

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

Facultad de Medicina Humana

Escuela de Enfermería San Felipe



**Actitud de la familia hacia el paciente
con tuberculosis pulmonar en el
Hospital de Huaycán,
Ate, 2019**

Tesis

Para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Autora

Juana Lorena Arroyo Benito

Lima, Perú

2021

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

Facultad de Medicina Humana

Escuela de Enfermería San Felipe



**Actitud de la familia hacia el paciente
con tuberculosis pulmonar en el
Hospital de Huaycán,
Ate, 2019**

Tesis

Para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Autora

Juana Lorena Arroyo Benito

Lima, Perú

2021

**Actitud de la familia hacia el paciente
con tuberculosis pulmonar en el
Hospital de Huaycán,
Ate, 2019**



ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL Y CALIFICACIÓN DE TESIS

El día veintiocho de junio del año dos mil veintiuno, a la una de la tarde con treinta minutos, en la Escuela de Enfermería San Felipe, el Jurado de Sustentación de Tesis, integrado por:

- Lic. Norma Marilu Broggi Angulo.....Presidenta Primer Miembro
- Dra. Emma Bustamante Contreras.....Segundo Miembro
- Mg. Nadia Zegarra León.....Tercer Miembro

Se reúnen en presencia de la representante de la Universidad Ricardo Palma, Dra. Cecilia Morón Castro, para evaluar y dar inicio a la sustentación de la Tesis: **Actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019** cuya autora es la Srta.:

JUANA LORENA ARROYO BENITO

Concluida la exposición y como resultado de la deliberación, se acuerda conceder el calificativo de Bueno 16 (Dieciséis)

En mérito de lo cual el jurado calificador le declara apta para que se le otorgue el Título Profesional de LICENCIADA EN ENFERMERÍA

conforme a las disposiciones legales vigentes.

En fé de lo cual firman la presente:

CALIFICATIVO	
Sobresaliente	19 - 20
Muy Bueno	17 - 18
Bueno	15 - 16
Regular	13 - 14
Desaprobado	00 - 12


.....
Lic. Norma Marilu Broggi Angulo
PRESIDENTA
PRIMER MIEMBRO


.....
Dra. Emma Bustamante C
SEGUNDO MIEMBRO


.....
Mg. Nadia Zegarra León
TERCER MIEMBRO


.....
Dra. Cecilia Morón Castro
REPRESENTANTE DE LA FAMURP

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Por el presente documento, yo **Juana Lorena Arroyo Benito** identificado(a) con DNI N° 77179551, egresado(a) del Programa de Enfermería de la Universidad Ricardo Palma – URP, declaro que con conocimiento de lo establecido en la Ley Universitaria 30220, la presente tesis titulada: **Actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019**, ha sido desarrollado íntegramente por la autora que lo suscribe y afirmo total originalidad. Asumo las consecuencias de cualquier falta, error u omisión de referencias en el documento. Sé que este compromiso de autenticidad puede tener connotaciones éticas y legales; por ello, en caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a lo dispuesto en las normas académicas que dictamine la Universidad.

Lima, 28 de junio del 2021.



.....

Juana Lorena Arroyo Benito

DNI N°: 77179551

DEDICATORIA

Dedico mi tesis a mis padres que con tanto esfuerzo me brindaron la educación que necesite, la confianza de mis hermanos para poder llegar a ser una profesional y a toda mi familia que por ellos sigo saliendo adelante, a mamá Gaby por enseñarme el amor hacia el cuidado al prójimo, pero sobre todo a mí por demostrarme día a día que puedo lograrlo con constancia y confianza.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por permitirme estar disfrutando un día más de logro en mi vida profesional y darme el camino de la vocación de poder ayudar al prójimo.

A la “Universidad Ricardo Palma, Escuela de Enfermería San Felipe”, por la formación académica durante los últimos 6 años de mi vida y capacitarme emocionalmente, como también académicamente.

A la Mg. Norma Marilú Broggi Ángulo por guiar adecuadamente a la Escuela de Enfermería San Felipe y brindarnos la confianza, pero sobre todo los conocimientos para la realización de esta investigación.

A mis asesoras, por el excelente trato hacia mi persona, brindándome sus conocimientos, tiempo y sobre todo la paciencia, dedicación para culminar mi trabajo de investigación y darme la motivación para llegar a culminarlo.

Al Hospital de Huaycán, por darme la facilidad de poder realizar mi investigación y por el excelente personal del Programa de Tuberculosis, por el apoyo brindado y sobre todo a las familias de los pacientes que participaron en esta investigación, muchas gracias.

RESUMEN

Introducción: Los pacientes del programa de tuberculosis pulmonar en Huaycán, muchas veces abandonan su tratamiento antituberculoso por la falta de presencia de la familia, siendo la actitud determinante para fortalecer la adherencia, evitando la resistencia farmacológica, pero sobre todo que siga disminuyendo las cifras de muerte. **Objetivo:** Determinar la actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019. **Materiales y Métodos:** El Nivel de la investigación fue de estudio descriptivo, de tipo cuantitativo, método empírico: de observación, diseño no experimental y de corte transversal, con una muestra 60 familias, no probabilístico. La técnica utilizada en los pacientes de Huaycán fue la encuesta y como instrumento el cuestionario de “La actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar”. **Resultados:** La actitud de la familia fueron de un 86.1% (52) de aceptación, un 10.5% (6) de rechazo y un 3.4% (2) indiferencia, en cuanto a sus dimensiones: cognitivo se muestra un 85% (51) de aceptación, 10% (6) indiferencia y un 5% (3) de rechazo, en el afectivo un 49% (29) de aceptación, 45% (27) rechazo y un 6% (4) indiferencia, por último, en lo conductual hubo un 85% (51) de aceptación, 12% rechazo y un 3% (2) de indiferencia. **Conclusión:** Las actitudes de las familias ante el paciente con tuberculosis pulmonar en su mayoría fue de aceptación, sin embargo, se pudo apreciar en los indicadores una minoría de rechazo e indiferencia, es por ello, las intervenciones del profesional de enfermería ante ello.

Palabras claves: tuberculosis pulmonar, familia y actitud.

ABSTRACT

Introduction: The patients of the pulmonary tuberculosis program in Huaycán, many times abandon their antituberculous treatment due to the lack of family presence, being the decisive attitude to strengthen adherence, avoiding drug resistance, but above all to continue decreasing the numbers of death.

Objective: To determine the attitude of the family towards the patient with pulmonary tuberculosis in the Hospital de Huaycán, Ate, 2019.

Materials and Methods: The level of the investigation was descriptive study, quantitative type, empirical method: observation, non-design. experimental and cross-sectional, with a sample of 60 families, not probabilistic. The technique used in the Huaycán patients was the survey and the questionnaire "The attitude of the family towards the patient with pulmonary tuberculosis" was the instrument.

Results: The family's attitude they were 86.1% (52) of acceptance, 10.5% (6) of rejection and 3.4% (2) of indifference, in terms of its dimensions: cognitive shows 85% (51) acceptance, 10% (6) indifference and 5% (3) rejection, in the affective 49% (29) acceptance, 45% (27) rejection and 6% (4) indifference, finally, in the behavioral was 85% (51) acceptance, 12% rejection and 3% (2) of indifference.

Conclusion: The attitudes of the families towards the patient with pulmonary tuberculosis they were mostly accepting, however, a minority of rejection and indifference could be seen in the indicators, which is why the nursing professional's interventions before it.

Keywords: pulmonary tuberculosis, family and attitude.

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema	3
1.2 Formulación del Problema	5
1.2.1 Problema General.....	5
1.2.2 Problemas Específicos.....	5
1.3 Justificación de la Investigación.....	6
1.4 Línea de Investigación.....	8
1.5 Objetivos de la Investigación.....	9
1.5.1 Objetivo General.....	9
1.5.2 Objetivos Específicos.....	9

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación.....	10
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	10
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	11
2.2 Base Teórica.....	17
2.2.1 Situación epidemiológica de la tuberculosis.....	17
2.2.2 Tuberculosis Pulmonar.....	19
2.2.2.1 Fisiopatología.....	19
2.2.2.2 Signos y síntomas.....	22
2.2.2.3 Prevención de la tuberculosis.....	22
2.2.2.4 Diagnóstico de la tuberculosis.....	23
2.2.2.5 Tratamiento.....	24
2.2.2.6 Resistencia a fármacos.....	25
2.2.2.7 Adherencia al tratamiento.....	26

2.2.2.8 Factores que se asocia en el aumento de la tuberculosis....	27
2.2.2.9 Consecuencias de abandonar el tratamiento.....	30
2.2.2.10 Mitos sobre la tuberculosis.....	31
2.2.2.11 Rol de profesional de enfermería en el programa de tuberculosis.....	32
2.2.3 La familia.....	34
2.2.3.1 Función de la familia.....	35
2.2.3.2 Importancia del Apoyo Familiar.....	36
2.2.3.3 La salud en la familia.....	38
2.2.4 Actitud	38
2.2.4.1 Dimensiones de la actitud.....	39
2.2.4.2 Tipos de actitudes.....	44
2.2.4.3 Medición de las actitudes.....	45
2.2.5 Teoría de Nola Pender.....	45
2.3 Definición de Términos	46
2.3.1 Actitud	46
2.3.2 Familia.....	46
2.3.3 Tuberculosis Pulmonar.....	46
2.4 Consideraciones Éticas.....	47
CAPÍTULO 3: HIPÓTESIS Y VARIABLE	
3.1 Hipótesis.....	49
3.2 Variable.....	49
3.2.1 Operacionalización de Variable.....	50
3.2.2 Matriz de Consistencia.....	52
CAPÍTULO 4: MATERIALES Y MÉTODOS	
4.1 Nivel de Investigación	53

4.2 Tipo de Investigación	53
4.3 Método de Investigación.....	53
4.4 Diseño de la Investigación.....	53
4.5 Lugar de Ejecución del Estudio.....	54
4.6 Unidad de Análisis.....	55
4.7 Población y Muestra de Estudio.....	55
4.7.1 Población de Estudio.....	55
4.7.2 Muestra del Estudio.....	56
4.7.2.1 Criterio de Inclusión.....	56
4.7.2.2 Criterio de Exclusión.....	57
4.8 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	57
4.9 Recolección de Datos.....	58
4.10 Técnicas de Procesamiento y Análisis Estadístico de Datos.....	59
CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
5.1 Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados.....	62
5.2 Discusión.....	72
CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
6.1 Conclusiones.....	85
6.2 Recomendaciones.....	86
6.3 Limitaciones.....	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXO.....	96

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Datos generales de los familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019.	63
Tabla 2. Indicadores de la dimensión cognitiva de la actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019.	65
Tabla 3. Indicadores de la dimensión afectiva de la actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019.	68
Tabla 4. Indicadores de la dimensión conductual de la actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019.	71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycan, Ate, 2019.	62
Gráfico 2. Actitud según la dimensión afectiva de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019.	64
Gráfico 3. Actitud según la dimensión cognitivo de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019	67
Gráfico 4. Actitud según la dimensión conductual de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019.	70

ÍNDICE DE ANEXOS

		Pág.
Anexo A	Consentimiento Informado.	97
Anexo B	Actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019	98
Anexo C	Validez del Instrumento.	102
Anexo D	Confiabilidad del Instrumento.	103
Anexo E	Hoja de validación de instrumento	104
Anexo F	Respuesta del Hospital de Huaycán autorizando la investigación.	105
Anexo G	Constancia del estadístico	106
Anexo H	Carta de revisión lingüista	107
Anexo I	Informe de originalidad de turnitin	108

INTRODUCCIÓN

El pilar fundamental dentro de nuestra sociedad es la familia, siendo de gran importancia a nivel emocional para la persona, es como ellos muestran su afecto en cada situación que se presenta, por esta razón se toma en cuenta la actitud hacia cada uno de los miembros que están conformados. Para la investigación se tomó como un antecedente del estudio realizado en Colombia que muestran que el 11% tuvieron problemas a nivel afectivo a consecuencia del gran problema dentro de la sociedad, como también dentro de los hogares. El Perú ocupaba el décimo quinto lugar en causas de muertes en el año 2015 por los 30 988 casos de tuberculosis, es por ello, que se debe contar con la participación activa de los familiares directos del paciente con tuberculosis pulmonar (TB) para su pronta recuperación, no solo física, sino psicológicamente y así, poder identificar cuáles son las actitudes que toma la familia del paciente que es diagnosticado.

Mientras que los pacientes diagnosticados con tuberculosis se exponen a una cruel sociedad, para poder curar su enfermedad debido al rechazo, la culpa, la discriminación de su entorno hacia él, así como también de las actitudes que muestran sus familias, por esta razón, es importante que se involucren para evitar que sus pacientes abandonen el tratamiento y no solo puedan sufrir depresión y/o culpa, sino también que siga aumentando las cifras de muerte debido a la tuberculosis pulmonar.

Cabe destacar que, en el Hospital de Huaycán, cuentan con pacientes registrados dentro del Programa de Control de la Tuberculosis, llevando su tratamiento, el familiar y paciente reciben la información necesaria acerca de la prevención en la primera sesión, igualmente reciben el apoyo por parte de todo el equipo multidisciplinario, siendo de gran importancia las charlas educativas y las sesiones de apoyo.

La presente investigación tiene como objetivo general el poder determinar “la actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019”, además poder identificar las tres dimensiones que son: afectiva, cognitiva y conductual, teniendo como resultados de aceptación, rechazo o de indiferencia.

Es por ello, que en esta investigación que se realizó se presentó una contribución importante para el rol de enfermería y los resultados servirán para las estrategias de intervención en salud del paciente, pero sobre todo en futuras investigaciones para trabajar con las familias de manera promocional, preventivas y en el fortalecimiento de los programas de tuberculosis en hospitales.

El estudio consta de 6 capítulos distribuidos de esta manera:

Capítulo 1: La investigación aborda el Problema de la Investigación, que está constituido por el Planteamiento del Problema, Formulación del Problema, Justificación de la Investigación, Objetivos de la investigación y la Línea de Investigación. En el Capítulo 2: Marco teórico, que hace referencia a toda la teoría de la investigación con los: Antecedentes de la Investigación, Base Teórica sustentando la variable de estudio, Definición de Términos y las Consideraciones Éticas. En el Capítulo 3: Hipótesis y Variable constituido por la Operacionalización de Variable y Matriz de Consistencia. En el Capítulo 4: Materiales y Métodos de la Investigación: que aborda el Nivel de Investigación, Tipo de Investigación, Método e Investigación, Diseño de la Investigación, Lugar de Ejecución del Estudio, Unidad de Análisis, Población y Muestra de estudio, Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos, Recolección de Datos, Técnicas de Procesamiento y Análisis Estadístico de Datos. En el Capítulo 5: integrado por la Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados y la Discusión, que comprende la presentación, análisis e interpretación de los resultados de la investigación. En el Capítulo 6: Se realiza las Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. Por último, las Referencias Bibliográficas y Anexos del estudio.

CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

A nivel mundial, se declara a la tuberculosis (TB) como una emergencia global advirtiendo que puede llegar a costar más de 30 millones de vidas, por lo tanto, es preciso tener una acción inmediata, para poder frenar su diseminación⁽¹⁾.

Aproximadamente, el tercio de la población están infectadas por el Bacilo de Koch. La cifra estimada de muertes por TB en el 2016, fue de 1,3 millones (frente a los 1,7 millones de 2000). La cifra estimada de personas que contrajeron la TB ese mismo año fue de 10,4 millones de las cuales el 90% eran adultos, el 65% era del sexo masculino y el 10% eran personas infectadas por el VIH (74% en África) y el 56% vivían en cinco países que son la India, Indonesia, China, Filipinas y Pakistán. La TB acelera la progresión de la infección cuando aumenta su carga viral generando el aumento de la infección del VIH a SIDA teniendo como desenlace la muerte⁽²⁾.

No solo podrían evitarse la mayoría de las muertes por TB con un diagnóstico precoz, sino también, con un tratamiento apropiado en cada persona, cada año se diagnostican y se tratan eficazmente millones de personas, lo que se evita millones de muertes (53 millones entre el año 2000 y 2016), pero sigue habiendo grandes lagunas en relación a la detección y tratamiento de la TB. En Sudamérica, de hecho, el abandono de tratamiento según un estudio que se realizó en Colombia, reportó que el 11 % tuvieron problemas de lazos y relaciones familiares, obstaculizando el cumplimiento del tratamiento⁽³⁾. En las Américas, en el 2019, se estimaron 289.000 casos de tuberculosis. La mortalidad estimada para la región fue 22.900 de los cuales el 26% (5.900) corresponde a la coinfección por TB/VIH. También se estimaron 11.000 casos estimados de TB-DR en las Américas para el 2019⁽⁴⁾.

A nivel nacional, la TB está ocupando el décimo quinto lugar de las causas de muerte, el año 2015 se notificaron 30 988 casos de TB, produjeron 37 mil

casos de TB con una tasa de gran incidencia como los 119 casos por 100 mil habitantes y 2 500 muertes por tuberculosis⁽⁵⁾.

Los programas de TB en muchos países presentan una pobre calidad, siendo el rápido crecimiento de la población adulta infectada con el bacilo de koch y el efecto del VIH hacen que la incidencia de la enfermedad, empeore la situación⁽⁶⁾.

En el año 2013 al 2014 se presentó una incidencia de TB en los Departamentos de: Madre de Dios, Ucayali, Lima, Loreto e Ica, el 72% reportaron casos nuevos notificados en el país, sin embargo, Lima sigue siendo el Departamento de más casos de TB que presenta el país con un 60% siendo de más alta incidencia y ser el tercer departamento con mayor porcentaje de casos que se concentran en las provincias metropolitana de Lima como en los distritos de: Rímac, San Juan de Lurigancho, La Victoria, Agustino, Santa Anita, Ate y Barranco⁽⁷⁾.

Por esta razón, el problema del estigma nace del desconocimiento poniendo etiquetas a las personas, de ahí desencadenan en prácticas discriminatorias dentro de la sociedad llegando en muchos casos a la muerte social, por las bajas oportunidades que presentan para que puedan reintegrarse a la sociedad y presenten una vida digna, es por ello, que los malestares físicos no son con lo único que ellos tienen que lidiar, sino también luchar contra la discriminación, pero sobre todo el estigma de la sociedad, que muchas veces vulnera como persona sus derechos fundamentales⁽⁸⁾.

Es importante mencionar que la familia es el entorno más cercano que va a tener el paciente con TB en recibir apoyo, pero cuando este entorno se desintegra generara como consecuencia hacer sentir inútil o culpable, pero sobre todo se marginara a la persona enferma, entonces esto generara en el paciente sentirse rechazado dentro del hogar y carecerá de motivación para poder culminar su tratamiento⁽⁹⁾.

En este caso, se ve la importancia de la familia, teniendo como referencia ser una unidad de personas que mantienen un lazo de parentesco entre sus

miembros; para la persona que se le diagnostica la TB, al recibir la noticia de su diagnóstico empieza el cambio de la forma como se ve a sí mismo, ya que no encuentran motivos para seguir luchando, ello afecta profundamente la autoestima y el autoconcepto del paciente diagnosticado. La adaptación dependerá de los siguientes factores como es la edad, el sexo, el apoyo familiar, la educación⁽¹⁰⁾.

Este contexto no es ajeno a la realidad de los familiares de los pacientes con tuberculosis que están dentro del programa de PCT del Hospital de Huaycán, ya que durante la entrevista, se presenciaron actitudes de vergüenza, desesperanza, miedo, enojo, resignación y en algunos casos trataban de esquivar las preguntas porque mencionaban que “por culpa de él, mis vecinos ya no me tratan igual” o de “ahora nos tenemos que cuidar y limpiar la casa todos los días para no contagiarnos”, “cuando viene la enfermera todos mis vecinos me preguntan quién está mal en mi casa”, “me da miedo que no termine su tratamiento y muera”. Es por eso, el interés de estudio en cuanto a la familia, cuanto puede influir la actitud de ellos durante el proceso de la enfermedad.

Es por ello, la realización de este estudio que se enfoca en la problemática demostrada.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019?

1.2.2 Problemas Específicos

- ¿Cuál es la actitud cognitiva de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019?
- ¿Cuál es la actitud afectiva de la familia hacia el paciente con tuberculosis Pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019?

- ¿Cuál es la actitud conductual de la familia hacia el paciente con tuberculosis Pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019?

1.3 Justificación de la Investigación

Justificación Teórica: La investigación permitió obtener un mayor conocimiento acerca de las actitudes de la familia hacia los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar del programa de tuberculosis del Hospital de Huaycán, con el propósito de que logre culminar su tratamiento, en donde reciben apoyo, protección, amor, cohesión, regulación, alimentación y socialización de sus integrantes es en el núcleo familiar. La actitud del familiar va a permitir al profesional de enfermería en reforzar la participación de ella, ya que tendremos un aliado dentro de casa para su recuperación, mientras que el personal de salud tiene la responsabilidad dentro del Hospital, formándose un equipo en beneficio del paciente, para evitar abandono en cuanto al tratamiento y así podrá disminuir la resistencia de los medicamentos y que el paciente salga recuperado para seguir con sus actividades cotidianas. En el 2016 se reportó una tasa de 98,7 % al igual que el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que en el año 2015 fueron 1,375 los fallecidos de tuberculosis por hechos vitales, mientras que los reportes en el país fueron de 1,162 fallecidos, sin entrar al sistema de salud por el cual se permitió la transmisión comunitaria que afectó a 213 personas que murieron⁽¹¹⁾.

Además, el presente trabajo toma importancia teórica debido al “Reglamento de la Ley N° 30287, Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú” del Ministerio de salud (MINSA) que establece una norma técnica de salud que hace mención a la atención integral de las personas infectadas por la tuberculosis y esta será atendida desde la prevención hasta la rehabilitación como también el seguimiento de los pacientes. Cabe mencionar que esta norma está activamente en función en los establecimientos de salud públicos como también de privados⁽⁷⁾.

