado en junio 2012)
<http://teoriasalud.blogspot.com/p/madeleine-leininger.html>
32. Teoria [Internet] Estados Unido (revisado en junio 2012).<http://www.slideshare.net/Vampiire1211/teora-transcultural-de-madeleine-leininger>
33. Grupo Etareo [Internet] Lima (revisado en febrero 2013).Disponible en:
[http:// www.minsa.gob.pe/portada/grupoetareo](http://www.minsa.gob.pe/portada/grupoetareo)
34. Edades [Internet] (revisado en enero 2013). Disponible en:
www.icorito.cl/enciclopedia/articulo/segundo
35. Beauregard R., Bouffard G., Duclos. Autoestima para quererse más y valorarse mejor. 2° edic. España. Pág 20- 56. 2005
36. Whittaker., James O., Psicología México. 2° edic. Pág. 23-45. 1974
37. Villalobos O., Como mejorar el Autoestima para siempre
38. Smelsor N., Dimensiones y Contratamientos de la autoestima
39. Autoestima [Internet] Lima.(revisado noviembre 2012).Disponible en:
[http://:www.ladiscapacidad.com/eticaydiscapacidad/autoestima/index.html](http://www.ladiscapacidad.com/eticaydiscapacidad/autoestima/index.html).
internet
40. Loinaz I., Echeburúa E., Ullate M. Estilo de apego, empatía y autoestima en agresores de pareja. Chile. Julio 2012. (LILACS)
41. Arquero M., Estudio de tres casos Psicológicos psicología clínica. 2da Edición, 1985.
42. Coopersmith [Internet] Lima.(Revisado en Febrero 2013).Disponible en:
<http://es.scribd.com/doc/test-de-cooper-smith>

43. Revista Chilena de Psicología., Adaptación, Estandarización y Elaboración de normas para el inventario de autoestima de Coopersmith. Vol 10 N°1. 1989.
44. Psicologo [Intenert] Lima.(revisado en diciembre 2012).Disponible en: <http://www.mundopsicologos.com/psicologos-jose-fausto-ros-vpsicologo-118990.html>.
45. Cornachione M., Aduldez: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales. 2da Edic. 2006
46. Helen L., El desarrollo de la Persona en todas las etapas de su vida. 2da edic. México DF. 1990.
47. Autoestima [Internet] Lima.(revisado en 2010).Disponible en: <http://www.Monografías.com/trabajos5/autoest/autoest.shtml>
48. URP. Psicología de las actitudes y emociones: Lenguaje no Verbal. Pág. 34-45
49. Alcántara J., Como educar las actitudes. 2da Ed. España. 1992
50. Darwin C., La expresión de las emociones. 2° edic. Buenos Aires. Pág. 12-34. 1967
51. Actitudes [Internet] Lima. (revisado en 2009). Disponible en: <http://terra.pe/actitudes.act/pe>
52. Revista EDU-Física. Grupo de Investigacion <http://www.edu.fisica.com> publicado 2007.
53. Licenciada Renny Yagosesky docente y asesor de Imagen especializada en Comunicación, Venezuela, programa de autoayuda y crecimiento personal. 2001
54. Rios G., Autoestima. Tomo 2. 2011

55. Ministerio de la Protección social de la Republica de Colombia; circular 058 de 2009. Lineamiento de Lepra y TBC
56. Ministerio de Protección Social de la Republica de Colombia. Guía de atención de la Tuberculosis Pulmonar y extra pulmonar. Actualización Junio 2009.
57. Ministerio de Protección Social de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) guía para el manejo programado de la TBMDR en Colombia 2010.
58. Chavez Granadino., Conocimientos actitudes y prácticas referidas a la estigmatización de personas afectadas por la tuberculosis/ ASET/Comas; Asociacion de Enfermos de Tuberculosis. Junio 2007
59. Estigmatización [Internet] Lima (revisado en enero 2013). Disponible en:
<http://es.wikipedia.org/wiki/estigmatización-sociologia.html>
60. Wold Health Oganization. Global Tubeculosis Control. Geneva: World Health Organization. 2011.
61. Neyra R., Mezones E. Bajo Nivel de conocimientos y actitudes de rechazo hacia el tratamiento de tuberculosis. Revista Peruana Salud Pública. 2009.

