



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA**

TÍTULO

**ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD
DE INSTITUCIONES DEL MINISTERIO
DE SALUD PÚBLICA SOBRE
PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS
PULMONAR EN LA CIUDAD DE LOJA.**

**TESIS DE GRADO PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

AUTOR:

CÉSAR ELÍAS CAJAMARCA VIÑAN

DIRECTORA:

LIC. MG. ESTRELLITA ARCINIEGA GUTIERREZ

**Loja – Ecuador
2015**

CERTIFICACIÓN

Loja, Agosto 2015

Lic. Mg. Estrellita Arciniega Gutiérrez

Certifico que el trabajo de investigación de tesis titulado, "**ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD DE INSTITUCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA SOBRE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN LA CIUDAD DE LOJA**" elaborado por César Elías Cajamarca Viñan, ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que se encuentra dentro los procedimientos legales que exige la Institución por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente, para que le dé el trámite correspondiente.



Lic. Mg. Estrellita Arciniega G.

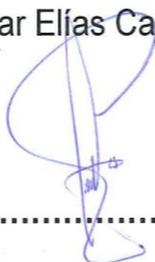
AUTORÍA

Yo, César Elías Cajamarca Viñan declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: César Elías Cajamarca Viñan

Firma:.....

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a vertical stroke, positioned over the dotted line of the signature field.

Cédula: 1104900756

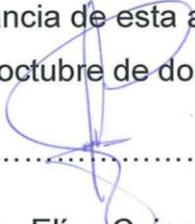
Fecha: 28 de Octubre de 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, César Elías Cajamarca Viñan, declaro ser el autor de la tesis titulada: **“ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD DE INSTITUCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA SOBRE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN LA CIUDAD DE LOJA”**; como requisito para optar el grado de Licenciado en Enfermería, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académico, muestre al mundo la reproducción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en RDI, en redes de información del país y extranjero, con las cuales tenga convenio con la Universidad.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los veintiocho días del mes de octubre de dos mil quince, firma el autor.

Firma:.....

Autor: César Elías Cajamarca Viñan

Cédula: 1104900756

Dirección: Colinas Lojanas

Correo electrónico: ces.eli1201@gmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Lic. Mg. Estrellita Arciniega G.

Tribunal de Grado:

Presidente: Lic. Judith Inmaculada Francisco Pérez PhD

Primer vocal: Lic. María Obdulia Sánchez Castillo Mg. Sc

Segundo vocal: Lic. Gina Mercedes Montero Cocios Mg. Sc

AGRADECIMIENTO

Primeramente a mi Padre Celeste, por ser mi guía, mi inspiración, modelo y por ser el ejemplo más grande de amor en este mundo, por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A mi familia, sinónimo de unión y de la esencia bella de la vida, son aquellas personas que a través de su fortaleza me integran en las diversas dinámicas de la vida por medio de las cuales he logrado aprender por medio de enseñanzas.

Agradezco a cada una de las docentes de mi carrera quienes fueron los pilares fundamentales en la formación profesional durante los años de estudio. En especial a mi directora de tesis, Lic. Mg. Estrellita Arciniega por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja, en especial a la Carrera de Enfermería, Área de la Salud Humana, por haber forjado mi formación profesional.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

EL AUTOR

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Padre Celestial quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

De manera muy especial quiero agradecer a mi segundo hogar Los Misioneros Identes, a todos mis hermanos y hermanas en Cristo por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar quienes han sido y serán motivación, inspiración y felicidad.

EL AUTOR

1. TÍTULO

**ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD DE INSTITUCIONES DEL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA SOBRE PREVENCIÓN,
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN
LA CIUDAD DE LOJA.**

2. RESUMEN

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo ya que permitió deducir los aspectos del fenómeno a investigar, con la finalidad de obtener información sobre las actitudes del personal de salud del MSP en las diversas áreas en relación a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en la ciudad de Loja. El estudio se llevó a cabo en las diferentes áreas de salud de la ciudad de Loja como son: Centro de Salud N°1, Chontacruz, Miraflores, Obrapia, Tierras Coloradas, Hugo González (CS N°2), Daniel Álvarez, Héroes del Cenepa, La Pradera, Zamora Huayco, Centro de Salud N°3, Belén, Conzacola, Motupe, San Cayetano y Carigan. El universo estuvo conformado por los profesionales que laboran en las diversas áreas de salud de la ciudad de Loja, con una muestra de Médicos = 49, Enfermeras = 23 y Laboratorista = 3. Por ende nuestra muestra es de 67 personas a las cuales se les aplicó el instrumento. Para obtener la información requerida se utilizó como técnica un cuestionario diseñado donde se obtuvo la información para la investigación, basada en la escala de Likert, que es un tipo de medición o de recolección de datos que se dispone en la investigación social para medir actitudes. Con respecto a los resultados obtenidos se demostró que hay una actitud de aceptación frente a las medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar, en relación a las recomendaciones establecidas por el manual del control de la tuberculosis.

SUMMARY

The present research is quantitative and descriptive in order to allow measure aspects of the information on the attitudes of people of MSP in some areas related to prevention, diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in the city of Loja.

The study was carried out in different health centers of the city of Loja as: "Centro de Salud No. 1, Chontacruz, Miraflores, Obrapia, Tierras Coloradas, Hugo González (CS No. 2), Daniel Alvarez, Heroes Cenepa, La Pradera, Zamora Huayco, Centro de Salud No. 3, Belén, Conzacola, Motupe, San Cayetano and Carigan". In this research participated as universe all people who work in the centers health mentioned before, with the next sample: Doctores = 49, Nurses = 23 and Laboratory technicians = 3. Thus our sample of 67 persons. For the required technical information was used the Likert scale. This is a type of measurement instrument or data collection that is available in social research to measure attitudes, it consists of a set of items in the form of statements or trial by which the reaction (favorable or unfavorable, positive or negative) of individuals. That was applied to doctors, nurses and laboratory technicians, with the purpose to identify the attitudes of health workers against pulmonary tuberculosis. The results show that there is an positive attitude of acceptance against the prevention, diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis according to recommendations made by the Tuberculosis control manual.

3. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad que afecta al mundo entero, sobre todo a países pobres. Durante mucho tiempo constituyó la primera causa de muerte por enfermedades infecciosas a nivel mundial, siendo después superada por la pandemia del VIH/SIDA. Ahora, nuevamente la tuberculosis ha tomado importancia por el surgimiento de cepas multidrogorresistentes en cuyo extremo de letalidad esta la tuberculosis extremadamente drogo resistente.¹

La tuberculosis es una de las enfermedades infectocontagiosas de mayor incidencia en la población mundial y un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo. Aunque la implementación de programas como la estrategia DOTS (Tratamiento Acordado Estrictamente Supervisado), si bien ha disminuido la incidencia y ha mejorado el manejo de esta enfermedad, no ha podido cumplir su propósito.

En 2013, alrededor del 80% de los casos de tuberculosis se presentaron en 22 países. En algunos países se está produciendo una disminución considerable de los casos, pero en otros el número de casos está descendiendo muy lentamente. En Brasil y China, por ejemplo, se cuentan entre los 22 países donde se observó un descenso sostenido de los casos de tuberculosis en los últimos 20 años. En la última década, la prevalencia de la tuberculosis en Camboya se redujo en casi un 50%.²

En Ecuador, desde hace algunas décadas se vienen reportando cifras elevadas de tuberculosis en todas las provincias, situación que en la actualidad se ha logrado reducir mediante la aplicación de nuevas estrategias de trabajo, como son campañas informativas referentes a la sintomatología, formas de prevención y tratamiento de esta enfermedad.

A pesar de las estrategias implementadas y de los avances científicos sobre el tema, los conocimientos, las actitudes y prácticas frente a la TB siguen siendo

¹ Griselda K. Espinoza, Hebe Córdova Arancibia y Virginia Victoria Cortez Romero, Tuberculosis extremadamente drogo resistente una amenaza permanente. Ciencia médica [revista en internet]. 2009. [acceso 15 de agosto 2015].

