

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



*Conocimiento y actitud hacia el tratamiento
en la persona con tuberculosis de familia
disfuncional. Chimbote, 2016*

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

TESISTAS:

MALQUI RODRIGUEZ PAOLA ARACELI
VIDAL ESPINOZA MARIA ESTEFANI

ASESOR:

Dr. PONCE LOZA, Juan Miguel Ph.D.

NUEVO CHIMBOTE – PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Revisado y V^o B^o de:

Dr. Ponce Loza, Juan Miguel Ph.D.

ASESOR

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Revisado y V^o B^o de:

Mg. RODRÍGUEZ BARRETO,
YOLANDA

PRESIDENTE

Dra. MELGAREJO VALVERDE
ESPERANZA

SECRETARIA

Dr. PONCE LOZA, JUAN
MIGUEL

INTEGRANTE

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida y por guiarme por el buen camino, darme fuerzas para salir adelante y por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres, José y Edy por su amor, cariño y sobre todo su apoyo incondicional tanto en lo personal y profesional, porque gracias a ellos me han dado mis valores, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia y coraje para lograr mis objetivos.

A mi familia y amigos quienes siempre creyeron en mí y jamás deje de sentir su apoyo incondicional en cada paso que doy en la vida.

A mis hermanos Joseph y Jozzinhio que me inspiran a seguir adelante para ser ejemplo de superación y valentía; y poder demostrar que lo que te propones lo puedes lograr.

Paola

DEDICATORIA

A **DIOS**; por ser el ser más importante en mi vida, Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis Padres: Victoria y Marcos; Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mis hermanas DIANA y JAZMIN porque estuvieron conmigo brindándome su apoyo y alentándome a terminar con mis metas a comprenderme a darme fuerzas porque también son parte de ese incentivo para seguir adelante.

A mi Asesor, **Juan Miguel Ponce** por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional, por su gran apoyo y motivación y para la elaboración de esta tesis.

Estefani

AGRADECIMIENTO

A nuestra alma mater la Universidad Nacional del Santa, Escuela Académico Profesional de Enfermería y toda su plana docente, por acogernos y brindarnos una enseñanza de calidad.

De manera muy especial a nuestro asesor el Dr. Ponce Loza Juan Miguel., por sus orientaciones y conocimientos impartidos durante todo el proceso de la elaboración de la presente Tesis, porque con sus palabras y apoyo ha hecho que crezcamos como personas y sobre todo como futuros profesionales.

Al personal que labora en el establecimiento de salud “el Progreso” y “Magdalena Nueva”, por facilitarnos realizar la ejecución y culminación de este trabajo de investigación brindándonos las comodidades necesarias y requeridas.

A las personas registradas en la estrategia sanitaria de control y prevención de tuberculosis que conformaron la muestra por toda su disposición y apoyo brindados, que fueron de importancia para la realización del presente estudio.

Paola y Estefani

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	10
ABSTRACT	12
I. INTRODUCCIÓN	14
II. MARCO TEÓRICO	32
III. MATERIALES Y MÉTODOS	42
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	55
4.1. RESULTADOS	55
4.2. DISCUSIÓN	61
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67
5.1. CONCLUSIONES	67
5.2. RECOMENDACIONES	68
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1:	ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO EN LA PERSONA CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE FAMILIA DISFUNCIONAL, CHIMBOTE, 2016	55
TABLA N° 2:	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO EN LA PERSONA CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE FAMILIA DISFUNCIONAL, CHIMBOTE, 2016	57
TABLA N° 3:	NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO EN LA PERSONA CON TUBERCULOSIS DE FAMILIA DISFUNCIONAL, CHIMBOTE, 2016	59

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA Nº 1:	ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO EN LA PERSONA CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE FAMILIA DISFUNCIONAL, CHIMBOTE, 2016	56
FIGURA Nº 2:	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO EN LA PERSONA CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE FAMILIA DISFUNCIONAL, CHIMBOTE, 2016	58
FIGURA Nº 3:	NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO EN LA PERSONA CON TUBERCULOSIS DE FAMILIA DISFUNCIONAL, CHIMBOTE, 2016	60

RESUMEN

El presente estudio descriptivo correlacional, con el objetivo general conocer la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis pulmonar de familia disfuncional, Chimbote, 2016, basada en la teoría de la Acción Razonada y la del Conocimiento Cognoscitivo.

El estudio se realizó en una población de 52 personas con tuberculosis pulmonar de familias disfuncionales que se encuentren dentro del Programa de Control de Tuberculosis en el Puesto de Salud Magdalena Nueva y Centro de Salud El Progreso. Para la recolección de datos se utilizó como instrumentos el Cuestionario sobre el Nivel de Conocimientos de la Tuberculosis Pulmonar y Escala de actitud hacia el tratamiento de tuberculosis Pulmonar. Los datos se procesaron en el software especializado de estadísticas y epidemiología EPIINFO, obteniéndose las siguientes conclusiones:

- ❖ La mayoría de las personas tienen una actitud más positiva (69.2%), y el 30.8% tienen una actitud menos positiva hacia el tratamiento de tuberculosis.
- ❖ La mayoría de las personas presentan nivel de conocimiento regular (42.3%), seguido del nivel bajo (32.7%) y el nivel alto (25.0%).
- ❖ Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis de familia disfuncional ($p=0.0279$), el tener nivel de conocimiento bajo, se

constituye en riesgo elevado para una actitud menos positiva (OR=4.5) y, a mayor nivel de conocimiento, mejora la actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis de familia disfuncional ($r=0.28$).

PALABRAS CLAVES: Conocimiento; Actitud; Tuberculosis; Enfermería.

ABSTRACT

The present descriptive correlational study, with the general objective to know the relationship between the level of knowledge and the attitude towards the treatment in the person with pulmonary tuberculosis of dysfunctional family, Chimbote, 2016, based on the theory of Reasoned Action and the theory of Knowledge Cognitive.

The study was carried out in a population of 52 people with pulmonary tuberculosis from dysfunctional families who are included in the Tuberculosis Control Program at the Magdalena Nueva Health Post and El Progreso Health Center. For data collection, the Questionnaire on the Level of Knowledge of Pulmonary Tuberculosis and Attitude Scale for the treatment of Pulmonary Tuberculosis was used as instrument. The data were processed in the EPIINFO specialized statistics and epidemiology software, obtaining the following conclusions:

- ❖ Most people have a more positive attitude (69.2%), and 30.8% have a less positive attitude towards tuberculosis treatment.
- ❖ Most people have a level of regular knowledge (42.3%), followed by the low level (32.7%) and the high level (25.0%).
- ❖ There is a significant relationship between the level of knowledge and attitude towards treatment in the person with dysfunctional family tuberculosis ($p = 0.0279$), having a low level of knowledge, constitutes a

high risk for a less positive attitude (OR = 4.5) And, at a higher level of knowledge, improves the attitude towards treatment in the person with dysfunctional family tuberculosis ($r = 0.28$).

KEYWORDS: Knowledge; Attitude; Tuberculosis; Nursing.

I. INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis es junto con la infección por el VIH, una de las principales causas de mortalidad en el mundo. A nivel mundial, la incidencia de la TB ha disminuido en un promedio de un 1,5% por año desde 2000 y es actualmente un 18% más baja que en 2000 (1).

En el informe del año 2015, el número mundial de nuevos casos de TB es superior al de años anteriores, pero este incremento no refleja una mayor propagación de la enfermedad sino un aumento y una mejora de los datos obtenidos en los países. A pesar de estos avances y de que casi todos los casos se pueden curar, la TB sigue siendo una de las mayores amenazas para la salud pública mundial (1).

En 2014, 1,5 millones de personas (1,1 millones VIH-negativas y 0,4 millones VIH-positivas) fallecieron a consecuencia de esta enfermedad: 890 000 hombres, 480 000 mujeres y 140 000 niños. Se calcula que la infección por el VIH se cobró 1,2 millones de víctimas en 2014, de las cuales 0,4 millones fallecieron a consecuencia de la TB (1).

El Perú es el segundo país de América con la estadística más alta en la forma sensible de tuberculosis, después de Brasil y los primeros con más casos de TB multidrogo resistente. A pesar de reducir la tasa de mortalidad de 105.2 a 101.3 casos por cada 100 mil habitantes (2).

Se estima que en 2014 enfermaron de TB 9,6 millones de personas: 5,4 millones de hombres, 3,2 millones de mujeres y 1,0 millón de niños. En 2014 se notificaron a la OMS 6 millones de nuevos casos de TB, una cifra que representa menos de dos tercios (el 63%) de los 9,6 millones estimados de personas que adquirieron la enfermedad. Por tanto, el 37% de los nuevos casos registrados en el mundo no se diagnosticaron o no se notificaron y, por ende, no es posible saber la calidad de la atención que recibieron (3).

Se estima que la mayoría de los casos de tuberculosis (67%) se produjo en la región de América del Sur, explicado en gran medida por la persistente carga elevada en Brasil y Perú, que en conjunto representaron el 43% de la cantidad total estimada de casos incidentes del año. Entre los casos de TB pulmonar (TBP), se calculó que aproximadamente 7.000 padecían TB multidrogorresistente (TBMDR). Esta cifra representa cerca del 2% de los nuevos casos pulmonares y el 14% de los casos pulmonares previamente tratados. Solo Perú y Brasil representaron la mitad de todos los casos estimados de TB-MDR en la región (3).

A partir de 2016, el objetivo será poner fin a la epidemia mundial de TB mediante la aplicación de la estrategia Fin a la Tuberculosis. Esta estrategia, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2014 y cuyas metas están relacionadas con los ODS recientemente adoptados, debe servir como modelo para que, de aquí a 2030, los países reduzcan la mortalidad por TB en un 90% con respecto al nivel de 2015, el número de nuevos casos

descienda en un 80% y ninguna familia deba hacer frente a costos catastróficos debidos a la TB (1).

De lo ya expuesto anteriormente se mencionan los antecedentes según ámbitos:

En el ámbito Internacional se reportaron estudios relacionados a las variables de la presente Investigación:

En Colombia, Cáceres, F. y col. (2007), en su estudio “Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso”, se obtuvieron que del total de 261 personas, 39 abandonaron, los factores fueron protectores: Tener apoyo familiar, efectos secundarios y recibir tratamiento donde se le hizo el diagnóstico; los factores de riesgo fueron los siguientes, inicio de síntomas mayor de dos meses, estrato socioeconómico bajo, tener entre 21 y 30 años, haber estado detenido, tener más de dos faltas al tratamiento y tener VIH/Sida (4).

