



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA



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



**"RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD CON EL
CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON
TUBERCULOSIS PULMONAR, CHIMBOTE 2013"**

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

TESISTAS:

**MOSTACERO VERDE ESTEFANI MARINA
NAVARRO TELLO LESLIE GISELLA**

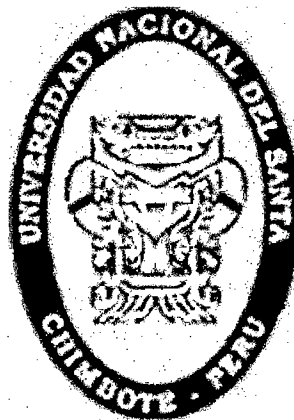
ASESORA :

Dra. YSABEL MORGAN ZAVALETA

CHIMBOTE - PERÚ

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD CON EL
CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON
TUBERCULOSIS PULMONAR, CHIMBOTE 2013”**

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

TESISTAS:

- Mostacero Verde Estefani Marina.
- Navarro Tello Leslie Gisella

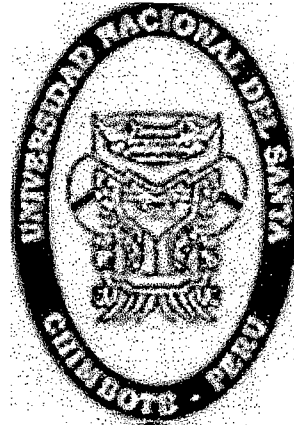
ASESORA:

- Dra. Ysabel Morgan Zavaleta

CHIMBOTE – PERÚ

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



REVISADO V°B°

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Morgan', is written above a horizontal line.

Dra. MORGAN ZAVALA YSABEL

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



JURADO EVALUADOR

Revisado V°B° de:

Ms. MELGAREJO VALVERDE Esperanza

INTEGRANTE

Lic. ORDOÑEZ FLORES Anita

SECRETARIA

Dra. MORGAN ZAVALETA Ysabel

INTEGRANTE

DEDICATORIA

A nuestro señor Dios por guiarme espiritualmente en mi vida, por cuidarme y cuidar a las personas que amo

Con profundo amor y gratitud eterna a lo más noble que Dios ha podido concederme, MIS PADRES, Neiser y Lorenzo, quienes con su apoyo incondicional y amor infinito, me acompañan a cumplir mis metas como persona y como profesional de enfermería. Gracias por el apoyo emocional, espiritual y material, sus buenos consejos y su inmenso amor.

A mi hermana Erika por ser mi ejemplo a seguir como profesional, perseverancia y generosidad. Y por buscar siempre la unión familiar.

A Renzo por darme su apoyo infinito y desinteresado, por estar conmigo en todo momento de mi vida. Y por su ejemplo de superación

ESTEFANI MARINA MOSTACERO VERDE

DEDICATORIA

A dios que nos brinda su protección en todo momento, nos mantiene con salud y nos brinda fortaleza espiritual para superar obstáculos que se presentan a lo largo de la vida.

A mi hermana victoria por ser mi ejemplo a seguir como profesional, perseverancia y generosidad. Y por buscar siempre la unión familiar.

A mis padres quienes con su amor, paciencia y confianza me impulsan cada día para alcanzar mis metas; por su enseñanza y ejemplo de gran esfuerzo, para dar lo mejor de mí misma.

A mis amigas por su verdadera amistad, apoyo constante durante mis estudios y por compartir grandes momentos.

LESLIE GISELLA NAVARRO TELLO

AGRADECIMIENTO

A nuestra prestigiosa ALMA MATER. "Universidad Nacional del Santa", quien nos albergó durante nuestra formación profesional y en donde día a día formó hermosos recuerdos de nuestra vida universitaria.

Agradecemos a todos los Docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, quienes fueron guías en nuestra formación profesional.

Un especial agradecimiento a nuestra asesora Dra. Ysabel Morgan Zavaleta, por su profesionalismo, oportunidad, apoyo, comprensión y constante orientación durante nuestra formación y el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Al jefe de la Microred Miraflores Licenciado en Enfermería encargado de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) quienes facilitaron para la ejecución del trabajo de investigación.

INDICE GENERAL

| | Pag. |
|--|-----------|
| RESUMEN | 10 |
| ABSTRACT | 11 |
| I. INTRODUCCIÓN | 12 |
| II. MARCO TEORICO | 33 |
| III. MATERIAL Y MÉTODO | 45 |
| IV. RESULTADO Y DISCUSIÓN | 55 |
| V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 68 |
| VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 71 |
| ANEXOS | |

INDICE DE TABLAS

| | Pag. |
|--|------|
| TABLA N° 01: | 55 |
| CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR, CHIMBOTE 2013 | |
| TABLA N° 02: | 57 |
| RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO CON EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR, CHIMBOTE 2013 | |
| TABLA N° 03: | 59 |
| RELACION ENTRE LA ACTITUD DEL PACIENTE CON EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR, CHIMBOTE 2013. | |

INDICE DE GRAFICOS

| | Pag. |
|--|------|
| FIGURA N° 01: | 56 |
| CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULOMAR, CHIMBOTE 2013 | |
| FIGURA N° 02. | 58 |
| RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO CON EL CUMPLIMIENTO TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR, CHIMBOTE 2013 | |
| FIGURA N° 03: | 60 |
| RELACION ENTRE LA ACTITUD DEL PACIENTE CON EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR, CHIMBOTE 2013. | |

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal, sustentado en la Teoría de Sistemas de Ludwing Von Bertalanffy. Tiene como objetivo general conocer la relación entre el nivel de conocimiento y actitud con el cumplimiento del tratamiento en el paciente con tuberculosis pulmonar, Chimbote 2013. La población fue de 46 pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar, que pertenecen a la ESNPCT de la Microred Miraflores que cumplan los criterios de inclusión. Para la recolección de datos se utilizó la técnica: encuesta y análisis documental, como instrumentos Cuestionario de evaluación del nivel de conocimiento sobre el cumplimiento del tratamiento, Escala para medir el nivel de Actitud y Ficha de Registro sobre Cumplimiento del tratamiento. Se validado mediante juicio de expertos, correlación de Pearson y la confiabilidad a través del coeficiente de Alfa de Crombach (0.90). Los resultados obtenidos fueron tabulados y procesados mediante el Software SPSS N° 18 y el programa Microsoft Excel 2007.

Se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- Existe una proporción significativa de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar de la Microred Miraflores Alto, que no cumplen con el tratamiento (19.6%).
- El nivel de conocimiento se relaciona significativamente con el cumplimiento del tratamiento ($p= 0,000$).
- No existe una relación estadística significativa entre la actitud y el cumplimiento del tratamiento. $p= 0,097$

Palabras claves: nivel de conocimiento, actitud, tratamiento farmacológico.

ABSTRACT

The present research is correlational descriptive, cross-sectional, based on the theory of Ludwig Von Bertalanffy Systems. Its general objective is to know the relationship between the level of knowledge and attitude to treatment compliance in patients with pulmonary tuberculosis, Chimbote 2013. The population consisted of 46 patients diagnosed with pulmonary tuberculosis, which belong to the Microred ESNPCT Miraflores that meet the inclusion criteria. Survey and document analysis, as instruments questionnaire assessing the level of knowledge about treatment compliance, scale for measuring the level of attitude and Registration Card on Compliance of treatment: For data collection technique was used

It was validated by expert judgment, Pearson correlation and reliability through Cronbach Alpha coefficient (0.90) . The results were tabulated and processed using SPSS Software No. 18 and the Microsoft Excel 2007 program. The following conclusions were obtained:

- A significant proportion of patients diagnosed with pulmonary tuberculosis of Microred Miraflores Alto, which do not comply with treatment (19.6 %).
- The level of knowledge was significantly related to treatment adherence (p = 0.000).
- There is no statistically significant relationship between attitude and treatment compliance .p=0.097

Keywords : level of knowledge , attitude, antituberculosis drug therapy

I. INTRODUCCION

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa de origen bacteriano, cursa con un periodo prolongado de latencia entre la fase de infección y la de enfermedad, afecta principalmente a los pulmones, aunque también puede afectar a otros órganos. El agente causal es el *Mycobacterium tuberculosis*, bacilo aeróbico, que se ha adaptado al organismo humano de tal manera que el hombre infectado o enfermo constituye prácticamente su único reservorio. Es transmitida de persona a persona, principalmente por vía respiratoria a través de las gotitas de *pflugger*. Cuando una persona con tuberculosis pulmonar, tose, estornuda, habla o cuando elimina estas pequeñas gotitas, es donde mayor posibilidad de infectarse tiene la familia, compañeros de habitación, compañeros de trabajo y toda persona que se relacione con él; considera que el 23% – 25% de los familiares de un caso, se infectarán. (1)

La tuberculosis pulmonar suele presentarse habitualmente con tos productiva de larga evolución (por más de 15 días), siendo este el principal síntoma respiratorio. Además puede presentar dolor torácico, fiebre por las tardes, sudoración nocturna, fatiga, pérdida de peso y en ocasiones hemoptisis, este último es indicativo de enfermedad avanzada. (2)

Se afirma que un caso de tuberculosis infectará de 10 a 14 personas en el curso de un año, quienes desarrollarán la enfermedad serán los que

tienen factores de riesgo de desnutrición, condiciones de hacinamiento y condiciones de vida insalubre; además una persona puede estar infectada pero no necesariamente desarrollará la enfermedad en toda su vida si las condiciones le son favorables. (3)

Se señala que aproximadamente un tercio de la población mundial está infectado y el 75% de los casos se sitúan en el grupo de edad económicamente productiva (15 a 50 años); un tratamiento incompleto y escasamente supervisado es peor que la ausencia del tratamiento, pues puede provocar la aparición de cepas resistentes a los medicamentos; se puede afirmar que en el caso de la tuberculosis, la resistencia es un reflejo fiel de las malas prácticas en el tratamiento de la enfermedad. (4)

Es posible que uno de los principales hallazgos surgidos en las últimas décadas, respecto a la práctica asistencial, no haya sido el descubrimiento de una técnica diagnóstica o de un fármaco, sino el conocimiento de por qué se produce el fracaso terapéutico. Este hallazgo explica la falta de resultados de medicamentos muy eficaces en ensayos clínicos, que lo son menos en la práctica médica habitual (efectividad), y permite reconocer la importancia del incumplimiento de las indicaciones terapéuticas, en general, y de las farmacológicas, en especial. (5) (6).

La forma más sencilla de definir el incumplimiento terapéutico es a través del concepto de cumplimiento. El cumplimiento, también llamado

observancia, adherencia o alianza terapéutica por autores como Blackwell (7, 8), fue definido en 1976 por Haynes como el grado hasta el cual la conducta del paciente, en términos de tomar medicamentos, seguir las dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida coincide con la prescripción clínica (9).

La inquietud por el abordaje del cumplimiento terapéutico y de la información de medicamentos ha sido paralela al desarrollo del entorno cultural, observándose que ha representado un tema de gran expectación en el país durante la década de los ochenta y principios de los noventa, coincidiendo con el auge de las actividades relacionadas con el medicamento y la medicina preventiva, y con la implantación del modelo sanitario basado en la Atención Primaria, ámbito donde la colaboración activa del usuario es primordial para una asistencia efectiva (10, 11).

Últimamente, el interés por el estudio del cumplimiento está adquiriendo una especial trascendencia, sobre todo con el impulso que desde hace unos años se le está dando a la Atención Farmacéutica (12), fundamentalmente desde la publicación del Consenso sobre Atención Farmacéutica (13), y con la importancia de la calidad asistencial y la seguridad del paciente (14). Blackwell señalaba que cada año se gasta mucho tiempo y dinero en el estudio de la eficacia y la seguridad de los medicamentos, y que se dedican muy pocos recursos, sin embargo, al hecho de saber si el paciente los toma o no (15); de poco sirve disponer de fármacos excelentes, prescribir

tratamientos óptimos o realizar diagnósticos certeros, si luego el paciente no toma correctamente la medicación (16).

Por tanto, conocer el grado de cumplimiento terapéutico resulta esencial, ya que, sin ello, la efectividad de un fármaco, es decir, su eficacia real en condiciones de la práctica clínica, es una incógnita. No cabe duda de que el fin último de la actuación médica es la prevención o la curación; para ser efectivos, el cumplimiento es sólo un medio. Por esta razón, una vez identificado al paciente no cumplidor y conocidos los factores que favorecen el incumplimiento en cada caso, surge la necesidad de disponer de medidas encaminadas a corregir esos factores (17, 18). Intervenir supone desarrollar actuaciones dirigidas a mejorar el cumplimiento; implica definir nuevas estrategias y ponerlas en marcha.