² Organización Mundial de la Salud, tuberculosis, Nota descriptiva N°104. [internet]. Marzo 2015. [acceso 15 de agosto].

un problema para su control, convirtiéndose en barreras para el diagnóstico y el tratamiento, no solo en la población afectada, sino también en el personal de salud que le atiende.³

El presente estudio de investigación es relevante puesto que las actitudes del personal de salud pueden constituir un factor de vulnerabilidad para las personas que padecen y siguen un plan de tratamiento con este personal. Cabe recalcar que este trabajo de investigación podría servir de base para estudios posteriores.

Mediante la realización del presente estudio de investigación se busca analizar, evaluar y describir cuáles son las actitudes del personal de salud en cuanto a prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

³ Carvajal-Barona R, Varela-Arévalo MT, Hoyos PA, Angulo-Valencia ES, Duarte C. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la tuberculosis en trabajadores del sector salud en municipios prioritarios de la costa pacífica Colombiana. Rev Cienc Salud. [artículo internet]. 2014; 12(3): 339-52. [acceso 15 de agosto].

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1. ANTECEDENTES

La tuberculosis es causada por un grupo de especies bacterianas estrechamente relacionadas denominado complejo *Micobacterium tuberculosis* (CMTB). La tuberculosis probablemente ha afectado a la humanidad por milenios, sin embargo el origen cronológico del complejo *M. tuberculosis* ha sido difícil de conciliar. Existe una fuerte evidencia que demuestra que el CMTB evolucionó en el Este del continente Africano afectando, probablemente, a los primeros ancestros homínidos.

Antes del siglo XIX la tuberculosis se mantuvo como una enfermedad desconocida. Los aportes de investigadores como Villemin, Laennec y en especial, el descubrimiento del agente etiológico de la tuberculosis por Robert Koch, fueron fundamentales para un mejor entendimiento de la enfermedad. El surgimiento de los sanatorios, la implementación de antibióticos fueron elementos fundamentales en la lucha antituberculosa. Recientemente, las estrategias y planes mundiales lideradas por la Organización Mundial de la Salud han sido las acciones tomadas para controlar, reducir y eliminar la tuberculosis.

4.1.1. REALIDAD DE LA TUBERCULOSIS

La tuberculosis se presenta en todo el mundo. En 2013, el mayor número de casos ocurrió en Asia Sudoriental y en regiones del Pacífico Occidental, a la que correspondió el 56% de los casos nuevos en el mundo. No obstante, ese mismo año África tuvo la mayor tasa de incidencia: más de 280 casos por 100 000 habitantes.

En 2013, alrededor del 80% de los casos de tuberculosis se presentaron en 22 países. En algunos países se está produciendo una disminución considerable de los casos, pero en otros el número de casos están descendiendo muy

lentamente. El Brasil y China, por ejemplo, se cuentan entre los 22 países donde se observó un descenso sostenido de los casos de tuberculosis en los últimos 20 años. En la última década, la prevalencia de la tuberculosis en Camboya se redujo en casi un 50%.⁴

En América latina Existieron 280 mil casos nuevos y 19 mil muertes por TB, excluyendo los infectados por VIH. Estos casos representaron el 3% de la carga mundial. Cuatro países (Brasil, Perú, México y Haití) representaron el 61% de los casos de TB. La tasa de incidencia estimada fue de 29 casos por 100 mil habitantes.⁵

Países con mayor cantidad de casos, 2013

#	País	Casos		% Acumulado
		Incidentes	%	
1	Brazil	93,000	33%	33%
2	Peru	38,000	13%	46%
3	Mexico	25,000	8.8%	55%
4	Haiti	21,000	7.4%	62%
5	Colombia	16,000	5.6%	68%
6	Bolivia	13,000	4.6%	72%
7	Estados Unidos	11,000	3.9%	76%
8	Argentina	10,000	3.5%	80%
9	Venezuela	10,000	3.5%	83%
10	Guatemala	9,200	3.2%	86%
	Otros	38,971	14%	100%

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a los países de las Américas a redoblar sus esfuerzos para detectar, tratar y curar a las personas con tuberculosis, para así poner fin a la epidemia de esta enfermedad antes de 2030.

En las Américas se han hecho progresos significativos en reducir la carga de esta enfermedad, sigue siendo una de las principales causas infecciosas de muerte, conjuntamente con el virus del VIH/sida. En la región durante 2013, unas 285.200 personas enfermaron de tuberculosis y 17.000 murieron por su causa.

⁴ Organización Mundial de la Salud, tuberculosis, Nota descriptiva N°104. [internet]. Marzo 2015. [acceso 15 de agosto].

⁵ Organización Panamericana de Salud. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis en las Américas. [Internet]. 2014. [acceso 05 de noviembre 2014].

4.1.2. Situación de la tuberculosis en las Américas

- ♣ En la región (2013) unas 285.200 personas enfermaron de tuberculosis y 17 mil murieron por su causa.
- ♣ Unas 31.800 personas con VIH desarrollaron tuberculosis. 6.900 personas enfermaron con tuberculosis multirresistente.
- ♣ Los países notificaron 220.500 casos nuevos de tuberculosis en 2013, de los cuales el 5,3% fueron niños (11.379).
- ♣ Brasil (33%), Perú (13%), México (8,8%) y Haití (7,4%) fueron los países de las Américas con mayor cantidad de casos en 2013.
- ♣ Se estima que 65.000 afectados por la enfermedad no fueron diagnosticados
- ♣ Se trató exitosamente al 75% de los casos notificados en 2012. El 69% de los afectados con tuberculosis conocieron su estado de infección VIH.⁶

En Ecuador, la enfermedad continúa siendo un problema de salud pública, nuestro territorio es considerado de mediana carga de Tuberculosis. Sin embargo, la intervención directa del Ministerio de Salud Pública ha permitido incrementar el porcentaje de curaciones. Así, el aumento en la Tasa de Curación, pasó de 61% en el 2007 (cohorte 2005) al 73% en el 2012 (cohorte 2011).

Asimismo, se brinda acceso gratuito a diagnóstico y tratamiento para afectados por tuberculosis en todas las formas. Actualmente, el Ecuador está entre los tres países de la región que no tiene lista de espera para tratamientos especiales de tuberculosis resistente.

Ecuador es el único país en el mundo que ha incorporado como política gubernamental el beneficio de un bono de adherencia al tratamiento de tuberculosis resistente, lo que ha reducido el abandono de tratamiento de 28,2 % a 7% en el primer año de aplicación (2011-2012).

⁶ OPS/OMS insta a los países de las Américas a fortalecer la detección y el tratamiento de la tuberculosis para poner fin a la epidemia. Oficina Regional para las Américas. [Internet]. 2013. [acceso 28 de noviembre 2014].

En el combate a esta enfermedad se destacan varios logros como: la implementación de métodos rápidos de diagnóstico de laboratorio; la creación de Centros de Tratamiento Integral para Personas Privadas de Libertad en Guayaquil, Babahoyo, Esmeraldas; la participación de la Sociedad Civil como Veeduría Social y la distribución de material de Información disponible, entre otros.⁷

En el año 2013, se han identificado 278 nuevos casos de tuberculosis pulmonar Bk+ en la Zona Siete; de estos, 214 son de la provincia de El Oro, 50 de la provincia de Loja y 14 de la Provincia de Zamora Chinchipe.⁸

4.2. TUBERCULOSIS PULMONAR

4.2.1. Definición

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa transmisible causada por las especies del complejo *Mycobacterium tuberculosis*, de evolución crónica y caracterizada por la formación de granulomas. Su localización preferente es el pulmón, aunque puede afectar a cualquier órgano.

4.2.2. Etiología

El agente causal de la tuberculosis pertenece al género *Mycobacterium*. Es un bacilo fino, inmóvil, no esporulado y positivo a la tinción Gram. El género *Mycobacterium* comprende más de 100 especies, las especies productoras de la tuberculosis son *M. tuberculosis*, *M. bovis* y *M. africanum*; también se incluye *M. microti*, que produce tuberculosis en las ratas y que se usó como vacuna antituberculosa.