Justificación Práctica: Es importante esta investigación porque su mayor benefactor será los pacientes del programa de tuberculosis del Hospital de

Huaycán, viéndose reflejado en la disminución de casos de abandono, muertes o de resistencia al tratamiento por las acciones del personal de salud al igual que la familia contribuyendo en conjunto para brindarle una atención de calidad con información y consejería acerca de la enfermedad, de igual manera respondiéndole las interrogantes durante su tratamiento. Los resultados obtenidos en nuestra investigación servirán para trabajar en la actitud para identificarla y mejorar la situación de sus pacientes para fortalecer la adherencia al tratamiento.

Tomando protagonismo la salud pública como medio preventivo en el campo de la salud que busca analizar el problema que hay en la población, el Programa de PCT en el Hospital de Huaycán, cumple un rol importante, brindando una atención integral al paciente, sobre todo en poder identificar que actitudes presentan con sus pacientes, para así poder ayudar a planificar estrategias con la finalidad de fortalecer los lazos familiares. Sin embargo, debido a las tasas elevadas de incidencia sobre el abandono del tratamiento de la tuberculosis, se obtuvo la manifestación del Dr. Juan Villena Vizcarra, Decano del Colegio Médico del Perú, que se le realizó una entrevista en el Diario escrito "Correo" manifestando en la publicación que "mil pacientes con tuberculosis abandonan su tratamiento cada año en el Perú debido a múltiples factores, entre ellos la falta de apoyo familiar"⁽¹²⁾.

Como se mencionó anteriormente, el apoyo de la familia directamente puede contribuir a la adherencia del tratamiento, reduciendo el abandono, evitando complicaciones e incrementando la tasa de éxito en el tratamiento. Por esta razón, esta investigación nace de la necesidad de conocer las actitudes de las familias hacia su familiar diagnosticado con tuberculosis, para que mediante esos datos se pueda actuar y ayudar a la familia en brindar apoyo emocional, mediante la empatía, el amor, la confianza, la preocupación y sobre todo la compañía, de igual manera la importancia del apoyo informativo, como son los consejos acerca de su enfermedad, de la información que debe brindar el profesional de la salud durante el diagnóstico, tratamiento y recuperación del paciente enfermo siendo el entorno social favorable para su mejoría.

Justificación Metodológica: Se modificó el instrumento en los datos sociodemográficos por el motivo que las preguntas se presentaron de forma abierta, interpretándose de manera amplia, es por ello, que se cambió por el sexo: femenino-masculino, el grado de instrucción: primaria-secundaria-superior, la relación que se tienen con el paciente: padre/madre – conviviente-hijo con alternativas cerradas. Además, en la segunda parte que estaban clasificadas las dimensiones se cambió las alternativas por aceptación, indiferencia y rechazo porque los antecedentes encontrados presentaron resultados con estas opciones y se optó por modificarla para tener una mejor comparación en la discusión. Además, el instrumento está relacionado a lo que se desea investigar, por ello, se realizó la validación para que sea adecuada en la investigación y sobre todo en la aplicación dentro del estudio a nuestra muestra.

1.4 Línea de Investigación

Esta investigación pertenece a la “línea de salud individual, familiar y comunal”.

Salud individual porque promueve un diálogo entre el personal de salud y la familia alcanzando acuerdos para la solución de problemas en su salud para el fortalecimiento de las capacidades de su atención. Se consideró a la familia porque es donde se puede identificar los riesgos o las condiciones de vida que modelan la salud/ enfermedad, además, ellos cumplen un rol protector con sus integrantes, promoviendo la participación individual en actividades saludables y en desarrollar acciones preventivas, promocionales, curativas, recuperativas y de rehabilitación. En esta investigación las actitudes del familiar es consecuencia de la formación que se le presentó en su hogar. Mientras que en el ámbito comunal se puede promover una organización para la participación en campañas que ayuden a promover la salud evitando los riesgos de salud de los pobladores⁽¹³⁾.

1.5 Objetivos de la Investigación:

1.5.1 Objetivo General:

Determinar las actitudes de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019.

1.5.2 Objetivos Específicos:

-Identificar la actitud en la dimensión cognitiva de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019.

-Identificar la actitud en la dimensión afectiva de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019.

-Identificar la actitud en la dimensión conductual de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Sánchez N⁽¹⁴⁾, Ecuador, (2017), realizó un trabajo de investigación llevando como título: “Conocimiento actitudes y prácticas de pacientes con Tuberculosis atendidos en el Centro de Salud Tipo C “Nueva San Rafael”, 2017”, teniendo como objetivo el “determinar los conocimientos, actitudes y las prácticas de los pacientes diagnosticados con tuberculosis”. El estudio que se desarrolló fue de enfoque cualitativo-cuantitativo y de nivel descriptivo porque estudió la información acerca de las actitudes, teniendo como población de estudio a 16 pacientes que acudieron al Centro de Salud de ahí se obtuvieron los siguientes resultados que fue un alto porcentaje de paciente presentaron un 93,8% de aceptación, mientras que el 6,3% poseen una actitud de rechazo, de tal manera que el autor concluye que la mayoría de los pacientes evaluados durante el trabajo presentaron una actitud de aceptación, entonces se podría decir que esto influyó significativamente en el cumplimiento del tratamiento, mejorando el ambiente familiar.

Lozano A, Marcela C, Castrillón L⁽¹⁵⁾, en Colombia (2013), llevaron a cabo el trabajo de investigación que fue titulada: “Consecuencias generadas a nivel familiar e individual por el diagnóstico de Tuberculosis en los pacientes de Guadalajara de Buga año 2013”, con el objetivo específico el poder identificar las actitudes en el cuidador/familiar que adoptó hacia el paciente diagnosticado con tuberculosis. La Metodología fue de enfoque cuantitativo y de nivel descriptivo analizando las características de su muestra de 17 pacientes, que estuvieron dentro del programa de tuberculosis, accediendo a los resultados que el 35% siente rechazo, mientras que el 65% no presentó rechazo hacia su familiar diagnosticado, como en trabajos anteriores se resalta el papel fundamental de la familia

durante el proceso de diagnóstico, es por ello, la importancia de todos los estudios no solamente hacia el paciente, sino también hacia la familia, en las conclusiones que las autoras presentaron hacen referencia que la educación juega un papel importante dentro del individuo, favoreciendo a la familia y manifestándose en la comunidad, porque es el único método para poder disminuir las recaídas durante el tratamiento. Además, resaltaron que los pacientes que estaban dentro del programa de tuberculosis culminaron el tratamiento satisfactoriamente, del mismo modo, el buen trabajo del equipo multidisciplinario.

Moreira I, et al⁽¹⁶⁾, en Brasil, (2010), en el artículo de investigación que fue titulada: “Conocimiento y percepción de las familias sobre Tuberculosis en pacientes bajo tratamiento directamente observado en un servicio de Salud de Ribeiro Preto-Sp, Brasil”, con el objetivo de poder “describir el perfil demográfico de las familias de pacientes con tuberculosis en el tratamiento directamente observado, en el servicio de salud”, ya mencionado. La Metodología que utilizaron fue de nivel descriptivo, teniendo un enfoque cualitativo, utilizando una muestra de estudio de 16 familias de pacientes que asistieron al centro de salud. Los resultados obtenidos con relación a la pregunta de una palabra para expresar una convivencia con un enfermo de tuberculosis en la cual las familias refirieron que un 37.50% muestran indiferencia hacia el paciente, los autores concluyeron del rol importante de la familia y de las actitudes que muestran hacia el cuidado del paciente durante la enfermedad, esto servirá para que el paciente encuentre las fuerzas y el apoyo necesario en su rehabilitación. Además, de su participación en la gestión de los servicios de salud en dicho país.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Alca M, Terreros K⁽¹⁷⁾, en Lima, (2018), realizaron una investigación que fue titulada: “Riesgo familiar total y actitud de los familiares de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Infantas los Olivos, Lima 2017”, teniendo como objetivo general el “poder

determinar la relación que existe entre el riesgo familiar total y la actitud de los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar”. La Metodología empleada fue de enfoque cuantitativo y de diseño descriptivo correlacional. La muestra estuvo conformada por 50 familiares de pacientes registrados en el programa de PCT, teniendo como resultado en las siguientes cifras que el 80% de las familias mostraron una actitud de aceptación, mientras que un 20% refiere una actitud de indiferencia, del mismo modo lo demuestra en las dimensiones de la actitud, en lo cognitivo con el 100% de aceptación, en lo afectivo el 94% mostraron una actitud de indiferencia y un pequeño margen 6% presentaron actitudes de aceptación. Por último, en cuanto al componente conductual, la mayoría de los familiares de los pacientes presentaron actitudes de aceptación 84%, mientras que el 16% presentó una actitud de indiferencia de manera que las autoras concluyeron que para su estudio existió la relación entre el riesgo familiar y la actitud de los familiares de los pacientes, es por ello, mientras más riesgo se presentó hubo una mayor tendencia a la indiferencia hacia sus pacientes con tuberculosis.

Flores J, Quispe M⁽¹⁸⁾, en Juliaca, (2017), llevaron a cabo su trabajo de investigación titulada: “Eficacia del programa “Respirando Vida” para mejorar conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis pulmonar en Familiares de Pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud del Hospital III ESSALUD, Juliaca – 2017”, con el objetivo general de “poder determinar la eficacia en el programa “Respirando Vida” y así mejorar los conocimientos y actitudes acerca de la tuberculosis pulmonar en las familias de los pacientes, que asisten al Programa de Prevención y Control de Tuberculosis del Módulo de Atención de Salud” de dicho Hospital ya mencionado. El trabajo de investigación tuvo un enfoque cuantitativo, diseño pre-experimental y de corte transversal, analizando las características de su población que estuvo conformada por 25 familiares de pacientes con tuberculosis. Se obtuvo como

resultado un 60% de rechazo y un 40% con actitud de aceptación frente a la tuberculosis. En la investigación, los autores manifestaron su recomendación al Hospital en cuestión, con relación a la responsabilidad del personal de enfermería en realizar las visitas domiciliarias y de igual manera en la educación sanitaria, ya que se evitará el contagio hacia el entorno.

Aulla N⁽¹⁹⁾, en Jicamarca, (2017), realizó un trabajo de investigación que fue titulada: “Actitud de la Familia de los Pacientes con Tuberculosis en el Centro de Salud Jicamarca 2017”, teniendo como objetivo general el “describir la actitud de la familia de los pacientes diagnosticados de Tuberculosis en el Centro de Salud, Jicamarca”. La Metodología que fue utilizada corresponde al nivel descriptivo y de enfoque cuantitativo, la muestra estuvo constituida por 29 familias de pacientes que asisten al programa del Centro de Salud. El resultado que obtuvieron fue de un 60% señala un nivel de aceptación cifra importante para el proceso de afrontamiento durante la enfermedad, por lo que, disminuirá el miedo y mejorará su recuperación del paciente mientras que el 30% señala un nivel de indiferencia y el 10% presenta un nivel de rechazo, esto influirá positivamente a nivel personal, de igual manera, al nivel social para que no abandone el tratamiento. A manera que la autora concluye en el estudio, que predomina una actitud de aceptación en las familias, estos resultados muestran que hay apoyo y aceptan a sus pacientes durante su enfermedad, ayudándolos en la recuperación y sobre todo en culminar el tratamiento, evitando el contagio de su entorno en donde se desarrolla.

Zuta S⁽²⁰⁾, en Lima, (2017), realizó un trabajo de investigación titulado: “Actitud de los familiares hacia el paciente con tuberculosis pulmonar y las medidas preventivas para evitar el contagio en el hogar de la micro red José Carlos Mariátegui-octubre 2016”. Tuvo como objetivo general el “determinar las actitudes de los familiares hacia el paciente que presenta tuberculosis pulmonar”. Se utilizó la metodología de

nivel descriptivo y de enfoque cuantitativo, contando con una población de estudio de 74 familias de los pacientes que pertenecen a la ESCT del Programa. En los resultados que fueron mostrados en el siguiente trabajo, se puede resaltar que la indiferencia es de un 44%, mientras el 35% de rechazo y 21% de aceptación, mientras en las dimensiones cognitivo con un 60% de aceptación, de indiferencia con un 25% y un 15% de rechazo; por otra parte, en la dimensión afectiva un 80% de indiferencia, con un 10% de rechazo y un 10% de aceptación, por último, en lo conductual el 55% de indiferencia, el 25% de aceptación y con un 10% de rechazo. Con estas cifras el autor concluyó acerca del desinterés en las familias hacia sus pacientes con tuberculosis pulmonar, para ellos no es importante acompañar al paciente durante la etapa de la enfermedad, es allí, cuando el paciente se vuelve vulnerable en abandonar el tratamiento. Para finalizar, la autora resaltó las funciones del personal de salud entre ellas la planificación en cuanto a la prevención de la propagación de la enfermedad y de enfocarse en fortalecer la educación en las familias, trabajando con ellos, porque son el soporte emocional y social, así como el paciente enfrente su enfermedad y pueda terminar el tratamiento.

Flores S⁽²¹⁾, en Lima, (2016), realizó su trabajo de investigación el cual fue titulado: “Actitud de la familia del paciente con tuberculosis pulmonar frente al diagnóstico y tratamiento en el Centro de Salud San Genaro de Villa-Chorrillos noviembre 2016”, teniendo como objetivo general el “determinar la actitud de la familia del paciente que presenta tuberculosis pulmonar frente a su diagnóstico y tratamiento que lo realiza en el Centro de Salud de San Genaro de Villa”. La Metodología de investigación fue de enfoque cuantitativo de nivel descriptivo, que fue aplicado a una muestra conformada por 50 familias de los pacientes que asisten al programa del Centro de Salud. Los resultados obtenidos en la investigación son que un 60% se mostraron indiferentes, en cuanto al tratamiento y diagnóstico, mientras que un 24% demostró rechazo, así mismo, el 16% aceptaron

la enfermedad de sus pacientes, pero en la actualidad los familiares no están concientizados con la enfermedad, por esa razón el paciente se siente aislado y sobre todo no se siente aceptado. Los resultados que presentaron acerca de las tres dimensiones de la actitud cognitivo el “48% de familias son indiferentes, mientras que en la dimensión afectiva 46% muestran rechazo y en la dimensión conductual 48% fue de indiferencia y rechazo”. El autor concluyó que la familia en el centro de salud San Genaro de Chorrillos muestra indiferencia en cuanto a la enfermedad de su paciente, sin dejar de lado las recomendaciones que plantea en su investigación y del equipo multidisciplinario que tiene la responsabilidad en fortalecer las acciones educativas hacia la familia. Así mismo, la familia tiene la responsabilidad en acompañar y de recibir charlas educativas durante el proceso de tratamiento de su familiar diagnosticado.

Chávez M⁽²²⁾, en Arequipa, (2015), realizó un trabajo de investigación en que fue titulado: “Actitud de la familia frente al paciente con tuberculosis en el proceso de tratamiento en la Micro Red de salud Santa Adriana 2015 – Juliaca”, siendo su objetivo general el “poder conocer la actitud de la familia en el paciente con tuberculosis durante el proceso de su tratamiento”. La Metodología fue de nivel descriptivo, así mismo de corte transversal y de enfoque cualitativo, la muestra fue aplicado a 96 familias de 6 establecimientos de salud que conforman la Micro red Santa Adriana. Se presentó en las siguientes cifras que el 81.8% de familias muestra una actitud favorable, sin embargo, el autor lo clasificó en favorables de un 45.5% y muy favorables de 36.4%, estas cifras tuvieron un soporte positivo no solo al nivel emocional, sino también al nivel social frente a la enfermedad, logrando su pronta recuperación, se identificó el 18,2 % de actitud desfavorable en el comportamiento de las familias, siendo esta una actitud negativa para el paciente, privándolo de tener un buen estilo de vida, así como también, el buen soporte emocional, generando hacia él sentimiento de culpa y rechazo de la sociedad, llevándolos al

posible abandono. Con esto se evidenció en el estudio que hay una actitud favorable de las familias hacia sus pacientes que reciben tratamiento en el programa de tuberculosis, predominando el soporte emocional que eso conlleva a su recuperación.

Dávila E, Morí L⁽²³⁾, en Iquitos, (2015), realizaron una investigación que fue titulada: “Conocimiento y las Actitudes de la Familia frente al Diagnóstico y Tratamiento de los Pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos-2015”, teniendo como objetivo general el “poder determinar el conocimiento y las actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en los pacientes que son atendidos en el Programa de Tuberculosis del Hospital” ya mencionado. La Metodología empleada por los autores fue de descriptivo y de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, correlacional y de corte transversal. Constituida por 80 familias, teniendo como resultado las siguientes cifras: que el 68.8% de familias presentan una actitud de rechazo, mientras que el 16.2% muestra una actitud de aceptación y el 15% una actitud de indiferencia; de manera que concluyen resaltando la actitud de rechazo por parte de la familia, debido a que no cumplen su rol de soporte emocional, por esta razón el paciente no termina su tratamiento, en consecuencia esto afecta significativamente su salud y al entorno donde se desarrolla diariamente.

Chinchay M⁽²⁴⁾, en Cajamarca, (2015), realizó su trabajo de investigación que llevo como título: “Actitud del cuidador familiar y el cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar-Jaén, 2012”, con el objetivo general el poder “determinar la relación que existe entre la actitud del cuidador-familiar y el cuidado hacia la persona que presenta el diagnóstico de tuberculosis en el Sector de Morro Solar”. La Metodología de trabajo fue de nivel descriptiva correlacional, porque midió la relación que presenta sus dos variables de estudio y con diseño transversal. La población de

muestra estuvo constituida por 30 familiares-cuidadores de las personas que presentan el diagnóstico de tuberculosis, los resultados que mostraron, manifiestan que la actitud cognitiva fue de un 66,7% de aceptación, mientras que, en lo conductual de un 60% es desfavorable y de la actitud afectiva se mostró un 40% de familias indecisa, esto quiere decir, el poco compromiso que tiene la familia hacia el paciente con tuberculosis. Además, mostrando la indiferencia durante el proceso de tratamiento, hay un trabajo del equipo multidisciplinario de salud en prestarle la máxima atención en cuanto a la educación sanitaria, ya que la familia al igual que la sociedad puedan brindar seguridad y confianza al paciente con tuberculosis, afrontando la enfermedad, dado que la recuperación sea favorable hacia el paciente.

2.2 Base Teórica

2.2.1 *Situación epidemiológica de la tuberculosis*

El autor Alarcón⁽²⁵⁾ menciona en la revista de medicina experimental, menciona que el décimo quinto lugar a causas de muertes está siendo ocupado por la tuberculosis en el Perú, siendo el vigésimo séptimo puesto de carga en la enfermedad medida por años de vida saludable perdidos (AVISA). Siendo los más perjudicados los estratos sociales más pobres en el país, presentando tasas de incidencia (casos que nunca fueron tratados por cada 100 mil habitantes) y de morbilidad total (nuevos y antes que fueron tratados por cada 100 mil habitantes) se ha reflejado la disminución de un 2 a 3% por año entre los años 2011 al 2015 en incidencia y de 109,7 a 99,5 en la morbilidad. Es por ello, que en el Perú se estima que se producen un mayor número de casos de tuberculosis de los que son notificados, ya que en el año 2015, se produjeron 37 mil casos de tuberculosis, con una tasa de incidencia de 119 casos por 100 mil habitantes y 2500 defunciones por tuberculosis, la diferencia entre las estimaciones y lo notificado es

constante y frecuente para los países en desarrollo. La OMS presenta estimaciones en proyecciones de estudios poblacionales como medición de prevalencia de TB, por lo que una mejor estimación podría lograrse haciendo estudios de prevalencia de TB en Perú con inferencia nacional, pero lamentablemente estos estudios son costosos y complejos. En el 2015 se notificaron cerca de 30 988 casos de tuberculosis y la tasa de incidencia ha sido la menor reportada en los últimos 25 años con 87,6 casos nuevos de tuberculosis por cada 100 mil habitantes. La Estrategia nacional de prevención y control de la tuberculosis (ESNPCT) notifico que las defunciones durante el tratamiento de la tuberculosis por cualquier causa, se calcula como un sustituto de la tasa de mortalidad por cada 100 mil habitantes, la cual se mantiene alrededor de 3,7 en los últimos 3 años. Es importante destacar que la identificación de sintomáticos respiratorios (SR), en números absolutos, se ha incrementado sostenidamente en los últimos 5 años, alcanzando su máximo valor en el 2015 con 1 774 000, SR identificados. En el Perú, la Ley 30287, Ley de Control y Prevención de la Tuberculosis en el Perú y su Reglamento (Decreto Supremo 021-2016), declara de interés nacional la lucha contra la tuberculosis en el país, logrando, de esta forma, que la tuberculosis sea controlada y se tome en consideración dentro de la política de Estado, independiente a los gobiernos de turno. Las personas afectadas por tuberculosis en el Perú son diagnosticadas y tratadas de manera gratuita por las instituciones del sistema de salud del país: el 73% se atienden en el MINSA, el 19% en la Seguro Social (ESSALUD), el 7% en el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y el 1% en las Sanidades de la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas. La atención privada de la tuberculosis es limitada, dada la prohibición de la venta libre de medicamentos anti-tuberculosis en el Perú. Los pacientes diagnosticados en el sector privado son atendidos en coordinación con EsSalud y el MINSA, tanto las formas sensibles como las resistentes de tuberculosis.

2.2.2 Tuberculosis Pulmonar

De acuerdo a la OMS⁽²⁶⁾ en el año 2016 refiere que la tuberculosis es una enfermedad causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones, es curable y prevenible siendo su forma de transmisión de persona a persona a través del aire. Se calcula que una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente, es decir, esas personas están infectadas por el bacilo, pero aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección.

Según los autores Morán y Lazo⁽²⁷⁾ definen a la tuberculosis como una infección contagiosa, esto quiere decir, que la bacteria puede propagarse fácilmente de una persona infectada a otra que no está infectada, a través de gotitas de saliva provenientes de la tos o el estornudo de una persona infectada que se caracteriza por un período de latencia prolongado entre la infección inicial sin manifestación mayor de la enfermedad permaneciendo inactivo (latente) por años, en algunas personas, se activa de nuevo (reactivación) y en otros casos, la enfermedad puede reactivarse en cuestión de semanas después de la infección primaria.