Las acciones pueden ser de carácter informativo, apoyadas en la idea de que un paciente que conoce su enfermedad será más consecuente y más cumplidor, o conductual, tratando de modificar los comportamientos que favorecen el incumplimiento (19, 20, 21). En este sentido, se ha de destacar el esfuerzo realizado en la cuantificación del problema y en la búsqueda de sus factores desencadenantes, con la colaboración de una amplia variedad de profesionales sanitarios y socio sanitarios, desde muy distintos ámbitos y con gran diversidad de medios de trabajo. Pese a los esfuerzos metodológicos llevados a cabo, aún no existe una estandarización clara de los procedimientos de medida, al menos para un elevado número de patologías, ni tampoco

conocemos claramente el patrón del paciente no cumplidor, probablemente por la falta de análisis multivariantes de los factores desencadenantes (22).

El incumplimiento de los tratamientos constituye uno de los grandes problemas actuales de Salud Pública, tanto por su extensión como por sus consecuencias clínicas, sociales y económicas (23).

En relación a las repercusiones clínicas, un mal cumplimiento del tratamiento impide conocer la eficacia de la terapia farmacológica, ya que produce un sesgo en los ensayos clínicos, además de aumentar la morbimortalidad por enfermedad, o de imposibilitar, al menos, que descienda, y de limitar la efectividad de las intervenciones sanitarias, pues el mejor fármaco del mercado no es efectivo si el enfermo no lo toma como se le ha prescrito (5).

Por otra parte, si existe incumplimiento los recursos sanitarios ven mermados sus beneficios, lo cual conlleva una relación coste-efectividad inadecuada; consecuentemente, aumenta el gasto sanitario, que también se ve incrementado por la tenencia de medicamentos que se adquieren en la farmacia y no se utilizan.

El diagnóstico precoz de los casos y el tratamiento correcto de los pacientes tuberculosos hasta su curación se consideran los pilares fundamentales en los que se sustenta el control de la enfermedad,

pues sólo con estas medidas bien implementadas se puede frenar su transmisión (24).

En base a las evidencias científicas actuales, se considera que prácticamente todos los procesos tuberculosos son prevenibles y curables, si los pacientes siguen un régimen terapéutico apropiado durante el tiempo óptimo (25). Sin embargo, a pesar de los avances conseguidos en el tratamiento de la enfermedad, existen diversos factores que condicionan su efectividad y seguridad. Así, se considera la falta de cumplimiento de la prescripción un grave problema de la terapia antituberculosa, todavía no resuelto, que constituye uno de los principales obstáculos para la eliminación de los niveles de endemia (26).

En la mayoría de las patologías un mal cumplimiento de la prescripción médica puede provocar que el enfermo no mejore su sintomatología o no cure; en el caso de la TB, el incumplimiento y los tratamientos incorrectos añaden el riesgo de que se mantenga la capacidad contagante del sujeto (27), de que aparezcan recidivas y retratamientos (28), y de que surjan resistencias y multirresistencias irreversibles a los escasos fármacos antituberculosos de que disponemos en la actualidad (27).

El problema del incumplimiento del tratamiento en la Tuberculosis es un viejo fenómeno, conocido ya en los años de los tratamientos largos, incluso en enfermos recluidos en sanatorios (29), mucho antes de la

época de la quimioterapia actual, con tratamientos cortos, y de la aparición del VIH y de la toxicomanía (25).

Como demuestran diversas investigaciones realizadas, las causas del incumplimiento en tratamiento son múltiples. Así, algunos autores lo asocian con el régimen terapéutico, asegurando que los esquemas cortos mejoran el cumplimiento del tratamiento (30); sin embargo, esta causa no podría ser aplicada a los enfermos de nuestro país, pues las pautas cortas se emplean de forma masiva en España desde principios de la década de los noventa, cuando fueron recomendadas por el Documento Nacional de Consenso (31).

Hay trabajos que refieren el cumplimiento terapéutico ligado a la percepción de la enfermedad, si bien concluyen que el conocimiento en sí mismo de la Tuberculosis no supone una clara influencia en el incumplimiento del tratamiento (32).

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) mediante el ex Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT), actualmente Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESNPCT), es el órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas, responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú, el cual se sustenta en el documento "Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis" que incorpora y aplica la estrategia "Administración del

medicamento directamente Observado y Supervisado" (DOTS y DOTS Plus) recomendada por la OMS/OPS. La estrategia DOTS garantiza la curación de la mayor proporción de pacientes y la reducción del riesgo de enfermar para la comunidad. De consolidarse y amplificarse en forma eficiente, se producirá la eliminación gradual de la tuberculosis como problema de salud pública. (33)

Según los datos del Ministerio de Salud del 2010, en el Perú se diagnosticaron 32477 casos de Tuberculosis (Tuberculosis en todas sus formas), de los cuales 28297 fueron casos nuevos, correspondiendo de ellos 17264 a casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva. Cifras que traducidas en termino de tasas (por 100000 Hab.), correspondieron respectivamente a morbilidad total (110.2), incidencia total (96.1) e incidencia Tuberculosis Pulmonar BK (+) 58.6. (34)

En Chimbote en el 2012 se confirmaron 498 casos de Tuberculosis, con mayor presencia en los Centros de Salud de Miraflores Alto, Magdalena Nueva La florida y el Progreso de los cuales el 58% de estos pacientes no cumplen con el tratamiento indicado. (35)

En el año 2005, a nivel regional hubieron 720 casos presentados, donde se reporta que el 25% de los casos reportados no cumplen diariamente con el tratamiento establecido, de los cuales 380 de enfermos, entre los 18 y 45 años de edad, fueron en Chimbote,

atendidos en las UTES Caleta, consideradas las zonas de mayor riesgo Magdalena Nueva, Fraternidad, La Victoria, Alto Perú, Miraflores, Progreso, San Pedro, La Esperanza, La Unión y Coishco. En Chimbote el número de casos de tuberculosis registrados en la Red Caleta en el año 2006 fue de 402 casos, aumentando en relación al año anterior (380 casos) (36)

La Microred de Salud Miraflores Alto se encuentra ubicada en la Av. Pardo del Distrito de Chimbote en la Provincia del Santa. Dentro de su jurisdicción se encuentran los Puestos de Salud de: Miraflores Alto, Miramar, San Juan y Maternidad de María. En la estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, se encuentran registrados 50 pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar, recibiendo tratamiento, de los cuales 4 pacientes presentan diagnóstico de Tuberculosis Multidrogo Resistente.

La mayor incidencia de casos de Tuberculosis Pulmonar se encuentra registrada en el Puesto de Salud de Miraflores Alto, con mayor porcentaje en adultos jóvenes y adultos maduros.

Cuando los pacientes acuden a recibir su tratamiento al Programa de Tuberculosis, en muchas oportunidades la enfermera no supervisa que el paciente tome su tratamiento, como especifica la norma directamente observado en boca; siendo muchos de estos pacientes quienes tienen sus costumbres y creencias muy arraigadas lo cual

conlleva a que el conocimiento y la actitud sean condiciones importantes para lograr que el paciente cumpla con su tratamiento (26)

Esto hace que el paciente no reciba sus medicamentos diariamente. También se observó que existen pacientes que asisten de manera irregular a recibir sus medicamentos, esto puede deberse a que el paciente no tiene un soporte adecuado de educación en salud por lo que desconoce de la peligrosidad de la enfermedad, además se pudo observar que estos pacientes que no cumplen de manera correcta su tratamiento y esto hace que el paciente pueda contagiar a sus demás contactos.

En el Ámbito Internacional se reportan algunas referencias relacionadas con las variables de la presente investigación:

En Etiopia, Abebe G y Colab (2009), en su investigación titulada "El conocimiento, comportamiento en salud y el estigma percibido hacia la tuberculosis entre los sospechosos con tuberculosis, concluyó que de 476 casos sospechosos de tuberculosis pulmonar 395 (83%) había oído hablar de la tuberculosis. Las persona que sabían leer y escribir, tuvieron alto nivel de conocimiento acerca de la tuberculosis, a diferencia de las personas que no saben leer y escribir. Las personas que tenían previo tratamiento anti-TB, presentaban conductas de salud apropiadas hacia la enfermedad" (38)

En Kenia, Shadrack Y (2011) en su investigación titulada "Evaluación de los conocimientos, actitudes y practicas sobre la enfermedad entre los adolescentes en Kiswani distrito de Mombasakenia", concluyo que existe una relación positiva entre la actitud y el conocimiento de los adolescentes hace la tuberculosis. (39)

En Pakistan, Umair M y Colab (2011), realizaron la investigación titulada "Las desigualdades urbano – rurales en los conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la tuberculosis en los dos distritos de la provincia Punjab" concluyó que de 1080 personas, entre ellos 432 urbanos y 648 rurales, las diferencias en los conocimientos actitudes, prácticas y fuentes de información sobre los encuetados urbanos y rurales se rebeló un escaso conocimiento sobre la tuberculosis. El conocimiento acerca de los síntomas, transmisión, prevención, la duración del tratamiento fue significativamente mayor en las zonas urbano. (40)

En el Ámbito Nacional se encontraron los siguientes trabajos de investigación:

En Lima, Bohorquez C.; Rivas, J. (1997) en su estudio. "Conocimientos acerca de la tuberculosis pulmonar que tienen los familiares de los pacientes registrados en el programa de control de tuberculosis del Centro de Salud Conde de la Vega Baja". Quienes concluyeron que: el 76% de los familiares tienen un nivel de conocimiento medio acerca de

la enfermedad, tratamiento farmacológico, profilaxis y cuidados en el hogar; seguido del 24% de los familiares con conocimientos altos”. (41)

En Lima, Bojorquia, C; Pérez, R; Rivas, Y (1998). En su estudio “Conocimiento acerca de la Tuberculosis Pulmonar que tienen los familiares de los pacientes registrados en el Programa de control de Tuberculosis del Centro de Salud Conde de Vega Bajo-Lima”, encontraron que el nivel de conocimiento que tienen los familiares acerca de la enfermedad tratamiento farmacológico, profilaxis y cuidados en el hogar de manera global es de medio a bajo. (42)

En Pacasmayo, Rodríguez, D. y; Rosales, C (1999) en su estudio “Cumplimiento del tratamiento antituberculoso y la relación con la autoestima en los pacientes con tratamiento antituberculoso del Centro de Salud San José”. Quienes concluyeron: Que existe una proporción significativa de pacientes, que no cumplen con tratamiento antituberculoso (23.7%), y existe asociación estadística significativa entre el nivel de autoestima y el cumplimiento del tratamiento antituberculoso ($p=0.0437$). (43)

En Lima Keredert S. (2000) en su estudio “Relación entre los conocimientos y las actitudes que tienen los pacientes del esquema dos del Programa de Tuberculosis del Centro de Salud Tablada de Lurín, hacia su enfermedad – 2000”. Quienes concluyeron que: En los

pacientes predominan las actitudes de indiferencia (38,8%), hacia su enfermedad, sin embargo el 33,4% muestra una actitud Favorable” (44)

En Lima, Muñoz LI. (2000). En su estudio “Nivel de conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis pulmonar y algunos factores socio demográficos de los expendedores de alimentos preparados. AA.HH. Ermitaño alto, Independencia – Lima”. Quienes concluyeron que: existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos con la edad, sexo, grado de instrucción, procedencia y no hay relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitudes. (45)

En Tacna, Machaca M. (2002). En su estudio: “Conocimiento, actitudes y prácticas sobre Tuberculosis Pulmonar de los pobladores de la Asoc. Las Begonias”. Quienes concluyeron: Que el nivel de conocimiento de los pobladores acerca de la Tuberculosis Pulmonar, son bajos 75.34% mientras que los demás pobladores tienen un alto nivel de conocimiento 24.66%. El tipo de actitud que predomina en los pobladores respecto a la enfermedad de la Tuberculosis Pulmonar, es negativa 59.52%, seguido de aquellos que mantienen una actitud positiva 40.48%. El nivel de práctica preventiva respecto a la Tuberculosis Pulmonar es deficiente 85.71% y sólo un pequeño grupo de los pobladores tienen un buen nivel de practica preventiva respecto a esta enfermedad 14.29%. (46)

En Lima, Huaynates C. (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 Sanitarias control de la Tuberculosis del Centro de Salud San Luis. 2006". Los resultados demuestran que el nivel de conocimientos que tienen los pacientes sobre tuberculosis pulmonar de manera global es de medio a bajo (87%), y las actitudes que tienen los pacientes hacia el tratamiento predominante son de indiferencia (74%). Lo que nos indica que los pacientes están en mayor riesgo de recaer o abandonar el tratamiento farmacológico. (47)

En Piura, Antón, R. (2007) en su estudio "Bajo nivel de conocimientos y actitud de rechazo hacia el tratamiento de tuberculosis". Quienes concluyeron que en cuanto 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. (48)

En Lima, Bravo, E. (2008), en su estudio. "Actitudes del paciente con tuberculosis hacia su condición de multidrogorresistente en el Centro de Salud Fortaleza. Lima - Perú". Quienes concluyeron que la actitud de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de

multidrogorresistencia es de indiferencia ya que en todos los componentes presentan actitudes medianamente favorables hacia su enfermedad. (49)