En México, Project Concert Internacional y la Alliance for Border Collaboratives, (2009), en su estudio “De la Tos a la Curación - Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Tuberculosis” se concluyó que solo el 18.1% acude durante el primer mes, el 12.0% acude después de un año con los síntomas. El 72.7% consideran que la familia inmediata es el apoyo más importante, el 11.8% los médicos/as, 5.6% enfermeras/os y 6.1% otro personal de salud. La familia es el factor fundamental del apego hacia el tratamiento; sólo 23.4% consideran que

los servicios integrados contribuyen al tratamiento. El trato libre de estigma y discriminación, fue mencionado por 28.5% y la rapidez en la atención citada por un 28.0% de personas entrevistadas, como factores que favorecen el apego al tratamiento. También se consideró como principal factor de riesgo a la familia, y en segundo lugar al personal de salud; el 33,33% considera que existen actitud discriminatoria por parte de la comunidad, el 39.2% mantiene su distancia de quienes tienen tuberculosis y 35.5% consideran que personas de la comunidad no quiere comer o beber junto a ellos, el 34.7% de las personas tienen miedo de quien tiene tuberculosis y 30.1% prefieren no dirigirles la palabra (5).

En Brasil, Monteiro, C. (2011), en su estudio “Conocimiento de los pacientes con tuberculosis y su familia en adhesión al tratamiento y factores asociados” de un total de 68 pacientes y 82 de sus familiares fueron entrevistados, totalizando 150 clientes. La prevalencia de los conocimientos fue regular del 60% (7).

En el ámbito nacional se reportaron estudios relacionados a las variables de la presente Investigación:

En Lima, Huaynates, A. (2006), en su estudio “Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria control de la Tuberculosis del centro de salud - San Luis”, con una población de 60 personas, se concluyó que el nivel de conocimientos que tienen los pacientes

sobre tuberculosis pulmonar de manera global es de medio o bajo 87%, lo que estaría limitando a que ellos tomen decisiones acertadas en relación a la enfermedad, poniendo en riesgo su salud, la de su familia y comunidad, las actitudes que tienen los pacientes hacia el tratamiento predominantemente son de indiferencia 74%, lo que nos indica que los pacientes están en mayor riesgo de recaer o abandonar el tratamiento farmacológico. En el nivel de conocimientos que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre el tratamiento farmacológico está entre medio y bajo 80%, en el nivel de conocimientos que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre los cuidados en el hogar está entre medio y bajo 80%, respecto al nivel de conocimientos que tienen los pacientes con tuberculosis pulmonar sobre las medidas preventivas, el 53% presentan un nivel de conocimientos bajo y el 40% un nivel de conocimientos medio (8).

En Piura, Antón, R. y col. (2007), en su estudio “Bajo nivel de conocimientos y actitud de rechazo hacia el tratamiento de tuberculosis” de los 67 pacientes, con respecto al conocimiento global, el nivel fue bajo en 33 de ellos y sólo seis poseían un nivel alto; la situación fue distinta cuando se analizó por dominios, donde lo relacionado con el tratamiento se ve más afectado donde 38 tienen un nivel bajo, 28 nivel medio y 1 alto. La indiferencia hacia el tratamiento fue la actitud más frecuente (50 de 67), y solamente 10 mostraron una actitud de aceptación (9).

En Tarapoto, Pérez V.; Miranda L. (2011), en su estudio “Relación entre Nivel de Conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y Actitud hacia el Tratamiento -

Usuario Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba”, reportaron que el nivel de conocimientos que tienen los usuarios sobre tuberculosis pulmonar de manera global es de alto (76.7%), en las actitudes que tienen los pacientes hacia el tratamiento predominantemente son de aceptación (88.3%) (10).

En Tacna, Capacute C. (2012), investigó “Nivel de conocimiento de la tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la MICRORED Cono Sur Tacna 2012”, para determinar la relación entre el nivel de conocimiento de Tuberculosis Pulmonar y la actitud hacia el tratamiento del paciente, por lo que se realizó un estudio de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal; con una población de 65 pacientes con Tuberculosis Pulmonar. A través de una encuesta Nivel de Conocimiento de Tuberculosis Pulmonar y la Escala de Likert modificada, para lo cual se obtuvo que el 56,92% presentó un nivel medio de conocimiento y el 50,77% mostró actitud de indiferencia al tratamiento; llegando a la conclusión que existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento de Tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Microred Cono Sur (11).

Lima, Jáuregui, M. (2014), en su investigación “Estudio de la estructura y función familiar de pacientes con tuberculosis en el primer nivel de atención de salud”, se obtuvo que el 41.7 % de la función familiar de los miembros de las familias de los pacientes con tuberculosis tuvo disfunción moderada, el 33.3 % fue disfunción leve, el 20.8 % buena función familiar y el 4.2 % disfunción

severa. Entre estos hallazgo los pacientes que provenían de familias disfuncionales se caracterizaron por ser del sexo masculino(63.2%), solteros(73.7%), con grado de instrucción secundaria (47.4%), nacidos en Lima (89.5%), estudiantes(42.1%), con tuberculosis primaria (31.6%) , presentaban comorbilidades (78.9%), proveniente de familias grandes(52.6%), extensas(89.5%), y con relación conflictiva (57.9%), y cuyas familias tenían morbilidad por tuberculosis(57.9%) (12).

En el ámbito local se encontraron estudios relacionados a las variables de la presente Investigación:

En Nuevo Chimbote, Cardoso, A.; Maza, R. (2007), en su estudio “Apoyo familiar y adaptación de la persona adulta con tuberculosis frente al tratamiento”, concluyo que del total de pacientes encuestados una mayor proporción se encontraba en el nivel de adaptación adecuada y el nivel de apoyo familiar alto 38%, así mismo se observa una prevalencia en el nivel de adaptación adecuada y apoyo familiar moderado 22%, y adaptación adecuada con apoyo familiar bajo con un 6% (13).

En Chimbote, Salvador, G.; Quispe, K. (2010), en su estudio “Efectividad del programa educativo Cuidando mi Salud” en el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas del cuidador del paciente con tuberculosis, concluyeron que después de aplicar el programa educativo el nivel de conocimiento se observó un desplazamiento del nivel de conocimiento medio (83.3%) y bajo

(16.7%) en el pre test hacia el nivel de conocimiento alto 100% en el post test (14).

En Chimbote, Alva, G.; Jacinto, P. (2010), en su estudio “Autoestima y funcionamiento familiar asociado al cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente del Centro de Salud Yugoslavia”, reportó que el 72.4% de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis presento mayor frecuencia de cumplimiento del tratamiento farmacológico. El 40% presentan autoestima media y no cumplen con el tratamiento farmacológico antituberculoso. El 53.3% presentaron un funcionamiento familiar inadecuado y a la vez no cumplen con el tratamiento farmacológico antituberculoso (15).

Según el informe de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis, se determinó que Ancash superó los 700 casos, y solo en el Hospital La Caleta, en la Estrategia Sanitaria Local de Prevención y Control de la Tuberculosis durante el año 2015 se ha diagnosticado a 160 casos con tuberculosis en todas sus formas los que son derivados a los establecimientos de salud de su jurisdicción. Durante los primeros meses del año 2016 se ha diagnosticado 41 casos de Tuberculosis, dichos casos son usuarios que acuden al Hospital de distintas zonas, siendo 6 localidades con mayor cantidad de casos, las cuales son: Magdalena Nueva, Miraflores, Progreso, San Pedro, La Florida y La Unión. (16)

La Tuberculosis Pulmonar (TBP) es un problema de salud pública, no solamente en el país sino a nivel mundial, representa la segunda causa de

mortalidad, después del SIDA. En 2014, 9,6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,5 millones murieron por esta enfermedad. Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y esta enfermedad es una de las cinco causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años. (17) (18).

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa y es considerada una enfermedad social, ya que su propagación está íntimamente ligada a las condiciones de vida de la población. Este panorama es más crítico en el Perú donde el desempleo, la pobreza extrema, el déficit en saneamiento ambiental y la deficiente educación en la salud son el origen de los múltiples factores que condicionan la permanencia del foco infeccioso de la enfermedad. (19) (20).

Todas aquellas personas que viven en contacto íntimo con pacientes con tuberculosis tienen más probabilidad de contagio y de padecer la enfermedad, implicando así el incremento de la tasa de incidencia de tuberculosis. (21) (22) (23).

Asimismo, la tuberculosis genera en el paciente diferentes alteraciones en una o más esferas de su vida cotidiana: familiar (separación física), laboral (dejar de trabajar o cambiar de trabajo), social (reducción de sus entornos sociales), educativa (dejar de estudiar o disminución del rendimiento), psicológico (vergüenza o culpa); todas generadas usualmente por la estigmatización en los diferentes espacios de socialización de la persona viviendo con tuberculosis. El

menor o mayor impacto que estos determinantes puedan influir en el paciente, son factores que interfieren mucho en la continuidad del tratamiento (24).

Por otro lado, la falta de conocimiento de la población en general sobre la tuberculosis (forma de contagio, la existencia de un tratamiento y medidas preventivas) permite generar prejuicios que conllevan al rechazo y la marginación a aquellas personas que ya se encuentran llevando un tratamiento efectivo contra la tuberculosis (24).

La intervención efectiva de la comunicación en salud permitirá lograr cambios en los conocimientos, actitudes y comportamientos preventivos para asegurar los estilos de vida saludables y el bienestar de la familia y la comunidad (24).

Por ello se considera a los pacientes como eje central no sólo en la recuperación de su salud, sino en prevenir el contagio de la enfermedad, para lo cual necesitan conocer y tener información clara y fidedigna sobre la enfermedad. Se sabe que el conocimiento es un factor determinante en la conducta humana, haciendo que se tenga una actitud abierta o cerrada ante el tratamiento, ante las medidas de prevención y el cuidado necesario en el hogar; de esta manera, un buen conocimiento hará que el paciente tenga una actitud adecuada frente a la enfermedad, logrando así disminuir el contagio y la aparición de nuevos casos (25) (26) (23) (20).