2.2.2.1 Fisiopatología.

Los autores Tierney y Nadell⁽²⁸⁾ en su manual de tuberculosis mencionan 3 etapas:

En un principio, el bacilo *M. tuberculosis* causa una infección primaria que no suele producir una enfermedad aguda. La mayoría (alrededor del 95%) de las infecciones primarias no produce síntomas y al finalizar ingresa en una fase latente. Un porcentaje variable de las infecciones latentes se reactiva con signos y síntomas de la enfermedad. La infección no

suele transmitirse durante el estadio primario y no contagia en la fase latente⁽²⁸⁾.

a) Infección Primaria: Requiere la inhalación de partículas pequeñas para que atraviesen las defensas respiratorias altas y se depositen en las regiones profundas de los pulmones, en general en los espacios aéreos sub pleurales de los lóbulos medio o inferior. Las gotas más grandes tienden a alojarse en las vías aéreas más proximales y no producen infección. La enfermedad suele originarse en un solo núcleo de gotas, que transporta unos pocos microorganismos. Tal vez un solo microorganismo pueda ser suficiente para causar la infección en personas susceptibles, pero las personas menos susceptibles pueden requerir la exposición repetida para desarrollar la infección. Para iniciar la infección, los macrófagos alveolares deben ingerir a los bacilos *M. tuberculosis*. Los bacilos no destruidos por los macrófagos se replican dentro de ellos y, por último, matan a los macrófagos que los hospedan, las células inflamatorias son atraídas al área, donde causan una neumonitis localizada para formar los tubérculos característicos en el examen histológico. Durante las primeras semanas de la infección, algunos macrófagos infectados migran a los ganglios linfáticos regionales, donde acceden a la corriente sanguínea. Luego, los microorganismos se diseminan por vía hematógena hacia cualquier parte del cuerpo, en especial la porción apicoposterior de los pulmones, las epífisis de los huesos largos, los riñones, los cuerpos vertebrales y las meninges⁽²⁸⁾.

b) Infección latente: Ello ocurre por las infecciones primarias. Siendo el 95% de casos que corre con el crecimiento ilimitado, aunque el sistema inmunitario trata de replicar el bacilo, antes que aparezcan los signos y síntomas de la enfermedad. Se transforman en granulomas de células epitelioideas los focos de bacilos localizados en los pulmones o en otros sitios. Llegando a sobrevivir por años el bacilo tuberculoso, desarrollando una resistencia del huésped y el bacilo, ello genera que la infección resuelva sin tratamiento o este latente y se active en cualquier momento. Pueden dejar cicatrices fibronodulares en los ápices de los pulmones⁽²⁸⁾. La prueba que se realiza en esta enfermedad es la tuberculina ya que se positivizan durante la fase latente de la infección⁽²⁸⁾. La progresión es inmediata y llega a causar una enfermedad aguda como es la neumonía, aumento del mediastino, derrame pleural o los ganglios linfáticos hiliares⁽²⁸⁾.

c) Enfermedad activa: Otro órgano que esta infectado puede tener alojado un foco de reactivación fijándose mayormente en los vértices pulmonares por el oxígeno. Los ganglios linfáticos que están comprometidos⁽²⁸⁾.

Los pacientes infectados por el HIV que no reciben TARGA facilitan la reactivación y presentan un 10% en desarrollar la enfermedad, todo lo contrario con la Diabetes, Gastrectomía, Cáncer de cabeza y cuello, Cirugía de derivación yeyuno-ileal, enfermedad renal crónica dependiente de diálisis, pérdida de peso significativa, Medicamentos que suprimen el sistema inmunitario facilitan la reactivación, pero en menor

medida que el HIV. La lesión que genera la tuberculosis en los tejidos provocando necrosis granulomatosa típica con aspecto a necrosis caseosa. Puede causar neumotórax la rotura de la lesión tuberculosa en el espacio plural causando empiema⁽²⁸⁾.

2.2.2.2 Signos y síntomas.

A lo largo de varias semanas aparecen gradualmente como la anorexia, cansancio, pérdida de peso, tos que es muy frecuente (puede ser poco productiva con esputo amarillo o verde, pero a medida que va desarrollándose se torna más productiva). La aparición de la hemoptisis es porque ocurre la tuberculosis cavitaria (debido que genera un daño granulomatoso de los vasos o por la proliferación de los hongos en una cavidad) presentan fiebre, sudoración nocturna, disnea por el derrame pleural en la parénquima pulmonar⁽²⁸⁾.

2.2.2.3 Prevención de la tuberculosis.

El Ministerio de Salud (MINSA) brinda una Norma Técnica que evita que la infección causada por el bacilo de la tuberculosis afecte a la población por eso brinda actividades que permite la educación e información en las personas⁽²⁹⁾:

- Uso de mascarilla durante el periodo de contagio.
- Cubrirse la boca y nariz al toser, estornudar o reír, desechar con cuidado el papel usado en un depósito adecuado.
- Ventilación natural en la vivienda del afectado por TB, lugar de estudio, trabajo, unidades de transporte

público y en los ambientes de las instituciones públicas, así como también privadas.

-Todo recién nacido debe recibir la vacuna BCG tan pronto cuando sea posible, de acuerdo a las normas vigentes del Ministerio de Salud⁽²⁹⁾.

2.2.2.4 Diagnóstico de la tuberculosis.

-La evaluación inicial se realiza con radiografía de tórax por síntomas como tos que dura > 3 semanas con hemoptisis, dolor torácico, disnea, fiebre de etiología desconocida o una prueba cutánea de tuberculina positiva. Los infiltrados pulmonares en el lóbulo medio e inferior son inespecíficos, pero deben hacer sospechar una tuberculosis primaria cuando el paciente presenta los síntomas, antecedentes cuando se produjo una infección reciente, con presencia del derrame pleural⁽³⁰⁾.

-Muestras de esputo: Las pruebas de esputo constituyen el pilar fundamental para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar. Esto ocurre por el examen que se realiza para encontrar los ácido-alcohol resistentes (BAAR). Aunque no se tiñen consistentemente con la tinción de Gram, por lo que resulta recomendable procesar las muestras con tinciones de Ziehl-Neelsen para la observación bajo microscopia óptica convencional o con colorantes fluoro crómicos para la observación bajo microscopia de fluorescencia. La detección con la baciloscopia es de 10.000 bacilos/ml en el esputo del paciente de coinfección por HIV o de reactivación temprana. Siendo el más certero un cultivo de micobacteria positivo o una prueba de amplificación de los ácidos nucleicos⁽³⁰⁾.

-Prueba cutánea (PPD): La aplicación es en la cara anterior del antebrazo su forma de administración es vía intradérmica de las cuales se forma una ampolla o una roncha con una buena definición de forma inmediata, siendo positiva cuando la infección es latente o activa. Se mide entre 48 y 72 horas después de la inyección⁽³⁰⁾.

2.2.2.5 Tratamiento.

En el libro de Manejo de pacientes con tuberculosis, hace referencia que el tratamiento de la tuberculosis es importante tanto para preservar la salud del paciente como para prevenir la propagación de la enfermedad entre la población. Sus bases bacteriológicas estriban en el elevado número de bacilos que existen en la mayor parte de lesiones humanas de la tuberculosis y en la capacidad de mutar que tiene el *M. tuberculosis* cuando alcanza un número elevado de divisiones; ello hace imprescindible la asociación de fármacos que eviten la selección de mutantes resistentes. En nuestro medio la terapia farmacológica que se ha demostrado más eficaz consiste en la asociación durante dos meses de Isoniacida, Rifampicina y Pirazidamida seguida durante cuatro meses más con los dos primeros fármacos, pero pueden producir efectos secundarios potencialmente graves que conviene conocer y saber manejar⁽³¹⁾.

Las precauciones son necesarias hasta que el tratamiento farmacológico haya logrado que el paciente sea suficientemente no contagioso. Por ello, el personal de salud indica el uso de la mascarilla en los pacientes. Las precauciones en

pacientes con tuberculosis que presenten sensibilidad a ciertos medicamentos o son multirresistente, las precauciones se mantendrán hasta que se observe alguna respuesta clínica entre 1 o 2 semanas que dura la terapia generalmente⁽³⁰⁾.

2.2.2.6 Resistencia a fármacos

Tierney y Nadell⁽²⁸⁾ en su Manual de tuberculosis se refiere que el tratamiento incompleto, errático o con un solo fármaco selecciona a estos microorganismos resistentes. Una vez que una cepa resistente a un fármaco se desarrolla y prolifera, puede adquirir resistencia a otros fármacos a través del mismo proceso. De esta forma, el microorganismo puede llegar a ser resistentes a múltiples antibióticos en varios pasos.

A) Tuberculosis resistente: Es resistente a Isoniacida y Rifampicina, con o sin resistencia a otros fármacos. Afecta en forma negativa el control de la tuberculosis, la resistencia a múltiples fármacos, brindando tratamientos alternativos que son más prolongados y que utilizan fármacos de segunda elección siendo menos eficaces, más tóxicos para el organismo del paciente y resultando más costosos⁽²⁸⁾.

B) Tuberculosis multirresistente (MDR): Se caracteriza por la resistencia que va a tener a múltiples fármacos presentando en los grupos de la fluoroquinolona o un fármaco inyectable, pero no ocurre en ambos⁽²⁸⁾.

C) Tuberculosis extremadamente resistente (XDR): En este grupo que incluye a las fluoroquinolonas y al menos a un fármaco de administración parenteral que pueden ser: la estreptomina, amikacina, kanamicina o capreomicina. Esta resistencia a estos fármacos presentara consecuencias nefastas en el tratamiento. Sin embargo, se presenta porcentajes de curación en este tipo de TBC, la tasa de mortalidad sigue siendo la más alta por la baja tolerancia a los medicamentos en contra del bacilo y en que medida se encuentra la destrucción pulmonar por el bacilo de koch ⁽²⁸⁾.

2.2.2.7 Adherencia al tratamiento

En el libro de Manejo de pacientes con tuberculosis⁽³⁰⁾ se explica la importancia de la adherencia como parte de la educación del paciente, los trabajadores de la salud deben explicar la importancia de porque necesitan tomar sus medicamentos, explicar cómo la adherencia al tratamiento de la tuberculosis es positiva para el paciente y para su entorno. Por ejemplo, cumplir el tratamiento puede ayudar a que el paciente se sienta mejor antes, a que cure la tuberculosis y a que regrese a sus actividades normales. De manera similar, la adherencia al tratamiento puede evitar que la enfermedad se siga propagando a otros.

2.2.2.8 Factores que se asocia en el aumento de la

Tuberculosis.

Según Balcázar-Rincón y Ramírez-Alcántara⁽³¹⁾ los factores que actúan en el aumento de la tuberculosis es en el área de educación, área social, cultural, económica y espiritual, al igual que las condiciones externas y que son observables como la vivienda, saneamiento ambiental, ingresos, actividad y los internos como los hábitos deficientes, escasos conocimientos, creencias erradas, afectividad poco desarrollada, escasa interacción intra y extra familiar.

-Área educativa, la encargada de educar a la persona en todos los aspectos mencionados es la familia, siendo de suma importancia el concepto que va a tener sobre la promoción de la salud, para que se pueda entender la importancia de cumplir con el tratamiento farmacológico, además de los cuidados que se deben tener para no infectar a otras personas, eliminando las ideas que la población errónea⁽³²⁾.

-Determinantes culturales de la adherencia al tratamiento farmacológico, influyen el lenguaje y las creencias de la población, ya que estos contribuyen en el mejor entendimiento sobre el tratamiento y la atención de la enfermedad en general, así como los valores y normas sociales que influyen sobre la conducta de una población, en cuanto a los temas relacionados a la salud y enfermedad⁽³²⁾.

-Consumo de sustancias psicoactivas son los factores de riesgo para el abandono del tratamiento al interferir con la euforia que el paciente siente mientras está

bajo el efecto del psicoactivo, invirtiéndose a veces las prioridades, es por ello que los consumidores de drogas presentan 4 veces mayor riesgo de abandonar el tratamiento que aquellos que no la consumen⁽³²⁾.

-El conocimiento de la enfermedad se verá reflejado en la conducta paciente, frente a la aceptación del tratamiento, cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, identificación oportuna de reacciones adversas y actuar apropiadamente; así el desconocimiento genera comportamiento errado y valoración equivocada con respecto al tratamiento, al desconocer la importancia de la adherencia al tratamiento para la salud y no recibir orientación, el paciente y su familia optaran por diferentes alternativas para su atención⁽³²⁾.

-Percepción sobre la enfermedad la importancia para la adherencia al tratamiento; se evidencia en la expectativa negativa con respecto al resultado del tratamiento y la angustia por los posibles efectos adversos de la terapia, se asociaron al abandono del tratamiento⁽³²⁾.

El autor Zevallos⁽³²⁾ hace mención que las creencias de bienestar y sensación de mejoría ante la remisión de síntomas, cuando el paciente se comienza a sentir mejor piensan que ya no necesita el tratamiento farmacológico y hay mayor riesgo de abandono de tratamiento, mientras que otros evidenciaron que sentirse mal fue también causa de abandono de la terapia.

Según el MINSA⁽³³⁾ en su manual de capacitación para el manejo de la tuberculosis, en muchos casos,

tanto las condiciones del establecimiento de salud como las de su personal pueden presentar barreras a la adherencia del paciente, como a la:

-Mala relación con el personal de salud: Si un paciente cree y confía en el personal de salud, es más probable que dicha persona siga las instrucciones y los consejos para cooperar con su trabajador de salud. También es más probable que los pacientes hagan preguntas y muestren sus inquietudes con respecto al tratamiento⁽³³⁾.

-Personal no entrenado: Para una atención adecuada de TB se requiere de personal sensibilizado, motivado y entrenado en todo el manejo de la TB, lo cual incluye la prevención, detección, tratamiento, seguimiento y educación. Si la persona con TB siente que el personal de salud no sabe manejar su tratamiento, pierde confianza y respeto al servicio brindado⁽³³⁾.

-Falta de trabajo en equipo: Si el equipo de TB no trabaja junto, será más probable que se cometan errores o no se cumplan los deberes oportunamente. Esto hará que el servicio se vea perjudicado⁽³³⁾.

-Falta de motivación: Algunas personas pueden tener una falta de motivación para adherirse al tratamiento de tuberculosis. Las personas con tuberculosis pueden sentir que se les cortan sus expectativas de vida por el largo y difícil proceso del tratamiento, o se sienten estigmatizadas (marcadas y/o rechazadas). También, si las personas con tuberculosis tienen muchas prioridades con las que lidiar en sus vidas, tales como: falta de trabajo o trabajo mal remunerado,

falta de vivienda, falta de alimentación, problemas de salud ocasionados por otras enfermedades⁽³³⁾.

Los autores Marcelo y Munayco⁽³⁴⁾ mencionan que los estilos de vida son factor determinante para desarrollar la enfermedad, el desvelarse, el permanecer un periodo largo de tiempo con luz artificial, el no comer adecuadamente, el ingerir alimentos ricos en grasas y el estrés pueden ser factores que ayuden a despertar la tuberculosis en un organismo.

2.2.2.9 Consecuencias de abandonar el tratamiento

Balcázar-Rincón, et al⁽³¹⁾ en la revista menciona que las personas que se enferman o abandonan el tratamiento porque lo deseen, desencadenando en factores de riesgo que van a estar asociados en aumentar su vulnerabilidad. Es por ello que el sistema de salud considera al paciente tuberculoso y su familia como sujetos biológicos que están vacíos culturalmente, subestimando el valor que significa este conocimiento para hacer más efectivo el programa de control.

Presenta consecuencias graves como son el deterioro físico de la salud del paciente por la enfermedad, la susceptibilidad a contraer otras enfermedades, la posibilidad de estimular los mecanismos de resistencia bacteriana a los fármacos, el tiempo de exposición del fármaco por el cambio de fase, aumentando el costo del tratamiento, la continuación de la propagación de la infección llegando a la mortalidad⁽³⁴⁾.

En los pacientes inmunocompetentes con tuberculosis pulmonar susceptible a todos los fármacos, incluso con la enfermedad grave con cavidades grandes, la terapia adecuada suele ser curativa si se instituye y se completa. No obstante, la tuberculosis causa la muerte o contribuye a ésta en alrededor del 10% de los casos, con frecuencia en individuos debilitados debido a otras razones. La tuberculosis es mucho más agresiva en pacientes inmunocomprometidos y si no se trata apropiada y agresivamente, puede causar la muerte en tan sólo 2 meses desde la presentación inicial del paciente, especialmente con cepas multirresistente⁽³¹⁾.

2.2.2.10 Mitos sobre la tuberculosis

El MINSA⁽³⁵⁾ refiere que persiste la idea de que es una enfermedad superada o claramente dicen “no existe”. Está asociada a muerte, temor por el contagio y aislamiento de los pacientes para evitar el contagio. Creen que las formas de transmisión de la enfermedad se dan por compartir alimentos o besar y saludar de mano al enfermo.

Desde el sector salud se recomienda a los familiares aislar al paciente y separar los utensilios de cocina en los casos del diagnóstico positivo. Los pacientes por su parte muestran mucho resentimiento y dolor por la forma tan tardía para recibir el diagnóstico a más de manifestar que el trato no es el más adecuado y la evidencia del desconocimiento de la ruta a seguir en el caso de encontrar al paciente positivo. Lo ponen a uno de aquí para allá, de tumbo en tumbo porque no tienen ni idea de qué hacer o quién es el responsable.

No es claro para la comunidad que se trata de una enfermedad curable. No se sabe que el tratamiento es gratuito al igual que los exámenes para su diagnóstico. Antes de 1940 no existían medicamentos y la gente moría. A partir del surgimiento de los medicamentos (década del 40 al 50) la enfermedad es totalmente curable. Sin embargo, persiste en el imaginario colectivo la idea de muerte, estigma y discriminación⁽³⁶⁾.

Muchas veces, las ideas sobre el contagio no son correctas, lo que lleva al maltrato y marginación del paciente. El apoyo familiar y la buena información ayudan a tomar medidas de prevención sin discriminar al paciente⁽³⁵⁾.

2.2.2.10 *Rol del profesional de enfermería en el programa de tuberculosis*

En la ley N°27669, Ley del trabajo de la enfermera(o), en el Artículo 2° se menciona acerca del rol de enfermería que participa en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud mediante el cuidado de la persona, familia y la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población⁽³⁷⁾.

El personal de Enfermería se encuentra en mayor contacto con el paciente durante todo el proceso de su tratamiento y por ello, contará con la mejor

oportunidad de conversar con él sobre su enfermedad, reacciones adversas, controles mensuales, y el seguimiento luego del alta. La entrevista es el momento clave para que el personal enfermero se comunique con la persona que presenta la enfermedad de tuberculosis pulmonar y esta se realiza con la finalidad de conocer cómo, dónde y cuándo se produjo el contagio o quienes fueron sus contactos intra y extra familiares, cuáles son las probables causas que facilitaron la adquisición de la enfermedad (condiciones y hábitos de vida, enfermedades paralelas y otros), sobre todo es el momento de escuchar sus necesidades (dudas, temores, angustias); así como de brindarle información sobre la enfermedad y explicarle cómo se va a trabajar en conjunto para llegar al éxito de su tratamiento⁽³⁸⁾.

Es por ello, que la profesión de enfermería contribuye en la calidad de vida de la persona, desempeñando un rol crucial en los programas de control, tratando de eliminar los patrones culturales como el uso del tabaco, alcohol, mala alimentación y de la baja auto conciencia de su salud y esto porque se desenvuelve en la área de docencia que esta se va a referir al tema educativo para la salud difundándose mediante charlas, carteles, rota folios con propósito de informar a las personas que vienen para su tratamiento o familiares que acompañan; resaltando la importancia del apoyo de la familia durante el tratamiento del paciente y los efectos que causan en el organismo si culminan el tratamiento. Y esto también se evidencia mediante sus visitas domiciliarias que realizan para

dar seguimiento en el tratamiento, esta acción se realiza en el primer nivel de atención⁽³⁹⁾.

2.2.3 La familia

La OMS⁽⁴⁰⁾ define a la familia como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El parentesco para poder determinar los límites de la familia va a depender de los datos usados para su precisión ya que “la familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos, está constituida por la pareja y su descendencia, sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición de ella.

Según Brandan y Sandro⁽⁴¹⁾ refieren que es un sistema abierto conformado por un grupo complejo de sujetos en permanente estado de evolución, que comprende a los miembros de desiguales fases de crecimiento, que desempeñan roles y funciones interrelacionales y diversificados, además, en contribuir con el logro de cada integrante en el ámbito profesional y sobre todo personal. El concepto de familia se refiere a una unidad que aplica a una serie de tareas de todos los miembros del cual están constituidos, las funciones familiares presentan objetivos internos relacionados en la protección psicosocial de sus integrantes y con objetivos externos ligados a la adaptación de una cultura y la trasmisión a sus miembros, a través de procesos de enseñanza y aprendizaje, es por ello ,que el sistema de la familia está organizado sobre la base de apoyo, cohesión, regulación, alimentación y socialización de sus integrantes, además, incluye mecanismos que le posibilitan auto perpetuarse y de modificarse, la familia es la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros que debe adaptarse a la sociedad y así posibilitar la continuidad de la cultura.

2.2.3.1 Función de la familia.

Tiene sus funciones muy definidas dentro de la sociedad al igual que sus integrantes de forma individual, las funciones más relevantes son:

a. Función Biológica. La unión que se da entre hombre y mujer junto a su cohabitación fecunda, resulta de la reproducción de la humanidad, es por ello que esta procreación de seres, que trae a su vez la obligación de proteger y cuidar de ellos, al igual que en la salud como en su seguridad.⁽⁴²⁾.

b. Función Económica. Esta función está directamente relacionada con la producción de bienes de los miembros de la familia y de la economía nacional en el aspecto del trabajo de la familia, ya que es una unidad productora, por una parte, para su propia subsistencia, por otro lado, para proyectarse en la sociedad⁽⁴²⁾.

c. Función Cultural. La Familia es el principal medio para transmitir a las nuevas generaciones la cultura conocida por los progenitores, así, una de las funciones más importantes de la familia es enseñarle al individuo a vivir en sociedades, formarlo moralmente al igual que espiritualmente, enseñarle sus funciones biológicas y sociales sobre todo el lenguaje, los hábitos de alimentación y aseo, el trato correcto con los demás individuos y de su relación con la naturaleza y todo aquello que le ayude a conocer el mundo en el que vive y pueda desarrollar mejor su mente⁽⁴²⁾.

d. Función Psicológica. La relación que tengan los miembros de la familia entre sí y con el exterior, es de gran importancia para el comportamiento individual y el balance de la personalidad, en todo aquello que el afecto, amor y amistad tengan que ver tanto en lo interno de cada persona como en lo externo con otras personas⁽⁴²⁾.