En Lima, Tacuri M. (2009) en su estudio "Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con Tuberculosis En el Centro de salud Primavera. El Agustino – 2009". Quienes concluyeron: que el mayor porcentaje de pacientes (45%) tenía conocimientos de nivel medio, siendo minoritario la proporción de pacientes (21%) con nivel de conocimiento alto. En cuanto al nivel de conocimientos sobre el tratamiento farmacológico, los resultados muestran que cerca del 50% de los pacientes tenían conocimiento medio, mientras que aquellos que tenían conocimiento alto y bajo proporcionalmente fueron muy similares. (50)

En Lima, Laurente, J. (2010), en su estudio "Conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con Tuberculosis Multidrogo Resistente" concluyeron que: El 82.9% de los pacientes obtuvo un conocimiento adecuado sobre la transmisión de la tuberculosis, el 51.4% obtuvo un conocimiento adecuado sobre las medidas preventivas y el 60% fue catalogado con una actitud adecuada con respecto a su enfermedad. (51)

En San Martín, Rolando P. y 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. Julio - Diciembre 2011". Concluyeron que la mayoría de los pacientes con tuberculosis pulmonar presentan un nivel de conocimientos alto (76.3%) y medio (23.3%) sobre el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas, y una actitud de aprobación (88.3%) y una actitud indiferencia (11.7%) no encontrándose actitud de rechazo en ninguno de ellos. (52)

En Tacna, Capacute C. (2012), en su estudio "Relación entre el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la microred cono sur Tacna 2012". Quienes concluyeron que: predomina el nivel de conocimiento medio (53,85%) sobre tratamiento farmacológico, seguido de un nivel bajo (26,15%) y nivel alto (20,0%) en los pacientes que acudieron a la microred Cono Sur. A La vez el nivel de conocimiento en cuidados del hogar, donde prevalece el nivel bajo (50,77%), seguido de un nivel medio (41,54%) y nivel alto (7,69%) en los pacientes que asisten a la Estrategia de Tuberculosis de la Microred Cono Sur. (53)

En Lambayeque Villena N. (2012) en su estudio: "Relación entre nivel de conocimientos y actitud sobre la tuberculosis en el profesional de enfermería, red Lambayeque 2011". Obtuvieron como resultado que el 5% de los(as) profesionales presentaron un buen conocimiento en medidas preventivas y seguimiento al tratamiento de tuberculosis, el 75% tiene conocimiento regular en el área de detección y diagnóstico y 20% muestra un desconocimiento; en lo relacionado a las actitudes

frente a los pacientes, un 87.5% tiene actitud favorable, específicamente en el componente afectivo en escucha y tratamiento individualizado y el 12.7% tiene actitud desfavorable. (54)

En el ámbito local, se reportan los siguientes trabajos de investigación

En Chimbote. Salvador G. y Quispe K. (2010). En su estudio "Efectividad del programa educativo Cuidando mi Salud" en el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas del cuidador del paciente con tuberculosis. Quienes concluyeron: Que después de aplicar el programa educativo el nivel de conocimientos se observó un desplazamiento del nivel de conocimiento medio (83.3%) y el nivel de conocimiento bajo (16.7%) en el pre test, hacia el nivel de conocimiento alto 100% en el post test. (55)

En Chimbote. Alva G. y 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". Se obtuvo como resultado el 72.4% de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis presentó mayor frecuencia de cumplimiento del tratamiento farmacológico. El 40% de los pacientes presentan autoestima media y no cumplen con el tratamiento farmacológico antituberculoso. El 53.3% de los pacientes presentaron un

funcionamiento familiar inadecuado y a la vez no cumplen con el tratamiento farmacológico antituberculoso. (56)

Por consiguiente, esta enfermedad continúa siendo un problema de salud pública, mucho más si consideramos que una persona enferma afecta a toda su familia y/o comunidad, por lo que debemos mantener un esfuerzo sostenido a mediano y a largo plazo para lograr que la tuberculosis deje de ser un problema sanitario en nuestro país, en este sentido, el cuidado de enfermería a los pacientes con tuberculosis está orientado a brindar atención integral al paciente, familia y comunidad así como realizar actividades preventivo – promocionales, e control y seguimiento de los casos, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbimortalidad del paciente y su familia. (57)

Durante nuestras prácticas pre-profesionales en la micro,red Miraflores alto pudo observar que, los pacientes que reciben tratamiento antituberculoso muchas veces desconocen el esquema de tratamiento que presentan, también se pudo observar que muchas veces los pacientes abandonan o no cumplen diariamente con el tratamiento farmacológico establecido, pues refieren sentirse sanos y por lo tanto abandonan el tratamiento, sin conocer las complicaciones que implica el incumplimiento del tratamiento.

Por lo expuesto anteriormente se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y actitud con el cumplimiento del tratamiento en el paciente con Tuberculosis Pulmonar. Chimbote 2013?

En tal sentido, para el presente estudio se planteó los siguientes objetivos:

OBJETIVOS:

Objetivo general:

- Conocer la relación entre el nivel de conocimiento y actitud con el cumplimiento del tratamiento antituberculoso en el paciente con tuberculosis pulmonar, Chimbote 2013.

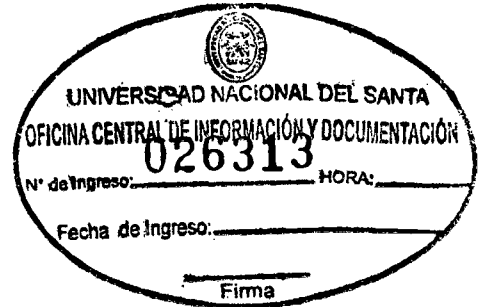
Objetivos específicos:

- Identificar el cumplimiento del tratamiento en el paciente con tuberculosis pulmonar, Chimbote 2013.
- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento con el cumplimiento del tratamiento en el paciente con tuberculosis pulmonar, Chimbote 2013.

- Determinar la relación entre la actitud del paciente con el cumplimiento del tratamiento en el paciente con tuberculosis pulmonar, Chimbote 2013.

HIPOTESIS

Implícita



Por lo consiguiente el presente trabajo de investigación es importante porque permite:

La investigación tiene como propósito proporcionar información válida y significativa sobre el nivel de conocimientos y actitud relacionado con el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar. Los resultados permitirán desarrollar estrategias para fortalecer condiciones desde los servicios, para conseguir mayor cumplimiento al tratamiento.

Contribuirá al sector salud, a través de los centros de salud de Chimbote, brindándole información que les permita modificar sus estrategias de intervención, poniendo énfasis en el nivel de conocimiento y actitud en los pacientes con tratamiento antituberculoso y por ende disminuir los índices de no cumplimiento con el tratamiento, alcanzando, junto con la recuperación física, el equilibrio emocional, familiar y social.

Al profesional de enfermería que labora en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis, le permitirá generar ideas innovadoras de educación e información, favorecer un clima adecuado para la comunicación con el paciente, haciendo énfasis en la importancia de la continuidad del tratamiento, los cuidados en el hogar y las medidas preventivas.

A la Escuela de Enfermería de nuestra Casa Superior de estudios como de otras universidades proporcionará importantes datos para la realización de otros trabajos y/o proyectos de investigación relacionados con las variables de estudio.

Asimismo, el presente estudio servirá como una importante fuente bibliográfica o de referencia para el desarrollo de futuros trabajos de investigación similares al presente estudio, aportando conocimientos en base a fundamentos teóricos, de impacto sobre el problema.

II. MARCO TEORICO

El presente trabajo de investigación se sustenta en la teoría de sistemas de Ludwing Von Bertalanffy basada en el enfoque de sistemas; quien define al sistema como un conjunto de unidades recíprocamente relacionadas (58)

Sistema tiene como marco teórico el acercamiento a la persona como un todo. Se refiere a todo los factores que afectan el sistema de la adaptación de las personas: fisiología, psicología y el desarrollo, es decir, intenta descubrir al hombre como una estructura con sus elementos, funciones e interrelaciones. (59)

Todo sistema tiene uno o varios propósitos u objetivos, las unidades o elementos así como las relaciones definen distribución que trata siempre de alcanzar un objetivo. Con respecto a la totalidad, todo sistema tiene naturaleza orgánica, por esta razón una acción que produzca cambios en una del sistema, probablemente producirá cambios en todas las demás unidades. De este modo el sistema experimenta cambios y el ajuste sistémico continuo. (60)

El sistema se caracteriza por tener sus límites, su supervivencia, una jerarquía (suprasistemas y subsistemas) y por ser abierto; ya que existe intercambio continuo de materia, energía e información. (61)

Con esta teoría se puede comprender la forma en que diversos factores afectan a una persona y el posible efecto del cambio producido en algunas partes sobre todo, además es un modelo para observar la interacción del hombre con el medio ambiente. (62)

La teoría de sistemas considera dos tipos de sistemas: cerrado y abierto, considerándose para efecto de la investigación el sistema abierto, porque presenta relaciones de intercambio con el ambiente a través de las entradas y salidas, donde se intercambian energía, materia, información e interacciona constantemente. El concepto de sistema abierto puede aplicarse a diversos niveles: el individuo, el grupo, la organización o la sociedad, yendo de un microsistema a un macrosistema. (63)

Los parámetros organizados jerárquicamente se constituyen en componentes que se estructuran en un proceso para alcanzar un propósito y son: entrada o insumo, procesamiento o transformación, salida o producto, retroalimentación o reinformación y ambiente o entorno. (64)

La entrada, o insumo; es la fuerza, impulso de arranque o partida del sistema, suministrada por el material, la información o la energía necesaria para las operaciones de este. Puede ser: personas, materia e información. Para efectos de la investigación este componente se

encuentra representado por nivel de conocimiento y actitud de paciente con tuberculosis pulmonar. (58) (60)

La mayoría de autores concuerdan en definir al nivel de conocimiento como la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto (65).

El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte, originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de quien aprende. Estos cambios se pueden observar en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a medida que aumentan los conocimientos aunada con la importancia que se le dé a lo aprendido. El aprendizaje se lleva a cabo básicamente a través de dos formas: la informal, mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad y suele completarse con otros medios de información y la formal que viene a ser aquella que se imparte en el sistema educativo que incluye al nivel inicial, primario, secundario y terciario donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular (66).

Está claro que el conocimiento es la reproducción de la realidad en el cerebro humano, que se manifiesta bajo la forma de pensamiento y que en última instancia es determinado por la actividad práctica (67).

La actividad del conocimiento es una inmersión en la realidad con el propósito de reflejarla o modelarla para dominarla y adecuarla a las necesidades humanas, por eso es que el saber avanza de la ignorancia al conocimiento, de la superficie a la esencia de los fenómenos, del rango al conjunto, de lo particular a lo general, del hecho a la ley (65).

Niveles de conocimiento El ser humano puede captar un objeto en tres niveles diferentes:

- El conocimiento sensible.- consiste en captar los objetos por los sentidos (66).
- El conocimiento conceptual.- consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La diferencia entre el nivel sensible y conceptual reside con la singularidad y universalidad que caracteriza a estos 2 tipos de conocimientos (66).
- El conocimiento holístico.- llamado también intuitivo; la palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición (holos = totalidad en griego). La diferencia entre el conocimiento holístico y conceptual reside en que el primero carece de estructuras. El concepto en cambio es un conocimiento estructurado (66).

Es en el caso específico de la tuberculosis, una enfermedad que afecta principalmente a aquellas personas con menor acceso a los medios informativos debido a los escasos recursos económicos con que cuenta, se requiere la participación de cada una de las personas, todo ello se conseguirá con previo conocimiento sobre la enfermedad: concepto, signos y síntomas, su tratamiento, su transmisión y las medidas preventivas; todo ello en relación a los cuidados que deben realizar (66).

El conocimiento que tienen las personas sobre las enfermedades, lo adquieren básicamente a través de dos formas: informal o formal. El conocimiento informal, está dado como resultado de las experiencias, creencias y costumbres, mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad y suele complementarse con otros medios de información. El conocimiento formal, viene a ser aquella que se imparte en el sistema de educación. A través de la comunicación adecuada, para mejorar la interacción y el dialogo entre las personas.

Este tipo de conocimiento se imparte a las personas a través de los profesionales de la salud, como también por personas capacitadas para tal efecto.

El conocimiento que el paciente obtenga sobre la enfermedad de la tuberculosis y su tratamiento puede haberlo obtenido de diferentes fuentes como son: los medios de comunicación audiovisual (televisión, radio), medios de comunicación escrita, así como de la publicidad que

el sector salud dispone. Cabe mencionar la importancia que recae en el equipo multidisciplinario la información y educación sobre esta enfermedad. Así también en los representantes de organizaciones sociales de base (promotores de salud, organizaciones de personas con tuberculosis, club de madres, vaso de leche, comedores y otros), instituciones públicas y privadas. Todos los partes involucradas en la atención son parte de la socialización del conocimiento acerca de la enfermedad de la tuberculosis y su tratamiento farmacológico.