Las partículas infecciosas son inhaladas y sólo las más pequeñas escapan de las defensas de superficie de las vías respiratorias y llegan hasta los alveolos pulmonares. A nivel alveolar, los macrófagos consiguen en la mayoría de los casos eliminar las partículas infecciosas por fagocitosis. Los bacilos se multiplican en el interior de los macrófagos que, al destruirse y una vez en el

⁷ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Jornada científica en conmemoración al día mundial de la Tuberculosis. [Internet]. marzo 2013. [acceso 10 de diciembre].

⁸ Amable Bermeo F., Max González M., Estrellita Arciniega G., Fabiola Barba, Mirtha Briceño, Ruth Sigüenza et al. Conversión bacteriológica asociada a co-morbilidad, prestación de servicios y actitud de pacientes, en casos nuevos de Tuberculosis Pulmonar BK+. Zona 7. Ecuador. [Internet]. 2013-2014. [acceso 12 de enero 2015].

espacio extracelular, a través de la vía linfática llegan hasta los ganglios del mediastino y, por la sangre, a numerosos aparatos del organismo. Los bacilos anidan especialmente en órganos con abundante sistema reticuloendotelial y bien oxigenados. La inmunidad adquirida o específica frena la multiplicación de los bacilos, pero no se establece plenamente hasta las 6 a 14 semanas tras la infección.

4.2.3. Transmisión

El ser humano enfermo o infectado es el principal reservorio del bacilo. La fuente de contagio casi exclusiva es la persona enferma de tuberculosis respiratoria (pulmonar, bronquial o laríngea). La transmisión habitual ocurre a partir de una persona afecta de tuberculosis bacilífera que al toser, estornudar, reír, cantar o hablar expulsa partículas de secreciones respiratorias que contienen bacilos. La capacidad de contagio de un enfermo está determinada por la comunicación de sus lesiones con las vías aéreas y es superior en los enfermos que tienen mayor número de microorganismos en sus lesiones y que los eliminan abundantemente con las secreciones respiratorias. Existen factores que aumentan el riesgo de infección, entre los cuales se encuentra la convivencia con un caso contagioso y la edad de las personas expuestas.⁹

4.2.4. Factores de Riesgo

Entre los factores que se asocian a la tuberculosis Pulmonar están:

- ♣ Contacto directo con pacientes de TBP
- ♣ Lactantes y niños menores de 4 años
- ♣ Compromiso inmunológico
- ♣ Desnutrición
- ♣ Malas condiciones higiénicas
- ♣ Contacto cercano con pacientes con TBP
- ♣ Hacinamiento¹⁰

⁹ Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Guía de prácticas clínicas en el SNS. [Internet].2010. [acceso 18 enero 2015].

¹⁰Diagnóstico y Tratamiento de Casos Nuevos de Tuberculosis Pulmonar. Guía de Práctica Clínica.[internet]. [15 de Noviembre] ;11.

4.3. PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS

La salud comunitaria es área de trabajo de los trabajadores de salud, consiste atender a grupos humanos con necesidades, problemas o riesgo de salud común teniendo en cuenta que la unidad de atención es la familia y la comunidad para lograr su bienestar. Por ello la atención de enfermería enfatiza la educación, control de tratamiento y seguimiento de las personas con tuberculosis y sus contactos.

Teniendo en cuenta que la prevención tiene como finalidad evitar la infección de la tuberculosis y, en caso de que esta se produzca, tomar medidas para evitar el paso de infección a enfermedad. Estas medidas preventivas están dirigidas a evitar la diseminación del bacilo de Koch.

Diagnostico precoz y tratamiento oportuno de la tuberculosis pulmonar frotis positivo.

La medida preventiva más eficaz es evitar el contagio, eliminando las fuentes de infección presentes en la comunidad a través de la detección, el diagnostico precoz así como el cumplimiento del tratamiento de los casos de tuberculosis pulmonar frotis positivo.

4.3.1. Vacunación BCG:

La vacuna BCG (Bacilo de Calmette – Guerin) es una vacuna viva y atenuada, obtenida originalmente a partir del Mycobacterium Boris. Su aplicación tiene como objetivo provocar la respuesta inmune útil que reduce la morbilidad tuberculosa post- infección primaria.

La vacuna BCG se aplica gratuitamente a los recién nacidos. Su importancia radica en la protección que brinda contra las formas graves de tuberculosis infantil, especialmente la meningoencefalitis tuberculosa y la tuberculosis miliar en la población menor de 5 años.

Es responsabilidad del programa ampliado de inmunización garantizar adecuadas coberturas de vacunación BCG en el ámbito de la jurisdicción de cada establecimiento de salud.

4.3.2. Control de Contactos:

Se denomina contactos a las personas que conviven con el enfermo de tuberculosis. Con esta actividad de control se trata de detectar casos de tuberculosis y prevenir el riesgo de enfermar. Sabiendo que es de carácter prioritario porque son las personas que han estado expuestas al contagio y tienen mayor posibilidad de haberse infectado recientemente y de desarrollar la enfermedad. Es recomendable cumplir también con los medios de diagnósticos para así poder descartar si presenta la enfermedad.

4.3.3. Quimioprofilaxis:

Es la administración de isoniacida a los contactos de pacientes con tuberculosis pulmonar – frotis positivos menores de 5 años y a pacientes con infección por VIH/SIDA sin evidencia de tuberculosis. Su objetivo específico es prevenir y disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa en los infectados. La indicación de la quimioprofilaxis será responsabilidad exclusiva del médico tratante del establecimiento de salud. La organización y cumplimiento de la quimioprofilaxis estará bajo la responsabilidad del personal de enfermería.

4.3.4. Educación para la Salud:

Es un proceso dialogo, información, reflexión y acción dirigido al enfermo, su familia y a la población en general, orientado a conseguir la adopción de una conducta que disminuya la transmisión de la infección en la comunidad.

Su objetivo es lograr que la población conozca las formas de protegerse y que actúen con responsabilidad. Esta metodología educativa debe asegurar, en primer lugar, la participación de las personas y que estén expresen sus puntos de vista, favoreciendo un dialogo horizontal.

4.3.5. Principales medidas preventivas contra la tuberculosis en la comunidad

Es importante señalar lo siguiente:

- ♣ Educar a la población sobre el modo de transmisión y los métodos de control de la enfermedad.

- ♣ Mejorar las condiciones sociales que aumentan el riesgo de infección, como el hacinamiento, esto significa, que se debe tratar de proveer a las personas con mejores condiciones de vida como es el caso de la vivienda saludable que es aquel espacio físico que propicia condiciones satisfactorias para la persona y la familia, reduciendo al máximo los factores de riesgo existentes en su contexto geográfico, económico y social.
- ♣ En caso de una persona sospechosa de tener tuberculosis se debe dar aviso a las autoridades de salud para su intervención inmediata.
- ♣ En caso de recién nacidos que no hayan recibido la vacuna de la BCG deben aplicarse la vacuna para no contraer la enfermedad como medida preventiva.
- ♣ Las personas identificadas precozmente con tuberculosis pulmonar o estar en contacto con una persona enferma deben realizarse fundamentalmente el examen de Baciloscopía de dejar dos muestras de esputo en caso de salir positivo tiene derecho a recibir el tratamiento gratuitamente, bajo la estrategia del DOTS. Por lo tanto es importante conocer tanto la persona en riesgo como el público en general.
- ♣ Contar con servicios de enfermería de salud pública y servicios de extensión asistencial para supervisar en forma directa el tratamiento de los pacientes en el hogar, y para gestionar el examen y tratamiento preventivo de los contactos.
- ♣ Tanto a la persona sospechosa de tener tuberculosis como a sus contactos se les debe practicar un examen de esputo (saliva), éste examen permite tener evidencia para un tratamiento adecuado de las personas afectadas por la enfermedad.
- ♣ Cuando hay dolor en el pecho se debe tomar radiografías para evitar complicaciones mayores.
- ♣ Si la persona que tiene tuberculosis también se encuentra afectada por el SIDA se debe someter otro tipo de pruebas e iniciar el tratamiento apropiado lo más pronto posible.