La situación del enfermo se torna más crítica debido a que no solo tiene una enfermedad física muy contagiosa sino que tiene que adaptarse a nuevos

estilos de vida, convivir con la enfermedad, recibir tratamiento prolongado y supervisado, el proceso de adaptación se hace difícil la mayoría de las veces, más si carece de apoyo familiar, lo que finalmente repercute en forma negativa en la recuperación de la salud. Por ello es fundamental la participación de la familia, durante el proceso de enfermedad, ya que la familia va a intervenir en las decisiones y responsabilidades para llevar a la práctica las intervenciones preventivas, de promoción y terapéuticas, y a su vez será el encargado de brindar amor y cuidados (25) (29) (30).

Por lo tanto el control de la tuberculosis, no solo depende de la prescripción de un tratamiento correcto de parte del personal sanitario sino depende de los conocimientos, actitudes y voluntad propia del paciente de asumir las normas o consejos dados por el personal sanitario, realizadas éstas tras una decisión completamente razonada. Éstas medidas que contribuyen al control de la enfermedad dependen de los hábitos aprendidos de cada paciente para fomentar su salud y prevenir el contagio de la enfermedad. Todo ello se llevara a cabo gracias a la participación familiar de manera trascendental en el cumplimiento del tratamiento, no solo farmacológico sino cambios en sus estilos de vida, por ende es muy importante que el paciente y su familia actúen en conjunto debido a que el tratamiento de esta enfermedad es muy largo (31) (32) (30).

El Profesional de Enfermería de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, es responsable de organizar la atención integral a la persona afectada por tuberculosis, su familia y la comunidad (33).

Por lo cual, 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 (8).

En 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 (antecedentes epidemiológicos); quienes son 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); sobretodo 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 (8).

El Centro de Salud El Progreso es una institución estatal, fue inaugurado un 12 de diciembre de 1976. Está dedicada a dar servicios de salud básicos e intermedios a la población de bajos recursos económicos y asegurados del SIS (Seguro Integral de Salud) de su zona de influencia.

En la ESPCT del Centro de Salud El Progreso, en el año 2014 se registró 62 pacientes con TBC donde 48 recibieron medicamento de primera línea; en el año 2015, hubo 52 pacientes de TBC de las cuales, 47 reciben medicamentos de primera línea y en el año 2016 se registró 49 pacientes, donde 45 reciben

medicamento de primera línea mostrando un descenso no significativo de los pacientes con tuberculosis pulmonar con tratamiento de primera línea.

El Puesto de salud Magdalena Nueva, en la ESPCT, en el año 2013, cuenta con 47 pacientes registrados y en el año 2016, alberga a 41 pacientes de los cuales 36 llevan tratamiento de primera línea para la TBC. El programa de TBC cuenta con sistema de seguimiento comunitario a sus pacientes para poder evitar el abandono del tratamiento.

Durante las practicas pre profesionales en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la tuberculosis, se observó que los pacientes que reciben tratamiento antituberculosis desconocen el proceso de la enfermedad, esquema de tratamiento antituberculosis y muchas veces los pacientes no asisten o abandonan el tratamiento refiriendo que el tratamiento es largo y agotador por los efectos secundarios de la medicación teniendo así el enfermo que adaptarse a nuevos estilos de vida, convivir con la enfermedad, recibir tratamiento prolongado y supervisado, el proceso de adaptación se hace difícil la mayoría de las veces, más si carece de apoyo familiar, lo que finalmente repercute en forma negativa en la recuperación de la salud.

Frente a esta problemática ya expuesta, la presente investigación se propone a indagar el nivel de conocimiento y la actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis de familias disfuncionales en los Puesto de salud: “Magdalena Nueva” y “el progreso”.

Por lo expuesto nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis de familia disfuncional en el Puesto de salud, Chimbote, 2016?

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo General:

Conocer la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis pulmonar de familia disfuncional, Chimbote, 2016.

1.1.2. Objetivos Específicos:

- a) Identificar la actitud hacia el tratamiento en la persona con Tuberculosis Pulmonar de familia disfuncional, Chimbote, 2016.

- b) Identificar el nivel de conocimiento sobre el tratamiento en la persona con Tuberculosis Pulmonar de familia disfuncional, Chimbote, 2016.

- c) Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis de familia disfuncional, Chimbote, 2016.

1.2. HIPOTESIS

Ha: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis pulmonar de familia disfuncional, Chimbote, 2016.

Ho: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis pulmonar de familia disfuncional, Chimbote, 2016.

1.3. IMPORTANCIA

El presente estudio de investigación es de gran importancia porque de acuerdo a los resultados se contribuirá a establecer estrategias de detección e intervención precoz de acuerdo a la situación que afecta a los pacientes con tuberculosis pulmonar de familias disfuncionales. A fin de favorecer la adherencia del paciente al tratamiento, el fomento de estilos de vida saludable y la participación activa de la familia involucrándola en el cuidado del paciente.

A enfermería le permitirá contribuir en el mejoramiento de la salud del paciente, familia y comunidad. Por lo cual se fortalezca la función educativa como acción preventivo promocional para modificar conocimientos y actitudes, como consecuencia fomentar comportamientos saludables y generar entornos saludables en la población de tal forma que les permita tomar conciencia acerca del cumplimiento del tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas de la Tuberculosis Pulmonar.

Para las instituciones de salud y autoridades del Departamento de Enfermería, con el fin de que diseñe estrategias y/o elaboren planes de educación para la salud dirigidos a los grupos de riesgo y familias con el objetivo de sensibilizar a la población hacia la adopción de una cultura de prevención, y estilos de vida saludables contribuyendo a disminuir el riesgo a complicaciones que afectan su

calidad de vida y proceso de recuperación de su salud.

Es importante para un aporte social porque con este estudio se dispondrá de datos locales, y de la población que contribuirá para tomar acciones que ayuden a disminuir los casos de tuberculosis pulmonar y evitar más contagios.

II. MARCO TEÓRICO

La presente investigación se fundamenta en la *teoría de la acción razonada* propuesto por *Fishbein y Ajzen* (34), y la *teoría del conocimiento cognoscitivo* desarrollado por *Jean Piaget* (35).

Fishbein y Ajzen, define al ser humano como un ser racional que procesa información o la utiliza sistemáticamente, por lo cual lo ha denominado *Teoría de la acción razonada*. Su teoría sostiene que las actitudes influyen en como la persona pretende actuar hacia un objeto, lo cual determinan las intenciones conductuales, por ultimo estas intenciones condicionan la conducta de la persona hacia el objeto (36).

Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Por ejemplo, la persona con tuberculosis presenta actitud desfavorable si considera que no es necesario conocer cómo protegerme de la tuberculosis. Del mismo modo la persona con tuberculosis se le considera una actitud favorable al considerar que es indispensable que reciba tratamiento, en otras palabras, la actitud se ve reflejada en todo lo que se realiza en la vida diaria (35).

La intención de realizar o no una conducta están determinadas, según la teoría de la acción razonada, por dos factores, *uno personal y otro de carácter social o cultural*: (35)

El *factor personal* es la actitud hacia la conducta, es decir, la evaluación positiva o negativa que la persona hace sobre la realización del comportamiento y los resultados obtenidos. Se refiere al juicio que la persona emite sobre si considera bueno o malo llevar a cabo la acción.

El segundo determinante de la intención es la percepción que tiene la persona acerca de las presiones sociales que se ejercen en ella para que realice o no la acción en cuestión. Dado que se trata de prescripciones percibidas, este factor se denomina norma subjetiva. Se supone que las personas intentan hacer algo cuando creen que otras personas importantes para ellas piensan que deberían hacerlo.

Una actitud es estado mental de disposición organizada para efectuar tareas, mediante influencias específicas sobre respuestas de personas hacia el resto de las personas, hacia objetos y situaciones con la que pueden verse (35).

También se puede definir "Actitud" como reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado, a través de una organización estable de conocimientos, sentimientos y tendencias conductuales, dirigidas a objeto, persona o grupo (37).

Una actitud de tendencia positiva o negativa en situaciones, donde el sentimiento evaluado sea bueno o malo hacia un objeto (10). Tales como la actitud de la persona con tuberculosis de familia disfuncional.

La actitud varía desde lo "Más Positivo" hasta lo "Menos Positivo", la actitud "Más Positiva", es cuando predomina en la persona situaciones que favorecen el tratamiento de la tuberculosis. Mientras que "Menos Positivo" es cuando genera en la persona con tuberculosis inseguridad, desconfianza, y aislamiento, comportándose como un mecanismo de defensa frente a la respuesta que brindara ante la situación suscitada (38). Tenemos en cuenta que la persona con tuberculosis puede tener una actitud más positiva cuando cumple con su tratamiento oportuno, predisposición de curarse, protegerse de la enfermedad, no aislarse, mantener una vivienda ventilada, de este modo sus sentimientos contribuyen a conservar la salud de manera total sea física, y mental.

En la formación de la actitud hay tres componentes primordiales, tales como:

(37)

El Componente cognitivo, es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto. Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto.

El Componente afectivo, son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto, es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto estos pueden ser positivos o negativos.

El Componente conductual, son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto.

La actitud cumple un rol importante ya que no cambia de un día para otro, permitiendo se emplea para predecir el accionar de la persona. Además de ser aprendida es producto de un ambiente socio cultural, se aprende aceptar o rechazar (38).

Desde el punto psicológico la actitud suele medirse por varios métodos, con la que se emplea medidas directas, como la escala de actitud desarrollada por Likert, Thurstone entre otros (38).

El método más utilizado es la Escala de Likert, del psicólogo Rensis Likert, Guttman, donde la medición está compuesta de actividades que suman calificaciones de un conjunto de preguntas afirmativas con lo que el entrevistado indica su grado de acuerdo o desacuerdo (39).

Mediante la teoría de la *Acción Razonada* de Fishbein y Ajzen, las actitudes dependen de algún modo del conocimiento que uno adquiere a través de la experiencia personal o mediante nuestros padres, familiares, amigos, medios de comunicación, entre otros.

El nivel de conocimiento se sostiene en la Teoría del Conocimiento Cognoscitivo desarrollada por Jean Piaget (40).

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, mientras que la cognición se refiere al proceso de información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido (experiencia) y características subjetivas que permiten valorar la información (Ibid).