En mención a las fuentes de conocimiento, acerca de la enfermedad de la Tuberculosis, y su tratamiento farmacológico, es preciso mencionar que el proceso de cambio, en el control de la tuberculosis incorpora la comunicación estratégica, como elemento novedoso; que ha permitido mejorar paulatinamente la interacción y dialogo entre el personal de los servicios de salud y los ciudadanos en diversos escenarios y espacios (individual, familiar y comunitario); de tal manera que los mensajes comunicacionales son elaborados, teniendo en cuenta las necesidades de la persona con tuberculosis.

Por lo antes expuesto, en la actualidad el paciente encuentra muchas fuentes de conocimiento sobre la Tuberculosis y su tratamiento, este conocimiento actúa como un factor motivacional del comportamiento de las personas. Estos cambios se pueden observar en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a medida que aumentan los conocimientos aunada con la importancia que se le dé a lo aprendido.

El tratamiento exitoso de la Tuberculosis requiere una estricta adherencia al esquema farmacológico prescrito. Así como el cumplimiento de las indicaciones de seguimiento. La eficacia terapéutica depende en gran medida de la voluntad y la capacidad del paciente para tomar los medicamentos de una forma regular, según lo prescrito.

Como ya se mencionó, el éxito del tratamiento contra la tuberculosis, no solo es la adherencia estricta al tratamiento farmacológico, sino a su vez cumplir con las indicaciones de seguimiento.

La actitud "como una disposición a comportarnos de una determinada manera. Así, si valoramos alguna situación como negativa, lo más probable es que intentemos evitarla, lo contrario ocurriría con la valoración positiva". (67).

La mayoría de autores consideran que las actitudes son predisposiciones a actuar en una determinada forma frente a una situación social, como sucede en la actitud de los usuarios del programa ESCTBC frente al tratamiento de la enfermedad que conlleva a una respuesta evaluativa sea con una tendencia de acercamiento o evitación o como favorable o desfavorable hacia las, tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas de prevención. (67). La actitud con direccionalidad positiva o negativa del tratamiento farmacológico está condicionada al conocimiento o experiencia anterior que tiene el usuario a las reacciones adversas de los fármacos y a otras

condiciones individuales biológicas La actitud con direccionalidad positiva o negativa frente a los cuidados en el hogar va a depender no solo del conocimiento adquirido en la educación sanitaria, sino de los aprendizajes tradicionales en la familia y comunidad. Asimismo las medidas preventivas tienen la misma condición.

La actitud puede clasificarse de la siguiente manera:

- **Aceptación:** consiste en “estar de acuerdo” con lo que se realiza, es decir, el sujeto muestra cierta tendencia de acercamiento hacia el objeto; generalmente está unido con los sentimientos de apoyo, estimulación, ayuda y comprensión, lo cual predispone a la comunicación y la interacción humana (67).
- **Rechazo:** es cuando el sujeto evita el objeto, motivo de la actitud, se presenta el recelo, la desconfianza y en algunos casos la agresión y frustración que generalmente lleva a la persona a un estado de tensión constante (67).
- **Indiferencia:** es un sentimiento de apatía, el sujeto no muestra aceptación ni rechazo al objeto, prevalece el desinterés, la rutina y en muchos casos el aburrimiento (67). La escala de medición de actitud analiza los pensamientos y sentimientos de la persona hacia los hechos ya especificados por lo cual se eligió la escala de Lickert para medir la variable de actitud hacia el tratamiento del usuario del ESCTBC.

Las actitudes tienen tres componentes: el cognoscitivo, el afectivo y el conductual. En relación al componente cognoscitivo se puede definir como el conjunto de todas las creencias que un individuo tiene acerca de un objeto determinado, los conocimientos que se hallan incluidos en este sistema, son juicios de valor e implica una valoración positiva o negativa. Según Rodríguez: "... En el componente cognoscitivo puede también influir las creencias de un sujeto acerca de las maneras adecuadas o inadecuadas de responder ante un objeto" (68).

Respecto al componente afectivo este se refiere a las emociones, los sentimientos vinculados a un determinado objeto es vivenciado como placentero o displacentero. Es esta carga emotiva la que dota a las actitudes de un carácter motivacional e insistente (68).

Componente reactivo o conductual: incluye toda inclinación a actuar de una manera determinada ante un objeto de dicha actitud, si es favorable se sentirá dispuesto a mantenerlo, ayudarlo, si es negativa dicha actitud tenderá más bien a rechazarlo (68).

Características de los componentes: Los componentes de las actitudes poseen dos características básicas que son: la dirección e intensidad (68). "Que la dirección de las actitudes pueden ser favorables o desfavorables, y que siempre va acompañada de la intensidad de la misma, es decir por la polarización de sentimientos (débil o fuerte) que entraña la actitud expresada." (69).

Las actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares se miden a través de la escala de Lickert al que se le conoce como escala sumada debido a que la puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem (67). La unidad de análisis que responde a la escala marcará su grado de aceptación o rechazo hacia la proposición expresada en el ítem. Los ítems por lo general tienen implícita una dirección positiva o negativa (67).

Proceso o Transformación, es el centro por el cual el sistema se transforma crea y organiza los elementos de entrada, en esta etapa se produce la reorganización de los elementos del ingreso, por ellos se dice que el sistema puede modificar su entrada. Para efecto de la investigación es el paciente que recibe tratamiento farmacológico antituberculoso quien ha ingresado el insumo (paciente con nivel de conocimiento y actitud) se procede a modificarlos, para obtener posteriormente un resultado o producto (cumplimiento del tratamiento). (70) (71)

Salida o producto, son los resultados que se obtienen de procesar las entradas. Para efecto de la investigación el resultado es cuando el paciente no asiste regularmente o presenta falta durante su tratamiento farmacológico antituberculoso, se considera No Cumple y cuando el paciente asiste regularmente o no presenta faltas durante su

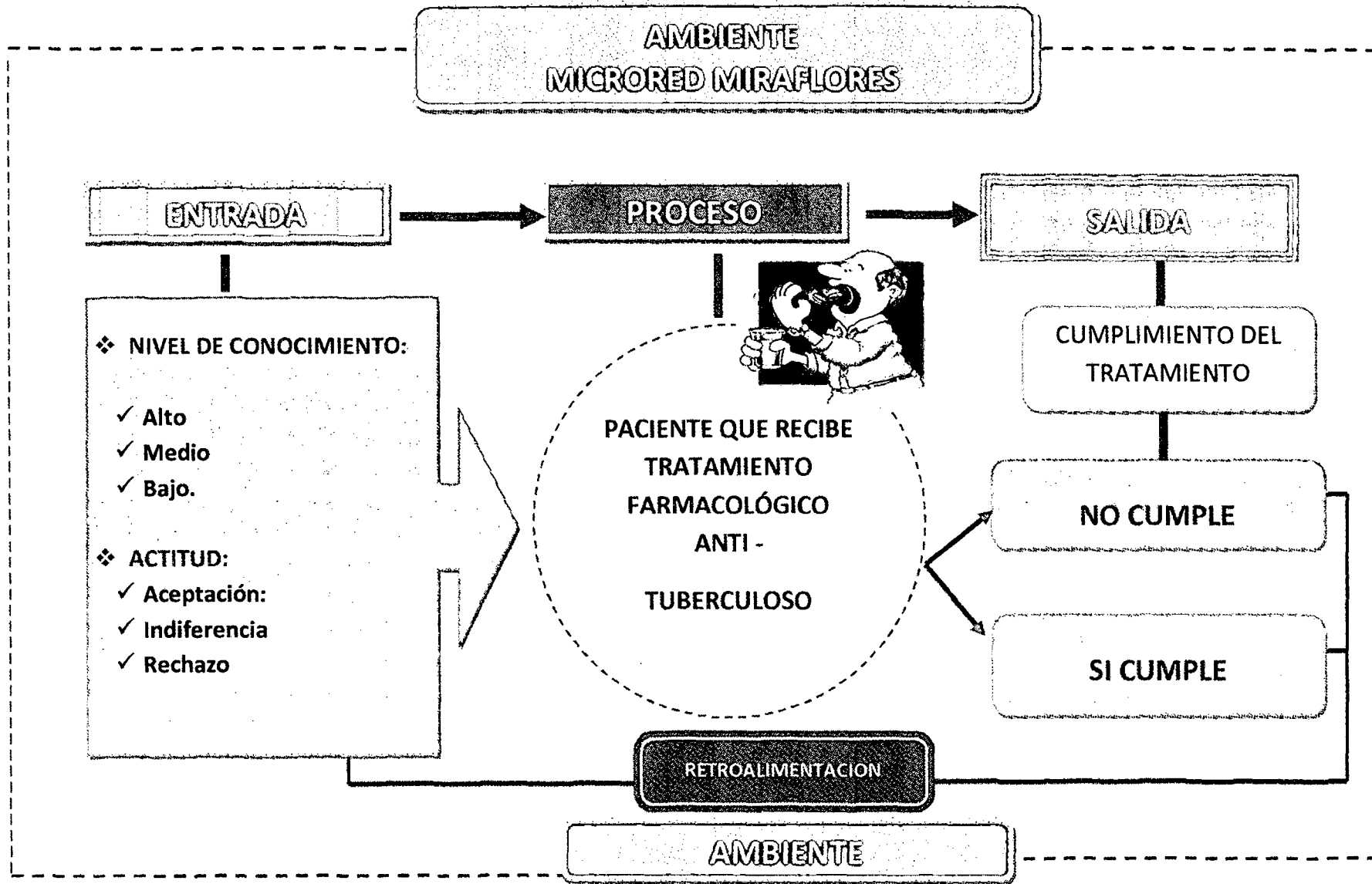
tratamiento farmacológico antituberculoso se considera si cumple. (72)
(73)

Ambiente o entorno, es el conjunto de circunstancias y condiciones externas e internas que influyen en el sistema tanto en las entradas como en el resto de los componentes del sistema. Para efectos de nuestra investigación se considera a la Microrred Miraflores Alto.
(74)(75)

Retroalimentación, son los procesos mediante los cuales un sistema abierto recoge información sobre los efectos de sus decisiones internas en el medio, información que actuó sobre las acciones sucesivas para posterior cambio. (74)(75)

En resumen en la teoría de sistemas la interacción de produce cuando hay una entrada al sistema (nivel de conocimiento y actitud del paciente con tratamiento farmacológico antituberculoso) el cual es transformado, organizado y asimilado a través de un proceso de selección (paciente con tratamiento farmacológico antituberculoso) para ser liberado como producto (cumplimiento o no cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso) el cual regresa al ambiente (Microrred Miraflores Alto).

Por tal motivo, el presente estudio pretende determinar la relación entre Nivel de conocimiento y Actitud con el cumplimiento del tratamiento en el paciente con tuberculosis.

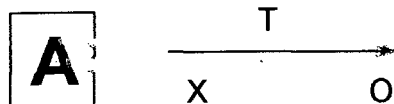


ESQUEMA DE LA TEORIA DE SISTEMAS DE LUDWING VON BERTALANFFY ADAPTADO A LA INVESTIGACION

III. MATERIAL Y METODO

3.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Se aplicó el diseño descriptivo correlacional de corte transversal ya que permitió obtener la información precisa sobre las variables a investigar, así como permitió describir la relación existente entre las variables de estudio para luego, con los resultados obtenidos, se procedió a identificar y determinar si la actitud y el nivel de conocimiento están relacionados al cumplimiento del tratamiento en el paciente con tuberculosis pulmonar. Se esquematiza:



Dónde:

X = Cumplimiento del tratamiento

O = Nivel de conocimiento y actitud

A = Población de estudio, paciente con tuberculosis

T = Tiempo

3.2 METODO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es no experimental, de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal.

- **Descriptivo:** Tiene objetivo describir las relaciones entre las variables, en un determinado momento y lugar.
- **Correlacional:** Está interesado en determinar el grado de relación existente entre dos o más variables de interés en una misma muestra.

3.3 METODOLOGIA

a. POBLACION:

La población estuvo constituida por 50 pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar que pertenecen a la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis de la Microred Miraflores. Chimbote 2013

b. UNIDAD DE ANALISIS

Paciente con Tuberculosis Pulmonar que pertenecen a la Microred Miraflores Chimbote 2013

c. MARCO MUESTRAL:

Constituida por el libro de registro de atenciones del paciente con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar registrados en la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis de la Microred Miraflores.

d. CRITERIOS DE INCLUSION:

- ✓ Paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y que se encuentre recibiendo tratamiento antituberculoso.
- ✓ Paciente atendido dentro de la Microred Miraflores: Puesto de Salud La Florida, Puesto de Salud San Juan, Puesto de Salud Miraflores y Maternidad de María.
- ✓ Paciente sin discapacidad mental.
- ✓ Paciente que acepte participar voluntariamente en el estudio.
- ✓ Pacientes que pertenezcan al esquema I del tratamiento.

e. DISEÑO MUESTRAL:

La muestra estuvo constituida por un total de 46 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y que cumplieron con los criterios de inclusión, por ser técnica y económicamente factible.