ANEXOS

Anexo C

ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO POR JUECES EXPERTOS

TITULO DE LA INVESTIGACION: Autoestima y Actitudes al tratamiento de los pacientes de 15 a 49 años con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Micaela Bastidas - 2011

Si la respuesta es:

0 = Negativo 1= Si la respuesta es positiva n= 9 expertos.

p



Anexo D

ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

PRUEBA PILOTO: Autoestima y Actitudes al tratamiento de los pacientes de 15 a 49 años con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Micaela Bastidas - 2011

suje	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	auto	sum2
1	2	4	4	4	4	4	2	4	2	2	4	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	2	4	4	4	102	10404
2	5	5	5	5	4	5	3	1	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	135	18225
3	3	2	3	4	2	3	2	3	2	3	2	5	1	3	3	3	1	3	4	2	2	3	4	2	4	2	3	3	3	3	83	6889
4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	4	1	1	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	129	16641
5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	1	5	5	2	5	4	5	5	5	5	5	5	4	1	5	5	5	4	4	4	5	130	16900
6	5	1	4	2	3	1	5	3	5	1	5	1	2	5	1	1	5	3	5	5	5	1	5	5	5	1	3	3	3	3	97	9409
7	3	3	4	5	2	5	3	2	4	2	5	5	4	4	4	4	5	4	5	5	4	2	5	4	5	2	4	4	5	4	117	13689
8	3	2	4	5	4	5	3	2	3	3	5	3	3	1	5	5	3	3	1	5	5	3	5	3	5	3	5	1	3	3	104	10816
9	4	1	1	5	5	1	5	5	5	1	5	1	1	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	1	5	5	5	5	115	13225
10	5	5	1	5	5	5	1	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	130	16900
11	5	1	1	5	1	5	5	5	4	3	3	2	2	4	1	1	3	3	4	4	5	3	5	4	4	2	3	3	3	4	98	9604
12	5	5	5	5	5	5	1	5	5	1	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	138	19044
13	4	1	4	2	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	4	5	4	2	4	4	5	5	121	14641
14	3	5	5	4	1	5	1	3	5	1	2	1	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	1	3	5	5	5	116	13456
15	5	1	5	5	3	5	5	5	5	1	5	5	3	5	5	1	5	3	5	5	5	4	5	1	5	4	5	5	5	2	123	15129
Σx	62	46	56	66	53	63	46	57	64	26	65	54	40	59	56	54	65	59	68	70	69	52	72	60	71	34	61	61	66	63	1738	204972
x=p	6.2	4.6	6	7	5.3	6.3	4.6	5.7	6.4	2.6	6.5	5.4	4	5.9	5.6	5.4	6.5	5.9	6.8	7	6.9	5.2	7.2	6	7.1	3.4	6.1	6.1	6.6	6.3	173.8	20.4972
1-p=q	7.2	-4	-5	-6	-4	-5	-3.6	-4.7	-5.4	-1.6	-5.5	-4.4	-3	-4.9	-4.6	-4.4	-5.5	-4.9	-5.8	-6	-6	-4.2	-6.2	-5	-6.1	-2.4	-5.1	-5.1	-5.6	-5.3	-95	
pxq	45	16	26	31	23	33	16	27	35	4.1	35	24	12	29	25	24	36	29	39	42	41	23	45	30	36	12	30	30	30	30		
Σ=pxq	45	16	26	31	23	33	16	27	35	4.1	35	24	12	29	25	24	36	29	39	42	41	23	45	30	36	12	30	30	30	30		