Piaget define el conocimiento: no puede ser una copia, ya que siempre es una relación entre sujeto y objeto". De acuerdo con Piaget, nuestros procesos de pensamiento cambian de manera radical, aunque con lentitud, del nacimiento a la madurez (41).

Piaget identificó principios, entre ellos, la adaptación: las personas heredan la tendencia de adaptarse al entorno. A adaptación es un proceso mediante el cual se adquiere el conocimiento, y ocurre en forma cultural, conforme los organismos interactúan con su entorno y lo enfrentan (Ibid).

La adaptación es una función básica del ser humano. Es la forma en que emplea la nueva información a raíz de lo que ya conoce, por el cual las

acciones del organismo se relacionan integralmente con el medio que les rodea. Para Piaget la adaptación en el ser humano consiste en un equilibrio entre las acciones manifestadas sobre su medio ambiente y las acciones inversas. Está compuesta por dos subprocesos: asimilación y acomodación (Ibid).

Por la *Asimilación*, tiene lugar cuando las personas utilizan sus esquemas existentes para dar sentido a los eventos de su mundo. Implica tratar de comprender algo nuevo arrojándolo a lo que ya sabemos; es decir el sujeto actúa sobre el ambiente que lo rodea, lo utiliza para sí y entonces ese medio se transforma en función del sujeto. En cuanto a la asimilación Piaget expone: “la asimilación es una incorporación de los objetos a los esquemas de acción del sujeto (es decir a la estructura de las acciones juzgadas equivalentes entre sí por el sujeto) de tal modo que un objeto es percibido y concebido en función de las acciones que lo utilizan.” (40).

Por la *Acomodación*, es el proceso permite que las nuevas experiencias sean integradas a las estructuras mentales que contienen los conocimientos y las capacidades previamente adquiridos. Sucede cuando una persona debe cambiar esquemas existentes para responder a una situación nueva; es decir,

el sujeto a sus esquemas se transforman en función del medio, el organismo debe someterse a las exigencias del medio. Reajusta sus conductas en función de los objetos: el resultado es la imitación. La asimilación y la acomodación actúan siempre juntas, son complementarias, se entrelazan y se equilibran, según la etapa del desarrollo. Piaget expone: “proceso de ajuste y acomodo de las experiencias en nuevas estructuras mentales” (41).

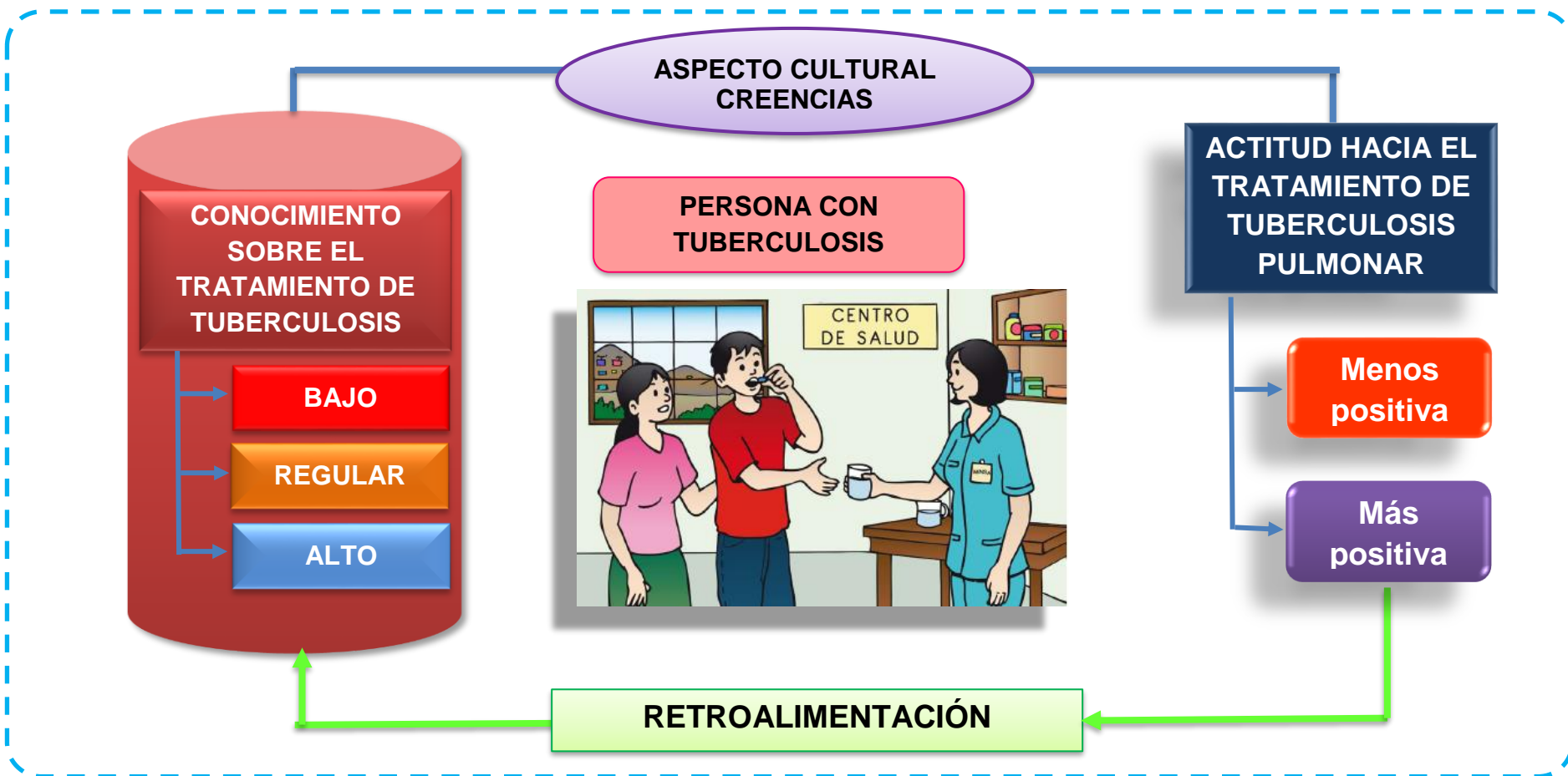
Para Piaget la Asimilación y la Acomodación interactúan mutuamente en un proceso de equilibrio. El equilibrio o balance puede considerarse como un proceso regulador, no obstante suele ser de corta duración, ya que la Asimilación de una nueva información hace que el desarrollo cognoscitivo continúe cíclicamente hacia un pensamiento cada vez más complejo (40,41).

Para adaptarse a ambientes de complejidad creciente la gente utiliza los esquemas que posee, siempre que funcionen (asimilación), y modifica y aumenta sus esquemas cuando se requiere algo nuevo (acomodación) (41).

El pensamiento es la base en que se asienta el aprendizaje, el pensamiento es la forma en que la inteligencia se manifiesta. Según Piaget, la inteligencia permite al organismo tratar efectivamente con el ambiente. Donde el potencial,

para actuar de cierta manera, fue llamado esquema un esquema es un sistema organizado de acciones .estas acciones pueden ser conductas motoras, en cuyo caso son llamadas esquemas sensorio motoras. Pueden ser también internalizaciones, en cuyo caso son llamadas esquemas cognitivas. El esquema disponible de un organismo determinara como este se adapta y responde al ambiente físico (Ibid).

Esta teoría, permite comprender que el conocimiento que adquiere la persona con tuberculosis a través de los diferentes agentes socializadores (familia, escuela, club social y medios de comunicación, entre otros) origina cambios en su actitud y por ende su conducta hacia su salud. La adquisición de conocimientos genera cambios relativamente permanentes en el modo de pensar, sentir y actuar, además permite que surja un nuevo significado que implica que lo recién aprendido llegue a formar parte de un sistema ideológico particular, es decir es la forma por el cual el ser humano adecua sus condiciones para vivir de manera consecuente con el medio que lo rodea (41).

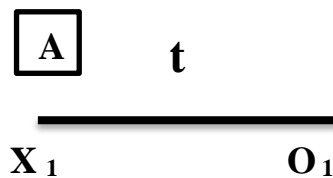


ESQUEMA BASADO EN LA TEORIA DELA ACCIÓN RAZONADA DE FISHBEIN Y AJZEN Y LA TEORIA DEL CONOCIMIENTO DE PIAGET ADAPTADO A LA INVESTIGACIÓN

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. DISEÑO DE ESTUDIO:

Descriptivo correlacional, de corte transversal porque pretende establecer si están o no relacionado el conocimiento y la actitud hacia el tratamiento de tuberculosis pulmonar, en la persona con tuberculosis. Es de corte transversal porque obtendrá la información en un momento determinado.



A: Personas con tuberculosis de familia disfuncional

X₁: Actitud hacia el tratamiento de tuberculosis pulmonar

O₁: Conocimiento sobre el tratamiento de tuberculosis

t: Año 2017

3.2. MÉTODO DE ESTUDIO:

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal.

- ❖ **DESCRIPTIVO:** Porque describe las variables, conocimiento y actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis de familia disfuncional.

- ❖ CORRELACIONAL: Porque verifica si existe una relación determinada entre los conocimientos y la actitud en la persona con tuberculosis de familia disfuncional.
- ❖ TRANSVERSAL: Porque las variables se medirán una sola vez en un determinado periodo.

3.3. POBLACIÓN.

La población estuvo conformada por 52 personas con tuberculosis pulmonar de familias disfuncionales que se encuentren dentro del Programa de Control de Tuberculosis en el Puesto de Salud Magdalena Nueva y Centro de Salud El Progreso en el periodo de Octubre - Noviembre del 2016.

a) Unidad de análisis: Paciente con tuberculosis pulmonar que cumplan con los criterios de inclusión.

b) Marco muestral: Registro de pacientes con tuberculosis pulmonar que cumplan con los criterios de inclusión, de los establecimientos de salud Magdalena Nueva y El Progreso.

c) Criterio de inclusión:

- ❖ Persona con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar proveniente de familia disfuncional y que se encuentren recibiendo tratamiento en la primera línea.
- ❖ Persona con Tuberculosis Pulmonar sin alteraciones mentales.
- ❖ Persona con Tuberculosis Pulmonar mayores de 18 años.
- ❖ Persona con tuberculosis pulmonar que acepten a participar en el estudio.

a) Diseño muestral:

Conformado por el total 52 personas con tuberculosis pulmonar de familias disfuncionales que se encuentren dentro del Programa de Control de Tuberculosis en el Puesto de Salud Magdalena Nueva y Centro de Salud El Progreso en el periodo de Octubre - Noviembre del 2016.