3.4 DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE ANALISIS

A. VARIABLES INDEPENDIENTES:

a. NIVEL DE CONOCIMIENTO

- **Definición Conceptual:** son la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto (65)
- **Definición Operacional:** La escala de medición utilizada será ordinal.

Nivel de Conocimiento Alto: el paciente que alcanza una calificación de 31 a 40 puntos, en el test de evaluación de nivel de conocimientos sobre la enfermedad de tuberculosis.

Nivel de Conocimiento Medio: el paciente que alcanza una calificación de 20 a 30 puntos el test de evaluación de nivel de conocimientos sobre la enfermedad de tuberculosis.

Nivel de Conocimiento Bajo: el paciente que alcanza una calificación de < 20 puntos el cuestionario de evaluación de nivel de conocimientos sobre la enfermedad de tuberculosis

b. ACTITUD DEL PACIENTE ANTE LA ENFERMEDAD TUBERCULOSIS:

- **Definición Conceptual:** Es una disposición a comportarnos de una determinada manera. Así, si valoramos alguna situación como

negativa, lo más probable es que intentemos evitarla, lo contrario ocurriría con la valoración positiva. (67)

- **Definición Operacional:**

Aceptación: disposición del paciente a contribuir con su tratamiento mediante actos y gestos positivos o adecuados y cuando la calificación del instrumento corresponda a un puntaje de 51 a 60 puntos.

Indiferencia: Es un sentimiento de apatía, el sujeto no muestra aceptación ni rechazo al objeto, prevalece el desinterés, la rutina y en muchos casos el aburrimiento y cuando la calificación del instrumento corresponda a un puntaje de 41 a 50 puntos.

Rechazo: disposición del paciente al negarse la oportunidad de contribuir con su bienestar mediante actos y gestos negativos o inadecuados y cuando la calificación del instrumento corresponde a un puntaje de 20 a 40 puntos.

B. VARIABLE DEPENDIENTE

a. CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Definición Conceptual: Es el grado de éxito con que un paciente lleva a cabo las recomendaciones preventivas o de tratamiento antituberculoso dadas por un profesional de la salud. El no cumplimiento, por otra parte, se refiere a la ignorancia, olvido, o falta de entendimiento del régimen sugerido por el personal de salud. (76)

Definición Operacional:

Se medió empleando la escala nominal.

- **Si cumple:**

Quando el paciente cumple con todas las indicaciones.

- **No cumple:**

Quando el paciente incumple con todas las indicaciones.

3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

El presente trabajo de investigación aplicó la técnica de la entrevista y el análisis documental, cuyos instrumentos son el cuestionario de Evaluación de Nivel de Conocimientos sobre el cumplimiento del tratamiento de la Tuberculosis, Test para medir el nivel de Actitud del paciente con Tuberculosis y Ficha de Registro sobre Cumplimiento del Tratamiento del Paciente con Tuberculosis:

a. Cuestionario de Evaluación de Nivel de Conocimientos sobre el cumplimiento del tratamiento de la Tuberculosis (Anexo 1)

El cuestionario de nivel de conocimientos sobre cumplimiento del tratamiento de la Tuberculosis consta de 20 preguntas. Todas las preguntas plantearon respuestas cerradas con tres alternativas, siendo una correcta y dos incorrectas. Valorizado en un puntaje de 2 puntos para respuestas correctas y 0 para respuestas incorrectas.

El cuestionario fue validado por las investigadoras. (77)

b. Escala para medir el nivel de Actitud del paciente con Tuberculosis:

(Anexo 2)

Este 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

Este instrumento esta validado por las investigadoras (78) se basa en el sistema de LIKERT.

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 y 19.

A: de acuerdo: 1 punto

I: indeciso: 2 puntos

D: en desacuerdo: 3 puntos

c. Ficha de Registro sobre Cumplimiento del Tratamiento del Paciente con Tuberculosis: (Anexo 3)

La ficha de registro sobre el Cumplimiento del tratamiento está diseñada para un registro ágil de los datos contenidos en la "Tarjeta de control de asistencia y administración de medicamentos" del paciente, donde se le dio el valor de 1 a cada ítem cumplido y 0 a cada.

Este instrumento fue validado por TACURI T. (79),

- **SI cumple:**

Quando el paciente cumple con todas las indicaciones.

- **No cumple:**

Quando el paciente incumple con todas las indicaciones.

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

- **VALIDEZ:**

Instrumento válido ítem por ítem mediante la prueba de Pearson y también por juicio de expertos

- **CONFIABILIDAD:**

Para medir la confiabilidad de datos se utilizó el método coeficiente de alfa de Crombach.

3.6 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

El presente trabajo de investigación se realizó en el Microred Miraflores Alto, Chimbote, durante el mes de diciembre del 2013.

- Se comunico al enfermero coordinador de la estrategia sobre el objetivo del estudio y aplicación del instrumento.
- Se solicitó la autorización para la ejecución del proyecto al coordinador de la estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis de la Microred Miraflores Alto.
- Teniendo la aprobación se coordinó con el enfermero encargado para la aplicación del proyecto.
- Se identificó a los usuarios mediante el Libro de Ingresos que reúnan los criterios de inclusión.
- Identificados los usuarios que cumplan con los criterios de inclusión, se aplicó los instrumentos, el cual se realizó en turno de atención de las mañanas, de lunes a viernes
- Se consideró y respeto los criterios éticos de, anonimato, libre participación y confidencialidad para la aplicación de los instrumentos.
- Se obtuvo el consentimiento de los pacientes para participar en el estudio.

- Al finalizar la aplicación del instrumento, se procedió a la calificación de las respuestas de cada ítem de las escalas, según los puntajes establecidos.

3.7 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

El procesamiento, interpretación y análisis estadístico se realizó en el software especializado SPSS versión 18, en sus dos niveles previa codificación de los datos obtenidos

- **Análisis Descriptivo:** Se realizaron a través de la presentación de tablas unidimensionales y bidimensionales.
- Representaciones graficas de barras o sector circular
- **Análisis Estadístico:** Se utilizaron la prueba estadística de independencia de criterios (Chi cuadrado), para determinar la relación entre el nivel de conocimientos y actitud con el cumplimiento del tratamiento.

IV. RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 RESULTADOS

TABLA N^o 01: CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN EL
PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULOMAR,
CHIMBOTE 2013

| CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON TB PULMONAR | fi | hi |
|---|----|------|
| NO CUMPLE | 9 | 19.6 |
| SI CUMPLE | 37 | 80.4 |
| TOTAL | 46 | 100 |

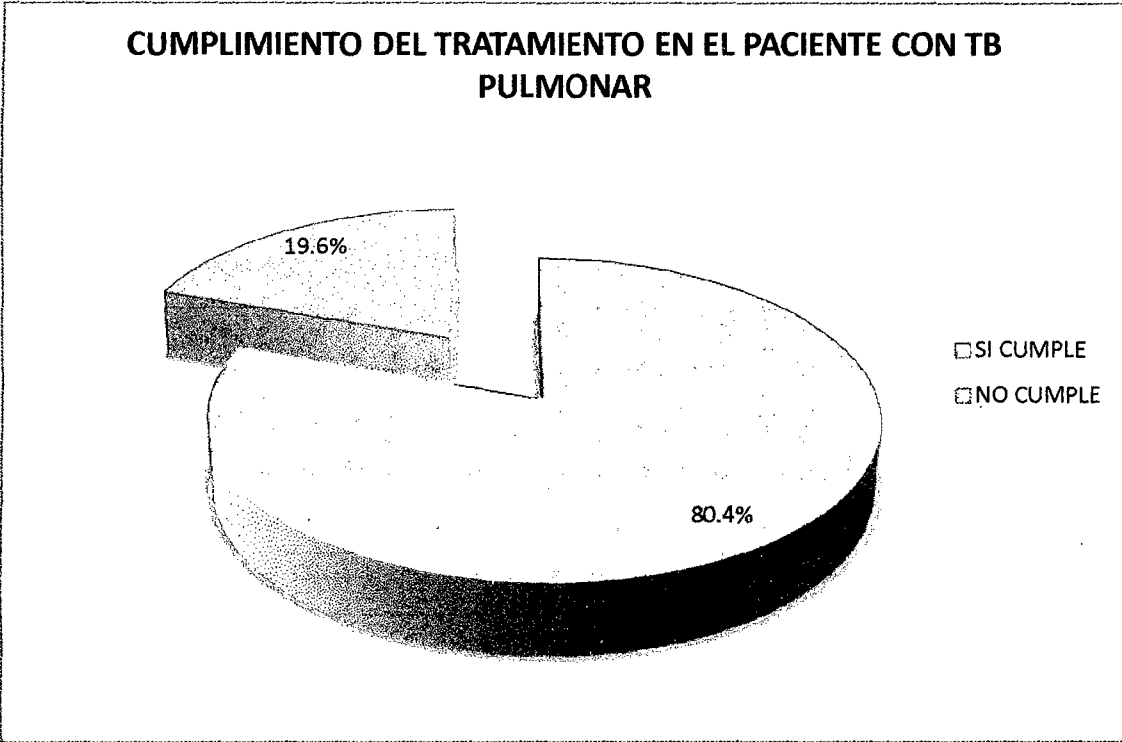
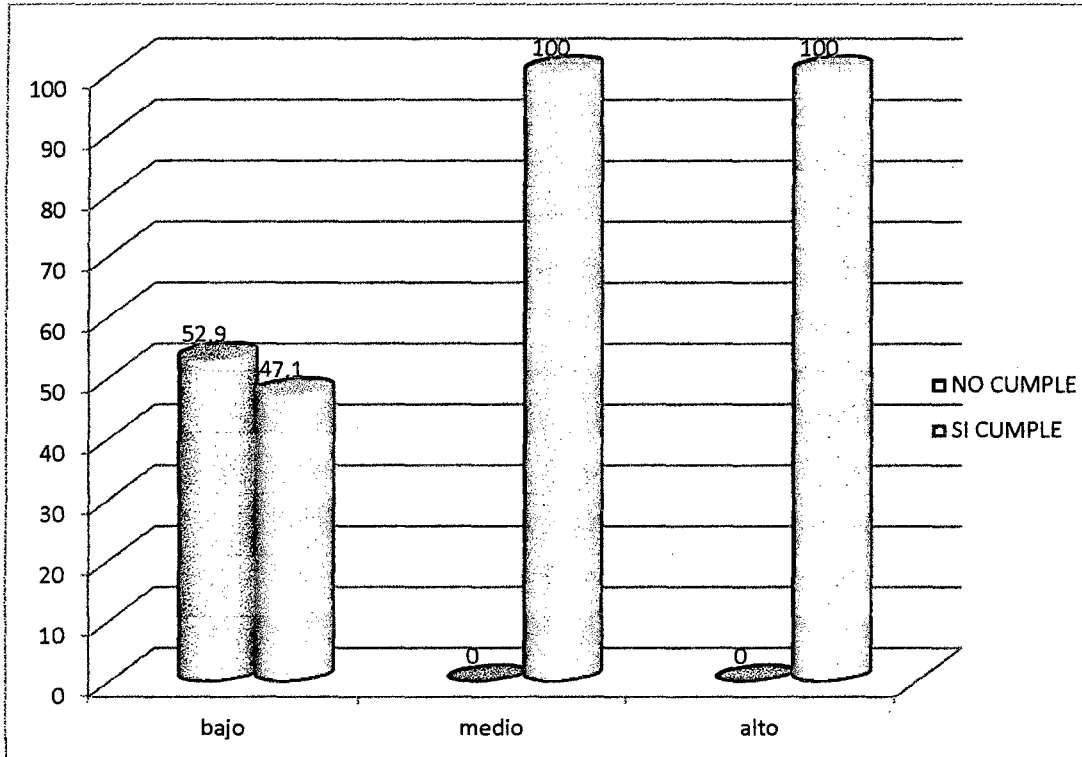


FIGURA N° 01: CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULOMAR, CHIMBOTE 2013

TABLA N° 02: RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO CON EL CUMPLIMIENTO TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR, CHIMBOTE 2013

| NIVEL DE CONOCIMIENTO | CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO | | | | TOTAL | |
|-----------------------|------------------------------|------|-----------|------|-------|------|
| | NO CUMPLE | | SI CUMPLE | | Fi | hi |
| | fi | hi | Fi | hi | | |
| BAJO | 8 | 47.2 | 9 | 52.9 | 17 | 37 |
| MEDIO | 19 | 100 | 0 | 0 | 19 | 41.3 |
| ALTO | 10 | 100 | 0 | 0 | 10 | 21.7 |
| TOTAL | 37 | 80.4 | 9 | 19.6 | 46 | 100 |

$\chi^2_o = 19,087$ GL= 2 p= 0,000(< 0,05) Sig.