4.3.6. Cuidados del paciente con tuberculosis:

- ♣ Dar aviso a la autoridad local de salud: Para que lleven un registro actualizado de los enfermos que necesitan tratamiento.
- ♣ No se debe aislar al enfermo: Sólo deben tomarse medidas higiénicas básicas. El paciente con BK + que ya recibió por más de 15 días tratamiento tiene menor riesgo a contagiar y podrá realizar sus actividades diarias, siguiendo los consejos del médico tratante en el establecimiento de salud.
- ♣ Toda persona que entre en el cuarto de un enfermo con tuberculosis debe usar una mascarilla que tape su boca y nariz, esto para reducir la posibilidad del contagio especialmente si el enfermo estornuda y no puede taparse la boca y nariz de manera adecuada.
- ♣ La persona con tuberculosis debe cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar.
- ♣ La persona enferma debe cumplir con el tratamiento farmacológico que el personal médico indique.
- ♣ Para evitar la posibilidad de contagio es importante que el lugar en que se encuentra el paciente esté muy limpio y desinfectado. Además es importante el aseo del hogar y no solo del lugar en que se encuentra la persona enferma. Una medida importante es el lavado adecuado de las manos tanto de la persona enferma como de quienes se encargan de su atención.
- ♣ El tratamiento en el hospital es necesario únicamente en los pacientes con enfermedad grave y en aquellos cuyas condiciones impiden el tratamiento en el hogar.
- ♣ La tuberculosis puede ser curada si los pacientes toman el medicamento diariamente, según los esquemas indicados para cada tipo de caso y si completan la duración del tratamiento a pesar de sentirse mejor después de los primeros días. La aplicación del tratamiento debe ser supervisada estrictamente por Personal de salud capacitado, para garantizar que el paciente se tome diariamente las pastillas o se aplique las inyecciones según cada caso. Esta supervisión

asegura la curación de los enfermos, evita los abandonos y el fracaso del tratamiento.

- ♣ Importancia de cumplir con el tratamiento: La Tuberculosis puede causar la muerte si el tratamiento no se administra correctamente o si no se completa el mismo. Si los pacientes no toman todos sus medicamentos no se curarán pueden desarrollar tuberculosis resistente al tratamiento, esto puede llevar a la muerte. El éxito del tratamiento antituberculoso depende del cumplimiento estricto del mismo para garantizar la curación de la persona enferma. Es necesario que la familia brinde apoyo emocional al paciente y que no lo rechace para que éste se sienta motivado a empezar y dar continuidad al tratamiento que lo puede curar.
- ♣ Medidas de higiene personal del enfermo de tuberculosis que reducen la transmisión de la enfermedad. Las medidas higiénicas simples contribuyen a disminuir la transmisión bacilo en la comunidad. La persona enferma debe practicar las siguientes medidas:
 - Taparse la boca al toser, estornudar y hablar.
 - No escupir en el suelo.
 - Eliminar sus flemas en papel o bolsa para posteriormente quemarlas.
- ♣ Mantener limpia, ventilada e iluminada su vivienda, procurando la entrada de sol en los ambientes donde comparte con sus familiares o amigos (dormitorio, comedor, sala, etc.).
- ♣ Si tiene molestias o se pone amarillo llevar al paciente al Centro de Salud.
- ♣ Descanso: los enfermos con tuberculosis pulmonar presentan disnea al esfuerzo, incrementan su frecuencia respiratoria, motivo por el cual los periodos del descanso entre las actividades incrementan la tolerancia a la actividad y disminuye la disnea, mejorando la frecuencia respiratoria. Los pacientes con tuberculosis pulmonar deben mantener mayor descanso entre las actividades que realizan, durante la noche dormir entre 6 y 8 horas y disminuir las actividades que realizan

cotidianamente. De ser posible no trabajará los primeros meses de tratamiento.

- ♣ Alimentación: la nutrición de los enfermos con tuberculosis pulmonar se ve alterada, ya que la enfermedad es de curso prolongado. La tos y las respiraciones profundas incrementan la demanda de energía, disminuyendo la curva ponderal del enfermo; y en su mayoría los pacientes están desnutridos al inicio de la enfermedad. Es preciso por ello que en el hogar los pacientes cubran las necesidades básicas de ingestión de proteínas que se catalizan en energía la alimentación diaria en el desayuno, almuerzo y comida debe contener estos tres tipos de alimentos: los constructores que ayudan a construir tejidos y aportan masa muscular, en este grupo se encuentran el pollo, carne, queso, pescado, huevos, leche, quinua, etc., dentro del grupo de los energéticos se encuentran: la papa, camote, yuca, habas, harina, choclo, aceite, etc. que dan energía para realizar las actividades diarias, ayudan a mantener el peso y permiten el crecimiento y desarrollo; en el grupo de los reguladores que favorecen el funcionamiento del cuerpo, dan vitaminas y minerales tenemos las verduras y frutas.
- ♣ Se debe evitar el consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillos. Consumir alcohol o cigarrillos puede interferir negativamente con el tratamiento de la persona enferma de tuberculosis.
- ♣ Solear su ropa de cama.
- ♣ Importancia de la solidaridad de la familia y la comunidad con el enfermo de Tuberculosis La solidaridad hacia las personas enfermas de Tuberculosis es muy importante debido a que la persona enferma generalmente pierde autoestima, disminuyendo su valoración personal por el estado de salud que presenta y el aspecto físico disminuido.
- ♣ Es importante realizar grupos de autoayuda para intercambiar experiencias que ayuden a enfrentar los problemas del rechazo social y a elevar la autoestima de las personas con la enfermedad. El apoyo de la familia y la comunidad es el eje fundamental para motivar al paciente a tomar el tratamiento completo contra la Tuberculosis hasta su total restablecimiento.

- ♣ La familia debe motivar a la persona y colaborar con el paciente durante su tratamiento hasta terminar, de acuerdo a las indicaciones del personal de salud y realizando los controles médicos respectivos.

4.4. DIAGNOSTICO:

✚ **Signos y exámenes:** El examen de pulmón con el estetoscopio puede revelar crepitaciones (sonidos respiratorios inusuales). Se puede presentar agrandamiento o sensibilidad de los ganglios linfáticos en el cuello u otras áreas. Se puede detectar líquido alrededor del pulmón y se pueden presentar dedos hipocráticos en manos y pies. Los exámenes pueden ser:

- **Radiología (radiografía torácica):** la radiografía de tórax es el método más sensible para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar ya que certifica, con la Baciloscopía
- **Baciloscopía: la baciloscopía:** Es el diagnóstico seguro de tuberculosis, identificándose bacilos alcohol ácido resistentes (BAAR) a través del examen microscópico directo de la expectoración obtenidos por la mañana, después que se acumula el esputo por la noche, ya que éstos tienden a ser más voluminosos y están menos contaminados; mediante la baciloscopía se confirma con una especificidad del 100%.
- Prueba cutánea de tuberculina
- Broncoscopia
- Toracocentesis
- TC de tórax
- Prueba de sangre con interferón gamma, como la prueba QFT-Gold
- Biopsia del tejido afectado (poco común).

4.5. TRATAMIENTO:

El tratamiento de los enfermos de Tuberculosis es ambulatorio y supervisado por el personal de salud, asegurándose que el paciente ingiera los

medicamentos en una sola toma al día. Se aplican Esquemas de Tratamientos Antituberculosos Diferenciados, los cuáles son recomendados por la Organización Mundial de la Salud y cuentan con la aprobación de asesores nacionales e internacionales. Contando con los siguientes medicamentos.

4.5.1. RIFAMPICINA: Es bactericida según las concentraciones que alcance en su lugar de acción se absorbe rápidamente, alcanzando los máximos niveles en sangre a las 2- 4 horas. Los alimentos afectan tanto la rapidez como la extensión de la absorción. El fármaco se distribuye muy bien en la mayoría de los órganos y tejidos incluyendo los pulmonares, el hígado, el hueso, saliva y los fluidos peritoneal y pleural.