Las Familias deben procurar entonces el mejor ambiente psicológico para sus miembros, pero sobre todo para el niño, el cual está en formación de todos sus valores y de su personalidad⁽⁴²⁾.

2.2.3.2 *Importancia del apoyo familiar*

Los autores Balcázar-Rincón y Ramírez-Alcántara⁽⁴³⁾ definen que el núcleo familiar es el ambiente más cercano en donde el paciente va a recibir apoyo, pero cuando hay desintegración o se margina a la persona enferma, haciéndole sentir inútil o culpable, tendrá como consecuencia que el paciente enfermo por tuberculosis se sienta rechazado y no tendrá motivación para continuar el tratamiento. Se ha encontrado la falta de apoyo familiar como una de las principales causas de la interrupción del tratamiento. El apoyo de la familia, incluida la asistencia financiera, recolección de medicación y apoyo emocional, parecen ejercer una fuerte influencia en el paciente para que cumpla con su tratamiento. En algunos casos los pacientes en terapia se vuelven cada vez más desmoralizados y con más probabilidades de no cumplir con el tratamiento cuando el apoyo familiar se debilita.

De esta manera, sentirse útil, necesario y querido, es un motivo para tomar el tratamiento, curarse y consecuentemente, trabajar. El papel de proveedor económico y protector de la familia, en el caso de los pacientes masculinos, parece que es un motivo trascendente en la adopción estricta de prácticas saludables, como es la adherencia a un tratamiento exigente⁽⁴³⁾.

Cabe mencionar que la familia es fundamental para motivar al paciente a tomar el tratamiento completo contra la tuberculosis hasta su total restablecimiento, de acuerdo a las indicaciones del personal de salud y realizando los controles médicos respectivos. Mediante el apoyo afectivo que es esencial permitiendo acompañar al paciente en el curso de la enfermedad y así evitar pensamientos de negatividad y baja autoestima. La tuberculosis pulmonar se acompaña de un debilitamiento general, con poca energía y capacidad física para las actividades cotidianas, este debilitamiento se asocia a diferentes niveles de discapacidad por parte de los pacientes, y el estigma social causa un gran impacto en el paciente; es por ello, que se siente rechazado y excluido de la sociedad, deteriorando su autoestima⁽³¹⁾.

Así mismo, sabiendo que el entorno afectivo y social que pueden ser: conyugue o compañero (a), hijos, miembros de la familia o parientes, amigos, vecinos los que rodean al paciente influye sobre las decisiones que tomaría con respecto al cumplimiento del tratamiento de la enfermedad⁽⁴¹⁾.

2.2.3.3 *La salud en la familia*

La salud familiar se considera un proceso único e irrepetible, porque se va a caracterizar por ser la suma de la salud individual de cada uno de los integrantes de la familia y poseer un origen multicausal, en donde intervienen elementos socioeconómicos y psicológicos. Hay que tener en cuenta para su análisis, que es un estado dinámico porque estará sometido a transformaciones al igual que cambios en donde influyen significativamente las crisis o eventos que atraviesa la familia. Por esta razón, juega un papel fundamental para el restablecimiento en su equilibrio, los recursos adaptativos de la familia, su forma de enfrentamiento a los conflictos y al acceso a las redes de apoyo sociales. La salud de la familia está sujeta a variaciones, debido a las influencias de cambio en los factores que la conforman como es la convivencia, conflictos familiares relacionados con el tránsito por las etapas del ciclo de la vida familiar, con sus característicos eventos de salud, así como, la exposición a acontecimientos de la vida cotidiana en la sociedad, y por la propia característica de las relaciones interpersonales familiares⁽⁴³⁾.

2.2.4 *Actitud*

La actitud según Allport⁽⁴⁴⁾, se define como un estado mental y nervioso, adquirido a través de la experiencia, que ejerce una influencia directa o dinámica sobre las respuestas del individuo a toda clase de objetos y situaciones con los que se relaciona.

Para González⁽⁴⁵⁾, se define como un estado o respuesta mental y emocional de predisposición aprendida o adquirida, relativamente duradera y obtenida a través de la vivencia personal que estimula

al individuo para reaccionar a favor, en contra o en de indeciso, con aceptación, rechazo o indiferencia frente a los objetos, ideas, individuos o situaciones, en la dimensión afectivo.

De la misma forma, los autores Sánchez, Ramos y Maset⁽⁴⁶⁾ manifiestan que es un componente fundamentalmente afectivo que se encuentra relacionada con la información y creencias de la persona, por otro lado, refiere con su intención su conducta y con los resultados que se prevén de la persona, por ello los psicólogos sociales ya no se preguntan si pueden recurrir a la actitud para predecir la conducta, sino cuanto más específica de un objeto determinado sea la medida de la actitud, más precisa será la predicción de la conducta, una actitud general corresponde a una clase de conducta también general, las actitudes, las creencias, las normas subjetivas, las intenciones y las conductas conforman un sistema dinámico en el que la modificación de uno de estos elementos repercute sobre los otros. Las creencias (normativas o conductuales) influyen información, los rasgos de personalidad y algunos factores sociales o demográficos que son relevantes para el sujeto, tendrán una influencia en este sistema, de la misma forma la percepción que este individuo tenga de los que otras instituciones piensen sobre una futura conducta (norma subjetiva) contribuirá a provocar una intención para comportarse de una forma determinada.

2.2.4.1 Dimensiones de la actitud.

Según el autor Morales⁽⁴⁷⁾ las actitudes son las disposiciones a reaccionar, siendo “opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, además, es probable que en la actitud haya más presencia de uno de ellos”.

A. Dimensión cognoscitivo.

La actitud son las convicciones, ideas, creencias es decir para que exista una actitud hacia un objeto es necesario conocerlo, puede pasar que el conocimiento que se tienen de un objeto no sea real o simplemente no se ajuste a las características propias del objeto y mucho menos a sus cualidades. Sin embargo, la intensidad de las actitudes no varía, ya que la persona le ha otorgado una carga afectiva ya sea a favor o en contra que es difícil que varié⁽⁴⁷⁾.

Indicadores:

-Conocimiento: Para los autores Alavi y Leidner⁽⁴⁸⁾ definen como “la información que el individuo posee en su mente y que está relacionada con hechos, conceptos, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles”; transformándose en conocimiento cuando ya está procesada en la mente del individuo y luego nuevamente en información.

-Creencias: Para el autor Antonio Díez⁽⁴⁹⁾ define como “un conjunto de disposiciones a la acción, tendencias que no entrarían en acción sino en circunstancias apropiadas la tendencia es el hecho de que, si ciertas cosas suceden, tendrían lugar ciertas acciones y no es un conjunto de acciones reales”. Las creencias se infieren, no se observan, al igual que todo lo correspondiente al mundo mental del sujeto, aunque éste nos informara verbalmente acerca de ellas, esta información podría ser falsa porque el sujeto esté equivocado y se auto engañe.

B. Dimensión afectivo.

Se va generando específicamente un sentimiento que va a nacer de una impresión que va a anteceder a la persona, esto mayormente es aprendida de los padres, maestros y compañeros que nos relacionamos en nuestra vida diaria. Se refiere a la emotividad que va a ser junto a los juicios, al sentimiento o carga afectiva que se deposita a un objeto social, es decir, se debe conocer para tener la afectividad, de esta forma ambos componentes están muy vinculados entre sí y llegan a ser coherentes, ya que a medida que aumenta la afectividad hacia algo o alguien, aumenta el interés para conocerlo, a mayor conocimiento sobre el objeto mayor será la carga de afectividad que se le otorga⁽⁴⁷⁾.

Por otro lado, cabe mencionar que la familia es el eje fundamental para motivar al paciente a tomar el tratamiento completo contra la tuberculosis hasta su total restablecimiento, de acuerdo a las indicaciones del personal de salud y realizando los controles médicos respectivos. El apoyo afectivo es esencial ya que permite acompañar al paciente en el curso de la enfermedad, evitando pensamientos de negatividad y baja autoestima. La tuberculosis pulmonar se acompaña de un debilitamiento general, con poca energía y capacidad física para las actividades cotidianas, este debilitamiento se asocia a diferentes niveles de discapacidad por parte de los pacientes, y el estigma social causa un gran impacto en el paciente; es por ello, que se siente rechazado y excluido de la sociedad,

deteriorando su autoestima. El tratamiento se basa en diversos regímenes de terapia combinada por varios medicamentos de corta duración formulados en los decenios de 1970 y 1980 y que han ido mejorando en el transcurso de los años⁽³⁸⁾.

Indicadores:

-Sentimiento: Frieda, et al⁽⁵⁰⁾ define como aquella experiencia afectiva, con un carácter intencional que está dirigida a un objeto específico y no como una sensación se considera los sentimientos para vincularse a los objetos mediante un lazo afectivo.

-Afecto: Es la acción de una persona le demuestra su amor o cariño a otra o varias personas, que tiene las dimensiones independientes como positivo y negativo. El afecto positivo refleja cuando una persona siente entusiasta, activa con energía. El afecto negativo se manifiesta con la participación desagradable como disgusto, miedo, ira, culpa y nerviosismo⁽⁵⁰⁾.

C. Dimensión conductual.

Es la intención de comportarse por medio de los sentimientos o actitudes específicas, siendo el resultado de una actitud y la manera de actuar de un modo específica. Es la manera de reaccionar o actuar hacia un objeto conocido y afectivo, pero muchas veces puede desarrollarse así; una persona puede tener una actitud negativa (componente afectivo) hacia otra que conoce bien (componente cognitivo) pero se puede relacionarse con ella de manera cordial en una situación, esto ya depende de

la manera de la misma persona, además la sociedad crea hábitos y estereotipos que consolidan una conducta⁽⁴⁷⁾.

Desde el punto de vista conductual, Así, algunos comportamientos relacionados con la salud pueden ser la dieta, el ejercicio, el descanso y sueño, por otro lado, los usos de alcohol son, en parte, aprendidos y mantenidos dentro de la familia. Se ha destacado desde hace algunos años la importancia de la familia en el seguimiento de regímenes médicos, cambios de estilos de vida y participación en programas de rehabilitación⁽³⁸⁾.

Indicadores:

Actuación: Se entiende como la acción y el efecto de poder ejercer una función o que se pueda producir un efecto o en la manera de comportarse⁽⁵¹⁾.

Comportamiento: Para Piaget⁽⁵¹⁾ define como el conjunto de acciones que los organismos van a ejercer sobre el medio exterior y esto modificara algunos de sus estados o alterara su propia situación, “el comportamiento, que en un principio sólo consiste en conductas sensorio motrices (percepciones y movimientos combinados), llega luego a formar interiorizaciones representativas, como en el caso de la inteligencia humana donde las acciones se prolongan en operaciones mentales, así, pueden postularse aspectos externos e internos del comportamiento, pero se entiende que éste implica siempre una acción total del organismo como unidad en relación con el medio y en función de objetivos determinados”.

2.2.4.2 Tipos de actitudes.

Para Allport⁽⁴⁴⁾ las actitudes pueden tener aceptación o rechazo, pero en rasgos no definidos no presenta una dirección definida que se puede interpretar como la indiferencia a juicio general sobre un objetivo.

Actitud de aceptación: Se refiere a aceptar la realidad mediante situaciones que sean agradables o desagradables, sin poder cambiarla, mediante la aceptación podemos superar las situaciones vitales complicadas que suceden a diario y seguir avanzado en nuestro crecimiento personal⁽⁴⁴⁾.

Actitud de rechazo: Actualmente el problema se ve reflejado en las personas y esto se debe cuando un aspecto que no es de su agrado hace que se alejen del sujeto que presenta rasgos diferentes, de esta forma empieza el alejamiento provocando que la otra persona se aislé y muchas veces ser confundido por discriminación⁽⁴⁴⁾.

Actitud de indiferencia: Es un estado afectivo neutro o que simplemente la persona ni siente, ni padece nada de sentimientos, o simplemente la persona trata de mantenerse al margen en cuanto a una decisión, o elección en un objetivo. Pero esta decisión puede lastimar a la persona que lo percibe que puede interpretarlo como insensible, ser una persona fría o falta de virtud teniendo como consecuencia en la socialización con los demás⁽⁴⁴⁾.

2.2.4.3 Medición de las actitudes

Hernández R, et al⁽⁵²⁾ refiere que existe una relación entre las actitudes y las dimensiones que se tiene ante un objeto o situación, siendo un indicador de la conducta y se debe entender como síntomas y no como algo consumado.

Existen muchas escalas para medir actitudes, pero la usada en una investigación es de tipo Likert, donde se le solicita a las personas señalar su grado de aceptación, rechazo o indiferencia con una serie de enunciados, es decir, se pide una reacción de los participantes eligiendo una de las tres categorías de respuesta, luego se suman todas las puntuaciones de cada afirmación para formar la puntuación total.

2.2.5 Teoría de Nola Pender

Aristizábal P, et al⁽⁵³⁾, menciona que en su Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, “plantea que para modificar una conducta depende de la actitud y la motivación que tenga el familiar y que más motivación que uno de sus integrantes”. Mientras que, una actitud del familiar de aceptación ante la tuberculosis contribuye a tener cada vez familias a brindar un apoyo afectivo, cuidados a sus pacientes; de esta manera prevenir el abandono, la resistencia farmacológica; que pudieran interferir en la culminación del tratamiento en el futuro pondrían llevarlo hacia la muerte; para así establecer estrategias y actividades que favorezcan una buena actitud mediante la intervención de las familias, encontró que los factores cognitivos pueden cambiar cuando se vea influenciados por razones personales, sociales que tiene la persona; por ende, se obtiene conductas favorables hacia la salud. Por otro lado, este

modelo refiere que hay muchos aspectos que interviene en modificar una conducta, depende de la actitud y la motivación.

Nola pender tiene dos sustentos teóricos que están inspirados en:

a) Albert Bandura con la Teoría de Aprendizaje Social: Sostiene que el conocimiento, el aprendizaje y el estado psicológico de la persona determina el cambio de una conducta⁽⁵³⁾.

b) Feather con el Modelo de Valoración de Expectativas de la Motivación Humana: Para lograr un cambio en la conducta del individuo debe tener la intención, es decir, cuando el individuo se sienta motivado que lo llevará a lograr sus metas planteadas.

Por lo tanto, las conductas o comportamientos favorables llevan a las personas a un estado óptimo llamado salud⁽⁵³⁾.

2.3 Definición de Términos

2.3.1 Actitud

Es la predisposición del familiar en mostrar afecto, conocimiento y su comportamiento, de manera de aceptación, rechazo o indiferencia al paciente diagnosticado con tuberculosis, en el programa de PCT del Hospital de Huaycán.

2.3.2 Familia

Grupo de personas que están unidos por lazos sanguíneos, viviendo juntos en un solo hogar representada en su mayoría por hijas del paciente del programa de PCT del Hospital de Huaycán.

2.3.3 Tuberculosis Pulmonar

Enfermedad bacteriana causada por el bacilo de Koch que ataca principalmente a los pulmones, llegando a ser mortal si abandona el

tratamiento y no culmina; lo cual padece el paciente que acude al programa de PCT⁽²⁷⁾.

2.4 Consideraciones Éticas

Durante el proceso de la investigación se antepone un respeto hacia la dignidad de la persona que está en estudio, es por ello, que en esta investigación se tuvo en cuenta los principios de autonomía, beneficencia-no maleficencia, confidencialidad, honestidad y justicia.

Autonomía: Es la capacidad que tiene la persona de establecer sus propias normas y toman decisiones por sí mismo. Las familias participaron en el estudio firmando el consentimiento informado donde realizan su voluntad de participación.

Beneficencia-no maleficencia: Es la obligación moral de la persona en actuar en beneficio de los demás y no causar maldad o daño a nadie, siendo importante este principio. La participación de las familias en esta investigación no estuvo expuesta a ningún riesgo o daño.

Confidencialidad: Se refiere en no divulgar, ni que la información brindada se conozca por otras personas, ya sea de forma directa o indirecta, afectando la vida, de los familiares. Solo se requirió por temas investigación.

Consentimiento Informado: Las familias fueron informados acerca de la investigación y brindaron su consentimiento voluntario antes de participar en la investigación; ya que se hace mención en la Resolución Ministerial: Que, por resolución ministerial N°078-2016/MINSA, se incorporó la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, el Anexo 06: “Instructivo para el llenado del formulario de Consentimiento Informado para las actividades de docencia durante la atención de salud”, que incluye el Formato: “Consentimiento Informado para las actividades de docencia durante la atención de salud”, en el año 2016⁽⁵⁴⁾.

Honestidad: Es un valor moral fundamental, para entablar relaciones basadas en la confianza, la sinceridad y el respeto. En el estudio se procuró priorizar la verdad de los datos hallados durante el trabajo de campo.

Justicia: Es el criterio de valorar la actuación equitativamente, sin hacer distinción, entre cada familia encuestada.

CAPÍTULO 3: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

Este tipo de estudio no aplica hipótesis siendo de nivel descriptivo. Según Hernández R, et al ⁽⁵⁵⁾ las hipótesis no se formulan en un estudio descriptivo porque se describe fenómenos, procesos y características. Por otro lado, se formular hipótesis en investigaciones cuantitativas que intenten pronosticar una explicación o correlacional entre dos o más variables que intenta probar vínculos de causa y efecto.

3.2 Variable

La variable de estudio en esta investigación es la “Actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar” siendo de tipo cualitativa, porque describe una característica o cualidad de la unidad de análisis. Por lo que Hernández R, et al ⁽⁵⁵⁾ menciona que una “variable es una propiedad o características de un objeto o persona que puede variar y cuya variación es susceptible a medirse u observarse”.

3.2.1 Operacionalización de Variable

Nombre de Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Tipo de Variable	Dimensiones	Indicadores	Escalas de Medición	Categoría y puntaje	Instrumento
Actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar	Para Gonzáles ⁽⁴⁵⁾ define como una predisposición mental y nerviosa aprendida o adquirida, a través de la vivencia personal que estimula al individuo para reaccionar de forma de aceptación, rechazo o indiferencia frente a los objetos, ideas, individuos.	Es la manera que lleva a reaccionar del familiar de los pacientes del Hospital de Huaycán de manera aceptable con 39-54 puntos, indiferencia entre 21-36 puntos y rechazo con 18 puntos ante la tuberculosis pulmonar. Se refiere a la dimensión cognitiva, afectivo y conductual.	cualitativa	-Cognitivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. La tuberculosis es una enfermedad infecto contagiosa y constituye un importante problema de salud. 2. La Tuberculosis es una enfermedad curable. 3. Es necesario la detección rápida y oportuna de la tuberculosis para prevenir nuevos casos. 4. Cree usted que por compartir cubiertos de mesa con su familiar infectado se puede contagiar con tuberculosis. 5. Determina usted que los estilos de vida influyen en contagiarse con tuberculosis. 6. Si tengo tos por más de 15 días debo realizarme la prueba de BK. 	-Ordinal Politémica De tipo Likert: Aceptación: 3 Indiferencia: 2 Rechazo: 1	Aceptación: 39-54 puntos Indiferencia: 21-36 puntos Rechazo: 18 puntos	Cuestionario "Actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar". Flores rivera Sandie Juliana 2016 Adaptado por: Juana Lorena Arroyo Benito 2019
				-Afectivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tiene temor al saber que la prueba de BK de control de su familiar sea positivo 2. No siente vergüenza al acompañar a su familiar a sus controles. 3. Usted se preocupa por lavar con agua hervida los utensilios de su familiar con tuberculosis porque teme contagiarse. 4. Se ha sentido preocupado por las secuelas que tiene esta enfermedad en la vida de su familiar 5. Considera que es necesario aislar a su familiar con tuberculosis para evitar contagios en casa. 6. Cree usted que una vivienda sucia, con mala iluminación, poco ventilada, con bastantes integrantes en la familia influye poco para que la familia se contagie con TB. 			

				-Conductual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le interesa usar medidas preventivas y de higiene como el lavado de manos, uso de guantes, mascarilla etc. 2. Cree usted que es beneficioso para el tratamiento evitar que su familiar consuma bebidas alcohólicas y a veces fume un cigarrillo. 3. Se siente angustiada al enterarse que el tratamiento que debe recibir su familiar es largo y con continuidad. 4. Se interesa si su familiar fracasa al tratamiento que está recibiendo. 5. Apoya emocionalmente a su familiar a que cumpla con su tratamiento indicado. 6. Ha sentido usted alguna vez algún sentimiento de desesperanza, miedo que su familiar no llegue a culminar su tratamiento. 			
--	--	--	--	-------------	--	--	--	--

3.2.2 Matriz de Consistencia

Problema	Objetivo General	Hipótesis General	Problemas Específicos	Objetivos Específicos	variable	Técnica de recolección de datos
<p>¿Cuál es la actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019?</p>	<p>Determinar las actitudes de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019.</p>	<p>No se formuló hipótesis. Según Hernández R, et al ⁽⁵¹⁾ las hipótesis se formulan de proposiciones que se relaciona entre dos o más “variables porque se asocian variables o donde se intenta probar vínculos de causa y efecto en investigaciones descriptivas”, que intenten pronosticar un hecho o una cifra. .</p>	<p>¿Cuál es la actitud cognitiva de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate,2019?</p> <p>¿Cuál es la actitud afectiva de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate,2019?</p> <p>¿Cuál es la actitud conductual de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019?</p>	<p>Identificar la actitud en la dimensión cognitiva de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate,2019.</p> <p>Identificar la actitud en la dimensión afectiva de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate,2019.</p> <p>Identificar la actitud en la dimensión conductual de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate,2019.</p>	<p>Actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis.</p>	<p>Encuesta.</p>

CAPÍTULO 4: MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Nivel de Investigación

Nivel de investigación, descriptivo ya que pretende recolectar datos, medir y reportar información sobre la variable “Actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar”, representándose en el programa de PCT y mediante sus hogares⁽⁵⁵⁾.