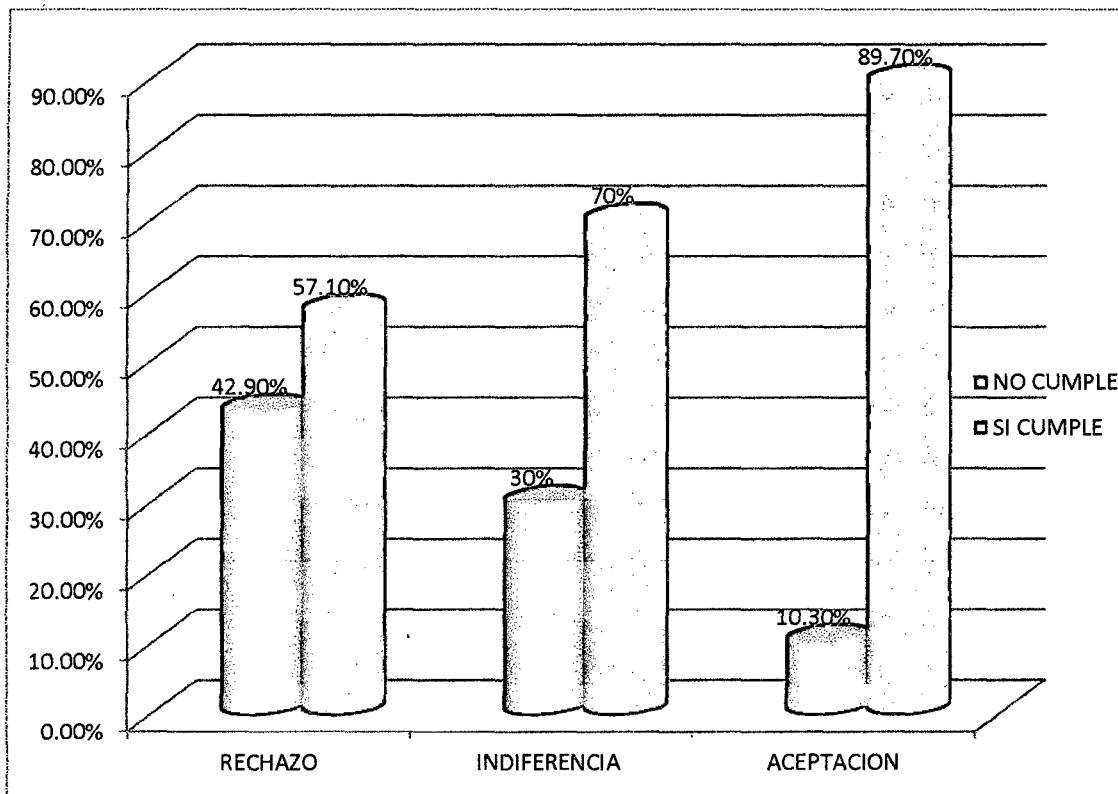
$\chi^2_0 = 19,087$ $GL = 2$ $p = 0,000 (< 0,05)$ Significativo

FIGURA N° 02: RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO CON EL CUMPLIMIENTO TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR, CHIMBOTE 2013

TABLA N° 03: ACTITUD RELACIONADO AL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR, CHIMBOTE 2013.

| ACTITUD | CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO | | | | TOTAL | |
|--------------|------------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | SI CUMPLE | | NO CUMPLE | | fi | hi |
| | fi | hi | fi | hi | | |
| RECHAZO | 4 | 57.1 | 3 | 42.9 | 7 | 15.2 |
| INDIFERENCIA | 7 | 70 | 3 | 30 | 10 | 21.7 |
| ACEPTACION | 26 | 89.7 | 3 | 10.3 | 29 | 63.0 |
| TOTAL | 37 | 80.4 | 9 | 19.6 | 46 | 100. |

$\chi^2_o = 4,672$ $GL = 2$ $p = 0,097$ ($> 0,05$) **No significativo**



$\chi^2_o = 4,672$ GL= 2 p= 0,097 (> 0,05) No significativo

FIGURA N° 03: ACTITUD RELACIONADO AL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR, CHIMBOTE 2013.

1.2 ANALISIS Y DISCUSION:

En la **Tabla N° 01** sobre el cumplimiento del tratamiento en el paciente de la Microred Miraflores Alto. Chimbote 2013, se observó que los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar el 80% Si Cumple con el tratamiento y el 19.6% No cumple con el tratamiento.

Estos resultados son similares a los de Alva G. y Jacinto P. (46) quien reporta que los pacientes con diagnóstico de tuberculosis presentó mayor frecuencia de cumplimiento del tratamiento farmacológico.

El cumplimiento terapéutico de los pacientes con tuberculosis es uno de los pilares en las que se basa la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. La curación de los pacientes, y con ello la eliminación de la posibilidad de trasmisión de la enfermedad a terceros, exige que el paciente siga el tratamiento pautado, tomando la medicación de manera correcta, durante todo el tiempo prescrito, probablemente por la aplicación de la estrategia llamada Tratamiento directamente supervisado y observado (DOST) que consiste en observar como el paciente toma la medicación, controlando si la ingerido; del mismo modo que el ministerio de salud proporciona gratuitamente el tratamiento farmacológico antituberculoso. (80)

En menor proporción el incumplimiento del tratamiento sigue siendo un problema para la erradicación de la tuberculosis, probablemente existe

otros factores de riesgo del incumplimiento del tratamiento antituberculoso, como: las reacciones adversas de los medicamentos dado que el tratamiento se realiza con varios fármacos administrados durante un periodo prolongado de tiempo. Además, dado que el tratamiento bajo observación directa requiere el desplazamiento del paciente hacia el establecimiento de salud con la consiguiente inversión de tiempo y dinero, es muy probable que a muchos de ellos le resulte incomodo este esquema de larga duración. Posiblemente el horario de atención de los establecimientos de salud, suele coincidir con el horario de la mayor parte de las actividades laborales, lo que implicaría, en el caso de los pacientes que trabajan, una frecuente ausencia temporal de sus centros de trabajos, con riesgos, temores y consecuencias negativas que esto pueda acarrear. Por lo tanto dejan de cumplir con el tratamiento farmacológico antituberculoso.

En esta tabla se puede observar que existe una pequeña proporción de personas que no cumplen con su tratamiento antituberculoso, esto puede deberse a que la población desconoce sobre lo peligrosa que puede ser esta enfermedad si no se trata a tiempo.

Si bien el no cumplimiento del tratamiento es en pequeña proporción, no se puede dejar de lado o ignorar estas cifras pues tenemos que tener en cuenta que estos pacientes que no cumplen con el tratamiento llevan una vida social, laboral, familiar, etc y por consecuencia tienen contacto con personas que a la larga se pueden contagiar, es por eso que, a pesar de que sea una proporción pequeña de pacientes que no cumplen, se debe de

multiplicar esfuerzos para que se cubra con la totalidad de la población y que estos pacientes no sean el "efecto multiplicador" para que la enfermedad se siga propagando, y es ahí donde todo el personal de salud y futuros profesionales de salud debe intervenir para poder disminuir y/o tratar de erradicar esta enfermedad de su jurisdicción.

En la **Tabla N° 02** Al relacionar entre el nivel de conocimiento con el cumplimiento del tratamiento en el paciente con tuberculosis pulmonar, Chimbote 2013, se observa que: del total de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar, 19 (41.3%) presentan nivel de conocimiento medio, 17 (37%) presentan nivel bajo y 10 (21.7%) presentan nivel alto, de los cuales 9 pacientes que tienen nivel de conocimiento bajo no cumplen con el tratamiento.

Estos resultados son similares a los reportados por, Bohorquez C.; Rivas, J. (41) quien en su estudio reporta que los pacientes tienen un nivel de conocimiento medio acerca de la enfermedad, y también por Tacuri M. (50) quien explica que el mayor porcentaje de pacientes tiene conocimientos de nivel medio. A su vez son similares al estudio realizado por, Capacute C. (53), quien concluye que predomina el nivel de conocimiento medio sobre tratamiento farmacológico.

Ante la prueba estadística de Independencia de criterios (Chi cuadrado), se encuentra que existe una relación significativa entre el nivel de

conocimiento con el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso ($p= 0,000$). Por lo tanto tener un nivel de conocimiento bajo es un factor de riesgo para no cumplir con el tratamiento farmacológico antituberculoso.

El conocimiento siempre va a ser uno de los pilares para que la persona se pueda desarrollar y superar en todos sus aspectos, es por esto que una persona que está bien informada sobre las consecuencias que puede tener la tuberculosis si no es tratada a tiempo por lo general cumple con su tratamiento.

Existe un porcentaje significativo de pacientes que tienen un nivel de conocimiento bajo, lo cual indica que los pacientes no cuentan con un adecuado soporte de educación para la salud, posiblemente el paciente al tener un nivel de conocimiento bajo va a tener ideas o pensamientos erróneos sobre la enfermedad y su tratamiento, que puede traer consigo el no cumplimiento de su tratamiento, y por ende el paciente asistirá de manera irregular a su tratamiento, lo que puede agudizar la enfermedad, pudiendo llevarlo al estadio de Multidrogo resistente, o también el paciente puede hacer el "Efecto Multiplicador" para seguir propagando la enfermedad.

El nivel de conocimiento constituye un factor determinante en la conducta de cada paciente, frente a la aceptación del tratamiento y el mejor seguimiento de las indicaciones terapéuticas, también permite identificar oportunamente las reacciones adversas y actuar de manera apropiada. La

carencia de los conocimientos genera comportamientos errados y valorizaciones equivocadas con respecto al tratamiento.

En la **Tabla N° 03** sobre actitud relacionado al cumplimiento del tratamiento en el paciente de la Microred Miraflores Alto. Chimbote 2013, se observa que 29 (63%), presentan una Actitud de Aceptación al cumplimiento del tratamiento, de los cuales 26 (89.7%) cumplen con el tratamiento farmacológico antituberculoso y 3 (10.3%) no cumplen con el tratamiento farmacológico antituberculoso.

Se observa también que 10 (21,7%) presentan una actitud de indiferencia, de los cuales 7 (70%) si cumplen con el tratamiento y 3 (30%) no cumplen con el tratamiento.

Por último se observa que 7 (15.2%) presentan actitud de rechazo, de los cuales 4 (57.1%) si cumplen con el tratamiento y 3 (42.9%) no cumplen con el tratamiento.

Los resultados son similares a los encontrados por Laurente, J. (51), quien en su estudio reportò que los pacientes tuberculosis pulmonar tuvieron una actitud adecuada con respecto a su enfermedad y tambien por Antón, R. (48) quien concluye que la indiferencia hacia el tratamiento fue la actitud más frecuente.

En los resultados se puede deducir que existe una gran cantidad de personas que aceptan el tratamiento, esto puede deberse a que estospacientes tienen un respaldo afectivo por parte de sus familiares,

amigos, etc, que contribuyen a la aceptación y pr ende al cumplimiento del tratamiento.

Por otro lado podemos observar que existe personas que rechazan este tratamiento, esto puede deberse al poco apoyo que reciben de su entorno y tambien al bajo nivel de conocimiento que presentan, es por eso que el personal de salud debe intervenir para que estos pacientes con rechazo al tratamiento no incumplan con el tratamiento, ya que esto solo haria que la enfermedad se propague entre sus contactos, y que la cadena de transmision no se corte.

Los resultados a su vez difieren de los reportados por Keredert S. (44) quien en su estudio concluyó que en los pacientes con tuberculosis pulmonar predomina la actitud de indiferencia y por Huaynates C. (47), quien explica que la actitud que tienen los pacientes, con tuberculosis pulmonar, hacia el tratamiento es de indiferencia.

Ante la prueba estadística de Independencia de criterio (Chi cuadrado), los valores observados de la población muestran la evidencia de que no existe relación significativa entre la actitud con el cumplimiento del tratamiento ($p=0,097$)

La tuberculosis es una enfermedad ligada a la pobreza, malas condiciones nutricionales y saneamiento, lo que puede originar tanto en el paciente reacciones de rechazo y de vergüenza. Los pacientes deben tener una actitud abierta para comprender la importancia del tratamiento oportuno y regular. Es necesario que los pacientes identifiquen 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. Algunos pacientes 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. (54)

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 elementos 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 existe un porcentaje significativo de pacientes que tienen como actitud la indiferencia y rechazo 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. (54)

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Luego de analizar y discutir los resultados obtenidos del presente estudio sobre "Relación entre el nivel de Conocimiento y Actitud con el cumplimiento del Tratamiento en el Paciente con Tuberculosis Pulmonar, Chimbote 2013", se llegó a las siguientes conclusiones:

- Existe una proporción significativa de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar de la Microred Miraflores Alto, Chimbote 2013 que no cumplen con el tratamiento (19.6%).
- No existe una relación estadística significativa entre la actitud y el cumplimiento del tratamiento.
- El nivel de conocimiento se relaciona significativamente con el cumplimiento del tratamiento ($p= 0,000$) ($< 0,05$). Por consiguiente existe mayor riesgo de no cumplir con el tratamiento farmacológico antituberculoso si el paciente presenta un nivel de conocimiento bajo.