3.4. ASPECTOS ÉTICOS.

En el presente estudio de investigación se consideraron los siguientes aspectos éticos, normados por la Comisión de Ética de la Universidad del Santa (Anexo N° 01):

- a. **Autonomía:** Se sustenta en el respeto a la dignidad de las personas que son sujetos de investigación, deben participar de forma voluntaria y disponer de información adecuada. La investigación garantizo el pleno respeto a los derechos y libertades, por lo tanto en el presente estudio de investigación se respetó la decisión de las personas con tuberculosis pulmonar de familias disfuncionales que se encuentren dentro del Programa de Control de Tuberculosis en el Puesto de Salud Magdalena Nueva y Centro de Salud El Progreso; de aceptar o rechazar su participación en el mismo, brindando su consentimiento informado luego de una información completa sobre los objetivos del estudio de investigación.

- b. **Anonimato y confidencialidad:** La privacidad de la identificación de la persona, garantizo que la información sea accesible solamente para aquellos, autorizados a tener acceso. En el presente estudio sólo tuvieron acceso a los resultados los investigadores y los participantes del estudio, luego de conocer

los resultados, se procedió a eliminar las encuestas garantizando su anonimato.

- c. Beneficencia y no maleficencia:** Se debe asegurar el bienestar de las personas que participan en la investigación. La conducta del investigador debe responder a no causar daño, disminuir los posibles efectos y maximizar los beneficios. Durante la investigación no se les expuso a experiencias desagradables que provoquen daños graves o permanentes.
- d. Justicia:** Se reconoce la obligación ética de dar a cada una de las personas lo que verdaderamente necesita o corresponde, en consecuencia con lo que se considera correcto y apropiado desde el punto de vista moral. Todas las personas con tuberculosis pulmonar de familias disfuncionales que participaron del estudio de investigación recibieron un trato igualitario en consideración y respeto, sin diferencias entre ellos.
- e. Integridad científica:** Se entiende por integridad científica a la acción honesta y veraz en el uso y conservación de los datos que sirven de base a una investigación, así como en el análisis y comunicación de los resultados que se obtendrán, una vez finalizada el estudio se procedió a eliminar las encuestas.

f. **Responsabilidad:** El investigador tiene una responsabilidad social científica. Es deber y responsabilidad personal del investigador considerar cuidadosamente las consecuencias que la realización y la difusión de su investigación implican para los participantes y para la sociedad en general. Esta tarea no será delegada a otras personas. Ni el acto de delegar, ni el acto de recibir instrucciones liberan de responsabilidad.

3.5. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

A. VARIABLE 1:

CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS:

❖ **Definición Conceptual:** Es el conjunto de información adquirido o aprendido por las personas con Tuberculosis pulmonar acerca de su tratamiento (10).

❖ **Definición Operacional:** De acuerdo a la escala nominal:

- Nivel de conocimiento Alto: 21 – 30 puntos
- Nivel de conocimiento Regular: 11 – 20 puntos
- Nivel de conocimiento Bajo: 0 – 10 puntos

B. VARIABLE 2:

ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS PULMONAR

❖ **Definición conceptual:** Se refiere a la predisposición, tendencia o patrones de conducta establecidas, por parte de las personas con tuberculosis pulmonar hacia el tratamiento (8).

❖ **Definición Operacional:** Mediante la escala ordinal:

- Menos Positiva: Alcanza un puntaje igual o menor del promedio de 43 puntos.
- Más Positiva: Alcanza un puntaje mayor que el promedio de 43 puntos.

3.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para el presente trabajo de investigación los datos se obtuvieron a través de la encuesta y los instrumentos que se emplearon son dos: Cuestionario sobre el Nivel de Conocimientos de la Tuberculosis Pulmonar y la escala de actitud hacia el tratamiento de tuberculosis Pulmonar.

a) Cuestionario sobre el Nivel de Conocimientos de la Tuberculosis Pulmonar (Ver anexo 02)

Instrumento que consta de 16 preguntas, cada pregunta con alternativas., para la escala de medición, se asignó valores de 2 puntos a las respuestas correctas y 0 a las incorrectas, lo que permitirá categorizarlo por puntajes en:

- Nivel bajo: 0 - 10 puntos.
- Nivel regular: 11 - 20 puntos.
- Nivel alto: 21 - 30 puntos.

b) Escala de actitud hacia el tratamiento de tuberculosis Pulmonar (Ver anexo 03)

El instrumento consta de 20 enunciados cada uno con tres alternativas las cuales son A= De acuerdo, I= Indeciso, D= En desacuerdo, que el paciente tendrá que responder sobre lo que

siente, cree o piensa con respecto a su enfermedad. Esta escala consta de 20 enunciados, 11 enunciados son positivos y 09 negativos.

En **enunciado positivo**: En los enunciados 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10,13, 14, 17 y 20.

- A: De acuerdo: 3 puntos
- I: Indeciso: 2 puntos
- D: En desacuerdo: 1 punto

En **enunciado negativo**: En los enunciados 1, 6, 9, 11, 12, 15, 16,18 y19.

- A: De acuerdo: 3 puntos
- I: Indeciso: 2 puntos
- D: En desacuerdo: 1 punto

Puntaje teórico:

- Mínimo: 20
- Máximo: 60

Clasificación de la actitud según escala:

- ✓ Menos Positiva: Alcanza un puntaje igual o menor del promedio de 43 puntos.
- ✓ Más Positiva: Alcanza un puntaje mayor que el promedio de 43 puntos.

3.7. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS

❖ Validación:

Los instrumentos empleados para la recolección de datos, fueron validados por prueba piloto, aplicando la prueba de correlación (r). El Cuestionario sobre el Nivel de Conocimientos de la Tuberculosis Pulmonar, obtuvo un $r = 0.31$; y, la escala de actitud hacia el tratamiento de tuberculosis Pulmonar, un $r = 0.38$; considerandos ambos instrumentos válidos.

❖ Confiabilidad:

Los instrumentos fueron sometidos a la prueba estadística Alfa de Cronbach (α), para determinar su confiabilidad. El Cuestionario sobre el Nivel de Conocimientos de la Tuberculosis Pulmonar, obtuvo un $\alpha = 0.72$; y, la escala de actitud hacia el tratamiento de tuberculosis Pulmonar, un $\alpha = 0.81$; considerandos ambos instrumentos confiables.

3.8. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos se solicitó la autorización correspondiente a la Dirección del Puesto de Salud Magdalena Nueva y el Centro de Salud El Progreso a través de la Dirección de Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa, luego se coordinó con la enfermera Jefe

de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Posterior a ello se identificó a las personas con tuberculosis registrados en la ESN PCT que cumplan con los criterios de inclusión y se le informó que los datos brindados serán anónimos y se le presentara la ficha de Consentimiento Informado (Anexo N° 2), el cual lo firmaran bajo su responsabilidad.

Luego de haber seleccionados a los participantes, los autores aplicaron los instrumentos mencionados.

3.9. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS.

Los datos obtenidos fueron procesados y analizados mediante el software especializado en estadísticas y epidemiología EPIINFO, en los niveles descriptivos y analíticos. Nivel Descriptivo: Se consideró tablas unidimensionales y bidimensionales, frecuencia simple y porcentual. Nivel analítico: Se aplicó la prueba estadísticas de Independencia de Criterios chi cuadrado (χ^2), ODD RATIO (OR) con un 5% de la significancia y un 95% de confiabilidad.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

TABLA Nº 1: ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO EN LA PERSONA CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE FAMILIA DISFUNCIONAL, CHIMBOTE, 2016.

ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO	fi	hi
Actitud menos positiva	16	30.8
Actitud más positiva	36	69.2
TOTAL	52	100,0

Estadísticos descriptivos

Puntajes	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Escala de actitud hacia el tratamiento de tuberculosis Pulmonar	52	28	58	43.0	4,301
N válido (según lista)	52				

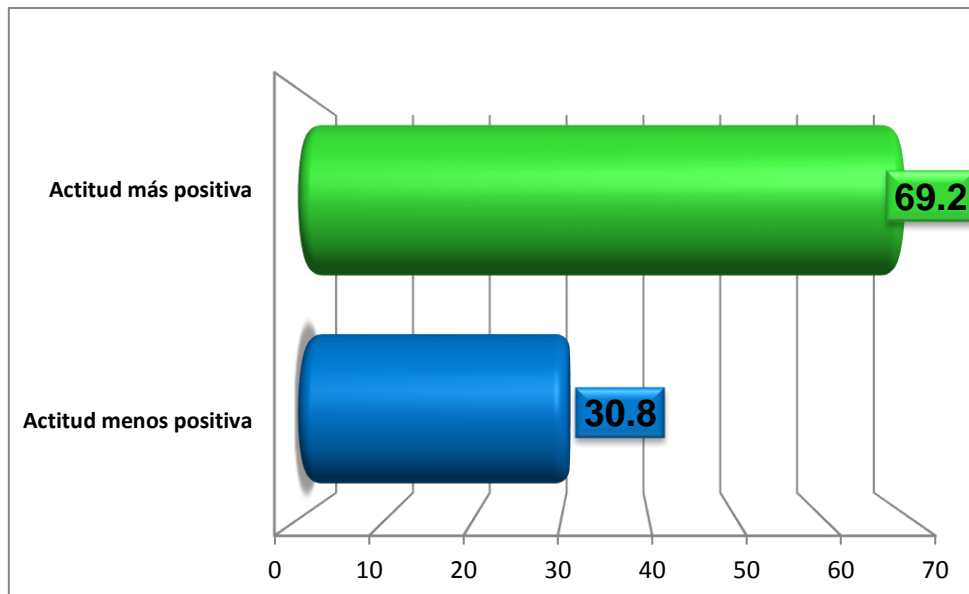


FIGURA Nº 1: ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO EN LA PERSONA CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE FAMILIA DISFUNCIONAL, CHIMBOTE, 2016.