$$\frac{20.497 - 15 (173^2)}{15 - 1} = 6.133$$

$$K - R \frac{30}{29} \left(1 - \frac{95}{6.133} \right) = 0.99$$



Anexo E

ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



VALIDEZ DE LA HIPOTESIS: Chi Cuadrado

Nivel de Autoestima	Actitudes		
	Desfavorable	Medianamente Favorable	Favorable
Bajo	18 (6.08)	1 (7.6)	0 (5.3)
Medio Bajo	9 (8)	13 (10)	3 (7)
Medio Alto	3 (10.8)	22 (13.6)	9 (9.5)
Alto	2 (7)	4 (8.8)	16 (6.1)

$$\sum = \frac{f \cdot x \cdot r}{n}$$

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

$$gl = (k-1)(r-1)$$

$$(3-1)(4-1) = gl 6$$

$$\frac{(18-6.08)^2}{6.08} + \frac{(9-8)^2}{8} + \frac{(3-10.8)^2}{10.8} + \frac{(2-7)^2}{7} + \frac{(1-7.6)^2}{7.6} + \frac{(13-10)^2}{10} + \frac{(22-13.6)^2}{13.6} + \frac{(4-8.8)^2}{8.8} + \frac{(3-7)^2}{7} + \frac{(9-9.5)^2}{9.5} + \frac{(16-6.1)^2}{6.1}$$

• • • •



Anexo F

ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



VALIDEZ DE LA HIPOTESIS: Chi Cuadrado

Edad	Autoestima	Actitud			Total
		Desfavorable	Medianamente Favorable	Favorable	
15-19	Nivel Bajo	8 (3)	0 (3.3)	0 (2)	8
	Nivel Medio Bajo	2 (2)	4 (2.5)	0 (1.5)	6
	Nivel Medio Alto	0 (4)	10 (5.4)	3 (3.4)	13
	Nivel Alto	2 (3.4)	2 (4.6)	7 (2.8)	11
	Total				38

$$\sum = \frac{f_{xr}}{n}$$

$$gl = (k-1)(r-1)$$

$$(3-1)(4-1) = gl \ 6$$

$$\frac{(8-3)^2}{3} + \frac{(2-2)^2}{2} + \frac{(0-4)^2}{4} + \frac{(2-3.4)^2}{3.4} + \frac{(0-3.3)^2}{3.3} + \frac{(4-2.5)^2}{2.5} + \frac{(2-4.6)^2}{4.6} + \frac{(0-2)^2}{2} + \frac{(0-1.5)^2}{1.5} + \frac{(3-3.4)^2}{3.4} + \frac{(7-2.8)^2}{2.8}$$

$\sum =$



Anexo G

ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



VALIDEZ DE LA HIPOTESIS: Chi Cuadrado

Edad	Autoestima	Actitud			Total
		Desfavorable	Medianamente Favorable	Favorable	
20 - 49	Nivel Bajo	10 (3.5)	1 (4.2)	0 (3.1)	11
	Nivel Medio Bajo	7 (6.1)	9 (7.2)	3 (5.5)	19
	Nivel Medio Alto	3 (6.7)	12 (8.1)	6 (6)	21
	Nivel Alto	0 (3.5)	2 (4.2)	9 (3)	11
	Total				62

$$\sum = \frac{f_{xr}}{n}$$

$$\sum = \frac{(10-3.5)^2}{3.5} + \frac{(7-6.1)^2}{6.1} + \frac{(3-6.7)^2}{6.7} + \frac{(0-3.5)^2}{3.5} + \frac{(1-4.2)^2}{4.2} + \frac{(9-7.2)^2}{7.2} + \frac{(12-8.1)^2}{8.1} + \frac{(2-4.2)^2}{4.2} + \frac{(0-3.1)^2}{3.1} + \frac{(3-5.5)^2}{5.5} + \frac{(6-6)^2}{6} + \frac{(9-3)^2}{3} \dots$$



ANEXO H

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA

AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

Consentimiento informado para participar en un trabajo de investigación

Título del trabajo:

AUTOESTIMA Y ACTITUDES AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES DE 15 A 49 AÑOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL CENTRO DE SALUD – MICAELA BASTIDAS

NOVIEMBRE A MARZO 2012

Responsable: ANDREA NEGRETE UNOCC

Propósito y descripción de la investigación:

El propósito de la investigación es determinar si existe relación entre el nivel de autoestima y las actitudes que tienen los pacientes con tuberculosis Pulmonar al tratamiento que reciben

Procedimientos:

Si Ud. acepta participar de este estudio de investigación, una investigadora capacitada le aplicará un test de autoestima y una encuesta que incluyen ítems si

mpleos que se relacionan con sus actividades diarias respecto a su tratamiento. Es posible, que este test y encuesta pueda ser realizada en 15 minutos.

Participación voluntaria:

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Ud. podrá retirarse de la investigación en cualquier momento. También podrá decidir que no desea participar ahora o podrá decidir que desea participar y cambiar de opinión más adelante, teniendo en todo momento plena libertad de decisión. Si Ud. decide no participar o retirarse

luego de comenzar el estudio, Ud. no tendrá que dar un motivo, ni se tomarán ningún tipo de represalias o sanciones en contra de su persona.

Beneficios:

A partir de su participación buscamos identificar si existe relación entre el nivel de actitudes y nivel de autoestima que tienen los pacientes que reciben tratamiento de tuberculosis.

Riesgos y molestias:

El estudio no conlleva ningún riesgo.

Privacidad:

A fin de proteger su privacidad, su información y datos obtenidos serán rotulados con un número de sujeto en estudio y no con su nombre, ni sus iniciales; conservando su información y su consentimiento en un archivo seguro que no forma parte de los registros de esta investigación. Su nombre no figurará en ninguna publicación o informe sobre ésta investigación, trabajándose los datos apenas para los fines establecidos en este consentimiento.

Remuneración:

Ud. no recibirá ninguna remuneración por participar en este estudio.

¿DESEA PARTICIPAR EN EL PRESENTE ESTUDIO?

Confirmando que he leído las declaraciones consignadas en este consentimiento informado. Confirmando que las personas a cargo de realizar la investigación me han explicado la información y los procedimientos que incluye. Confirmando que he tenido la posibilidad de formular preguntas sobre este estudio y estoy satisfecho con las respuestas y las explicaciones referidas, tuve el tiempo y la posibilidad de leer la información cuidadosamente, conversarla con otros y decidir si deseo participar o no en el presente estudio.

CONSENTIMIENTO:

Debe entregarse una copia de este formulario de consentimiento (firmada y fechada) al sujeto o representante legal.

Nombre del sujeto: -----

(En letra imprenta)

Firma del sujeto-----fecha: -----

(Por el sujeto o representante legal)

Persona que obtuvo el consentimiento del sujeto:

Nombre: -----

(En letra imprenta).

Firma: -----Fecha: -----

Día /mes/ año



ANEXO I

INSTRUMENTOS

ESCALA DE LIKERT

I. Introducción

Buenos días mi nombre es Andrea Norma Negrete, soy alumno de la Universidad Ricardo Palma de la escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; y en esta oportunidad le presento a Ud. una encuesta y test de autoestima que constituye parte de un estudio de investigación cuyo objetivo es: “Determinar si existe relación entre el nivel de autoestima y las actitudes que tienen los pacientes con Tuberculosis Pulmonar hacia el tratamiento”. 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. Sexo:

a) Masculino b) Femenino

2. Edad:

a) 15 – 19 b) 20 – 49

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 I de tratamiento:

- a) Fase I b) Fase I

N°	FRASES	V	F
	Las cosas generalmente no me preocupan		
	Me resulta difícil hablar en público.		
	Hay muchas cosas sobre mí mismo que cambiaría si pudiera		
	Puedo tomar decisiones sin muchas dificultades		
	Soy una persona entretenida		
	En mi casa me fastidio fácilmente		
	Me toma bastante tiempo acostumbrarse a algo nuevo		
	Soy popular entre las personas de mi edad		
	Me rindo fácilmente		
	Mi familia espera demasiado de mí		
	Es bastante difícil ser yo mismo (a)		
	Mi vida es un enredo		
	Los personas/ generalmente aceptan mis ideas		
	Tengo una pobre opinión de mi mismo		
	Muchas veces me gustaría irme de mi casa		
	Generalmente me siento fastidiado en lugares públicos.		
	Físicamente no soy tan simpático (a) como la mayoría de las personas		
	Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.		
	Mi familia me comprende		
	La mayoría de las personas caen mejor de lo que caigo		
	Generalmente siento como si mi familia me presiona demasiado		
	Generalmente me siento desmoralizada (o)		
	Generalmente desearía ser otra persona		
	No se puede confiar en mi		

GRÁFICOS Y TABLAS

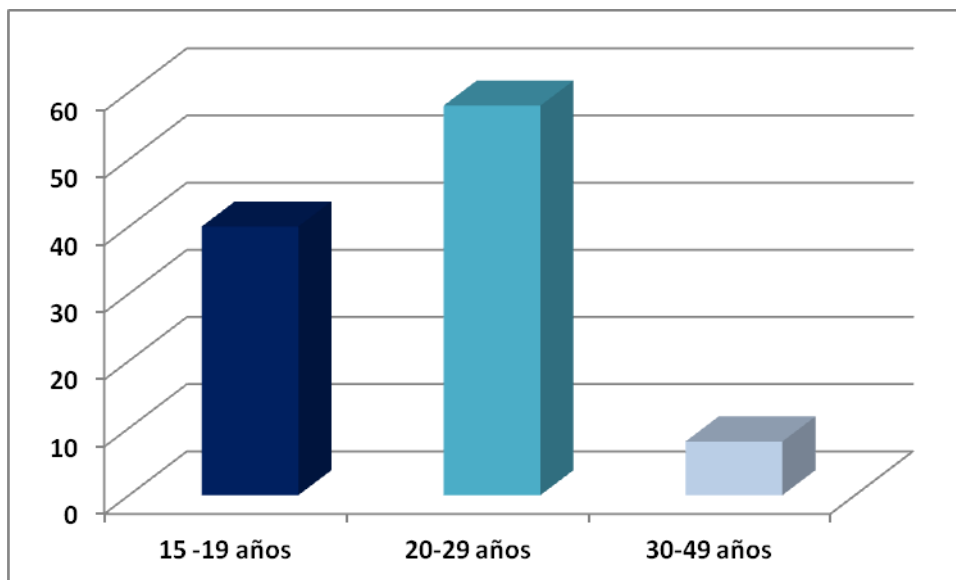
TABLA 1

DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS PULMONAR

DATOS	CATEGORIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad	15-19	39	39
	20-29	55	55
	30-49	6	6
Sexo	Femenino	48	48
	Masculino	52	52
Nivel de Instrucción	Primaria	16	16
	Secundaria	54	54
	Superior	30	30
Estado civil	Soltero	72	72
	Casado	25	25
	Viudo	2	2
	Divorciado	1	1
Hijos	Si	52	52
	No	48	48
Esquema de tratamiento	Fase I	50	50
	Fase II	45	45
	MDR	5	5