4.2 Tipo de Investigación

El tipo de estudio es cuantitativo, ya que, la investigación se obtuvieron datos numéricos que luego fueron analizaron estadísticamente generando en ello las conclusiones acerca de los objetivos de la investigación⁽⁵⁵⁾.

4.3 Método de Investigación

El método de investigación es empírico: de observación, porque en el programa de control de tuberculosis las respuestas brindadas son llenadas por un registro sistemático, valido y confiable de las actitudes de la familia en la que el investigador no interviene, ni altera sobre la variable y sus dimensiones que tienen un puntaje, los datos mostraran la evolución natural de las acciones de la familia⁽⁵⁶⁾.

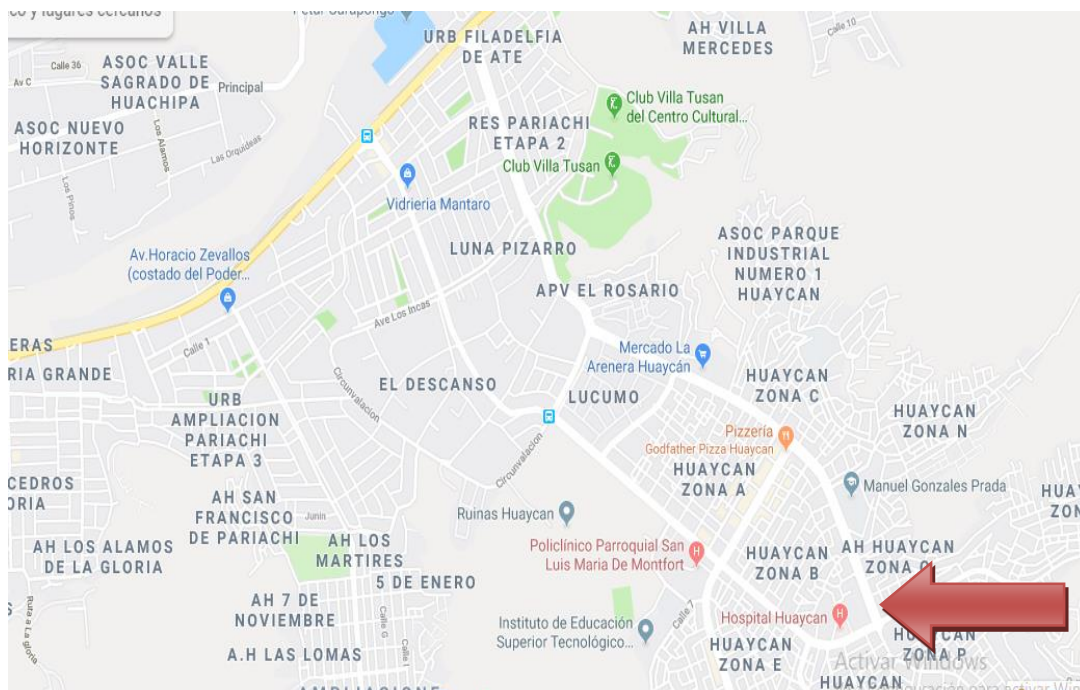
4.4 Diseño de la Investigación

La siguiente investigación fue univariable, estudiándose a una sola variable “actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar”, en la investigación se recolectaron y analizaron los datos en un tiempo específico, por lo que se consideró un diseño no experimental y de corte transversal. Según Hernández R, et al ⁽⁵⁵⁾ establece como no experimental a situaciones que no se construyen, sino que se observan las situaciones ya existentes, sin intervenir ni alterar el entorno de estudio y de tipo transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento y en un tiempo determinado. El estudio se desarrolló en el mes agosto hasta el mes de septiembre del año 2019.

4.5 Lugar de Ejecución del Estudio

El estudio fue realizado en el programa de control y prevención de tuberculosis (PCT) que se encuentra en el primer piso de Hospital de Huaycán al frente de radiología y del área de logística, ubicándose en la parte posterior y al frente de la entrada de emergencia del hospital, teniendo como responsable a la Licenciada Jennifer Estrada Balvin donde se llevó a cabo la investigación. Es un área que tiene a su cargo a 3 médicos con especialidad de neumología, 4 licenciadas de enfermería y 5 técnicas de enfermería. La estrategia cuenta con 8 áreas distribuidas en el programa: el primero un consultorio médico para el tratamiento o cambio de fase de los pacientes, segundo un consultorio de enfermería para el ingreso de paciente nuevos, tercero un área de preparación del tratamiento allí se encuentra un registro de todos los pacientes que tiene el programa y junto a ello esta sus tratamientos que está identificado por sus códigos y datos en un tapers de plástico, cuarto, el espacio para darle a los pacientes su tratamiento observado para la anotación en su hoja de tratamiento, quinto, en la entrada el área de admisión está a cargo de una técnica que lleva un registro de la asistencia de los pacientes, sexto, una amplia sala de espera para a los pacientes cuando tengan que esperar su atención con ventanas amplias para una adecuada ventilación, séptimo, frente a ello está el área de digitación para tener registrado el monitoreo de los tratamientos, evolución, cambio de fase de los pacientes y octava área en la parte externa del programa está el área de toma de muestra, un cuarto ventilado sin techo para que los pacientes dejen su muestra de esputo para su control o despistaje. El director del Hospital de Huaycán es el Dr. Bernardo Elvis Ostos Jara, siendo de primer nivel de atención del Ministerio de Salud (MINS) DISA IV LIMA ESTE, ubicado en la Av. José Carlos Mariátegui s/n zona "B" distrito de Ate-Vitarte, provincia de Lima. Pertenece al área urbanizada que presta atención a todos los pobladores del distrito, ya sea de forma ambulatoria realizándose a través de consultorios externos, como también

de hospitalización, emergencia y de las siguientes estrategias sanitarias como crecimiento y desarrollo (CRED), inmunizaciones.



Fuente: Google Maps

4.6 Unidad de Análisis

Un familiar del paciente con tuberculosis pulmonar.

4.7 Población y Muestra de Estudio

La población es el conjunto de todos los casos que concuerdan en una serie de especificaciones que se consideran en un estudio, ósea, significa que el universo de la investigación sobre la cual se pretende generalizar los resultados. Entonces la muestra, se define como un subgrupo de la población en la que se recolectaron datos para ser representativo en nuestro estudio de investigación ⁽⁵⁵⁾.

4.7.1 Población de Estudio

La población total de la investigación estuvo conformada por 105 familias directas, por un solo miembro ya sea el padre/madre, hijos o conviviente del paciente que está en el programa del Hospital de

Huaycán, durante el ingreso del mes de agosto hasta el mes de septiembre del 2019.

4.7.2 Muestra del Estudio

Se aplicó el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia porque no todas las familias tuvieron las mismas oportunidades ya que fueron seleccionados en función al tiempo de tratamiento del paciente, tipo de parentesco con el paciente, la edad del familiar, que estén conforme a brindar sus respuestas en la encuesta ⁽⁵⁵⁾. La muestra estuvo conformada por 60 familias de los pacientes que acudían al Hospital de Huaycán y forman parte del programa de control de tuberculosis que cumplieron con los criterios de inclusión o características anteriormente citadas, durante el ingreso del mes de agosto hasta el mes de septiembre del 2019. Constituyendo el 57% de la población siendo representativa para el estudio.

4.7.2.1 Criterios de Inclusión

Se tomaron en cuenta para la realización del estudio:

- Familiar directo (padre/madre, hijo o conviviente) que vive con el paciente con tuberculosis pulmonar.
- Familiar directo (padre/madre, hijos o conviviente) de paciente con tuberculosis que asiste regularmente al programa.
- Familiar directo (padre/madre, hijos o conviviente) en edad de 25-50 años de ambos sexos sin problemas mentales.
- Familiar directo (padre/madre, hijos o conviviente) con su participación voluntaria.
- Familiar directo (padre/madre, hijos o conviviente) que firme el “consentimiento informado”.

4.7.2.2 Criterios de Exclusión

Se excluyeron para este tipo de estudio:

- Familiar indirecto (hermano, tíos o sobrinos) que no vive con el paciente con tuberculosis pulmonar.
- Familiar indirecto (hermano, tíos o sobrinos) de pacientes con tuberculosis que hayan abandonado tratamiento.
- Familiar indirecto (hermano, tíos o sobrinos) menores de 25 y mayores de 50.
- Familiar indirecto (hermano, tíos o sobrinos) que tengan limitación en la comunicación.
- Familiar indirecto (hermano, tíos o sobrinos) que no acepten participar en el estudio.
- Familiar indirecto (hermano, tíos o sobrinos) que no firme el consentimiento informado.

4.8 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la encuesta, pues se consideró pertinente para el estudio por ser una técnica que recoge información de forma masiva a través de las manifestaciones verbales del familiar del paciente con tuberculosis pulmonar, obteniéndose datos de manera rápida y eficaz. Por ello se solicitó información al familiar de los pacientes mediante la formulación de preguntas que estaban previamente establecidas.

Como instrumento utilizado fue el cuestionario de actitudes de escalamiento tipo Likert, considerándose adecuado para el estudio por presentar una escala que sirve para medir actitudes, midiendo el grado de acuerdo de los participantes con las preguntas presentadas, se presentó a los familiares

para que expresen su reacción hacia a su paciente con tuberculosis pulmonar eligiendo uno de las 3 categorías.

Consta de dos partes el instrumento: La primera es sobre los factores sociodemográficos: sexo, grado de instrucción y qué relación tiene con el paciente. La segunda parte consta del cuestionario: “Actitud de la familia del paciente con tuberculosis pulmonar, frente al diagnóstico y tratamiento en el Centro de Salud San Genaro De Villa – Chorrillos noviembre 2016”, tomado de la tesis de Flores S. (Anexo B), con resultado de la confiabilidad del instrumento que fue de 0,91 interpretándose como confiable, alta-aceptable. (Anexo D)

Se determino la validez del instrumento por las modificaciones en la primera parte de los datos sociodemográficos en cuanto a las opciones de respuesta y en la segunda parte el cambio de alternativas de los indicadores ya que el anterior no respondía a los objetivos planteados a esta investigación, es por ello, que el instrumento “Actitud de la familia del paciente con tuberculosis pulmonar, frente al diagnóstico y tratamiento en el Centro de Salud San Genaro De Villa – Chorrillos noviembre 2016” se sometió a un juicio de expertos, determinándose a través de una prueba binomial si existe concordancia entre los jueces, conformada por 3 licenciadas de enfermería, presentando un coeficiente binomial significativa ($p= 0,05$), esto quiere decir la consistencia y coherencia en el contenido del instrumento. (Anexo C)

4.9 Recolección de Datos

Se realizó la solicitud hacia la directora de la “Escuela de Enfermería San Felipe”, solicitando la carta de presentación para que sea presentada a la Dirección del Hospital de Huaycán para que me brinden la autorización en realizar mi cuestionario en dicho establecimiento. Luego de obtener la autorización del Hospital de Huaycán, fue evaluado el proyecto por el comité de investigación del Hospital, de las cuales también se expuso, ante los integrantes conformados por el comité, otorgándome la aceptación que fue presentado mediante una autorización para luego dirigirme al Programa de PCT con la Licenciada Jennifer Estrada Balvin encargada de la Estrategia

Sanitaria de Tuberculosis de dicho Hospital facilitándome en los datos personales, direcciones, fase de tratamiento en el que se encuentra el paciente y soporte familiar de ello. Al tener la selección de la muestra de 60 pacientes, se llevó a cabo la impresión de las encuestas y del consentimiento informado, los pacientes que llegaban con familiares se les realizaba el saludo cordial tanto para el paciente, así como para el familiar, mediante ello se les explicó la investigación dentro del área de espera que se encuentra fuera de PCT y se le refirió la importancia en firmar el consentimiento informado hacia mi investigación.

Así también, se explicó que su participación era voluntaria y sobre todo necesaria para el estudio. Mencionándose la importancia de sus respuestas mediante la técnica de la entrevista con un tiempo de 15-20 minutos durante 4 semana de lunes a sábado con un horario de 8:00 am -1.00 pm, cosa contraria pasó con los pacientes que acudían solos al programa, en este caso se realizó la visita domiciliaria que consistió en ir a sus domicilios realizando el saludo y la explicación del proyecto de investigación, mencionando la participación voluntaria durante el proyecto de investigación. Además, de explicar el procedimiento, se aplicó el consentimiento informado y se resaltó que sus respuestas serían anónimas sin dejar de lado las consideraciones éticas.

4.10 Técnicas de Procesamiento y Análisis Estadístico de Datos

Se elaboró la tabulación de los datos y redacción en el programa Microsoft Excel 2010 que permitió clasificar por las 3 dimensiones y cada una de ellas con 6 preguntas, teniendo un total general del valor numérico de las respuestas de nuestro instrumento, en la cual se usó la escala de tipo Likert teniendo los valores en la calificación: aceptación (3 puntos), indiferencia (2 puntos) y rechazo (1 punto) se clasificó mediante los puntajes obtenidos de la siguiente manera: rechazo 6 puntos, indiferencia 12 puntos y aceptación 18 puntos.

La dimensión cognitiva, afectiva y conductual tiene 6 indicadores, cada uno de ellas con alternativas de:

-Aceptación: 3 puntos

-Indiferencia: 2 puntos

-Rechazo: 1 punto

Actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar

Aceptación con 39-54 puntos,

Indiferencia con 21-36 puntos

Rechazo con 18 puntos

Puntaje y porcentaje según las dimensiones de la actitud de la familia.

Dimensión cognitiva	
13 - 18 puntos (50%-75%)	Aceptación
7-12 puntos (25% - 50%)	Indiferencia
1 a 6 puntos (menos de 25%)	Rechazo
Dimensión afectiva	
13 - 18 puntos (50%-75%)	Aceptación
7-12 puntos (25% - 50%)	Indiferencia
1 a 6 puntos (menos de 25%)	Rechazo
Dimensión conductual	
13 - 18 puntos (50%-75%)	Aceptación
7-12 puntos (25% - 50%)	Indiferencia
1 a 6 puntos (menos de 25%)	Rechazo

Después, se realizó el análisis cuantitativo de los datos en el programa SPSS versión 24, para evaluar los puntajes y clasificarlos por dimensiones como de aceptación, indiferencia y rechazo.

Seguidamente se continuo a realizar las tablas estadísticas de los indicadores de cada dimensión en el programa de SPSS versión 24, teniendo un total de 18 tablas seguidamente se procedió a construirlas en el programa Microsoft Excel 2010 agrupándolas y teniendo por dimensión

a los indicadores para luego incluirlas en el programa Microsoft Office 2010 para su análisis. Se elaboró las gráficas circular 3D en el programa Microsoft Excel 2010 para poder analizar, interpretar y discutir los resultados de acuerdo a mis objetivos de la investigación.

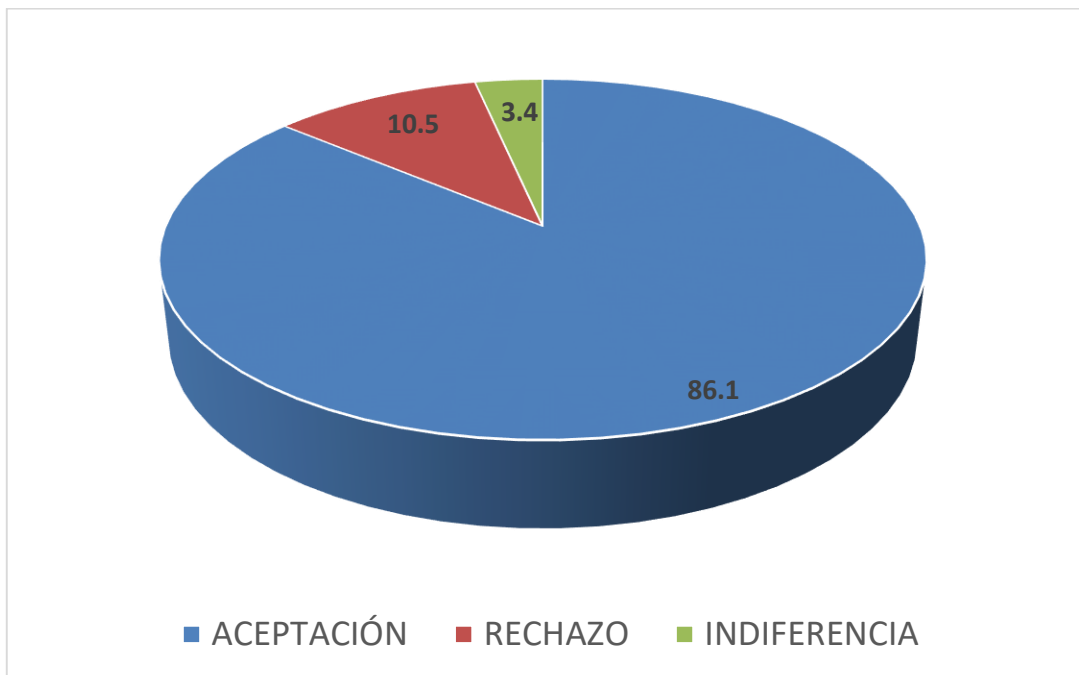
Teniendo para las dimensiones los siguientes puntajes como en la afectiva: puntaje de aceptación= $18*3= 54$, puntaje de indiferencia= $18*2=36$ y puntaje de rechazo= $18*1=18$; teniendo un rango de aceptación 39-54 puntos, indiferencia 21-36 puntos y de rechazo 18 puntos.

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados

Se presentan los resultados obtenidos en relación a los objetivos planteados en la investigación.

Gráfico N°1. Actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019.



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico N°1, se observa los resultados de la actitud de los familiares hacia el paciente con tuberculosis pulmonar, del 100% (60) de las familias encuestadas, el 86.1% (52) mostraron una actitud de aceptación, mientras que el 10.5 % (6) demostró una actitud de rechazo y por último un 3.4 % (2) posee una actitud de indiferencia.

Tabla N°1: Datos generales de los familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019.

	DATOS	N=60	PORCENTAJE (%)
SEXO	Femenino	44	73,3%
	Masculino	16	26,7%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	6	10%
	Secundaria	36	60%
	Superior	18	30%
RELACION CON EL PACIENTE	Padre/madre	17	28,3%
	Conviviente	17	28,3%
	Hijo	26	43,3%

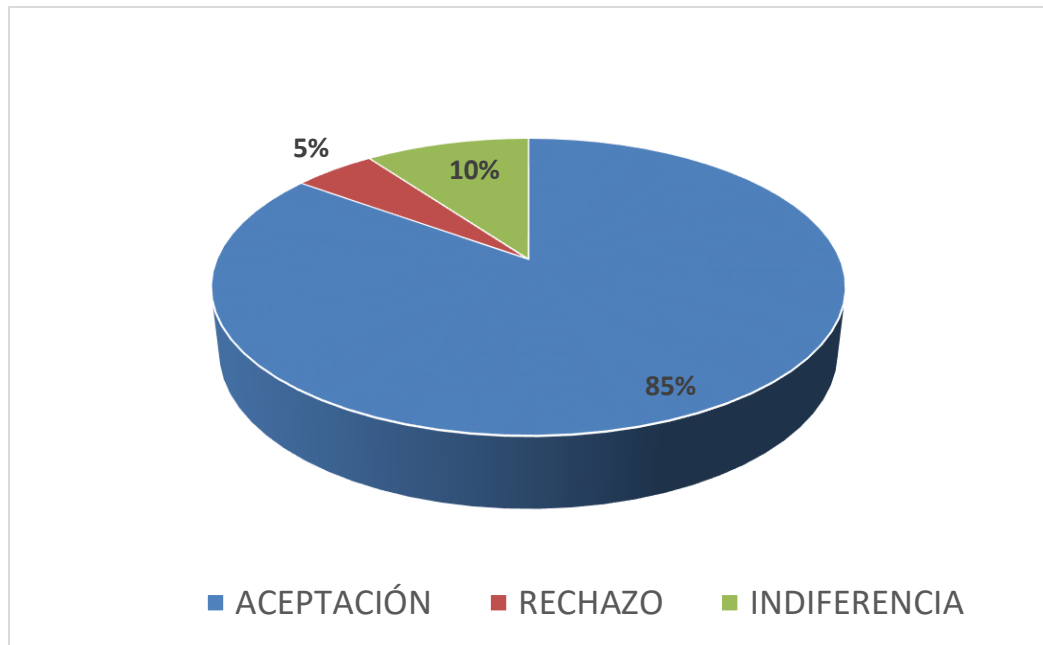
Fuente: Elaboración propia.

Los resultados en la tabla N°1 demuestra que los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar, en su gran mayoría con un 73,3 % fueron de sexo femenino, un 60% presento grado de instrucción de secundaria y un 43,3 % son hijas de los pacientes con tuberculosis.

Como se muestran en estos datos, las hijas presentaron una actitud de aceptación, lo cual es beneficioso para el paciente con tuberculosis pulmonar para que termine con su tratamiento, permitiéndole aumentar su sistema inmunológico para disminuir la susceptibilidad de contraer otras enfermedades oportunistas, reduciendo la posibilidad de resistencia a los fármacos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que hay un porcentaje de actitud de rechazo de las hijas, que condiciona a que los pacientes con tuberculosis pulmonar, presenten un panorama más desolador y sin ánimos en su mejoría o en muchos casos dejar de tomar el tratamiento haciendo que pasen a otra fase como la Multidrogo resistente (MDR) o Extremadamente resistente(XDR) pero sobre todo la susceptibilidad de contraer otras enfermedades oportunistas como la neumonía, meningitis o atacar mediante el torrente sanguíneo y presentar problemas renales o hepáticos teniendo como final la muerte. Por último, presentaron en bajo porcentaje una actitud de indiferencia lo que condiciona que los pacientes con tuberculosis pulmonar, aunque sean en minoría presenten un riesgo de

no culminar su tratamiento por la falta de motivación en su atención, afectando al sistema inmunológico.