TABLA N° 2: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO EN LA PERSONA CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE FAMILIA DISFUNCIONAL, CHIMBOTE, 2016.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO	fi	hi
Bajo	17	32.7
Regular	22	42.3
Alto	13	25.0
TOTAL	52	100,0

Estadísticos descriptivos

Puntajes	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Cuestionario sobre el Nivel de Conocimientos de la Tuberculosis Pulmonar	52	7	25	16	6,112
N válido (según lista)	52				

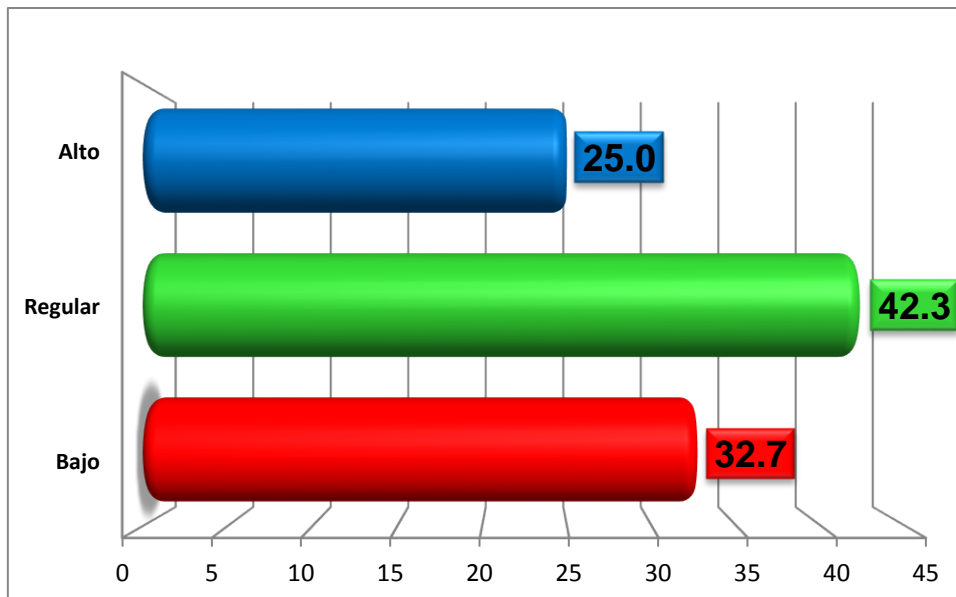


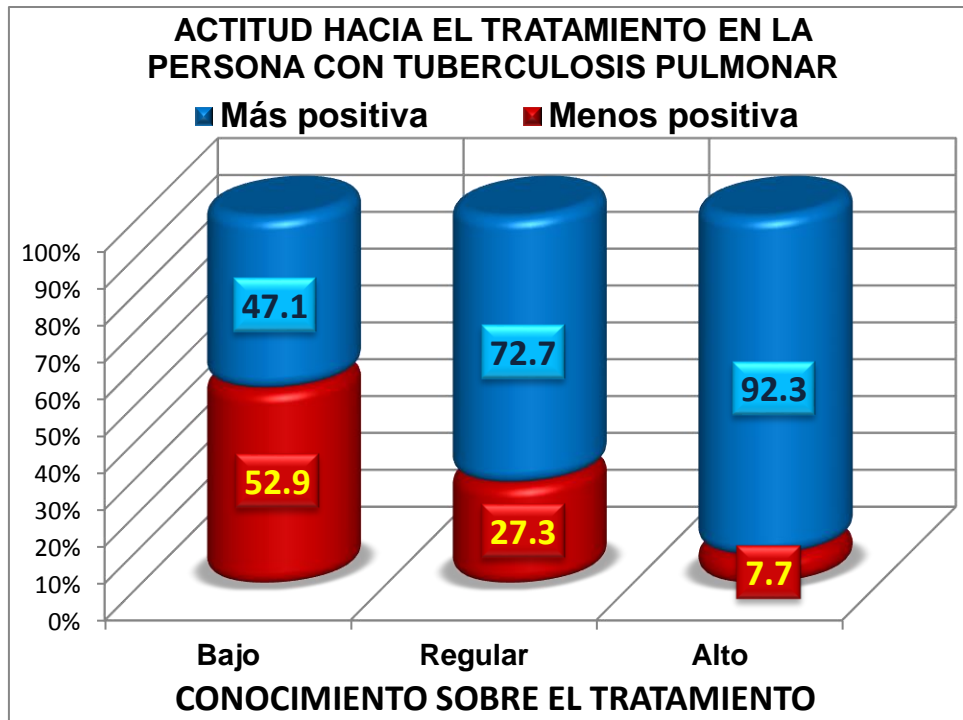
FIGURA Nº 2: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO EN LA PERSONA CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE FAMILIA DISFUNCIONAL, CHIMBOTE, 2016

TABLA Nº 3: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO EN LA PERSONA CON TUBERCULOSIS DE FAMILIA DISFUNCIONAL, CHIMBOTE, 2016.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO	ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO EN LA PERSONA CON TUBERCULOSIS PULMONAR				Total	
	Menos positiva		Más positiva		fi	Hi
	fi	hi	fi	hi		
Bajo ^a	9	52.9	8	47.1	17	32.7
Regular	6	27.3	16	72.7	22	42.3
Alto	1	7.7	12	92.3	13	25.0
TOTAL	16	30.8	36	69.2	52	100,0

$X^2 = 7,1591$ gl = 2 p=0,0279 Significativo ^aOR= 4.5 Riesgo elevado

r = 0.28 correlación leve



$X^2 = 7,1591$ gl = 2 p=0,0279 Significativo ^aOR= 4.5 Riesgo elevado

r = 0.28 correlación leve

FIGURA N° 3: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO EN LA PERSONA CON TUBERCULOSIS DE FAMILIA DISFUNCIONAL, CHIMBOTE, 2016.

4.2. DISCUSION

En la **Tabla N° 01**, sobre la actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis pulmonar de familia disfuncional, Chimbote, 2016, se observa que la mayoría de las personas tienen una actitud más positiva (69.2%), y el 30.8% tienen una actitud menos positiva en la actitud hacia el tratamiento de tuberculosis. El promedio de puntaje obtenido en la Escala de actitud hacia el tratamiento de tuberculosis Pulmonar, fue de 43 ± 4.3 puntos de un total de 60 puntos, el puntaje mínimo obtenido fue 28 y el máximo puntaje fue de 58.

Los resultados son similares con lo reportado por Pérez V.; Miranda L. (10), quien encontró mayor prevalencia para una actitud más positiva hacia el tratamiento de la tuberculosis. Y difieren de lo reportado por Huaynates, A. (8) y, Antón, R. y col. (9), quienes reportan mayor prevalencia de actitud menos positiva hacia el tratamiento de la tuberculosis.

La tuberculosis es una enfermedad ligada a la pobreza, malas condiciones nutricionales y saneamiento, lo que puede originar tanto en la persona con tuberculosis reacciones de rechazo y de vergüenza (5), particularmente a ese 30.8% con actitud menos positiva.

Las personas con actitud menos positiva, no tienen una actitud abierta para comprender la importancia del tratamiento oportuno y regular. Esto

implica que las personas deben identificar la necesidad del cumplimiento regular del tratamiento farmacológico, así como de la importancia de la realización de los cuidados en el hogar y la aplicación de las medidas preventivas y de esta manera disminuir el contagio de la enfermedad y la aparición de nuevos casos (8).

Algunas personas consideran la enfermedad como una debilidad y se abandona o se crea hostilidad hacia la enfermedad y su tratamiento, en otras en cambio, se considera una oportunidad para reparar y expresar sentimientos afectuosos, como las que tienen actitud más positiva hacia el tratamiento (20).

Las actitudes que son las predisposiciones o patrones de conducta de aceptación, rechazo o indiferencia hacia el tratamiento generará condiciones para que ellos consoliden o no su seguridad emocional que se traducirá en confianza y fortaleza, que son alimentos indispensables para mejorar el estado de salud y contribuir a una recuperación más favorable, por lo tanto de todo lo mencionado anteriormente se deduce que un porcentaje significativo de personas con tuberculosis tienen como actitud menos positiva hacia el tratamiento, lo que nos indica que están en mayor riesgo de recaer o abandonar el tratamiento farmacológico poniendo en riesgo su vida o sus familiares y comunidad (27) (37) (38).

En la **Tabla N° 02**, sobre el nivel de conocimiento sobre el tratamiento en la persona con tuberculosis pulmonar de familia disfuncional, Chimbote,

2016; se observa, que la mayoría de las personas presentan nivel de conocimiento regular (42.3%), seguido del nivel bajo (32.7%) y el nivel alto (25.0%). El promedio de puntaje obtenido del Cuestionario sobre el Nivel de Conocimientos de la Tuberculosis Pulmonar fue de 16 ± 6.1 ptos de un total de 30 puntos, el puntaje mínimo obtenido fue 7 y el máximo puntaje fue de 25.

Los resultados son similares con lo reportado por Monteiro, C. (7), Huaynates, A. (8), Salvador, G. y; Quispe, K. (14), quienes encontraron mayor prevalencia de conocimiento medio y bajo sobre el tratamiento de la tuberculosis. Y difieren con lo reportado por Antón, R. y col. (9) y, Pérez V.; Miranda L. (10), quienes encontraron mayor prevalencia de conocimiento bajo y alto respectivamente.

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecciosa, que requiere diversos cuidados, para que sea efectiva la recuperación de la persona. Por eso es necesario que ellos posean conocimientos acerca de los cuidados que deben realizar y del tratamiento que deben seguir y cumplir (5) (7).

En consecuencia el conocimiento viene a ser un factor determinante en la conducta de cada persona frente a la aceptación del tratamiento y el mejor seguimiento de las indicaciones terapéuticas, entonces se deduce que la mayoría de los pacientes, por tener un nivel de conocimientos entre regular y bajo tendrán limitaciones en el consumo regular de los

medicamentos, no prestando atención a los signos de reacción adversa al medicamento, por lo cual el paciente asistirá en forma irregular a recibir el tratamiento farmacológico, esto incide en la aparición de complicaciones específicamente relacionadas a la resistencia a los fármacos, y el mayor riesgo de mortalidad. Posiblemente se debe al bajo grado de instrucción que presentan las personas con tuberculosis pulmonar (10) (26)

Esto se corrobora con la teoría del Conocimiento Cognoscitivo, que permite comprender que el conocimiento adquirido por la persona en sus diferentes agentes trata de originar cambios en su actitud y pensamiento. Esto realiza dos procesos simultáneos e integrados, como la asimilación donde la persona incorpora su experiencia y la acomodación es el proceso por la que las estructuras cognitivas son modificadas contienen los conocimientos y las capacidades previamente adquiridos (40) (42).