5.2 RECOMENDACIONES

- Los Profesionales de Enfermería que laboran en los Establecimientos de Salud de Chimbote, deben fortalecer y velar por la implementación rigurosa de la Norma Técnica de Salud para el control de la tuberculosis, se debe utilizar estrategias que sean pertinentes, con calidad y calidez, que permita mejorar la confianza del paciente y así cambiar de una actitud indiferente o de rechazo a un alto porcentaje de aceptación al tratamiento farmacológico.
- A los profesionales de Enfermería y en general a todo el equipo de salud fomentar la educación y las actividades preventivo promocionales respecto a la prevención de la tuberculosis (en todas sus formas) en pacientes con tuberculosis, familiares y la comunidad, teniendo en cuenta que primero se debe indagar el conocimiento de los mismos, debido a la diversidad cultural que existe en nuestro país, encontraremos una serie de creencias y costumbres que va variando según las características demográficas de la población (sexo, grado de instrucción, lugar de procedencia, etc.).
- El profesional de enfermería debe seguir realizando trabajos de investigación cuantitativa sobre Tuberculosis Pulmonar, ya que es un problema de Salud Pública no solo en nuestra región sino a nivel mundial, y cada vez se va complicando con el aumento de casos de Tuberculosis MDR y XDR.

- A los profesionales de la salud, mejorar y actualizar permanentemente los módulos educativos para los pacientes del programa ESCTBC, usando diversas metodologías que permitan sensibilizar al usuario y familia.
- El Personal Profesional de Enfermería debe proponer Estrategias Educativas para afianzar aún más el contenido educativo que se imparte no solo al paciente con Tuberculosis Pulmonar sino también a la familia dada la importancia que tienen los conocimientos en la formación de una actitud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ISEMAN, M (1999). Tuberculosis Pulmonar. Haití. ACCESADO el 15-07-2013. Disponible en: http://www.forosalud.org.pe/La_tuberculosis_multirresisnete_en_el_Peru.pdf
2. HAAS, D (1999) Mycobacterium tuberculosis – Principio y Practica de una enfermedad Infecciosa. España. Accesado el 15-07-2013. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X0774346X>
3. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2007) “Día mundial de la Tuberculosis”. Disponible en <http://www.stoptb.org.co/tuberculosis/grupos/gctb/documento/dia.htm>.
accesado el 20/12/2013
4. HAAS, D (1999) Mycobacterium tuberculosis – Principio y Practica de una enfermedad Infecciosa. España. Accesado el 15-07-2013. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X0774346X>
5. MERINO J, GIL VF. (2001) Cumplimiento: un hallazgo y un desafío. Med Clin (Barc).; 116 Supl 2: 1-3.
6. GIL VF, MERINO J. (2001) Cumplimiento terapéutico. En: Gil VF, Merino J, Orozco D, Quirce F, editores. Tratado de Epidemiología Clínica. Madrid: Du Pont Pharma; 1995. p. 299-313.
7. BLACKWELL B. (2002) The drug defaulter. Clin Pharmacol Ther.; 13: 841-8.
8. BLACKWELL B. (2006) Treatment adherence. Br J Psychiatry.; 129: 513-31.

9. HAYNES RB. (2006) A critical review of the determinants of patient compliance with therapeutic regimens. En: Sackett DL, Haynes RB, eds. Compliance with therapeutic regimens. Baltimore: John Hopkins University Press;. p. 24-40.
10. RIGUIERA GARCÍA (2001) A. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España? Aten Prim.; 27: 559-68.
11. DURÁN JA, FIGUEROLA J. (2008) Cumplimiento de la medicación: características, factores que lo determinan y recomendaciones para mejorarlo. Med Clin (Barc).; 90: 338-43.
12. FAUS MJ. (2000) Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social. Ars Pharmaceutica.; 1: 137-43.
13. GRUPO DE EXPERTOS. (2001) Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;.
14. ARANAZ JM, AIBAR C, GALÁN Y OTROS (2006) La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. Gac Sanit.; 20 (Supl 1): 41-7.
15. BLACKWELL B. (2003) Drug therapy compliance. N Engl J Med.; 289: 249-52.
16. BASTERRA GABARRÓ M. (1999) El cumplimiento terapéutico. Pharm Care Esp.; 1: 97-106.
17. GIL VF, BELDA J, PIÑEIRO, Y OTROS (2001) El incumplimiento en la práctica clínica: toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Med Clin (Barc); 116 Supl 2: 77-86.
18. GONZÁLEZ J, ORERO A, PRIETO J. (1997) Evaluación del cumplimiento terapéutico y estrategias para mejorarlo. JANO.; 53: 709-14.

19. SACKETT DL, HAYNES RB, GUYATT GH, TUGWELL P. (2009) Cumplimiento. En: Sackett DL, Haynes RB, editores. Epidemiología clínica. Una ciencia básica para la medicina clínica. Madrid: Díaz de Santos; p. 259
20. GIL VF, BELDA J, PIÑEIRO F, MERINO J. (1999) El cumplimiento terapéutico. Manual de referencia en Atención Primaria. Madrid: Doyma SA
21. ORUETA SÁNCHEZ R, GÓMEZ, Y OTROS (1996) Abordaje del cumplimiento terapéutico. Med Integral.; 28: 14-21
22. DURÁN JA, FIGUEROLA J. (2004) Cumplimiento de la medicación: características, factores que lo determinan y recomendaciones para mejorarlo. Med Clin (Barc).; 90: 338-43.
23. MATEOS R, CAMACHO M. (1996) Causas y consecuencias del incumplimiento de la prescripción médica. Med Clin (Barc).; 107: 276-7.
24. PIO A, CHAULET P. (1998). Tuberculosis Handbook. Global Tuberculosis Program. Geneva: WHO;
25. LOBO BARRERO CA, PÉREZ ESCOLANO E. (2001) Control y supervisión del enfermo tuberculoso. Arch Bronconeumol.; 37: 43-7.
26. GAVIRA R, GÓMEZ F, y OTROS. (1999) Seguimiento del tratamiento antituberculoso. Rev Clin Esp.; 194: 677-85.
27. DE MARCH AYUELA P. (1997) En busca de la oportunidad perdida: prioridades en el control de la tuberculosis. Med Clin (Barc).: 55-7.
28. ESPINAR MARTÍN A, PINA GUTIÉRREZ JM, MIRET CUADRAS P. (1993) Tuberculosis pulmonar: retratamiento. Arch Bronconeumol.; 19: 258-68.

29. GUERRA SANZ FJ. (1994) Los neumólogos y la tuberculosis. Rev Enf Torax.; 33: 47-62.
30. JOESOEUF MR, REMINGTON PL, Y OTROS. (1999) Epidemiological Model and Cost-Effectiveness Analysis of Tuberculosis Treatment Programmes in Indonesia. Int J Epidemiol.; 18: 174-9.
31. GRUPO DE TRABAJO SOBRE TUBERCULOSIS. (1998) Consenso nacional para el control de la tuberculosis en España. Med Clin (Barc).; 98: 24-31.
32. LIEFOOGHE R, MUYNCK AD. (2006) The dynamics of tuberculosis treatment adherence. J Pack Med Assoc.; 51: 3-9.
33. MINISTERIO DE SALUD (2006) "Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis" Lima – Perú: disponible en <http://www.minsa.gob.pe/portal/03EstrategiasNacionales/04ENTuberculosis/tbc.asp>. Accesado el 20/12/2013
34. MINISTERIO DE SALUD (2010). "Situación de la Tuberculosis en el Peru". Lima – Perú. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/respiravida/archivos/Ayuda_Memoria_Lanzamiento_TB.pdf. Accesado el 20/12/2013
35. DIARIO DE CHIMBOTE (2013) Casos de Tuberculosis Aumentan Advierten Necesidad De Prevenir. Disponible en <http://www.diariodechimbote.com/portada/noticias-locales/64211-casos-de-tuberculosis-aumentan-y-advierten-necesidad-de-prevenir> . Consultado el 20 de setiembre del 2013.
36. ARROYO, J. (2007). Tuberculosis. Hospital de apoyo la Caleta. En: <http://www.correoperu.com.pe/correosur/nota.php?d=18201>

37. DIARIO DE CHIMBOTE (2013) Casos de Tuberculosis Aumentan Advierten Necesidad De Prevenir. Disponible en <http://www.diariodechimbote.com/portada/noticias-locales/64211-casos-de-tuberculosis-aumentan-y-advierten-necesidad-de-prevenir> . Consultado el 20 de setiembre del 2013.
38. ABEBE G; DERIBEW A. Y COLAB (2009). El conocimiento, comportamiento en salud y el estigma percibido hacia la tuberculosis entre los sospechosos de tuberculosis en una comunidad rural en el suroeste de Etiopia. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2952624/>. Ultimo acceso 20/08/2013.
39. SHADRACK, Y (2011) Evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad entre los adolescentes en Kiswani-Distrito de Monbasakenia. Disponible en: <http://etd-library.ku.ac.ke/ir/handel/123456789/>. Ultimo acceso 19/04/2013.
40. UMAIR, M Y COLAB (2011) Las desigualdades urbano-rurales en lo conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la tuberculosis en los dos distritos de la provincia Punjab de Pakistan. Revista Internacional por la acciones en Salud. Edit. BioMed Central. Disponible en: <http://www.mendeley.com/research/urbanrural-inequities.knowledge-attitudes-practices-regarding-tuberculosis-twoditricspakistan-punjab-province>. Ultimo Acceso 15/19/2013.
41. BOHORQUEZ C, Y RIVAS J, (1997) Conocimientos acerca de la Tuberculosis Pulmonar que tienen los familiares de los pacientes registrados en el programa de Control de Tuberculosis del Centro de Salud Conde de la Vega Baja. Tesis para optar el título de Licenciada de Enfermería. Universidad Nacional de San Marcos. Lima – Perú.
42. BOJORQUIA, C. Y PEREZ, R. (1998) Conocimiento acerca de la Tuberculosis Pulmonar que tienen los familiares de los pacientes registrados

en el Programa de control de Tuberculosis del Centro de Salud Conde de Vega Bajo-Lima. Tesis para optar el título de Licenciada de Enfermería. Universidad Nacional de San Marcos. Lima – Perú.

43. RODRÍGUEZ, D. Y ROSALES, C (1999) Cumplimiento del Tratamiento Antituberculoso y la Relación con la Autoestima en los Pacientes con Tratamiento Antituberculoso del Centro de Salud San José, Pacasmayo. Te
44. KEREDERT S. (2000) "Relación entre los conocimientos y las actitudes que tienen los pacientes del esquema dos del Programa de Tuberculosis del Centro de Salud Tablada de Lurín, hacia su enfermedad – 2000" Tesis para optar el título de Licenciada de Enfermería. Universidad Nacional de San Marcos. Lima – Perú.
45. MUÑOZ LL. (2000). Nivel de Conocimientos y Actitudes sobre la Tuberculosis Pulmonar y algunos Factores Socio Demográficos de los Expendedores de Alimentos Preparados. AA.HH. Ermitaño alto, Independencia – Lima. Tesis para optar el título de Licenciada de Enfermería. Universidad Nacional de San Marcos. Lima – Perú.
46. MACHACA, M. (2002) Conocimiento, actitudes y practicas sobre Tuberculosis Pulmonar de los pobladores de la Asoc. Las Begonias; Tacna. Tesis para optar el título de Licenciada de Enfermería. Universidad Nacional de Tacna. Tacna - Perú.
47. HUAYNATES C. (2006). Relacion entre el nivel de Conocimientos sobre Tuberculosis Pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la Estrategia Sanitarias control de la Tuberculosis del Centro de Salud San Luis. 2006. Lima. Tesis para optar el título de Licenciada de Enfermería. Universidad Nacional de San Marcos. Lima – Perú.

48. ANTÓN, R. (2007) Bajo nivel de conocimientos y actitud de rechazo hacia el tratamiento de tuberculosis; Piura. Tesis para optar el título de Licenciada de Enfermería. Universidad Nacional de Piura. Piura – Perú.
49. BRAVO E, (2008) Actitudes del Paciente con Tuberculosis hacia su condición de multidrogorresistente en el Centro de Salud Fortaleza. Tesis para optar el título de Licenciada de Enfermería. Universidad Nacional de San Marcos. Lima – Perú.
50. TACURI M. (2009) "Relación Entre Adherencia Y Nivel De Conocimientos Sobre El Tratamiento De Los Pacientes Con Tuberculosis En El Centro De Salud Primavera. El Agustino – 2009". Tesis para optar el título de Licenciada de Enfermería. Universidad Nacional de San Marcos. Lima – Perú.
51. LAURENTE, J. (2010). Conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con Tuberculosis Multidrogo Resistente; Lima. Tesis para optar el título de Licenciada de Enfermería. Universidad Nacional de San Marcos. Lima – Perú.
52. ROLANDO P. Y 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. Julio - Diciembre 2011". ". Tesis para optar el título de Licenciada de Enfermería. Universidad Nacional de San Martín. San Martín – Perú.
53. CAPACUTE C. (2012). Relación entre el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la microred cono sur Tacna 2012". Tesis para optar el título de Licenciada de Enfermería. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna – Perú.
54. VILLENA N. (2012) "Relación entre nivel de conocimientos y actitud sobre la tuberculosis en el profesional de enfermería, red Lambayeque. Tesis para optar el título de Licenciada de Enfermería. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque – Perú.