Gráfico N°2. Actitud según la dimensión cognitiva de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019.



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico N°2, los resultados de la actitud de los familiares en relación a la dimensión cognitiva demuestran que del 100%, el 85% (51) de los familiares encuestados mostraron aceptación, por otra parte, el 10% (6) mostró indiferencia y un 5% (3) de rechazo.

Tabla N°2: Indicadores de la dimensión cognitiva de la actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019.

N°	Indicadores	Aceptación		Indiferencia		Rechazo	
		N	%	N	%	N	%
1	La tuberculosis es una enfermedad infecto contagiosa y constituye un importante problema de salud.	60	100	-	-	-	-
2	La Tuberculosis es una enfermedad curable.	55	91,7	2	3,3	3	5,0
3	Es necesario la detección rápida y oportuna de la tuberculosis para prevenir nuevos casos.	60	100	-	-	-	-
4	Cree usted que por compartir cubiertos de mesa con su familiar infectado se puede contagiar con tuberculosis.	21	35,0	21	35,0	18	30,0
5	Determina usted que los estilos de vida influyen en contagiarse con tuberculosis.	53	88,3	7	11,7	-	-
6	Si tengo tos por más de 15 días debo realizarme la prueba de BK.	60	100				

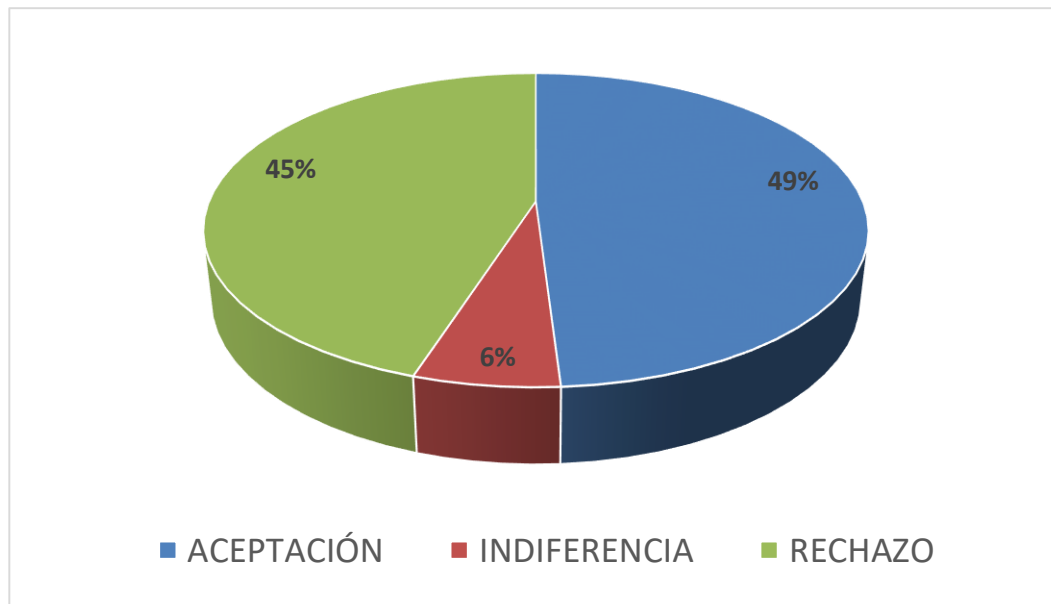
Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 2, se evidencia que la actitud de los familiares en la dimensión cognitiva en la mayoría es de aceptación. Por lo tanto, el paciente con tuberculosis pulmonar recibirán buenos cuidados por parte de sus hijas porque conocen de la enfermedad e identifican los síntomas iniciales para prevenir nuevos casos, específicamente en los atributos que el 100% (60) tienen el conocimiento que la enfermedad de la tuberculosis es infecto contagiosa y constituye un problema de salud, al igual que un 100%(60) saben que para prevenir nuevos casos de tuberculosis es necesario la detección rápida y oportuna, mientras un 100%(60) de los familiares consideran que si tienen tos por más de 15 días deben realizarse la prueba de BK y que un 91,7% (55) de las hijas menciona que la enfermedad de la tuberculosis es curable y un 88,3%(53) saben que los estilos de vida son los que van a influir en contagiarse con tuberculosis, mientras el 35%(21) sabe que por compartir los cubiertos con su familiar con tuberculosis se puede contagiar de la enfermedad. Sin embargo, se obtuvo una actitud de indiferencia con un 35% (21) de las hijas acerca que si compartir cubiertos

de mesa con su paciente infectado se puede contagiar con tuberculosis o no.

En el gráfico N°2 y tabla N°2, se demuestra que en gran porcentaje de las hijas tuvieron una actitud de aceptación, ya que ellas comprenden acerca de la enfermedad, saben que la tuberculosis es una enfermedad infecta contagiosa constituyendo un importante problema de salud, al igual que para prevenir nuevos casos es necesario que la familia pueda detectar a tiempo la tuberculosis y que los estilos de vida son una gran influencia para el contagio, saben que si tienen tos por más de 15 días deben realizarse la prueba de BK manejando el concepto de tuberculosis e identificando los síntomas para la actuación rápida y que tienen en la mente que la enfermedad es curable, ello se va a referir que la información brindada por el personal de enfermería está teniendo buena aceptación en ellos, con las sesiones educativas. Sin embargo, se muestra un porcentaje de indiferencia, debido a que el familiar no tiene una idea clara acerca de los conocimientos en cuanto a los cuidados que deben tener como en compartir cubiertos de mesa con su familiar que está infectado los podrían contagiar generando como consecuencia alejarse y no apoyar en los cuidados.

Gráfico N°3. Actitud según la dimensión afectiva de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019.



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico N°3, la actitud del familiar en relación a la dimensión afectiva demostró, que del 100%, el 49% (29) de los familiares encuestados muestra aceptación, por otra parte, el 45% (27) mostró rechazo, mientras que un 6% (4) demostró indiferencia.

Tabla N°3: Indicadores de la dimensión afectiva de la actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019.

Dimensión	N°	Indicadores	Aceptación		Indiferencia		Rechazo	
			N	%	N	%	N	%
AFECTIVA	1	Tiene temor al saber que la prueba de BK de control de su familiar sea positivo	58	96,7	-	-	2	3,3
	2	No siente vergüenza al acompañar a su familiar a sus controles.	39	65,0	20	33,3	1	1,7
	3	Usted se preocupa por lavar con agua hervida los utensilios de su familiar con tuberculosis porque teme contagiarse.	47	78,3	10	16,7	3	5,0
	4	Se ha sentido preocupado por las secuelas que tiene esta enfermedad en la vida de su familiar	52	86,7	1	1,7	7	11,7
	5	Considera que es necesario aislar a su familiar con tuberculosis para evitar contagios en casa.	5	8,3	11	18,3	44	73,3
	6	Cree usted que una vivienda sucia, con mala iluminación, poco ventilada, con bastantes integrantes en la familia influye poco para que la familia se contagie con TB.	-	-	2	3,3	58	96,7

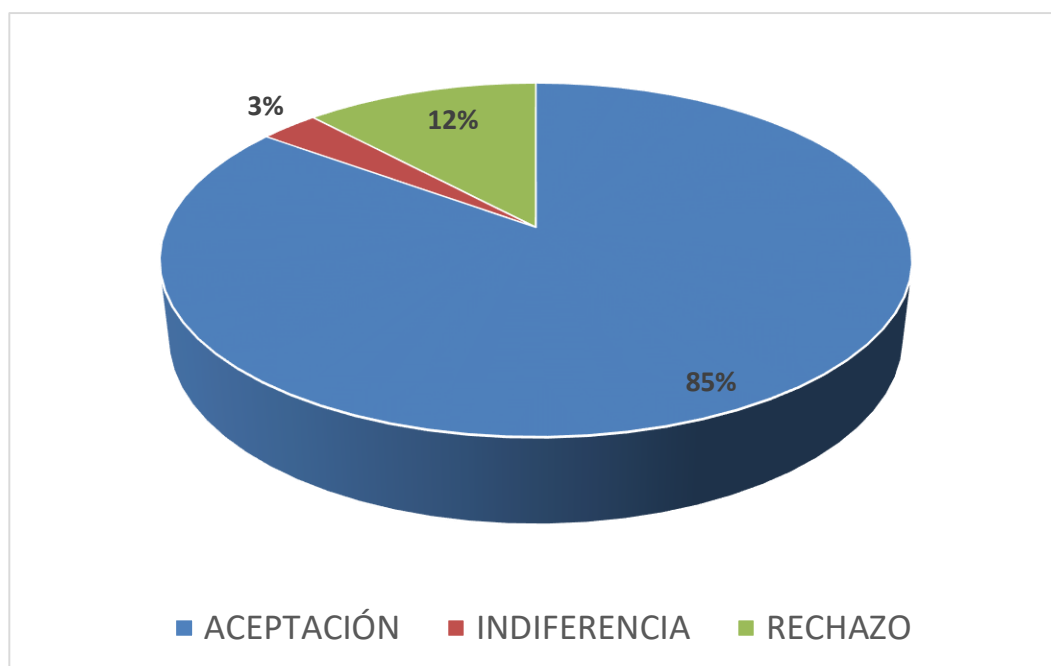
Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 3, muestra que la actitud del familiar en la dimensión afectiva en de aceptación. Por lo que, tendrá consecuencias favorables hacia el paciente con tuberculosis pulmonar porque las hijas se sentirán preocupadas durante su enfermedad generando que le brinden el apoyo afectivo, la motivación para que continúe yendo al centro de salud para su tratamiento, específicamente en los siguientes indicadores donde, el 96,7%(58) si mostro sentimientos de temor al saber que la prueba de BK de control de su familiar sea positivo, al igual que el 86,7%(52) manifiesta preocupación, angustia por las secuelas de la tuberculosis que pueda tener a futuro su familiar y un 78,3%(48) se preocupa por lavar con agua hervida los utensilios de su familiar con tuberculosis porque teme contagiarse y un 65,0%(39) no siente vergüenza al acompañar a su paciente al programa de tuberculosis para tu tratamiento. Sin embargo, el 96,7 % (58) mostro una actitud de rechazo en que tener sucia la vivienda, mala iluminación y con

poca ventilación influye poco para el contagio de la tuberculosis en las familias, al igual que el 73,3% (44) manifiesta que el aislamiento no es necesario para evitar el contagio dentro del hogar cuando su paciente esta con tuberculosis.

De acuerdo en el gráfico N°3 y tabla N°3, los resultados muestran aceptación, siendo favorable porque se va a referir que las hijas mostraron una actitud de amor mediante la motivación, preocupación de cómo está yendo en su tratamiento farmacológico debido a que mostraron temor al saber que la prueba de BK de control de su familiar sea positivo al igual que las secuelas que tiene esta enfermedad en el organismo de su familiar o al acompañarlos en sus controles a su familiar dentro del hospital sin sentir vergüenza, teniendo las medidas necesarias para evitar el contagio y del lavado con agua hervida los utensilios de su familiar con tuberculosis porque temen que se contagien sus demás parientes. Mientras que, en la actitud de rechazo se obtuvo un porcentaje menor en algunos indicadores donde el familiar menciona que al tener sucia la vivienda con una iluminación mala y con una escasa ventilación, va a influir poco para que la familia se contagie con tuberculosis, además considera que es no necesario aislar a su familiar con tuberculosis siendo esta respuesta favorable porque las hijas saben las medidas de bioseguridad, además de la manera de transmisión de la tuberculosis que es a través del aire, siendo importante el aislamiento de las personas para prevenir el contagio en casa los primeros meses de la enfermedad. Por último, se obtuvo indiferencia, esto refleja que no están vinculados afectivamente por una unión familiar sólida, cayendo en depresión por la vergüenza que generan en su entorno, que lo llevarían a sentirse rechazado, inútil y culpándolo de su contagio porque enfrentan toda esta situación solos teniendo más probabilidades de abandonar el tratamiento, cuando el apoyo familiar no está presente.

Gráfico N°4. Actitud en la dimensión conductual de la familia hacia el paciente con Tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019.



Fuente: Elaboración propia.

El gráfico 4, el análisis de los resultados para evaluar el porcentaje de la actitud de los familiares en relación al componente conductual demuestra, que el 85% (51) de los familiares encuestados muestra aceptación, mientras que un 12% (7) muestra rechazo y 3% (2) de indiferencia.

Tabla N°4: Indicadores de la dimensión conductual de la actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019.

Dimensión	N°	Indicadores	Aceptación		Indiferencia		Rechazo	
			N	%	N	%	N	%
CONDUCTUAL	1	Le interesa usar medidas preventivas y de higiene como el lavado de manos, uso de guantes, mascarilla etc.	60	100	-	-	-	-
	2	Cree usted que es beneficioso para el tratamiento evitar que su familiar consuma bebidas alcohólicas y a veces fume un cigarrillo.	60	100	-	-	-	-
	3	Se siente angustiada al enterarse que el tratamiento que debe recibir su familiar es largo y con continuidad.	50	83,3	1	1,7	9	15,0
	4	Se interesa si su familiar fracasa al tratamiento que está recibiendo.	52	86,7	4	6,7	4	6,7
	5	Apoya emocionalmente a su familiar a que cumpla con su tratamiento indicado.	59	98,3	1	1,7	-	-
	6	Ha sentido usted alguna vez algún sentimiento de desesperanza, miedo que su familiar no llegue a culminar su tratamiento.	40	66,7	3	5,0	17	28,3

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 4, se puede apreciar que la actitud del familiar en la dimensión conductual es de aceptación, esto quiere decir que, un mayor porcentaje muestra conductas favorables hacia las medidas preventivas, en el apoyo, preocupación, miedo, desesperanza de que su tratamiento fracase, además llevaron a la práctica lo que en el programa los educaron: mediante charlas, consejería o en las citas con enfermería para que el paciente termine el tratamiento sin secuelas, reforzando el apoyo familiar, mostrando comportamientos favorables respecto a los cuidados hacia el paciente con tuberculosis pulmonar porque sabe cómo actuar frente a los cuidados; específicamente en los siguientes indicadores donde, el 100%(60) les interesan usar las medidas preventivas así como el lavado de manos, el uso de guantes cuando van a tener contacto con el paciente pero sobre todo el uso de la mascarilla al tener un acercamiento de su paciente, así como un 100% (60) también que cree que es beneficioso evitar el consumo de bebidas alcohólicas o fume cigarrillos, mientras un 98,3%(59) si

apoya emocionalmente a su familiar a que cumpla con su tratamiento indicado, además mostraron sentimientos de temor al saber que la prueba de BK de control de su familiar sea positivo, al igual que el 86,7%(52) se ha sentido preocupado, angustiado por las secuelas que tiene esta enfermedad en la vida de su familiar y un 83,3%(50) se sienten angustiados al saber que el tratamiento es largo y debe ser continuo y por último un 66,7%(40) ha sentido desesperanza, miedo a que su paciente no llegue a terminar su tratamiento.

De acuerdo al gráfico N°4 y tabla N°4, estos resultados muestran que la mayoría de las hijas tienen una actitud de aceptación en la dimensión conductual pues, mostraron una tendencia a comportarse de manera adecuada al considerar que deben usar las medidas preventivas y de higiene, así como también consideran que es beneficioso para el tratamiento evitar que su familiar con tuberculosis consuma bebidas alcohólicas o fume cigarrillos siendo un factor de riesgo para el abandono del tratamiento al interferir con la euforia que el paciente siente mientras está bajo el efecto del psicoactivo, además de no alimentarse adecuadamente y afecte su salud integral, es por ello el cumplimiento con su tratamiento para que eviten episodios de fracaso esto ayuda significativamente para que disminuya su propagación bacteriana a los demás integrantes de la familia, además siendo estrictos en su tratamiento para evitar abandonos o desesperanza en no terminar su tratamiento disminuyendo la resistencia para que mejore su sistema inmunológico y consecuentemente su estilo de vida.

5.2 Discusión:

Según el Objetivo General en determinar la actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, 2019. Se obtuvo una actitud de aceptación (86.1%), mientras que con una actitud de rechazo (10.5%) y un porcentaje de indiferencia (3.4%).

Los resultados mostrados anteriormente se asemejan a lo obtenido por Alca M, Terreros K ⁽¹⁷⁾, Lima, (2018), en su estudio titulado: “Riesgo familiar

total y actitud de los familiares de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Infantas los Olivos, Lima 2017”, donde su muestra fue 50 familias que asisten al programa de tuberculosis, se encontró el 80% de las familias expresaron aceptación hacia su familiar con tuberculosis pulmonar, mientras que, el 20% indiferencia. Asimismo, coincide con lo investigado por Aulla N⁽¹⁹⁾, Jicamarca, (2017) en su estudio titulado: “Actitud de la Familia de los Pacientes con Tuberculosis en el Centro de Salud Jicamarca 2017”, donde la muestra que eligió fue de 60 familiares del “programa de tuberculosis pulmonar”, donde un “60.6% expresaron una actitud de aceptación, mientras con un 30.3% señala un nivel de indiferencia y el 9.1% presenta un nivel de rechazo”. Por lo expuesto anteriormente, el presente estudio y los mencionados presentan una relación entre las actitudes de las familias con una adecuada adherencia al tratamiento para su culminación como en los Olivos, Jicamarca y Huaycán, con una actitud de aceptación de las familias que se evidencia en el apoyo que reciben por parte de ellas, siendo esencial, así como también acompañar al paciente en el transcurso de su enfermedad ayudando que presenten pensamientos de negatividad o de baja autoestima lo que indica fundamentalmente una motivación hacia el paciente en completar su esquema de tratamiento hasta su recuperación siguiendo las indicaciones del personal de salud y seguir realizando sus controles médicos de rutina, lo cual reducirá el deterioro físico o la susceptibilidad a otras enfermedades, por su vulnerabilidad y la propagación de la enfermedad a otros miembros del hogar, permitiéndole aumentar el sistema inmunológico. Sin embargo, se puede evidenciar una actitud de indiferencia y rechazo de las familias en los mismos lugares ya mencionados, lo que indica que los paciente presenten conductas negativas, lo cual podría ocasionar desesperanza en su recuperación, miedo, tristeza, temor, obstaculizando la culminación y causando abandono del tratamiento, produciendo factores de riesgo que van a estar asociados a acelerar la propagación bacteriana en su organismo, presentando consecuencias graves como el deterioro físico, un bajo sistema inmunitario pero sobre todo la posibilidad de estimular los mecanismos de resistencia bacteriana hacia los fármacos que están siendo administrados, el tiempo de exposición del fármaco por el cambio de fase

llegando a la muerte. En la teoría de Nola Pender “en su Modelo de Promoción de la Salud, plantea que para modificar una conducta depende de la actitud y la motivación que tenga el familiar” porque contribuirá a brindar apoyo, cuidados a sus pacientes, de esta manera prevenir el abandono, la resistencia farmacológica que pudieran interferir en la culminación del tratamiento en el futuro pondrían llevarlo hacia la muerte, para poder establecer estrategias y realizar actividades que favorezcan una buena actitud mediante la intervención de las familias, “los factores cognitivos pueden cambiar cuando se vea influenciados por razones personales, sociales que tiene la persona, por ende, se obtiene conductas favorables hacia la salud del paciente”⁽⁵³⁾.

Por otra parte, los resultados difieren con Flores J, Quispe M⁽¹⁸⁾, Juliaca, (2017) en su estudio titulado: “Eficacia del programa “Respirando Vida” para mejorar conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis pulmonar en Familiares de Pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud del Hospital III ESSALUD, Juliaca – 2017”, los resultados, mencionan un 60% de actitud de rechazo hacia el paciente con tuberculosis pulmonar. Este estudio presento su muestra de 25 familiares, mientras que en el presente estudio el porcentaje de la actitud de rechazo fue de 10.5%. “La tuberculosis en el Perú va a ocupar el décimo quinto lugar de las causas de muerte⁽⁵⁾, afectando a los estratos sociales más pobres de las grandes ciudades del país”, ello se evidencia en la “expectativa negativa con respecto al resultado del tratamiento y la angustia por los posibles efectos adversos de la terapia, se asociaron al abandono del tratamiento por sentirse rechazados y excluidos de la sociedad”, deteriorando su autoestima⁽³²⁾, siendo el la familia el entorno más cercano del paciente para que pueda recibir apoyo, pero cuando hay desunión o los mismo integrantes marginan al enferma, haciéndole sentir culpable, inútil tendrá como consecuencia que el paciente enfermo por tuberculosis se sienta rechazado y no tendrá motivación para continuar el tratamiento. La falta de apoyo familiar sigue siendo una de las principales causas en la interrupción del tratamiento farmacológico⁽⁴³⁾, presentando consecuencias graves como

el deterioro físico por la enfermedad, el sistema inmunitario debilitado y ello generaría a contraer otras enfermedades o de estimular los mecanismos de resistencia bacteriana hacia los fármacos, el tiempo de exposición del fármaco por el cambio de fase o la propagación de la infección en todo el organismo llegando a la mortalidad⁽³³⁾.

Por lo tanto, estos pacientes corren el riesgo de tener un sistema inmunológico debilitado, presentando una reinfección de enfermedades oportunistas y un elevado riesgo de mortalidad, esto quiere decir que, en Juliaca hay un rotundo rechazo que va a condicionar a sus pacientes a la muerte, más que en Huaycán de manera que habrá más abandono del tratamiento, así como la reinfección de enfermedades oportunistas. Sin embargo, en Huaycán, el resultado acerca de la actitud del familiar con tuberculosis fue de aceptación, resaltando mayores beneficios que riesgos como la adherencia y la culminación en el tratamiento hacia el paciente con tuberculosis pulmonar. A pesar de ello, también se identificó resultados de rechazo e indiferencia en Huaycán correspondiendo que está determinado por la carencia del apoyo de la familia hacia su paciente diagnosticado con tuberculosis, siendo un precedente para que se deslinden responsabilidad durante el tratamiento.

Según el Objetivo Específico, identificar la actitud en la dimensión cognitiva hacia la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, 2019. Se obtuvo que la actitud de las hijas fue de aceptación en la dimensión cognitiva (85%), mientras que de indiferencia (10%) y de rechazo (5%).