GRÁFICO 6

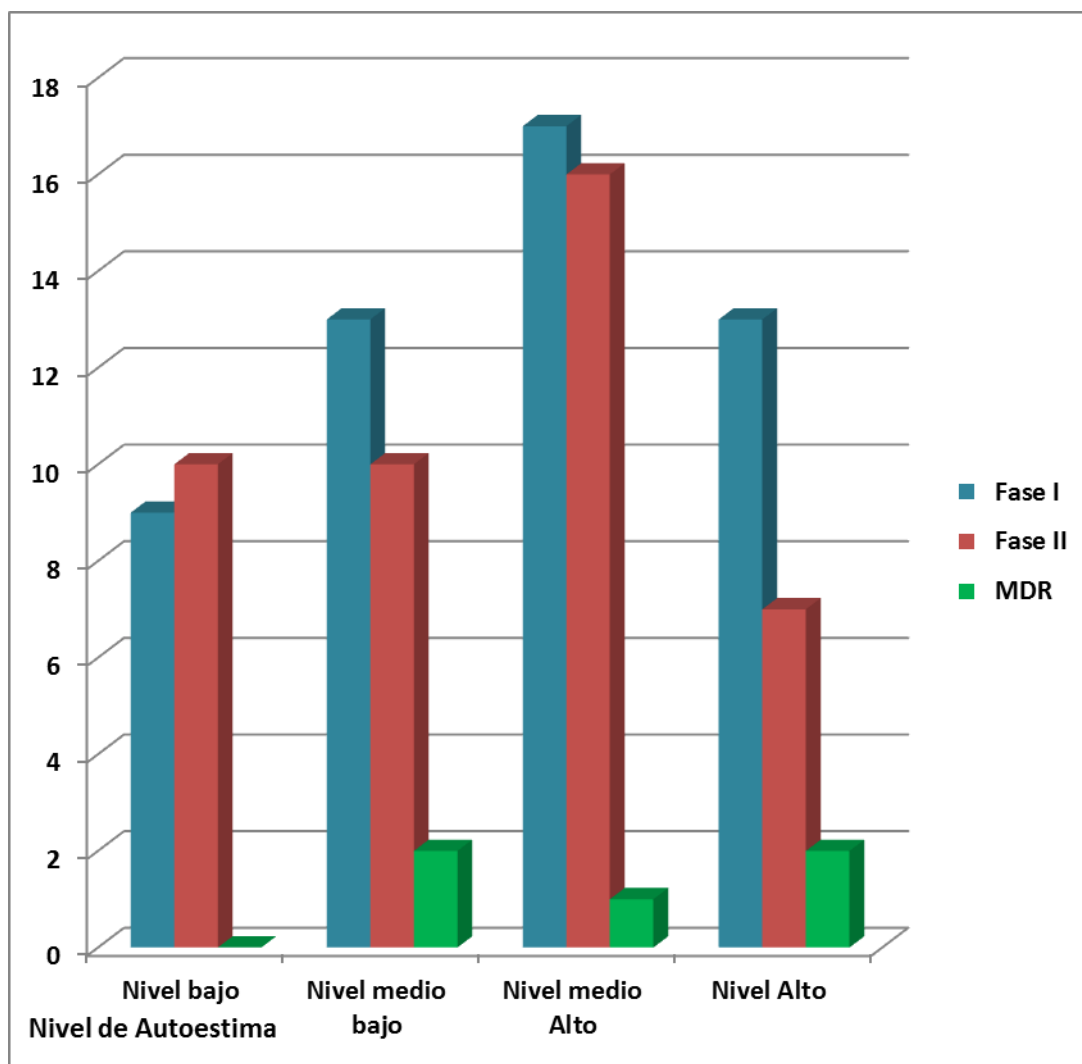
EDAD DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS PULMONAR – C.S. MICAELA BASTIDAS ENERO-MARZO 2012



En el gráfico número 7, se observa que la mayoría de los pacientes que reciben tratamiento de Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Micaela Bastidas son de 20 a 29 años.