55. SALVADOR G. Y QUISPE K. (2010). Efectividad del programa educativo cuidando mi salud en el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas del cuidador del paciente con tuberculosis. Estrategia sanitaria nacional de prevención. Chimbote. Tesis para optar el título de Licenciada de Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Chimbote – Perú.
56. ALVA G. Y 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 de Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Chimbote – Perú
57. MINISTERIO DE SALUD (2006). "Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis". Lima – Perú. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/03EstrategiasNacionales/04ESNtuberculosis/tbc.asp>. Accesado: fecha 22/12/21013.
58. BETALANFY, L (1989). Bases conceptuales de la enfermería profesional. Editorial Haper. Edición Nueva Cork. 22
59. POTTER, P (1998). Fundamentos de Enfermería. 3era Edición. Editorial Harcourt Brace. España
60. LOPEZ, A. Teoría General de los Sistemas. Disponible en <http://www.monografia.com/trabajos/tgralgris/>. Accesado el 27/12/2013. 24
61. ARNOLD, M (1989). Teorías de Sistemas, Nuevos Paradigmas: "Enfoque de Niklas Luhmann". Revista paraguaya de Sociología. Año 26. Nº 75. Mayo-Agosto 1989. Páginas 51-72. Paraguay
62. FERNANDEZ, L (2007). Teoría General de Sistemas. Revista "The Genius". Página 3. España.
63. LOPEZ, A. Teoría General de los Sistemas. Disponible en <http://www.monografia.com/trabajos/tgralgris/>. Accesado el 27/12/2013.

64. BETALANFY, L (1989). Bases conceptuales de la enfermería profesional. Editorial Haper. Edición Nueva Cork.
65. MINISTERIO DE SALUD (1995) actualización de la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en Perú. Lima.
66. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Condiciones de salud en las Américas". Washington D.E. 1999.
67. ESCALANTE A., CARLOS (1983). La medición de las actitudes. Tercera Edición. Bogotá – Colombia. Accesado el 128/12/13. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/6552/6002>
68. SUMMERS "Introducción a la metodología de la investigación" (p. 158). (1982) [citado 12 - 02 - 12] Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/2006c/203/2k.htm>
69. RODRÍGUEZ, A. (1993). Psicología social. 4ta ed. Trillas. México D. F.
70. BETALANFY, L (1989). Bases conceptuales de la enfermería profesional. Editorial Haper. Edición Nueva Cork.1
71. FERNANDEZ, L (2007). Teoría General de Sistemas. Revista "The Genius". Página 3. España.
72. BETALANFY, L (1989). Bases conceptuales de la enfermería profesional. Editorial Haper. Edición Nueva Cork.2
73. ARNOLD, M (1989). Teorías de Sistemas, Nuevos Paradigmas: "Enfoque de Niklas Luhmann". Revista paraguaya de Sociología. Año 26. Nº 75. Mayo-Agosto 1989. Páginas 51-72. Paraguay

74. BETALANFY, L (1989). Bases conceptuales de la enfermería profesional. Editorial Haper. Edición Nueva Cork.3
75. ARNOLD, M (1989). Teorías de Sistemas, Nuevos Paradigmas: "Enfoque de Niklas Luhmann". Revista paraguaya de Sociología. Año 26. Nº 75. Mayo-Agosto 1989. Páginas 51-82. Paraguay
76. VENEGAS C.C. (2002) "Evaluación del conocimiento y cumplimiento de las normas de Bioseguridad en la Atención Odontológica". Revista Chilena de Salud Pública. Accesado el 26/11/2013. Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol15_2_09/hab06209.html
77. DORSH A. (1976) "Acta ontológica Venezolana". Accesado el 26/11/2013. Disponible en: http://www.actaontologica.com/ediciones/1998/2/actitud_paciente_tratamiento.asp.
78. GARCÍA, M (1998), estudio el "Cumplimiento del tratamiento antituberculoso en jurisdicciones sanitarias de Morelos", concluye que 246 esquemas de tratamiento
79. TACURI M. (2009) "Relación Entre Adherencia Y Nivel De Conocimientos Sobre El Tratamiento De Los Pacientes Con Tuberculosis En El Centro De Salud Primavera. El Agustino – 2009". Tesis para optar el título de Licenciada de Enfermería. Universidad Nacional de San Marcos. Lima – Perú.
80. MINISTERIO DE SALUD (2001). Actualización de la Doctrina y Procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú. P.p 13
81. ÁLVAREZ, E. (1994). Tuberculosis Pulmonar: causas de incumplimiento en el tratamiento. Revista de Control de Epidemiología. Volumen 28. Lima.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ANEXO N° 01

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

INSTRUCCIONES:

Lea cuidadosamente las preguntas, y marque la alternativa que usted considere correcta, dentro de las alternativas solo una es la correcta.

- 1. ¿Cuál es el Esquema de Tratamiento contra la Tuberculosis que recibe?**
 - a. Esquema I
 - b. Esquema II
 - c. No sabe.

- 2. ¿Cuánto tiempo dura el tratamiento del Esquema I?**
 - a. Seis meses.
 - b. Dos meses
 - c. Cuatro meses.

- 3. ¿Cuántas fases comprende el Tratamiento del Esquema I?**
- a. Dos fases
 - b. Dos fases de 4 meses.
 - c. Seis fases
- 4. ¿Cuántos tiempo dura la Primera Fase de tratamiento del Esquema I?**
- a. Dos meses
 - b. Cuatro meses
 - c. Seis meses.
- 5. ¿Con qué frecuencia se acude a recibir el tratamiento en la Primera Fase?**
- a. Diario
 - b. Dos veces a la semana.
 - c. Interdiario.
- 6. ¿Qué medicamentos se toman durante la Primera Fase?**
- a. Amoxicilina, Amikacina, Isoniazida, Etambutol
 - b. Rifampicina, Isoniazida, Etambutol y Pirazinamida
 - c. Estreptomycin, Ampicilina, Furosemida, Aspirina.
- 7. ¿Cuántas pastillas se toman en la Primera Fase del Tratamiento?**
- a. 6
 - b. 11
 - c. 16.

8. ¿Cuántos tiempo dura la Segunda Fase del Tratamiento del Esquema I?

- a. Dos meses
- b. Seis meses
- c. Cuatro meses

9. ¿Con qué frecuencia se acude a recibir el tratamiento en la Segunda Fase?

- a. Dos veces por semana
- b. Dos veces al mes.
- c. Todos los días.

10. ¿Qué medicamentos se toman durante la Segunda Fase?

- a. Pirazinamida, Etambutol
- b. Rifampicina, Isoniazida
- c. Amikacina, Etambutol.

11. ¿Cuántas pastillas se toman en la Segunda Fase del Tratamiento?

- a. 10
- b. 11.
- c. 8

12. ¿Cuáles son las molestias más frecuentes que se presentan cuando se toman los medicamentos?

- a. Nauseas, dolor de estómago y vómitos
- b. Gastritis, Caída de cabello y tos.
- c. Debilidad, anemia y cansancio.

13. ¿Qué se debe hacer cuando se presentan molestias después de la toma de los medicamentos?

- a. Acudir al establecimiento e informar al encargado de la Estrategia.
- b. Automedicarse.
- c. Ir al farmacéutico

14. ¿Cuál es la principal consecuencia que se presenta cuando se suspende el tratamiento?

- a. La resistencia bacteriana a los medicamentos
- b. Cansancio.
- c. Náuseas, vómitos y diarreas

15. ¿Cuándo se debe acudir a la consulta médica?

- a. Al inicio del tratamiento, al cambio de fase y consulta por reacciones al medicamento y al finalizar en tratamiento.
- b. Al inicio del tratamiento.
- c. Cuando presenta los síntomas de la tuberculosis.

16. ¿Cuándo se debe acudir a la entrevista de enfermería?

- a. Al inicio del tratamiento, al cambio de fase y al finalizar en tratamiento.
- b. Cuando presenta los síntomas.
- c. Cuando inicia el tratamiento.

17. ¿Cuándo se debe realizar el examen radiológico y entregar el resultado?

- a. Al inicio, al cambio de fase y al finalizar el tratamiento.
- b. Cuando presenta los síntomas.
- c. Cuando le dan el alta para confirmar el diagnóstico de sano.

18. ¿Cuándo se debe entregar la muestra de esputo?

- a. Al finalizar cada mes de tratamiento
- b. Tres veces consecutivas cuando presenta síntomas.
- c. Ninguna de las Anteriores.

19. ¿Cuándo se realiza el control del peso corporal?

- a. Cuando inicia y termina el tratamiento
- b. Al finalizar cada mes de tratamiento
- c. Ninguna de las Anteriores.

20. ¿Cuál debe ser la tendencia del peso corporal en cada control?

- a. Incrementar o mantener el peso inicial.
- b. Mantener el peso.
- c. Perder peso.

CLAVE DE RESPUESTAS

| ITEMS | RESPUESTA |
|-------|-----------|
| 1 | A |
| 2 | A |
| 3 | A |
| 4 | A |
| 5 | A |
| 6 | B |
| 7 | B |
| 8 | C |
| 9 | A |
| 10 | B |
| 11 | B |
| 12 | A |
| 13 | A |
| 14 | A |
| 15 | A |
| 16 | A |
| 17 | A |
| 18 | A |
| 19 | B |
| 20 | A |

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ANEXO 2

ESCALA DE ACTITUD DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

El presente test de tipo confidencial y anónima, tiene como objetivo averiguar la actitud del paciente con tuberculosis referente a su enfermedad.

A continuación se presenta 20 afirmaciones con respecto a lo que se siente, cree o piensa un paciente con tuberculosis. Ud. deberá indicar con un aspa (x) su grado de acuerdo, desacuerdo, o indeciso en cada una de las alternativas, teniendo en cuenta la siguiente escala.

A = De acuerdo

I = Indeciso

D = En desacuerdo.

| :NUNCIADOS | A | I | D |
|--|----------|----------|----------|
| 1. Es preferible hablar de frente con Ud. que tiene la enfermedad. | | | |
| 2. Es indispensable que Ud. reciba tratamiento | | | |
| 3. Es beneficioso el tratamiento que recibe Ud. que tiene la enfermedad. | | | |
| 4. Es seguro que llegue a curarse. | | | |
| 5. Es necesario que duerma en cama aparte. | | | |
| 6. No es agradable conversar con personas que tienen tuberculosis. | | | |
| 7. Es preferible hablar de costado con Ud. que tiene la enfermedad | | | |
| 8. Es indispensable que duerma solo en otro dormitorio. | | | |
| 9. Es poco importante que su vivienda se encuentre ventilada | | | |
| 10. Es agradable conversar con personas que tienen tuberculosis. | | | |
| 11. Es cansado el tratamiento que recibe para la enfermedad de Tuberculosis. | | | |
| 12. Es innecesario que Ud. reciba tratamiento farmacológico. | | | |
| 13. Es importante mantener ventilada su vivienda | | | |
| 14. Es importante que asista regularmente para recibir su tratamiento farmacológico. | | | |
| 15. Es poco importante que cumpla con su tratamiento. | | | |
| 16. Es poco probable que llegue a curarse. | | | |
| 17. Es necesario que deje su muestra de esputo en el centro de salud. | | | |
| 18. Es innecesario que se cubra la boca al toser. | | | |
| 19. Es incómodo que deje su muestra de esputo en el centro de salud. | | | |
| 20. Es necesario que se cubra la boca al toser. | | | |

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ANEXO 3

FICHA DE REGISTRO SOBRE EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

1. Asistencia a la administración del tratamiento farmacológico en la

PRIMERA FASE:

| CONTROL DE ASISTENCIA | 1er MES | 2do MES |
|---|----------------|----------------|
| Asistencia diaria | | |
| Asistencia con una falta | | |
| Asistencia con dos faltas | | |
| Asistencia con tres a mas faltas | | |

2. Asistencia a la administración del tratamiento farmacológico en la **SEGUNDA**

FASE

| CONTROL DE ASISTENCIA | 3er MES | 4to MES | 5to MES | 6to MES |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Asistencia dos veces por semana | | | | |
| Asistencia con una falta | | | | |
| Asistencia con dos faltas | | | | |
| Asistencia con tres a mas faltas | | | | |