4.5.2. ETAMBUTOL: Las concentraciones séricas máximas se obtienen a las 2-4 horas. El fármaco se distribuye ampliamente por todo el organismo, encontrándose en altas concentraciones en los riñones, los pulmones y la saliva.

4.5.3. PIRAZINAMIDA: Las concentraciones plasmáticas máximas de su metabolismo principal alcanzan entre las 4 y 8 horas. El fármaco se distribuye ampliamente por todo el organismo y es capaz de atravesar las meninges inflamadas produciendo unos niveles en el líquido cefalorraquídeo suficientes como para destruir al M. tuberculosis.

4.5.4. ISONIACIDA: Se absorbe rápidamente, alcanzando los máximos niveles séricos 1-2 horas después. Los alimentos reducen tanto la rapidez como la cuantía de la absorción. La isoniacida se distribuye muy bien en todos los órganos y tejidos.

4.5.5. ESTREPTOMICINA: Se distribuye en plasma extracelular y en múltiples tejidos del organismo, exceptuando el cerebro; asimismo alcanza sólo concentraciones muy bajas en líquido cefalorraquídeo.

4.5.6. ESQUEMA SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS:
Se aplican los siguientes esquemas de tratamiento:

4.5.6.1. ESQUEMA UNO:

- ♣ Los medicamentos que se administran son: Rifampicina, Etambutol, Pirazinamida e Isoniacida.
- ♣ Duración: 6 meses
- ♣ El tratamiento está dividido en dos fases, la primera de dos meses, con administración diaria de las drogas antes mencionadas excepto los domingos y feriados y la segunda fase de 4 meses que se administra dos veces por semana solo con Rifampicina e Isoniacida.

Está indicado para:

- ♣ Todo paciente NUEVO con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y/o extrapulmonar con BK positivo o BK negativo (incluyendo a aquellos con cultivo BK positivo o negativo). –
- ♣ Todo paciente NUEVO con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y/o extrapulmonar con BK positivo o BK negativo (incluyendo a aquellos con cultivo BK positivo o negativo) asociado a infección VIH/SIDA.

4.5.6.2. ESQUEMA DOS:

- ♣ Para pacientes con Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar antes tratados (recaídas o abandonos recuperados) con BK o cultivo positivo. Los medicamentos que se administran son: Estreptomina, Rifampicina, Etambutol, Pirazinamida e Isoniacida.
- ♣ Duración: 8 meses.
- ♣ En la primera fase que es de 3 meses, el paciente recibirá todos los fármacos antes señalados de manera diaria a excepción de los domingos y feriados durante los primeros dos meses de tratamiento, al tercero se excluirá la Estreptomina, continuando con la segunda fase por espacio de 5 meses, dos veces por semana con Rifampicina, Isoniacida y Etambutol.

4.5.7. ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACION DEL TRATAMIENTO:

El personal de salud del establecimiento responsable de garantizar la correcta administración del tratamiento antituberculoso. El tratamiento es estrictamente supervisado y ambulatorio. El personal de enfermería se asegurará de que el paciente ingiera los medicamentos en una sola toma al día en todos los servicios de salud.

- ♣ Disponer de un ambiente con ventilación natural adecuada para la atención de los pacientes con tuberculosis.
- ♣ Contar con los libros de registro y seguimiento de pacientes, tarjetas de control de asistencia y administración de medicamentos.
- ♣ Capacitar al personal de salud a su cargo (profesional y técnico) en su correcta administración del tratamiento antituberculoso.
- ♣ Garantizar la administración supervisada en boca por el personal de enfermería de los servicios de salud.
- ♣ Monitoreo y evaluación del desarrollo de la actividad de tratamiento.
- ♣ Establecer normas elementales de higiene en el personal de salud: lavado de manos y uso del mandil.
- ♣ Disponer de un esquema de tratamiento completo para cada paciente, el mismo que deberá estar en la porta envases, para medicamentos.
- ♣ Administrar el tratamiento de acuerdo a la indicación.
- ♣ Utilizar la tarjeta de asistencia y administración de medicamentos para registrar los datos del paciente, la bacteriología inicial, el tipo de tuberculosis, el esquema de tratamiento indicando, la asistencia y oportunidad del paciente al tratamiento, los medicamentos administrados, los controles baciloscópicos, el peso, las citas y otros.
- ♣ Verificar las dosis a administrar de acuerdo al peso y edad del paciente.
- ♣ Todos los meses el paciente debe ser pesado como control de evolución.
- ♣ Para garantizar la conservación de los medicamentos, deberá tomarse en cuenta los siguientes:

- ♠ Supervisar al personal técnico y auxiliar de enfermería en la adecuada conservación de los medicamentos.
- ♠ A cada paciente se le asigna un porta envase de plástico, el mismo que contendrá los medicamentos de su esquema de tratamiento para tres meses, debiendo tomarse del únicamente los fármacos que se requieran cada vez que se administre el tratamiento.
- ♣ Respetar las indicaciones de conservación del medicamento que da el fabricante: protección de la luz solar y la humedad, evitar el exposición a calor excesivo.
- ♣ Manipulación correcta de los medicamentos de acuerdo a su presentación.
- ♣ Utilizar jeringas y agujas descartables.
- ♣ Registrar en forma diaria la concurrencia del paciente en la tarjeta de control de asistencia y administración de medicamentos.
- ♣ Solicitar mensualmente la baciloscopia de control.
- ♣ Una vez terminado el esquema de tratamiento indicado y con la administración de la última dosis del medicamento, se le pedirá al paciente una baciloscopia de control, la que de ser negativa permitirá dar de alta.¹¹

4.6. ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA TUBERCULOSIS PULMOMAR

Las actitudes forman parte de nuestra vida y de nuestro comportamiento. Poseemos múltiples actitudes (a favor o en contra del: aborto, del divorcio, de la pena muerte, de una determinada alternativa política, de la religión, de la donación de órganos...). Todas ellas son aprendidas y las adquirimos en el transcurso de nuestra interacción social.

¹¹ Larico Cruz Cindy, Conocimientos de las Medidas Preventivas y Actitudes en el Autocuidado de pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Los Libertadores. [Tesis Licenciatura]. Lima. Universidad Ricardo Palma Escuela de Enfermería padre Luis Tezza. Perú 2009.

Al ser aprendidas son susceptibles de modificación. Esto no significa que todas nuestras actitudes se modifican, ya que muchas de ellas son bastantes estables y van a mantenerse, o a experimentar pequeños cambios, a lo largo de nuestra existencia, pero otras van a variar.

Los profesionales de salud continuamente están intentando o bien modificar actitudes o fomentar la adquisición de aquellas que benefician la salud. Conocer sus actitudes, las de los pacientes y las familias que van a atender, y las variables.¹²

4.6.1. Componente cognitivo: Creencias y conocimientos

Está formado por las percepciones y creencias hacia una actitud, así como por la información que tenemos sobre una actitud. Los objetos no conocidos o sobre los que no se pose información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con la actitud tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.

4.6.2. Componente afectivo: Sentimientos y emociones

Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones -que se caracterizan por su componente cognoscitivo.

4.6.3. Componente conductual: Experiencias en comportamientos anteriores.

Es la tendencia a reaccionar hacia las actitudes de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta y las variables que están interviniendo girará nuestra investigación.

Cada uno de estos componentes pueden constituir la estructura que da origen a una determinada actitud, favorable o desfavorable, hacia un objeto.¹³

¹² M. Ortego; S. López; M. Álvarez, Ciencias Psicosociales I. Universidad de Cantabria. [Internet].2010. [acceso 14 marzo 2015].

¹³ Psicología UNED. Psicología Social. Capítulo 5:Actitudes. [Internet].2009. [acceso 23 de diciembre 2014].