En la **Tabla N° 03**, sobre el nivel de conocimiento y la actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis de familia disfuncional, Chimbote, 2016. Se observa, que entre las personas con tuberculosis con nivel de conocimiento regular y alto prevalece una actitud más positiva hacia el tratamiento de la tuberculosis (72.7% y 92.3% respectivamente), a diferencia de las personas con nivel de conocimiento bajo, en quienes prevalece una actitud menos positiva (52.9%).

Ante la prueba de independencia de criterios (Chi cuadrado), existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis de familia disfuncional

($p=0.0279$). Ante la prueba de riesgo, el tener nivel de conocimiento bajo, se constituye en riesgo elevado para una actitud menos positiva (OR=4.5), es decir, existe 4.5 veces más riesgo que las personas presenten actitud menos positiva si tienen un nivel de conocimiento bajo. Asimismo, según la correlación de Pearson, la actitud se correlaciona positivamente con el nivel de conocimiento sobre el tratamiento ($r=0.28$), es decir a mayor nivel de conocimiento, mejora la actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis de familia disfuncional.

Los resultados son similares con lo reportado por Capacute C. (11), quien encontró relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento de Tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes.

Esto nos conlleva a deducir que la educación es el método más eficaz para adquirir el conocimiento de los múltiples procesos como fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento, así como para que la persona modifique su personalidad, su modo de pensar, sentir, sus hábitos y costumbres. Su educación tiene una influencia fundamental en las actitudes respecto al cuidado de los enfermos y con sus incapacidades para brindarles esa atención. Los pacientes se constituyen en un medio que pueda actuar constructivo o negativamente en el proceso salud – enfermedad (14).

Esto se puede corroborar con la Teoría cognoscitiva de Jean Piaget; donde precisa que el conocimiento y la experiencia que adquiere la

persona con tuberculosis, da origen a ciertos cambios de actitudes y su forma de pensar, ya que la actitud es aprendida en la vida diaria y no se encuentra inmersa genéticamente, formándose durante el transcurso de la vida debida a las experiencias vividas con su niño (40) (41).

En la tuberculosis que es una enfermedad altamente contagiosa se requiere la participación efectiva de la persona en base a sus conocimientos y actitudes que resultarían en comportamiento acertados, lo cual disminuirá la aparición de complicaciones, el contagio y el riesgo de mortalidad. Por lo tanto los resultados nos permiten aceptar la hipótesis planteada que refiere que existe relación significativa entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen las personas con tuberculosis pulmonar, por lo que se deduce que un alto porcentaje de personas tienen un nivel de conocimiento bajo con una actitud menos positiva hacia el tratamiento, lo cual repercutirá negativamente en la recuperación del paciente y en la mejoría de su salud, poniendo en riesgo su vida y a sus familiares y comunidad (11).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- 1) La mayoría de las personas tienen una actitud más positiva (69.2%), y el 30.8% tienen una actitud menos positiva en la actitud hacia el tratamiento de tuberculosis.
- 2) La mayoría de las personas presentan nivel de conocimiento regular (42.3%), seguido del nivel bajo (32.7%) y el nivel alto (25.0%).
- 3) Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis de familia disfuncional ($p=0.0279$), el tener nivel de conocimiento bajo, se constituye en riesgo elevado para una actitud menos positiva ($OR=4.5$) y, a mayor nivel de conocimiento, mejora la actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis de familia disfuncional ($r=0.28$).

5.2. RECOMENDACIONES

- ✓ Que la estrategia sanitaria nacional de tuberculosis fortalezca y amplíe su intervención, fomentando una actitud más positiva de la persona con tuberculosis con su tratamiento y cuidado, mediante la participación activa-participativa de la familia a través de sesiones educativas considerando sus características sociales y culturales.
- ✓ Difundir los resultados obtenidos, a fin de otorgar importantes aportes para concientizar a las personas con tuberculosis, familiares y equipo de salud.
- ✓ El profesional de Enfermería deberá implementar y reforzar los conocimientos y actitudes de las personas con tuberculosis acorde a la realidad socio sanitaria de la persona.
- ✓ Que se realice trabajos de investigación en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis dado que es poco abordada en la actualidad.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre la tuberculosis. [Artículo en línea]. Fecha de acceso 15-12-16. Disponible en:
http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2015_execsummary_es.pdf?ua=1
2. Perú 21 (2014). Tuberculosis en Perú. [Artículo en línea]. Fecha de acceso 15-12-16. Disponible en: <http://peru21.pe/actualidad/tuberculosis-peru-cifra-baja-seguimos-liderando-ranking-2175444>
3. OMS/OPS. (2013). la tuberculosis en las américas. [Artículo en línea]. Fecha de acceso 15-12-16. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=29808&lang=es
4. Cáceres, F. y col. (2007). Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. Colombia. [Artículo en línea]. Fecha de acceso 15-12-16. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572007000400005
5. Project Concert International y la Alliance for Border Collaboratives (2009). De la Tos a la Curación - Conocimientos, Actitudes y Prácticas en

Tuberculosis. México. [Artículo en línea]. Fecha de acceso 15-12-16.
Disponibile en: <http://documents.mx/documents/medidas-de-autocuidado-que-tienen-los-pacientes-que-asisten-a-la-esn-pct.html>

6. Silvana Monteiro Costa (2011). El conocimiento de clientes que sufren de tuberculosis pulmonares y miembros de la familia relativa a la adherencia al tratamiento y asociado a un factor en Rio Grande, Rio Grande I Estado y Ciencia. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Brasil.
7. Huaynates, A. (2006). Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia en tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria control de la Tuberculosis del centro de salud - San Luis. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Lima.
8. Antón, R. y col. (2007). Bajo nivel de conocimientos y actitud de rechazo hacia el tratamiento de tuberculosis. Piura-Perú. [Artículo en línea]. Fecha de acceso 15-12-16. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2009.v26.n4.a29.pdf>
9. Pérez, V.; Miranda, L. (2011). Relación entre Nivel de Conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y Actitud hacia el Tratamiento - Usuario Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba". Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Tarapoto-Perú.

10. Capacute C. (2012). Relación entre el nivel de conocimiento de la tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la MICRORED Cono Sur Tacna 2012. tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Tacna: Universidad Jorge Basadre. [Online]. 2012 [cited 2015 Junio 22. Available from: Ghorman; 2012. <http://www.tesis.unjbg.edu.pe/>.
11. Jáuregui, M. (2014). Estudio de la estructura y función familiar de pacientes con tuberculosis en el primer nivel de atención de salud. Microred Chosica. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Lima- Perú.
12. Cardoso, A.; Maza, R. (2007). Apoyo familiar y adaptación de la persona adulta con tuberculosis frente al tratamiento. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Nuevo Chimbote-Perú.
13. Salvador, G.; Quispe, K. (2010). Efectividad del programa educativo "Cuidando mi Salud". Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Chimbote-Perú.
14. Alva, G.; Jacinto, P. (2010). Autoestima y funcionamiento familiar asociado al cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente del Centro de Salud Yugoslavia. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Chimbote-Perú.

15. Dirección de salud Ancash. (2016). Informe de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis. Chimbote.
16. Quevedo, L. Sánchez, R. y col. (2015). Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. [Artículo en línea]. Fecha de acceso 10-11-16. Disponible en: [file:///C:/Users/User/Downloads/2536-5733-1-PB%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/2536-5733-1-PB%20(7).pdf)
17. OMS. (2016). Tuberculosis. Datos y cifras. [Artículo en línea]. Fecha de acceso 10-11-16. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
18. Rizo, M.; Córtes, E. (2011). Eficacia de una intervención promotora de salud en la adherencia al tratamiento y estilo de vida en enfermos de tuberculosis pulmonar. México. . [Artículo en línea]. Fecha de acceso 10-11-16. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24913/1/Tesis%20Francisco%20Cadena%20Santos.pdf>
19. Laurente, J.; Remuzgo, F. y col. (2010). Conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Perú.

- 20.** OMS (2009). Informe Global control de la tuberculosis: epidemiología, estrategia, financiación. [Artículo en línea]. Fecha de acceso 08-10-16. Disponible en: http://www.who.int/tb/publicaciones/global_report/2009/pdf/full_report.pdf
- 21.** Salinas, C.; Capelastegui, A. y cols. (2007). Incidencia longitudinal de la tuberculosis es una cohorte de contactos: factores asociados a la enfermedad. México.
- 22.** Del castillo, H. Mendoza, A. y cols. (2009). Epidemia de tuberculosis multidrogorresistente y resistente extensivamente drogas en el Perú: Situación y propuestas para su control. [Artículo en línea]. Fecha de acceso 10-08-16. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2009.v26.n3.a18.pdf>
- 23.** Oficina General de comunicaciones. (2010). Día mundial de lucha contra la tuberculosis. Plan de comunicación. Lima. Perú. Fecha de acceso 15-04-16.
- 24.** Horna, D. Sánchez, H. Y cols. (2007). El transporte público y tuberculosis pulmonar. Lima, Perú. Fecha de acceso 15-07-16.
- 25.** Ramírez, P.; Mariscal, M. y col. (2005). Tuberculosis y conocimiento de la enfermedad. Fecha de acceso 15-07-16.

- 26.** Rojas, G. (2005). Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Lima-Perú. [Artículo en línea]. Fecha de acceso 10-07-16. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/rojas_tg/pdf/rojas_tg-th.4.pdf
- 27.** Valencia, A. (2002). Niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis. Lima- Perú. Fecha de acceso 04-08-16.
- 28.** Jave, O. (2011). La carga regional de la tuberculosis. Es: Jave O. Tb en Perú: Actualización breve: Estrategia Nacional de Perú TB; (Citado 02-01-14). Disponible en: http://www.imtunmsm.epiredperu.net/Eventos / aniversario2011 /cursosotb / ponencias / 01_Jave_TB_Peru.pdf
- 29.** Suárez, C. (2014). Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un centro de Salud. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Lima-Perú.
- 30.** Vinaccia, S.; Quiceno, J. y cols. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. Psicología y Salud. (Citado el 04-02-14).
- 31.** Fabelo, J. Iglesias, y cols. (2012). Percepción de apoyo social por pacientes con enfermedad alcohólica en fase de recuperación. Rev. Hosp.