Se pudo observar en esta dimensión en cada indicador de la tabla N° 2, las hijas presentaron una actitud de aceptación en cuanto a los conocimientos de la tuberculosis, reconocen que es una enfermedad infecto contagiosa contribuyendo un importante problema de salud, al igual que ellas saben que la detección rápida y oportuna de la tuberculosis es necesario para poder prevenir nuevos casos y así que sea curada, considerando que si tienen tos por más de 15 días deben realizarse la prueba de BK, al igual

que los estilos de vida son los que van a influir en contagiarse con tuberculosis, ello se va a referir que la información brindada por el personal de enfermería está teniendo buena aceptación en ellos, con las sesiones educativas, charlas. Sin embargo, aun con estas actividades se obtuvo una actitud de indiferencia acerca de que, si compartir cubiertos de mesa con su paciente infectado se puede contagiar con tuberculosis, esto evidencia que las hijas no muestran interés en la prevención, los cuidados de higiene para evitar el contagio entre ellos.

Los resultados que se obtuvieron se asemejan a lo investigado por Alca M, Terreros K⁽¹⁷⁾, mostrando el 100% de los familiares con una actitud cognitiva de aceptación, donde en el estudio existió relación entre el riesgo familiar y la actitud de los familiares de los pacientes, evidenciándose que la actitud del familiar tiene relación con el indicador: concepto de la tuberculosis. Asimismo, coincide con Aulla N⁽¹⁹⁾, concluyendo que el 57.58% mostro aceptación en la dimensión cognitiva, mientras que en sus indicadores mostro más de la mitad de acuerdo en la importancia de curarse de la tuberculosis, saben que la tuberculosis es una enfermedad infecta contagiosa, mientras que con un 33.33% en indiferencia y un 9.09% de rechazo. Por lo tanto, se deja en evidencia que existen más de la mitad de familiares de pacientes con tuberculosis que mostraron una actitud de aceptación en la dimensión cognitiva por esta razón influyen en las creencias de la población, contribuyendo en el mejor entendimiento sobre el tratamiento y la atención de la enfermedad en general, así como los valores y normas sociales en cuanto a los temas relacionados a la salud y enfermedad⁽³²⁾. De esta manera los familiares tienen información y conocimientos sobre la enfermedad de la tuberculosis, los signos y síntomas, la detección rápida así como las formas de contagios, la resistencia a los fármacos, lo cual beneficia al paciente con tuberculosis para terminar su tratamiento y evitar contagios dentro del hogar que se verá reflejado en la conducta del familiar hacia el paciente con la aceptación del tratamiento, cumplimiento con las indicaciones terapéuticas, identificación oportuna de reacciones adversas y la actuación apropiada. Por otra parte, se muestra una actitud de indiferencia lo que condicionan al paciente a

presentar sentimientos de desesperanza, fracasado en la vida, tristeza, alejamiento de su familia, que se aferre a vicios como el licor, drogas⁽³²⁾ y no acuda para su tratamiento teniendo como consecuencias la desnutrición, resistencia bacteriana y un sistema inmunológico deficiente. Los factores que actúan en el aumento de la tuberculosis son los hábitos deficientes, escasos conocimientos, creencias erradas, afectividad poco desarrollada, escasa interacción intra y extra familiar, al igual que las condiciones externas y observables como la vivienda, saneamiento ambiental, ingresos, actividad⁽³¹⁾. Finalmente, se mostró una actitud de rechazo que puede generar al paciente una baja autoestima, depresión, sentimientos de culpa que pueden llegar a que abandone el tratamiento y genere la proliferación bacteriana teniendo como desenlace final su muerte⁽³⁴⁾.

Este resultado difiere a lo encontrado por Flores J, Quispe M⁽¹⁸⁾, en Juliaca mostraron un pre test de un 84,0% de los familiares que desconocían de la enfermedad de la tuberculosis y un 16,0% que conocía sobre la tuberculosis en el programa “Respirando Vida”, después de la aplicación el porcentaje de desconocimiento disminuyo con un 4,0%, pero, sin embargo, el porcentaje de conocimiento tuvo un nivel alto con un 96.0%. Asimismo, difieren los resultados con lo que fue encontrado por el autor Flores S⁽²¹⁾, Chorrillos, (2016) en su investigación titulada: “Actitud de la familia del paciente con tuberculosis pulmonar frente al diagnóstico y tratamiento en el Centro de Salud San Genaro de Villa-Chorrillos noviembre 2016”, indicando que solo el 48% tuvieron una actitud cognitiva de indiferencia, 44% de rechazo y un 8% de aceptación. Se evidenció una actitud de indiferencia en sus indicadores de creencias y conocimiento. Por esta razón el “sistema de salud considera al paciente tuberculoso y su familia como sujetos biológicos que están vacíos culturalmente, subestimando el valor que significa este conocimiento para hacer más efectivo el programa de control” cuando el paciente se comienza a sentir mejor piensan que ya no necesita el tratamiento farmacológico aumentando el riesgo de abandono⁽³²⁾, por esa razón, causa una actitud de desinterés sobre los conocimientos acerca de la tuberculosis o la poca información que es

perjudicial porque no van a tener un buen cuidado, ni buenas medidas de higiene, aumentando los contagios dentro del hogar, esto quiere decir que, en Chorrillos y Juliaca hay presencia de una actitud de desconocimiento e indiferencia lo que condiciona al paciente que pueda presentar una mala adherencia y abandonar el tratamiento causando problemas en su organismo por la resistencia del fármaco y un debilitamiento del sistema inmunológico más que en Huaycán, de manera que habrá más propagación de la infección dentro de su entorno más cercano produciendo la resistencia farmacológica. El conocimiento de la enfermedad se verá reflejado en la conducta del paciente, frente a la aceptación del tratamiento, cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, identificación oportuna de reacciones adversas y actuar apropiadamente; así el desconocimiento genera comportamiento errado y valorización equivocada con respecto al tratamiento, el paciente y su familia optaran por diferentes alternativas para su atención⁽³²⁾. Sin embargo, en Huaycán, se evidenció una actitud de aceptación hacia el familiar con tuberculosis, ello se va a referir que la información brindada por el personal de enfermería está teniendo buena aceptación en ellos, con las sesiones educativas, resaltando mayores beneficios que riesgos en la culminación del tratamiento, seguidamente en la reintegración a la sociedad del paciente.

Según el Objetivo Específico, identificar la actitud en la dimensión afectiva hacia la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, 2019. Se obtuvo que la actitud de las hijas es de aceptación en la dimensión afectiva ante el paciente con tuberculosis pulmonar (49%), mientras que en la actitud de rechazo (45%) y, por último, en la actitud de las hijas de indiferencia (6%).

Analizando la dimensión por cada indicador se observa en la tabla N° 3 presentan una actitud de aceptación en cuanto al temor de saber que la prueba de BK de control de su familiar sea positiva, al igual que se ha sentido preocupado, angustiado por las secuelas que tiene esta enfermedad, además se preocupan por lavar con agua hervida los utensilios de su familiar con tuberculosis porque teme contagiarse y no

sienten vergüenza al acompañar a su paciente al programa de tuberculosis para tu tratamiento. Sin embargo, se mostró una actitud de rechazo en tener una vivienda sucia, con mala iluminación, poco ventilada, con bastantes integrantes en la familia influye poco para que la familia se contagie con tuberculosis siendo beneficioso esta respuesta porque saben que estos factores influyen para el contagio dentro del hogar, al igual que ellas no consideran necesario aislar a su familiar con tuberculosis para evitar contagios dentro de la casa siendo esta respuesta es desfavorable porque la forma de transmisión de la tuberculosis de una persona a otra es a través del aire, por ese motivo, es esencial el aislamiento de las personas con la enfermedad para evitar contagios en casa en los primeros meses de la enfermedad con todas las medidas de bioseguridad para la prevención dentro de su hogar, con la higiene respectiva.

El resultado es semejante a lo encontrado por Aulla N⁽¹⁹⁾ (2017) donde se obtuvo una actitud de aceptación en la dimensión afectiva con un 57,6%, mientras que en sus indicadores de acompañar al centro de salud les resulta agradable con un porcentaje con más de la mitad de un total de acuerdo que se sienten angustiadas al enterarse que el tratamiento que debe recibir es largo y doloroso para su familiar, entonces la familia tiene una actitud positiva brindando apoyo emocional en la recuperación de su paciente con tuberculosis pulmonar, mientras que un 31,8% mostro indiferencia y un 10,6% de rechazo. Por lo tanto, se observa que los resultados del presente estudio, pues la familia motiva al paciente a tomar el tratamiento completo contra la tuberculosis hasta su total restablecimiento⁽⁴⁹⁾, por ese motivo los familiares no sienten vergüenza al acompañar a su paciente en sus controles, sienten preocupación, temor, angustia hacia el tratamiento y cuánto durará para que termine su recuperación, siendo beneficioso ya que al contar con un apoyo afectivo influirá a reforzar los lazos familiares dentro del hogar logrando que los pacientes obtengan mayor probabilidades de culminar el tratamiento con una buena adherencia farmacológica sintiéndose cada vez más optimistas evitando pensamientos de negatividad o de baja autoestima que puede afectar su salud. Por otro lado, se demuestran una actitud de rechazo e

indiferencia, estos porcentajes reflejan que los familiares presenten desinterés y rechazo al acompañar a su paciente a sus controles sintiendo vergüenza que alguien de su entorno los vea, siendo insensibles en los efectos adversos que ocasiona en el organismo de su paciente hasta del tiempo que durará el tratamiento o del desdén hacia las medidas de apoyo afectivo, lo cual podría generar sentimientos negativos, baja autoestima miedo, preocupación, ejerciendo una fuerte influencia en el paciente para que incumpla con su tratamiento y en algunos casos abandone el tratamiento por la falta apoyo familiar, por este motivo el paciente genere resistencia farmacológica en su organismo ya que no va a sentirse apoyado afectivamente en todo el proceso de tratamiento. La OMS⁽³⁹⁾ menciona que “enfermería contribuye a estimular los vínculos afectivos con la finalidad de que las familias puedan fortalecer sus actitudes de aceptación hacia su paciente”, resaltando la importancia del apoyo de la familia durante el tratamiento y los efectos que causan en el organismo si no culminan el tratamiento. Evidenciándose mediante sus visitas domiciliarias que realizan para dar seguimiento, esta acción se realiza en el primer nivel siendo una herramienta para llegar al familiar promoviendo el apoyo, la protección y la preocupación hacia su familiar.

Por otro lado, los resultados difieren con lo encontrado por Chinchay M⁽²⁴⁾ (2015) en su investigación titulado: “Actitud del cuidador familiar y el cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis, Sector Morro Solar-Jaén, 2012”, con una muestra de 30 cuidadores familiares, se obtuvo en la dimensión afectiva un 40,0% una actitud indecisa, mientras que un 33,3% mostró una actitud desfavorable y un 26,7% de actitud favorable. El entorno afectivo y social que pueden ser: conyugue o compañero (a), hijos, miembros de la familia o parientes, amigos, vecinos los que rodean al paciente influye sobre las decisiones que tomaría con respecto al cumplimiento del tratamiento de la enfermedad para que el paciente de esta manera, se sienta útil, necesario y querido, siendo un motivo para que acuda al programa de tuberculosis para que culmine con su tratamiento y curarse⁽⁴¹⁾. Porque al no contar con el apoyo de sus familiares pueden tener una falta de motivación para adherirse al tratamiento de la tuberculosis

sintiéndose que se les cortan sus expectativas de vida por el largo y difícil proceso del tratamiento o se sienten estigmatizadas⁽⁴³⁾. Por este motivo, causa un debilitamiento general, por no adherirse al tratamiento sintiéndose rechazados, excluido de la sociedad, deteriorando su autoestima⁽⁴⁹⁾, provocando pensamientos de negatividad, depresión, vergüenza que van a generar en su entorno y baja autoestima enfrentando toda esta situación solos con más probabilidades de no cumplir y abandonar el tratamiento cuando el apoyo familiar no está presente.

Según el Objetivo Específico, identificar la actitud en la dimensión conductual hacia la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, 2019. Se obtiene que la actitud de las hijas es de aceptación en la dimensión conductual ante el paciente con tuberculosis (85%), mientras en la actitud de rechazo (12%) y por último con una actitud de indiferencia (3%).

Se observa en la tabla N°4 que la mayoría de las hijas presentan una actitud de aceptación en usar las medidas preventivas como el lavado de manos, uso de guantes cuando tengan manipulación de su paciente y el uso de la mascarilla, así como no cree que no es beneficioso el consumo de bebidas alcohólicas, además mostraron sentimientos de temor al saber que la prueba de BK de control de su familiar sea positivo, al igual que el que se ha sentido angustiadas, preocupadas, porque esta enfermedad va a dejar secuelas en la vida de su familiar, además se sienten angustiados al saber que el tratamiento es largo y continuo presentando sentimientos de desesperanza, miedo a que su paciente no llegue a terminar su tratamiento.

De los resultados se asemejan lo encontrado con Aulla N⁽¹⁹⁾ (2017) donde se obtuvo una actitud de aceptación en la dimensión conductual con un 59,1%, mientras que en sus indicadores se evidencia más de la mitad utilizan mascarillas en casa durante el periodo del tratamiento así como también en lugares públicos, mientras mayoría considera un tiempo adecuado de 15 segundos con un total de acuerdo. Por lo tanto, los resultados del presente estudio se refieren la influencia que tiene las prácticas de salud sobre la persona. Así, algunos comportamientos que

pueden ser el descanso, el ejercicio, el sueño, los hábitos de alimentación, aseo, el trato correcto con los demás individuos y todo aquello que le ayude a conocer el mundo en el que vive y pueda desarrollar mejor su mente van a estar relacionados con la salud ⁽⁴³⁾. Hace algunos años se ha destacado la importancia que tiene la familia y la influencia en los cambios de estilos en el seguimiento de los regímenes médicos, pero sobre todo en la participación en los programas de rehabilitación⁽⁴⁹⁾. Además de la importancia de los conocimientos que debe tener la familia para que ello genera el cambio de conducta para reconocer cuales son los factores psicológicos que influyen en los comportamientos de las personas, considerando que el componente motivacional es clave para conseguir un logro, de acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo⁽⁵⁰⁾. De esta manera los familiares presentan una tendencia a comportarse adecuadamente, al considerar que deben usar las medidas preventivas y de higiene evitando el consumo de bebidas alcohólicas, así como también su respaldo para que cumplan con su tratamiento para no tener episodios de fracaso, esto ayuda significativamente para que disminuya su propagación bacteriana a los demás integrantes de la familia, disminuyendo la resistencia bacteriológica para que no afecte a su sistema inmunológico y pueda mejorar su estilo de vida durante el tratamiento⁽³⁸⁾. El apoyo familiar y la buena información ayudan a tomar medidas de prevención sin discriminar al paciente ya que muchas veces, las ideas que presentan las personas de su alrededor sobre el contagio de la tuberculosis no son correctas, lo que lleva al maltrato y marginación del paciente⁽³⁵⁾. Por otro lado, se muestra una actitud de indiferencia y rechazo, considerando estos porcentajes que condicionan al paciente a presentar miedo, desmotivación, desesperanza a que fracase en su tratamiento farmacológico, lo cual podría ocasionar que se aferre a vicios, siendo un factor de riesgo para el abandono del tratamiento, así como también en no alimentarse adecuadamente generando un sistema inmunológico debilitado propenso a la resistencia de los fármacos produciendo su muerte⁽³⁴⁾.

Este resultado difieren con lo encontrado por Flores S⁽²¹⁾ (2017) donde obtuvo en la dimensión conductual de un 48% mostro rechazo, mientras que en su indicador de comportamiento tuvo un porcentaje de rechazo, englobando preguntas del uso de las medidas preventivas o el consumo de alcohol, así como el tiempo del tratamiento o del fracaso que causa miedo, desesperanza, pero sobre todo del apoyo emocional que le brindan, mientras el 48% de indiferencia y un 4% de aceptación. Es por ello, que la familia es el principal medio para enseñarle al individuo cuales son los hábitos de aseo así como también el de alimentación⁽⁴³⁾, es como la familia trata al paciente en cuanto a las prácticas de salud que esta influenciada por los estilos de vida y participación en programas de rehabilitación⁽⁴³⁾, el conocimiento de la enfermedad se verá reflejado en la conducta del familiar y del paciente, hacia a la aceptación del tratamiento y esto se demuestra por el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas o por la identificación oportuna acerca de las reacciones adversas y presentar una conducta apropiadamente⁽³²⁾, muchas veces, no son correctas las ideas que tienen sobre el contagio y ello genera al maltrato, marginación hacia el paciente, es por eso que el apoyo familiar y la buena información son las mejores herramientas para tener unas medidas de prevención adecuadas⁽³⁷⁾. Por esa razón, estos pacientes corren el riesgo de no tener un buen cuidado ni recibir un buen comportamiento por parte de su familiar, sintiéndose con una incertidumbre frente a su recuperación por un elevado porcentaje en que no terminarán su tratamiento farmacológico causando una resistencia farmacológica afectando principalmente a su sistema inmunológico⁽³²⁾, esto quiere decir que, en Chorrillos hay un rotundo rechazo que va a condicionar a sus pacientes a abandonar el tratamiento, teniendo más muertes por la proliferación bacteriana en su organismo, sin embargo en Huaycán hubo una actitud de aceptación, resaltando mayores beneficios que riesgos como la culminación en el tratamiento por los cuidados adecuados de la familia y el buen comportamiento frente a ellos pero sobre todo en la preocupación por su mejoría, siendo importante la promoción de la salud, quitando ideas erróneas que la población. Los determinantes culturales, influyen en la población por las creencias que contribuyen para un buen entendimiento sobre el tratamiento y la enfermedad, así como las normas sociales y

valores que estos influyen sobre la conducta de una población, en temas relacionados a la enfermedad y salud. La percepción que se va a tener sobre la enfermedad sobre todo la importancia para la adherencia al tratamiento, se evidencia en las conductas que toman las familias con respecto al resultado del tratamiento o la angustia por los efectos adversos de la terapia⁽³²⁾.

CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

6.1 Conclusiones

La actitud de la familia hacia su paciente diagnosticado con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019, presentaron una actitud de aceptación, lo cual es beneficioso para el paciente en la adherencia y la culminación en el tratamiento, permitiéndole aumentar su sistema inmunológico. Sin embargo, se observó una actitud de rechazo de las hijas, que llevaría a los pacientes no culminen el tratamiento haciéndose multirresistente/ extremadamente resistente o contraer otras enfermedades oportunistas. Por último, presentaron un porcentaje de actitud de indiferencia obstaculizando el tratamiento generando sentimientos de culpa y causando abandono del tratamiento siendo una aceleración en la propagación bacteriana de su organismo.

La actitud de las familias en la dimensión cognitiva, es en mayor porcentaje de aceptación, en sus indicadores de esta manera los familiares tienen información y conocimientos sobre la enfermedad de la tuberculosis lo cual asegura la importancia en la culminación del tratamiento, para fortalecer el sistema inmunológico. Se obtuvo un porcentaje de actitud de indiferencia en los conocimientos en cuanto a los cuidados que deben tener como en compartir cubiertos de mesa con su familiar infectado generando como consecuencia alejarse y esto condicionaría a proliferar la bacteria dentro del hogar causando una resistencia farmacológica que afectaría al sistema inmunológico. Finalmente, un porcentaje de rechazo de la familia llegando a que el paciente presente una baja autoestima, depresión, sentimientos de culpa llegando al abandono el tratamiento y aumentar el vicio preexistente.

La actitud de las familias en la dimensión afectiva, en su mayor porcentaje es de aceptación con los indicadores de que no sienten vergüenza al acompañar al paciente en el programa de tuberculosis, el aseo de sus cosas personales y preocupación por las secuelas de la enfermedad,

porque temen que se contagien sus demás parientes, permitiendo tener un buen estado emocional para que culminen su tratamiento y tenga una reintegración rápida en la sociedad. Sin embargo, se observó una actitud de rechazo en algunos indicadores en que tener una vivienda sucia, poco ventilada, con bastantes integrantes en la familia influye poco para el contagio siendo beneficioso esta respuesta porque saben que estos factores influyen mucho para el contagio dentro del hogar permitiendo al paciente apoyarlo durante su tratamiento hasta su culminación. Mientras que una actitud de indiferencia de las hijas reflejando que no están vinculados afectivamente por una unión familiar sólida, cayendo en depresión por la vergüenza que generan en su entorno, lo llevaría a sentirse inútil y culpables con más probabilidades de ya no asistir al programa y presentando depresión por la falta de empatía durante todo este proceso siendo un precedente en abandonar el tratamiento.

La actitud de las familias en la dimensión conductual en su mayor porcentaje es de aceptación mostraron una tendencia a comportarse adecuadamente ante las medidas preventivas, lo cual permite que su paciente con tuberculosis tenga una adecuada adherencia para que culmine su tratamiento, así como también sabe los cuidados que tiene que realizar para evitar el contagio dentro del hogar. Sin embargo, esto estaría siendo afectada porque se observó una actitud de rechazo de las hijas, siendo los más perjudicados los pacientes por no tener un buen cuidado por sus hijas y el aumento bacteriológico dentro del hogar, afectando principalmente en su recuperación. Por último, una actitud de indiferencia en el indicador de desinterés si fracasa al tratamiento lo cual llevaría que el paciente con tuberculosis tenga pocas expectativas de vida lo cual lo condicionaría a que abandone el tratamiento y ello generaría una resistencia farmacológica, desnutrición, problemas neuronales y aumentar los vicios preexistentes.

6.2 Recomendaciones

Se sugiere al personal del programa de tuberculosis del Hospital de Huaycán seguir trabajando en el fortaleciendo de las actitudes de

aceptación que tienen los familiares hacia los pacientes con tuberculosis pulmonar para seguir garantizando la culminación del tratamiento para un buen estado de salud y un sistema inmunológico fortalecido para su reintegración en la sociedad. Al igual que en familias que aún presenten actitud de rechazo e indiferencia, pues los pacientes con tuberculosis están en riesgo de abandonar el tratamiento.