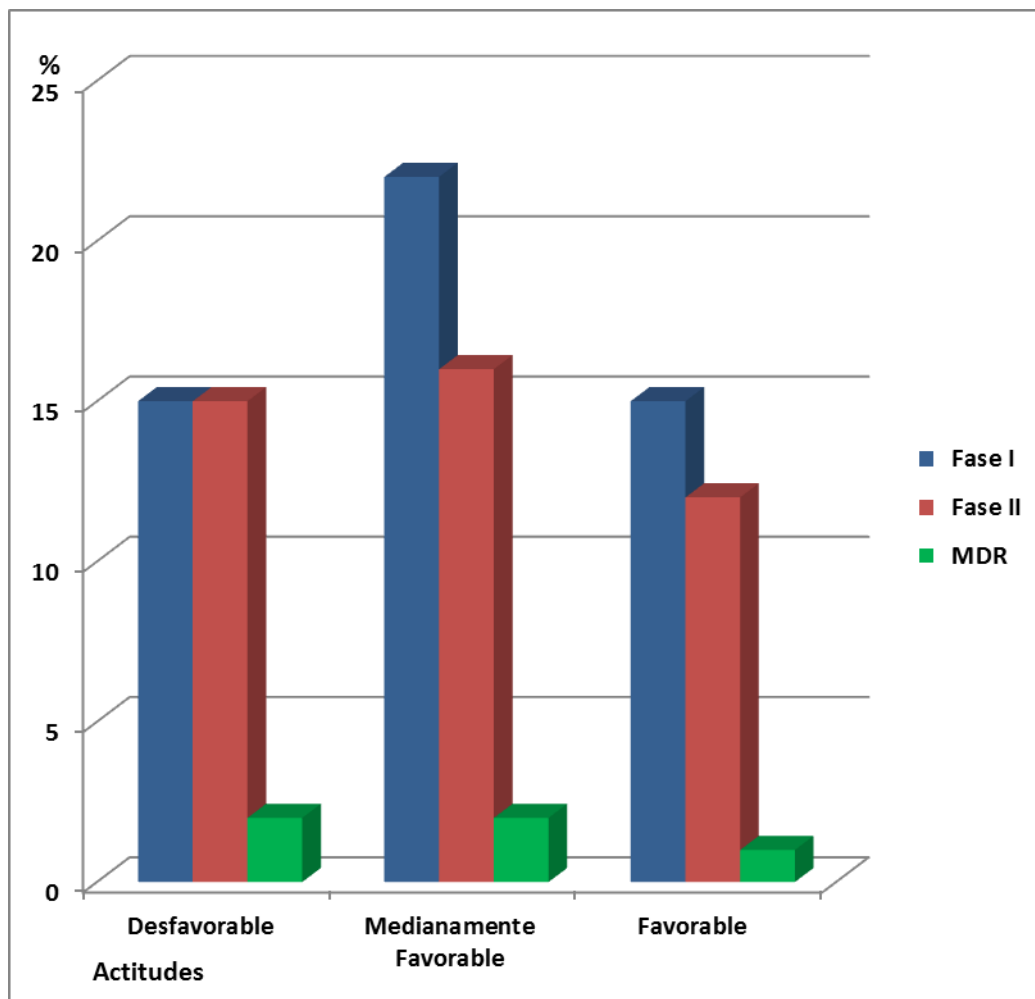
GRÁFICO 7

NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR – C.S. MICAELA BASTIDAS ENERO-MARZO 2012



En el gráfico se observa que el grupo de mayor porcentaje tienen un autoestima de medio alto y se encuentran durante la Fase I y el menor porcentaje son los del grupo de MDR.

GRÁFICO 8
ACTITUDES SEGÚN ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES
CON TUBERCULOSIS PULMONAR – C.S. MICAELA BASTIDAS ENERO-
MARZO 2012



En el gráfico se observa que el grupo de mayor porcentaje tienen actitudes medianamente favorable y se encuentran durante la Fase I y el menor porcentaje son los del grupo de MDR.

TABLA 2

Correlación entre el nivel de Autoestima y Actitudes de los pacientes que reciben tratamiento de tuberculosis en el Centro de Salud Micaela Bastidas 2012

Correlaciones			
		Escala de Autoestima	Nivel de Actitud
Escala de Autoestima	Correlación de Pearson	1	,682**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	100	100
Nivel de Actitud	Correlación de Pearson	,682**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	100	100

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La correlacion es significativa al nivel 0.01 con r- pearson entre el nivel de autoestima y actitudes es significativamente aceptable con 0,682