4.6.4. Clasificación de la actitud:

4.6.4.1. Aceptación: Consiste en “estar de acuerdo” con lo que se realiza, es decir, el sujeto muestra cierta tendencia de acercamiento hacia la actitud; generalmente está unido con los sentimientos de apoyo, estimulación, ayuda y comprensión, lo cual predispone a la comunicación y la interacción humana.

4.6.4.2. Indiferencia: Es un sentimiento de apatía, el sujeto no muestra aceptación ni rechazo a la actitud, prevalece el desinterés, la rutina y en muchos casos el aburrimiento.

4.6.4.3. 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.

4.7. ESCALA TIPO LIKERT

4.7.1. Categorización de la Escala Tipo Likert:

Es un tipo de instrumento de medición o de recolección de datos que se dispone en la investigación social para medir actitudes. Consiste en un conjunto de ítems bajo la forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se solicita la reacción (favorable o desfavorable, positiva o negativa) de los individuos.

4.7.2. Alternativas o Puntos Tipo Likert:

Dentro de los aspectos constitutivos de la escala tipo Likert, es importante resaltar las alternativas o puntos, que corresponden a las opciones de respuesta de acuerdo al instrumento seleccionado. A continuación las alternativas y valores más usados:

- **Alternativas:**

- ♠ 5 Totalmente de Acuerdo
- ♠ 4 De Acuerdo.
- ♠ 3 Indeciso
- ♠ 2 Desacuerdo
- ♠ 1 Totalmente Desacuerdo.

4.7.3.Puntaje:

Los puntajes son los valores que se les asignan a los indicadores constitutivos como opciones de respuesta. Para obtener las puntuaciones en la escala de Likert, se suman los valores obtenidos respecto de cada fase. Cada ítem tendrá un puntaje del 1 al 5, al final estos puntajes se sumaran dando como resultado la siguiente clasificación:

4.7.3.1. Aceptación: Consiste en “estar de acuerdo” con lo que se realiza, es decir, el sujeto muestra cierta tendencia de acercamiento hacia la actitud; generalmente está unido con los sentimientos de apoyo, estimulación, ayuda y comprensión, lo cual predispone a la comunicación y la interacción humana, que se le dará una puntuación de 5 y 4. Que sumado obtendremos un puntaje de 268 a 335 respectivamente.

4.7.3.2. Indiferencia: Es un sentimiento de apatía, el sujeto no muestra aceptación ni rechazo a la actitud, prevalece el desinterés, la rutina y en muchos casos el aburrimiento. Se le dará una puntuación de 3, que sumado obtendremos un puntaje de 201.

4.7.3.3. 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. Se le dará una puntuación de 1y 2, que sumado obtendremos un puntaje de 67 a 134.

4.7.4. ¿Que mide la escala de Likert?

Es un tipo de escala que mide actitudes, es decir, que se emplea para medir el grado en que se da una actitud o disposición de los encuestados sujetos o individuos en los contextos sociales particulares. El objetivo es agrupar numéricamente los datos que se expresen en forma verbal, para poder luego operar con ellos, como si se tratará de datos cuantitativos para poder analizarlos correctamente.

Medir es el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos, mediante la clasificación y/o cuantificación, un instrumento de medición debe cubrir los requisitos de confiabilidad y validez.

Métodos de validez y confiabilidad para un instrumento de recolección de datos incluye caso del escalamiento tipo Rensis Likert.

4.7.4.1. Construcción de la Escala de Likert

La elección de un instrumento de recolección de datos debe estar asociada a la evaluación de las características de la investigación en desarrollo para que sea cónsona con su tipo y los propósitos planteados.

Los cuestionarios tipo escala de Likert han demostrado un reconocido rendimiento en investigaciones sociales en lo que se refiere a la medición de actitudes. Tomando en cuenta que la actitud por su naturaleza subjetiva no es susceptible de observación directa, ha de inferirse de la conducta manifiesta, en este caso, a través de la expresión verbal de los sujetos de investigación.

Fernández de Pinedo (2005) sostiene que una actitud “es una disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones”.

En la escala de Likert la medición se realiza a través de un conjunto organizado de ítemes, llamados también sentencias, juicios o reactivos, relacionados con la variable que hay que medir, y frente a los cuales los sujetos de investigación deben reaccionar, en diferentes grados según las alternativas expuestas en un continuo de aprobación desaprobación.

Los ítemes del instrumento de investigación deben caracterizarse por su validez y confiabilidad, por lo tanto para su elaboración y concreción definitiva deben pasar por un estricto proceso de depuración.

Lo primero que debe hacer el investigador, después de haber elegido el diseño de investigación y la idoneidad de la escala de Likert para su investigación, es la operacionalización de la variable o variables de la investigación, la que consiste en el pasaje de las dimensiones a los indicadores. En este proceso, se hace la definición nominal de la variable, la definición conceptual, la definición real y la definición operacional.

Las dimensiones de la variable forman parte de la descomposición teórica del concepto, mientras que los indicadores surgen de un nuevo ejercicio de descomposición de la variable, deben ser en lo posible observables, identificables, concretos y específicos ya que a partir de allí se redactan los ítemes o reactivos del instrumento.

Los indicadores vienen a desempeñar el papel de las preguntas concretas del instrumento.

La escala de Likert es una escala ordinal y como tal no mide en cuánto es más favorable o desfavorable una actitud, es decir que si una persona obtiene una puntuación de 60 puntos en una escala, no significa esto que su actitud hacia el fenómeno medido sea doble que la de otro individuo que obtenga 30 puntos, pero sí nos informa que el que obtiene 60 puntos tiene una actitud más favorable que el que tiene 30, de la misma forma que 40°C no son el doble de 20°C pero sí indican una temperatura más alta.

A pesar de esta limitación, la escala Likert tiene la ventaja de que es fácil de construir y de aplicar, y, además, proporciona una buena base para una primera ordenación de los individuos en la característica que se mide.¹⁴

¹⁴Néstor Malavé. Trabajo modelo para enfoques de investigación acción participativa programas nacionales de formación. Escala tipo likert. Universidad Politécnica Experimental de Paria. [Internet].2007. [acceso 04 de abril 2015].

5. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio de investigación fue de tipo descriptivo ya que permitió medir, los aspectos del fenómeno a investigar, con la finalidad de obtener información sobre el conocimiento, actitudes y prácticas del personal de salud del MSP en las diversas áreas en relación a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en la ciudad de Loja.

ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en las diferentes áreas de salud de la ciudad de Loja como son: Centro de Salud N°1, Chontacruz, Miraflores, Obrapia, Tierras Coloradas, Hugo González (CS N°2), Daniel Álvarez, Héroes del Cenepa, La Pradera, Zamora Huayco, Centro de Salud N°3, Belén, Conzacola, Motupe, San Cayetano y Carigan.

UNIVERSO

El universo del estudio constituyeron 154 personas que laboran en las diversas áreas de salud de la ciudad de Loja.

MUESTRA

Para este estudio de investigación se tomó en cuenta el siguiente personal de salud

Médicos = 49

Enfermeras = 23

Laboratorista = 3

Por ende nuestra muestra fue de 67 personas a las cuales se les aplicó el instrumento.

INSTRUMENTO Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Para obtener la información requerida se utilizó como técnica un cuestionario diseñado donde se obtuvo la información para la investigación, basada en la escala de Likert

Alternativas de respuestas:

- ♠ Totalmente de acuerdo (T.D.) = 5
- ♠ De acuerdo (D.A) =4
- ♠ Indeciso (I) =3
- ♠ Desacuerdo (D)= 2
- ♠ Totalmente desacuerdo (T.D) =1

Con los puntajes obtenidos se clasificó la reacción del personal objeto de estudio como:

Aceptación: Consiste en “estar de acuerdo” con lo que se realiza, es decir, el sujeto muestra cierta tendencia de acercamiento hacia la actitud; generalmente está unido con los sentimientos de apoyo, estimulación, ayuda y comprensión, lo cual predispone a la comunicación y la interacción humana, que se le proporcionó una puntuación de 5 y 4.