Se sugiere al personal del programa de tuberculosis seguir fortaleciendo las actitudes cognitivas ante sus pacientes con tuberculosis pulmonar e ir cambiando ideas o información que son erróneas y que aún persisten en las familias, en coordinación al personal de enfermería mediante las charlas para que sepan su rol durante el tratamiento y así el paciente vea el interés para que tomen conciencia, ayudándolo a mejorar la relación entre ellos, brindándole herramientas para generar la inclusión dentro de su hogar y en la sociedad por medio de sesiones educativas.

Asimismo, seguir fortaleciendo los vínculos afectivos entre la familia y el paciente con tuberculosis para lograr esta relación de apoyo afectivo y protección, para que las hijas tengan más amor y afecto hacia el paciente con tuberculosis en su tratamiento, mediante charlas y sesiones psicológicas, lo cual repercutirá favorablemente en la recuperación del paciente.

A su vez, fomentar en las familias tendencias hacia un comportamiento adecuado ante el tratamiento del paciente con tuberculosis, para que las hijas tomen acciones en los cuidados de su paciente, fortaleciendo el apoyo, la protección, medidas de prevención e interés de su tratamiento, generando que el familiar participe en todo el proceso y haga sentir al paciente acompañado, aceptado y con motivación a culminar el tratamiento de tuberculosis.

Hacer otras investigaciones por parte del personal de enfermería con respecto a este tipo de tema para no generalizar los resultados con los encontrados en este estudio, además el instrumento sirva para otras investigaciones posteriores.

6.3 Limitaciones

-Falta de disponibilidad de los familiares de los pacientes, debido al desinterés, vergüenza que sus vecinos se enteren del diagnóstico de su paciente.

-La falta de investigaciones para las comparaciones de los estudios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de Salud. Informe mundial sobre la Tuberculosis 2017. Ginebra: OMS; 2017.
2. Rubio J, et al. Tuberculosis: Un problema social. Gaceta médica espirituana. 2002; 4(1):1-6.
3. Pérez B, Arrázola E. Vínculo afectivo en la relación Parento-filial como factor de calidad de vida. Tendencias & Retos. 2013; 18 (1): 17-32.
4. Organización Panamericana de Salud. Tuberculosis. 2019. Ginebra: OPS; 2019.
5. Alarcón V, Alarcone-Figueroa C, Mendoza-Ticona A. Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. RevPeruMedExp Salud Publica. 2017; 34(2):299-310.
6. Soto M, Chávez A. Análisis de la situación Epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú. 2015.
7. Ugarte-gil C. Tuberculosis: Un enfoque de derechos humanos. Scielo. Perú. 2009; 26(1):1-5.
8. Salas P. Horcado Chamizo García. Determinantes sociales de la adherencia al tratamiento de la Tuberculosis: Una Discusión desde la perspectiva heurística del riesgo. Gestión. 2002; 10(1):70.
9. Belito-De la Cruz H, et al. Estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con Tuberculosis de un Centro de Salud. Enferm Herediana. 2014; 7(2):69-78.

10. Ministerio de Salud. Plan de Intervención de Prevención y Control de Tuberculosis en Lima Metropolitana y Regiones priorizadas de Callao, Ica, La Libertad y Loreto, 2018-2020. Ministerio de salud; 2018.
11. Programa Nacional de Tuberculosis. Guía Metodológica para integrar Apoyo Social en el Programa Tuberculosis. México: Programa Nacional de Tuberculosis.; 2014.
12. Mendoza R. Cada año más de mil pacientes con tuberculosis abandonan tratamiento. Correo, Perú: 2014. Octubre. 22.p. 9.
13. Polo O. Experiencia en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad sobre la estrategia sanitaria Nacional de salud familiar. Rev. Perú. ginecol. obstet. 2018;64(3):375-382.
14. Sánchez N. Conocimiento Actitudes y Prácticas de Pacientes con Tuberculosis atendidos en el Centro de Salud Tipo C “Nueva San Rafael”, 2017 [Tesis de Enfermería]. Ecuador: Universidad Técnica Del Norte; 2018. 109p.
15. Lozano A, et al. Consecuencias generadas a nivel familiar e individual por el diagnóstico de Tuberculosis en los pacientes de Guadalajara de Buga año 2013 [Tesis de especialización de administración de salud]. Colombia: Universidad Católica de Manizales; 2014. 74p.
16. Moreira I, et al. Conhecimento e percepção sobre tuberculose das famílias de pacientes em tratamento diretamente observado em um serviço de saúde de Ribeirão Preto-SP, Brasil. scielo [Internet]. 2012 [Consultado 22 Jun 2018]; 21(3).
17. Alca M, Terreros K. Riesgo familiar total y actitud de los familiares de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Infantas los Olivos, Lima 2017. [Tesis de Enfermería]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2018. 87 p.

18. Flores J, Quispe M. Eficacia del programa “Respirando Vida” para mejorar conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis pulmonar en familiares de pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Módulo de Atención Integral de Salud del Hospital III ESSALUD, Juliaca - 2017[Tesis de Enfermería]. Juliaca: Universidad Peruana Unión;2017.142 p.
19. Aúlla N. Actitud de la familia de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Jicamarca 2017[Tesis para optar el grado de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud]. Lima: Universidad César Vallejo; 2017.110 p.
20. Zuta S. Actitud de los Familiares hacia el paciente con Tuberculosis Pulmonar y medidas preventivas para evitar el contagio en el hogar de la Micro red José Carlos Mariátegui-octubre 2016[Tesis de Enfermería]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017.87 p.
21. Flores S. Actitud de la familia del paciente con tuberculosis pulmonar frente al diagnóstico y tratamiento en el Centro de Salud San Genaro de villa-Chorrillos noviembre 2016 [Tesis de Enfermería]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017.71 p.
22. Chávez M. Actitud de la Familia frente al paciente con Tuberculosis en proceso de Tratamiento en la Micro red de salud Santa Adriana 2015 – Juliaca [Tesis para optar la especialidad en Promoción de la Salud y Terapia Física]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2015. 60 p.
23. Dávila E, Morí L. Conocimiento y las Actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar atendidos en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos -2015 [Tesis de Enfermería]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2015.97p.

24. Chinchay M. Actitud del cuidador familiar y el cuidado a la persona con diagnóstico de Tuberculosis. Sector Morro Solar- Jaén, 2012[Tesis para optar grado de maestría en salud pública]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2015.97 p.
25. Alarcón V, et al. Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. Revista peruana de medicina experimental y salud pública.34(4).2017.
26. Organización Mundial de Salud. ¿Qué es la tuberculosis y cómo se trata? [Internet]. Ginebra: OMS;2016[citado 20 abril 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/08/es/>
27. Morán E, Lazo Y. Tuberculosis. Rev. Cubana Estomatol [Internet]. 2001 Abr [citado 2021 Ene 19]; 38(1): 33-51.
28. Tierney D, Nadell E. Tuberculosis. Manual MSD versión para profesional. USA: Merck & Co., Inc, Kenilworth, NJ;2019.
29. Ministerio de Salud. La tuberculosis: introducción. Perú: Minsa; 2006.
30. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Manejo de pacientes con tuberculosis y mejora de la adherencia al tratamiento. 2^{da} ed. Georgia: Nacional d enfermeros especializados e tuberculosis;2014.
31. Balcázar-Rincón L, Ramírez-Alcántara Y, Rodríguez-Alonso M. Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. Rev Esp Med Quir 2015;20(2):135-143.
32. Zevallos M. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso esquema I en la red de salud San Juan de Lurigancho, Lima, Perú. [Tesis para optar el grado de maestro en control de

enfermedades infecciosas y tropicales]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia;2017.72p.

33. Ministerio de Salud. Manejo de la tuberculosis. capacitación para el personal del establecimiento de salud. módulo 6: garantizar la continuación del tratamiento de TB. 1°ed. Perú: partners tb control ;2005.
34. Marcelo M, Munayco M. Estilos de vida de pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue,2017. [Tesis de Enfermería]. Lima: Universidad Peruana Union;2018.88p.
35. Organización Panamericano de Salud. Mitos y verdades sobre la Tuberculosis.Colombia.2015.
36. Ministerio de Salud. Familia debe dar cariño y apoyo al paciente con TBC para que continúe con tratamiento, recomiendan. Andina[Internet]. 01 de mayo del 2010. [consultado 20 de abril del 2021]. Recuperado a partir de: <https://andina.pe/agencia/noticia-familia-debe-dar-carino-y-apoyo-al-paciente-tbc-para-que-293360.aspx>
37. Ley del Trabajo de la Enfermera(o). Dado en la casa del gobierno, Ley n°27669(15 de febrero del 2002).
38. Quevedo L, et al. Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. Rev enferm Herediana.2015;8(1):11-16.
39. Organización Mundial de Salud. La familia en el cuidado de la salud. Rev Méd Electrón [Internet]. 2018 [fecha de acceso 10 de octubre del 2018]; 36(4). 36. OMS. [Sede Web]. Ginebra: who; 2018 [actualizada el 3 de enero de 2006; acceso 20 octubre de 2018].

40. Organización Mundial de Salud. La salud y la familia. Estudio sobre demografía de los ciclos de vida de la familia y sus implicaciones en la salud. Ginebra. OMS,1978.
41. Oliva E, Villa V. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Justicia Juris.2014; 10(1):11-20.
42. De Chavarri A. Derecho sobre la Familia y el Niño.1ª ed. Costa Rica: editorial universidad estatal a distancia; 2004. 37. Cid M, Montes de Oca R, Hernández.
43. Louro I. Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. RevCubanaMed Gen Integr.2004; 20 (3).1-10.
44. Allport G. Psicología de la personalidad. Buenos Aires: Paidos;1970.
45. Giraldo A, Toro Y, Macias M, Valencia C, Palacio S. La Promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Revista Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2010 [citado 25 Julio 2021];15(1):128-143. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126693010.pdf>
46. Sánchez A, Ramos E, Marset P. La actitud participativa en Salud: entre la teoría y la práctica. 4a Ed. España: selegrafica-murcia; 1994.
47. Morales G, Lluch T, López D. Enfermería psicosocial y salud mental. 1ª ed. España: masson; 2000.
48. Flores M. Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas. 2005;26(2): pág. 22.
49. Díez A. Más sobre la interpretación. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.2017;37(131): pág. 127-143.
50. Balladares S.Sentimiento y afecto. Cienc. Psicol.2015;9(1): pág. 63-71.

51. Marcos D. El comportamiento, motor de la evolución. Una síntesis de la etapa final en la producción piagetiana. España: UBPsicología. [Internet]. [Consultado 20 enero 2021].
52. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 1a. México: McGraw-Hill;2014.
53. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. ENEO-UNAM.2011; 8(4):1-8.
54. Velásquez A. Incorporan en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica el Anexo 06 “Instructivo para el llenado del formulario de Consentimiento Informado para las actividades de docencia durante la atención de salud”. El peruano [Internet]. 2016 [citado el 2 de noviembre de 2019]: p. 1.
55. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación.6ª ed. México: McGraw-Hill; 2006.
56. Tam J, Vega G, Oliveros R. Tipos, métodos y estrategias de investigación científica. Pensamiento y acción. Revista de la Escuela de Postgrado.2008;5:145-154.

ANEXOS

ANEXO A



CONSENTIMIENTO INFORMADO



TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: ACTITUD DE LA FAMILIA HACIA EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN, ATE, 2019.

Breve descripción:

El trabajo de investigación está siendo desarrollado por la Bachiller en Enfermería: Juana Lorena Arroyo Benito en la Escuela de Enfermería "San Felipe" afiliada a la Universidad Ricardo Palma y tiene como objetivo general el determinar la Actitud de la familia hacia el paciente con Tuberculosis Pulmonar en el hospital de Huaycán, Ate, 2019. La participación de usted en este estudio es completamente voluntario y confidencial que nos proporciona además solo el acceso lo tendrá la autora del trabajo de investigación por tanto será protegida.

La aplicación del instrumento tiene una duración máxima de 15 minutos y consiste en realizar 18 preguntas en como usted proporciona el apoyo, afecto y como es su comportamiento hacia su familiar con Tuberculosis Pulmonar.

Yo he podido explicar por completo el tema relevante de este proyecto al familiar del paciente con TB y la persona que esté de acuerdo firmará el consentimiento.

PRESTO LIBREMENTE MI CONFORMIDAD PARA PARTICIPAR EN EL TRABAJO DE CAMPO.

FIRMA _____ Fecha: ____ - ____ - ____

ANEXO B

ACTITUD DE LA FAMILIA HACIA EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN, ATE, 2019

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Buenos Dias mi nombre es Juana Lorena Arroyo Benito, egresada de la **UNIVERSIDAD RICARDO PALMA** estoy realizando un estudio en la cual tiene como titulo: **“ACTITUD DE LA FAMILIA HACIA EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN, ATE, 2019.”**

La información que usted nos brinde es totalmente confidencial y anónimo, solo será utilizada para fines de la investigación, agradezco anticipadamente su participación voluntaria.

Instrucciones: A continuación se le solicita llenar las siguientes preguntas.

DATOS GENERALES:

1. Sexo:

Femenino () Masculino ()

2. Grado de Instrucción:

Primaria () Secundaria () Superior ()

3. Qué relación tiene usted con el paciente:

Padre/Madre () Conviviente () Hijo ()

A CONTINUACION MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA SEGÚN LA SIGUIENTE CLAVE: Se recomienda marcar UNA respuesta por pregunta.

-ACEPTACIÓN 3 puntos.

-INDIFERENCIA 2 puntos.

-RECHAZO 1 puntos.

DIMENSIÓN COGNITIVA:	ACEPTACIÓN	INDIFERENCIA	RECHAZO
1. La tuberculosis es una enfermedad infecto contagiosa y constituye un importante problema de salud.	3	2	1
2. La Tuberculosis es una enfermedad curable.	3	2	1
3. Es necesario la detección rápida y oportuna de la tuberculosis para prevenir nuevos casos.	3	2	1
4. Cree usted que por compartir cubiertos de mesa con su familiar infectado se puede contagiar con tuberculosis.	3	2	1
5. Determina usted que los estilos de vida influyen en contagiarse con tuberculosis.	3	2	1
6. Si tengo tos por más de 15 días debo realizarme la prueba de BK.	3	2	1
DIMENSION AFECTIVA	ACEPTACIÓN	INDIFERENCIA	RECHAZO
1. Tiene temor al saber que la prueba de BK de control de su familiar sea positivo.	3	2	1
2. No siente vergüenza al acompañar a su familiar a sus controles.	3	2	1

3. Usted se preocupa por lavar con agua hervida los utensilios de su familiar con tuberculosis porque teme contagiarse.	3	2	1
4. Se ha sentido preocupado por las secuelas que tiene esta enfermedad en la vida de su familiar	3	2	1
5. Considera que es necesario aislar a su familiar con tuberculosis para evitar contagios en casa.	3	2	1
6. Cree usted que una vivienda sucia, con mala iluminación, poco ventilada, con bastantes integrantes en la familia influye poco para que la familia se contagie con TB.	3	2	1
DIMENSION CONDUCTUAL	ACEPTACIÓN	INDIFERENCIA	RECHAZO
1. Le interesa usar medidas preventivas y de higiene como el lavado de manos, uso de guantes, mascarilla etc.	3	2	1
2. Cree usted que es beneficioso para el tratamiento evitar que su familiar consuma bebidas alcohólicas y a veces fume un cigarrillo.	3	2	1
3. Se siente angustiada al enterarse que el tratamiento	3	2	1

que debe recibir su familiar es largo y con continuidad.			
4. Se interesa si su familiar fracasa al tratamiento que está recibiendo.	3	2	1
5. Apoya emocionalmente a su familiar a que cumpla con su tratamiento indicado.	3	2	1
6. Ha sentido usted alguna vez algún sentimiento de desesperanza, miedo que su familiar no llegue a culminar su tratamiento.	3	2	1

ANEXO C

Validez del Instrumento

Grado de concordancia entre los jueces según la prueba binomial

		CATEGORIA	N	PROPORCIÓN OBERVADA	PORPORCIÓN DE PRUEBA	Sig. Exacta (unilateral)
JUEZ 1	GRUPO 1	SI	18	1	0,50	0,000
	GRUPO2	NO	0			
JUEZ 2	GRUPO 1	SI	18	1	0,50	0,000
	GRUPO 2	NO	0			
JUEZ 3	GRUPO 1	SI	18	1	0,50	0,000
	GRUPO 2	NO	0			

Fuente: certificado de validez del instrumento "actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar"

Grupo 1: El juez si acepta la validez de las preguntas del instrumento "actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar"

Grupo 2: El juez no acepta la validez de las preguntas del instrumento "actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar"

Como el p valor $< 0,05$, es decir, $0,000 < 0.05$, por consiguiente, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, por tanto, se concluye que existe concordancia significativa entre los 3 expertos a una proporción prueba de 0,5, es decir, existe suficiente evidencia científica que el instrumento tenga consistencia interna y sea válido según los expertos.

ANEXO D

Confiabilidad del Instrumento

Alfa de Cronbach	N° Elementos
0,91	18

El valor obtenido del alfa de Cronbach, para la variable y sus dimensiones, demuestran ser un instrumento con alta confiabilidad de 0,91, lo que garantiza su aplicación y consistencia interna a fin de aplicar a una muestra más grande.

ANEXO E

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión de la variable.

³Claridad: Se entiende, sin dificultad el enunciado del ítem.

Observaciones(precisar):

Opinión de Aplicabilidad: Aplicable (x) Aplicable después de corregir ()
No Aplicable ()

Apellidos y Nombres del Validador. Lic.:

Estrada Balvis Jeniffer Fabiola

DNI: 44004133

Especialidad del Validador:

N° COLEGIATURA: 58087

Firma/Sello:



ANEXO F



PERÚ Ministerio de Salud

Hospital de Huaycán

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

PROVEIDO DE INVESTIGACION N° 022-2019

LOS QUE SUSCRIBEN:

Dr. Juan Carlos Yafac Villanueva.

Director del Hospital de Huaycán.

Lic. Raúl Felipe Chuquiyaui Justo

Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.

Dejan Constancia que:

La Srta. **Juana Lorena Arroyo Benito**, ha presentado el trabajo de investigación titulado:

“ACTITUD DE LA FAMILIA HACIA EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN, ATE-2019”

El cual ha sido aprobado para su ejecución en nuestra institución, no teniendo valor alguno en acciones en contra del estado.

Lima 04 de junio del 2019.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE HUAYCÁN

Dr. Juan Carlos Yafac Villanueva
C. M. P. 024659
DIRECTOR(º)

HOSPITAL HUAYCAN

Av. J.C. Mariátegui S/N Zona "B" Huaycán - Ate
Telf: 371-6019 / 371-6797 / 371-5979 / 371-5530
E-mail: hhuaycan@hotmail.com

ANEXO G



CONSTANCIA DEL ESTADISTICO

Yo Lic. Luis Alberto Chirinos Rueda COESPE N° 511 expido la presente constancia dando validez a los procedimientos estadísticos metodológicos utilizados en la investigación "ACTITUD DE LA FAMILIA HACIA EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN, ATE-2019" por la BACHILLER: JUANA LORENA ARROYO BENITO, la que cumplió satisfactoriamente dichos procedimientos metodológicos, en la elaboración de tablas y gráficos de la presente investigación con el SOFTWARE.SPSS V25.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para fines que estime conveniente.

COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ


LIC. LUIS ALBERTO CHIRINOS RUEDA
COESPE N° 511

.....
Luis Alberto Chirinos Rueda

DNI: 07998484

COESPE N° 511

ANEXO H



CARTA DE REVISIÓN LINGÜÍSTICA

Lima, 27 de Diciembre de 2019

Por medio de la presente, expreso mi saludo respectivo y comunico que he realizado la revisión lingüística y de estilo de la tesis titulada ACTITUD DE LA FAMILIA HACIA EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN, ATE, 2019, cuya autora es la Bachiller de Enfermería Juana Lorena Arroyo Benito, de acuerdo con los criterios de redacción lingüística y los académicos.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para fines que estime conveniente.

Atentamente

Aliany Natali Castellanos Barrios

Lic. Letras y Literatura

N° 098057557

ANEXO I



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Juana Lorena Arroyo Benito
Título del ejercicio: TESIS CONCLUIDAS
Título de la entrega: Actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulm...
Nombre del archivo: JUANA_LORENA_ARROYO_BENITO.docx
Tamaño del archivo: 15.15M
Total páginas: 123
Total de palabras: 26,849
Total de caracteres: 146,046
Fecha de entrega: 20-dic.-2021 02:17p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre... 1734367508



Actitud de la familia hacia el paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Huaycán, Ate, 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	3%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
4	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
6	www.msdmanuals.com Fuente de Internet	1%
7	www.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	1%
9	repositorio.unphu.edu.do Fuente de Internet	

		1 %
10	www.dge.gob.pe Fuente de Internet	1 %
11	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
12	www.oalib.com Fuente de Internet	<1 %
13	repositorio.uch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
14	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1 %
16	www.cibamanz2020.sld.cu Fuente de Internet	<1 %
17	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
18	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
19	Submitted to Universidad Peruana Los Andes Trabajo del estudiante	<1 %
20	ucontinental.edu.pe Fuente de Internet	

		<1 %
21	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	<1 %
22	Submitted to Universidad de Ciencias y Humanidades Trabajo del estudiante	<1 %
23	scielo.sld.cu Fuente de Internet	<1 %
24	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1 %
25	www.revmedicaelectronica.sld.cu Fuente de Internet	<1 %
26	www.scielo.sa.cr Fuente de Internet	<1 %
27	Submitted to Universidad Manuela Beltrán Virtual Trabajo del estudiante	<1 %
28	bdigital.unal.edu.co Fuente de Internet	<1 %
29	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
30	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	<1 %

31	archive.org Fuente de Internet	<1 %
32	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
33	es.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
34	repositorio.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
35	1library.co Fuente de Internet	<1 %
36	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
37	scielo.isciii.es Fuente de Internet	<1 %
38	eacnur.org Fuente de Internet	<1 %
39	mef.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
40	Submitted to Universidad Catolica de Santo Domingo Trabajo del estudiante	<1 %
41	core.ac.uk Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas	Activo	Excluir coincidencias	< 25 words
Excluir bibliografía	Activo		