Psiquiátrico de la Habana. (Citado el 04 de febrero del 2014). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/rev1-2012/hph07112.html>

- 32.** Ministerio de Salud. (2013). Norma Técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. Perú. [Artículo en línea]. Fecha de acceso 13-07-16. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/infecciones/RM715-2013_MINSA_TB.pdf
- 33.** León, J. (2004). Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida. 1° ed. Editorial OUC. Fecha de Acceso: [27 de Mayo del 2015]. Disponible: <https://books.google.com.pe/books?id=esM3UUnq9kcC&pg=PA70&lpg=PA70&dq=teor%C3%ADa+de+la+acci%C3%B3n+razonada+de+fishbein+y+ajzen+actual+en+persona&source=bl&ots=YCobuSaJnz&sig=PC6n69VOtV0RnY1IDBoIWF43reU&hl=es->
- 34.** Meece, J. (2000) Desarrollo del niño y del adolescente. Compendio para educadores. Fecha de Acceso: [30 de Agosto del 2016]. Disponible en: http://upvv.clavijero.edu.mx/cursos/DesarrolloNinoAdolescente/vector3/documentos/Teoria_del_desarrollo_de_Piaget.pdf
- 35.** Perlam, D. (2002). Psicología Social, 4° ed. Editorial Mc Graw Hill, México.

36. Grupo de Investigación Edufísica. (2007). Las Actitudes. Fecha de Acceso: [02 de Setiembre del 2015]. Disponible en: <http://www.edufisica.com/Formato.pdf>
37. Pinillos, J. (2005). Principios de la psicología. 3° ed. Madrid – España
38. Bleger, J. (2008). Psicología de la Conducta. Buenos Aires. 3° ed. Argentina.
39. Piaget J. (2004). Aportaciones del padre de la Psicología Genética. En: www.orientared.com.
40. García, E. (2001). Piaget: la formación de la Inteligencia. 2° ed. México. Fecha de Acceso: [27 de Agosto del 2016]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/teorias-piaget/teorias-piaget.shtml#ixzz3LHPFpGjn>.
41. García. R. (2000). Artículo: El Conocimiento en construcción de las formulaciones de Jean Piaget. Fecha de Acceso: [26 de Agosto del 2016]. Disponible en: [http://dis.unal.edu.com/profesores/pismael/formatos/CONSTRUCTIVISMO COMOTEOR%20EDADEOLCONOCIMIENTO6.pdf](http://dis.unal.edu.com/profesores/pismael/formatos/CONSTRUCTIVISMO%20COMOTEOR%20EDADEOLCONOCIMIENTO6.pdf)

ANEXO

ANEXO Nº 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es CONOCIMIENTOS Y ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON TUBERCULOSIS DE FAMILIAS DISFUNCIONALES. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE 2016, el propósito de este estudio es conocer la relación entre el nivel de conocimiento y actitudes hacia el tratamiento de personas con tuberculosis de familias disfuncionales. El siguiente proyecto de investigación está siendo conducida por la BACH. MALQUI RODRIGUEZ PAOLA y BACH. VIDAL ESPINOZA ESTHEFANY, con la asesoría del profesor Dr. MIGUEL PONCE LOZA de la Universidad Nacional del Santa.

Si accedo A participar en este estudio, deber responder una entrevista y test, la que tomará 15 minutos de tiempo. La participación es voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. En principio, las entrevistas resueltas serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esa manera. Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Gracias por su participación.

Yo, _____ doy

mi consentimiento para participar en el estudio soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Reconozco que la información que provee en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio participando en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con:

Nombre del investigador: MALQUI RODRIGUEZ, Paola / VIDAL ESPINOZA, Estefany.
Institución: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA Teléfono: 977206523 / 945195158

Nombre del asesor: Dr. PONCE LOZA, Miguel
Institución: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

.....
Firma del participante y fecha

.....
Nombre del participante DNI:

.....
Firma del investigador y fecha

.....
Firma del investigador y fecha

ANEXO N° 02

Cuestionario sobre el Nivel de Conocimientos de la Tuberculosis

Pulmonar

A continuación, le presentamos un instrumento que servirá para conocer el nivel de conocimiento en relación al tratamiento de la tuberculosis en los pacientes. Por lo cual pedimos su participación y sinceridad al responder las preguntas que se muestran a continuación. El presente instrumento es anónimo.

Ud. con un aspa (X) la que considere correcta.

I. DATOS ESPECÍFICOS

- 1. La tuberculosis pulmonar es una:**
 - a) Infección de los bronquios.
 - b) Enfermedad muy contagiosa.
 - c) Enfermedad que no requiere atención inmediata.

- 2. La tuberculosis pulmonar se contagia por:**
 - a) Mantener relaciones sexuales.
 - b) Abrazos.
 - c) Toser al aire libre.

- 3. El principal signo que presenta la persona con tuberculosis pulmonar es:**
 - a) Tos con flema por más de 15 días.
 - b) Adelgazamiento.
 - c) Diarreas.

- 4. ¿Quiénes tienen el mayor riesgo de contraer la tuberculosis pulmonar?**
 - a) Todas las personas
 - b) Personas con defensas bajas: Desnutridos, VIH, diabetes, etc.
 - c) Solo las personas pobres.

- 5. ¿Cuál es la medida de prevención para no enfermar de tuberculosis?**
 - a) Comer sano.
 - b) Ventilar e iluminar los ambientes y comer sano.
 - c) Bañarse todos los días.

- 6. ¿Qué alimentos debe consumir la persona con tuberculosis?**
- a) Alimentos ricos en grasas.
 - b) Alimentos ricos en proteínas: Menestras, carne y lácteos.
 - c) Solo verduras y frutas.
- 7. Al toser debe:**
- a) Cubrirse con la mano
 - b) Cubrirse con el antebrazo
 - c) Evitar cubrirse
- 8. ¿Qué debe hacer el paciente cuando elimina flema?**
- a) Eliminarlo directamente al recipiente de basura.
 - b) Eliminarlo en una bolsa y luego quemarlo.
 - c) Eliminarlo en papel higiénico y echarlo en una bolsa plástica.
- 9. ¿Cómo debe estar la vivienda para evitar un contagio por tuberculosis?**
- a) Arreglada, poca iluminación y cerrada.
 - b) Limpia, ventilada e iluminada.
 - c) Sucia, desarreglada, poco ventilada.
- 10. ¿Qué ocurre con los microbios de la tuberculosis si no se cumple o se abandona el tratamiento?**
- a) Se vuelven débiles a los medicamentos.
 - b) Se vuelven resistentes a los medicamentos.
 - c) Se mantienen igual.
- 11. El paciente con tuberculosis recibe su tratamiento principalmente en:**
- a) El hogar.
 - b) Hospital.
 - c) Posta de salud.
- 12. ¿Cada cuánto tiempo debe controlar su peso el paciente con tuberculosis?**
- a) Mensualmente
 - b) Diariamente
 - c) Semanalmente
- 13. Si una persona presenta tos con flema por más 15 días Usted:**
- a) Lo automedica.
 - b) Lo lleva al centro de salud más cercano.
 - c) Utiliza remedios caseros.

14. ¿Qué prueba deben realizarse sus familiares que han estado en contacto con la persona que tiene tuberculosis pulmonar?

- a) Examen de orina
- b) Examen de sangre
- c) Prueba de Esputo

15. ¿Qué tratamiento deben recibir los menores de 15 años que están en contacto con el paciente?

- a) Quimioprofilaxis
- b) Aislamiento
- c) Prueba de esputo

Puntuación:

Respuesta correcta: 2 puntos.	Respuesta incorrecta: 0 punto.
-------------------------------	--------------------------------

Puntajes:

Nivel bajo	0 - 10 puntos.
Nivel regular	11 - 20 puntos.
Nivel alto	21 - 30 puntos.

ANEXO N° 03

Escala de actitud hacia el tratamiento de tuberculosis Pulmonar

A continuación, se presenta un instrumento de actitudes hacia el tratamiento de la tuberculosis, la cual presenta una serie de enunciados con sus respectivas alternativas.

Le pedimos sinceridad en sus respuestas, ya que son totalmente anónimas. Agradezco anticipadamente su colaboración.

Marque usted con un aspa (X) la alternativa que considere correcta.

A: de acuerdo	I: indeciso	D: en desacuerdo
----------------------	--------------------	-------------------------

I. CONTENIDO:

ENUNCIADOS	A	I	D
1. La tuberculosis no es una enfermedad muy contagiosa			
2. Es indispensable que reciba mi tratamiento.			
3. Es beneficioso el tratamiento que recibo.			
4. Estoy seguro que me voy a curar.			
5. Es necesario conocer cómo protegerme de la tuberculosis.			
6. No es agradable conversar con otras personas que tienen tuberculosis.			
7. La quimioprofilaxis es necesaria en la prevención de la tuberculosis.			
8. Siento que es importante el apoyo de mi familia en mi recuperación.			
9. Es poco importante que mi vivienda se encuentre ventilada			
10. Es agradable conversar con personas que tienen tuberculosis.			
11. Es cansado el tratamiento que recibo para la enfermedad de Tuberculosis.			
12. Es innecesario que yo reciba tratamiento farmacológico.			
13. Es importante mantener ventilada mi vivienda			
14. Es importante que asista regularmente para recibir mi tratamiento farmacológico.			
15. Es poco importante que cumpla con mi tratamiento.			
16. Es poco probable que llegue a curarme.			
17. Es necesario que deje mi muestra de esputo todos los meses.			
18. Es innecesario que me cubra la boca al toser.			
19. Es incomodo en casa realizar las medidas preventivas para protegerme			
20. Es necesario que me cubra la boca al toser			

Clasificación de la actitud según escala:

Más positiva	Igual o menor del promedio de 43 puntos
Menos positiva	Mayor que el promedio de 43 puntos