Indiferencia: Es un sentimiento de apatía, el sujeto no muestra aceptación ni rechazo a la actitud, prevalece el desinterés, la rutina y en muchos casos el aburrimiento. Se le dio una puntuación de 3.

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. Se le proporciono una puntuación de 1 y 2.

Es un tipo de instrumento de medición o de recolección de datos que se dispone en la investigación social para medir actitudes. Consiste en un conjunto de ítems bajo la forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se solicita la reacción (favorable o desfavorable, positiva o negativa) de los individuos.

6. RESULTADOS

TABLA N° 1
EDAD DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSP DE LA
CIUDAD DE LOJA

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
22-29 años	19	28,36%
30-39 años	13	19,40%
40-49 años	22	32,84%

50-59 años	10	14,93%
Más de 60 años	3	4,48%
TOTAL	67	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: César Cajamarca

El rango de edad del personal de salud está entre 40-50 años; y en menor porcentaje tienen más de 60 años, caracterizándose por ser una población activa.

TABLA N° 2
SEXO DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSP DE LA
CIUDAD DE LOJA

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	30	44,78%
Femenino	37	55,22%
TOTAL	67	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: César Cajamarca

En el grupo de profesionales que laboran en los centros de salud de la ciudad de Loja, se evidenció que predomina el sexo femenino.

TABLA N° 3
AÑOS DE SERVICIO DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSP DE
LA CIUDAD DE LOJA

AÑOS DE SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6-11 meses	5	7,46%
1-4 años	12	17,91%

5-8 años	7	10,45%
9-12 años	5	7,46%
13-16 años	7	10,45%
17-20 años	10	14,93%
+ de 20 años	21	31,34%
TOTAL	67	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: César Cajamarca

El personal tiene un tiempo de servicio de más de 20 años. La experiencia laboral cumple un papel importante para, la prevención y promoción de la salud.

TABLA N° 4
ACTITUDES RELACIONADO A LA PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS
PULMONAR EN EL PERSONAL DE SALUD DEL MSP DE LA CIUDAD DE
LOJA

Indicadores	Clasificación de las Actitudes			
	Aceptación	Indiferencia	Rechazo	Total
Comodidad frente al paciente	74.6%	20.9%	4.5%	100.0%
Es necesario informar a los pacientes sobre cómo	100%			100.0%

protegerse				
Seguimiento en el domicilio	100%			100%
Para protegerme de un contagio es innecesario cierta distancia con el paciente	45.4%	25.4%	28.4%	100%
Importancia vacuna BCG	100%			100%
Considera importante el dialogo y orientación con el paciente	100%			100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: César Elías Cajamarca Viñan

El personal de salud mostro cierta tendencia de acercamiento hacia la actitud de aceptación frente a las medidas de prevención, donde se destaca lo necesario que es brindar información, seguimiento domiciliario y la importancia del diálogo y orientación en pacientes con diagnóstico de tuberculosis como medidas preventivas.

TABLA N° 5
ACTITUDES RELACIONADO AL DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL PERSONAL DE SALUD DEL MSP DE LA CIUDAD DE LOJA

Indicadores	Clasificación de las Actitudes			
	Aceptación	Indiferencia	Rechazo	Total
Orientación sobre las formas de contagio	100%			100.0%
Incomodidad al dejar la muestra de esputo en el puesto de salud	28.4%		71.6%	100.0%
Identificación de asintomáticos	100%			100%

respiratorios				
Participación en la recolección de muestras de esputo	82.1%		17.9%	100%
Detección rápida, precoz y oportuna de la Tb	100%			100%
Incomodidad realizar prueba de baciloscopia	20.9%	7.5%	71.6%	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: César Elías Cajamarca Viñan

Para lograr un buen diagnóstico es necesario la detección rápida, precoz y oportuna de la tuberculosis pulmonar estando todo el personal de salud de acuerdo, así como también la identificación de sintomáticos respiratorios y la orientación sobre las formas de contagio. De la misma manera se identificó que no hay incomodidad en ciertos de ellos en cuanto al recolectar y dejar la muestra de esputo y realizar la prueba de Baciloscopía, lo que genera una actitud de aceptación para lograr la veracidad del diagnóstico.

TABLA N° 6
ACTITUDES RELACIONADO AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL PERSONAL DE SALUD DEL MSP DE LA CIUDAD DE LOJA

Indicadores	Clasificación de las Actitudes			
	Aceptación	Indiferencia	Rechazo	Total
Participa en la administración de medicamentos	70.2%		29.9%	100.0%
Se interesa por orientar sobre cuidados en la administración de medicamentos	100%			100.0%

Considera que el fracaso en el tratamiento se debe en parte a errores de supervisión	61.2%		38.4%	100%
---	-------	--	-------	------

Fuente: Encuesta

Elaborado por: César Elías Cajamarca Viñan

Con los datos adquiridos se pudo evaluar que existe buena orientación, cuidados y participación en la administración de medicamentos en el tratamiento, por lo que se determinó una actitud de aceptación, ya que el personal de salud es responsable de garantizar la correcta administración del mismo. Al ser encuestados sobre si considera que los fracasos en el tratamiento de la tuberculosis de debe en parte a errores de supervisión, se evidenció una actitud de aceptación en la mayoría de ellos ya que están totalmente de acuerdo.

7. DISCUSIÓN

La tuberculosis es una de las enfermedades infectocontagiosas de mayor incidencia en la población mundial y un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo. Aunque la implementación de programas como la estrategia DOTS (Tratamiento Acordado Estrictamente Supervisado) si bien han disminuido la incidencia y han mejorado el manejo de esta enfermedad no ha podido cumplir su propósito. Los profesionales de salud continuamente están intentando o bien modificar actitudes o fomentar la adquisición de aquellas que benefician la salud. Conocer sus actitudes, las de los pacientes y las familias que van a atender, y las variables.

La actitud viene a ser la predisposición organizada para pensar, predecir, sentir y comportarse ante una situación en forma de rechazo, aceptación, o indiferencia. Además la actitud proviene esencialmente de la información que llevamos grabada en nuestra mente. De ahí que nuestra actitud cambiara si también lo hacen nuestras opiniones y nuestras creencias. Por tal motivo el personal de salud debe demostrarse altamente capacitado, adoptando una actitud afectiva y positiva al atender aquellas personas con tuberculosis.¹⁵

Dentro de los datos demográficos podemos señalar que el rango de edad va desde los 40-50 años contando con un porcentaje de 32.84 % y en menor porcentaje el de más de 60 años que cuenta con un 4.48%. En lo referente al sexo se pudo conocer que el sexo que predomina en el personal de salud que labora en las diferentes centros de salud de la ciudad de Loja, es el femenino contando con un 55.22% en tanto que el sexo masculino se encuentra con el 44.78%. Se evidencio que el 31,34% cuentan con un tiempo de servicio de más de 20 años, con iguales resultados entre 1 a 4 años y 6 a 12 meses los mismos que cuentan con el mismo porcentaje de 7.46.

Lo que tiene relación con el estudio realizado de Actitudes sobre tuberculosis en personal médico de Veracruz, México donde los resultados mencionan que la edad fue de 48 años (con rango de 28-68 años); 44% fueron mujeres. Por antigüedad laboral, el grupo más numeroso (43%) fue el de 11-20 años de servicio.¹⁶

Con los datos obtenidos en la tabla N° 4. Manifiestan lo necesario que es brindar información a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis sobre cómo protegerse con un 89.6%; y el seguimiento domiciliario en pacientes con diagnóstico de tuberculosis con un 82.1%, por lo que se demostró una actitud de aceptación. El seguimiento domiciliario consiste en acudir al domicilio de la persona con Tuberculosis con la finalidad educar a la persona con tuberculosis y familia incorporándolos activamente en la recuperación de la persona con

¹⁵ Charles g. M. psicología. Décima edición. México. Editorial Pearson Educación. 2001.

¹⁶Aguilar.M; Corté.C; Zenteno. R .Conocimiento y actitudes sobre tuberculosis en personal médico de Veracruz, México. Artículo Original. [Internet].2013. vol. 11. [acceso 13 noviembre 2014].

tuberculosis e identificar problemas de salud y factores condicionantes, para brindar apoyo educativo en busca de solución. Estas actitudes permite disminuir el impacto emocional por parte de los pacientes cuando son informados adecuadamente; estos sentimientos asociados que generalmente son de temor, angustia y depresión son enfrentados de mejor manera frente a una actitud de aceptación por parte del personal de enfermería facilitando su adherencia al tratamiento de tuberculosis y por ende su recuperación.

La que tiene correlación con la investigación desarrollada en Chiclayo – Perú en relación entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis en el profesional de enfermería en el mismo se identificó la actitud en su componente afectiva respondió a una actitud favorable con mayor porcentaje como: seguimiento oportuno un 82.5%, es importante informar a la familia directa 90%, es conveniente brindar información sobre su enfermedad un 95%.

17

Con los datos obtenidos en la tabla N° 5 Referente a la comodidad de estar frente al paciente sin miedo al contagio, se evidencio que no existe temor alguno en la atención del paciente por lo que se concluye una actitud de aceptación, conociendo que la tuberculosis es una enfermedad contagiosa, que ocasiona a las personas un deterioro en su salud y con frecuencia termina en la muerte por una enfermedad aguda y/o concomitante y en la etapa final las consecuencias de estas incrementan las complicaciones crónicas debilitantes. El personal de salud debe ser adecuadamente capacitado y fortalecidos para apoyar a los pacientes durante todo el proceso de esta enfermedad y sus intervenciones contribuyan a proporcionar los cuidados con calidad, los que probablemente influyan en la obtención de resultados más positivos en los pacientes.

Según estudio publicado en mayo del 2013, sobre Conocimiento y Actitud del personal de salud para el manejo del paciente con tuberculosis en el estado de Oaxaca (México), por Orozco-Pineda en donde se encuestaron 40 enfermeras.

¹⁷ Montalvo Mera S. Relación entre el Nivel de Conocimientos y Actitudes sobre la Tuberculosis en EL Profesional de Enfermería. Red Chiclayo 2013. [Tesis licenciatura]. Chiclayo:Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2014. [acceso 17 de noviembre 2014].

Al evaluar la actitud del personal, el primer nivel de atención presento un 57% de negatividad. La actitud al finalizar de acuerdo a la antigüedad laboral fue mayor en los que tienen menos de 5 años con 32%, los que tienen entre 6 y 10 años de 17.5%.¹⁸

En Colombia (Bogotá) se realizó en junio del 2010 el siguiente estudio Creencias y Actitudes en relación a la TB en trabajadores de la salud, por García, C. para llevarse a cabo dicho estudio se tomó una muestra de 202 trabajadores de salud. A la pregunta ¿usted tendría contacto con un paciente que tiene tuberculosis? Se encontró que 50% de los trabajadores refirió que definitivamente si tendría contacto, el 27,8% probablemente sí, 16,3% estaría indeciso o probablemente no entraría en contacto con un paciente con TB y finalmente 5,9% manifestó no saber o no responder (NR). En relación a la pregunta, ¿se sentiría bien al atender un paciente con TB? 48,5% de los entrevistados manifestó que definitivamente sí, 18,8% probablemente sí, el 23,7% refirió indecisión o respondió de forma negativa y el 9,0% refirió no saber o no responder.¹⁹

El presente estudio tiene resultados similares, ya que se encontró que 30% (20) de los encuestados creen innecesario cierta distancia con el paciente como protección de un posible contagio por lo que se evidencia una actitud de aceptación, mientras que el 28% (19) considera necesaria cierta distancia con el paciente por lo que se refleja una actitud de rechazo.

Concerniente a las actitudes del personal de salud se afirmó que para lograr un buen diagnóstico es necesario la detección rápida, precoz y oportuna de la tuberculosis pulmonar estando todos totalmente de acuerdo con un 100%, así como también la identificación de sintomáticos respiratorios 73.1% y la

¹⁸Orozco-Pineda M, Ruíz-Dávila E. Conocimiento y actitud del personal de salud para el manejo del paciente con tuberculosis en el estado de Oaxaca. *Avan C Salud Med* 2013; 1(2):52-61.

¹⁹García ,C. Pedraza , L. Cruz ,O . Muñoz , A .Creencias y actitudes del personal de salud frente a la tuberculosis en una localidad, Bogotá. *Revista de la Universidad Industrial de Santander.Salud.* [revista en internet]. 2010. [acceso 12 de diciembre 2014].

orientación sobre las formas de contagio con un 74.6%, Todas estas situaciones nos indican que para lograr un efecto positivo en la oportunidad del diagnóstico de la tuberculosis se requiere mejorar la formación del personal de salud y ofrecer mayor información a la población, a fin de promover la detección temprana y romper con los estereotipos y el estigma social del enfermo y enfermedad. Se realiza permanentemente a través del examen inmediato de las personas identificadas con síntomas respiratorios (tos y flema) por más de 15 días, que por cualquier causa acuden buscando atención en los servicios generales de salud. También hace referencia que la herramienta fundamental para el diagnóstico de casos es la bacteriología (baciloscopía y cultivo) por su alta especificidad sensibilidad y valor predictivo.

Al respecto, podemos indicar que los resultados son similares a los obtenidos en la investigación desarrollada en Lima – Perú en Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la ESN-PCT - C.S San Luis, en el cual los aspectos que aceptan están dados por que un 100% (32) expresan que es necesaria la detección rápida de la enfermedad, y 94% expresa que es importante la orientación a las familias.²⁰

Con los datos adquiridos en esta investigación se determinó la actitud de aceptación, donde se pudo evaluar que existe buena orientación sobre los cuidados en la administración de medicamentos con 56.7%, y la participación en la administración de medicamentos en el tratamiento se evidencio con un 52%, ya que el personal de salud es responsable de garantizar la correcta administración del mismo. Al ser encuestados sobre si considera que los fracasos en el tratamiento de la tuberculosis de debe en parte a errores de supervisión, se evidenció una actitud de aceptación en la mayoría de ellos ya que están totalmente de acuerdo.

²⁰ Collazos Flores C. Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la ESN-PCT – C.S San Luis – 2012. [Tesis licenciatura]. San Luis: Universidad Mayor de San Marcos. Lima – Perú 2012. [acceso 12 de diciembre 2014].

Los datos corroboran con la investigación realizada en Tarapoto – Perú “Relación entre Nivel de Conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y Actitud hacia el Tratamiento - Usuario Estrategia Sanitaria Control, muestran la actitud del usuario hacia el tratamiento farmacológico de la tuberculosis pulmonar según las dimensiones: donde se obtuvieron que en la actitud hacia el tratamiento farmacológico se encontró un tipo de actitud de aceptación con un 83.3% y un 2% de rechazo, luego se obtuvo resultados sobre actitud sobre los cuidados en el hogar sobre tuberculosis pulmonar donde se encontró un tipo de actitud de aceptación con un 17% y un 535% del tipo de indiferencia, también se obtuvo resultados sobre actitud hacia las medidas preventivas sobre tuberculosis pulmonar donde se encontró un 92% del tipo de actitud de aceptación, y 0% de rechazo.

Se manifiesta que el profesional de salud debe tener una actitud favorable hacia todos sus pacientes, de manera que la atención desde el primer día sea con calidad y calidez. Esto permitirá establecer una relación adecuada con el paciente, brindarle confianza, darle oportunidad de escuchar sus preocupaciones, miedos, y sobre todo hacerle saber que toda su información personal será de alta confidencialidad evitando toda crítica. Ello permitirá crear un clima de confianza en el servicio sumado a la adecuada información que reciba tendrá la suficiente fuerza para creer en su recuperación, encontrando razones evidentes para volver a sus citas y continuar con su tratamiento. Por ello la atención de enfermería se enfatiza en la educación, control del tratamiento y seguimiento de la persona con tuberculosis y sus contactos, con la finalidad de contribuir a la disminución de multidrogo resistente.

8. CONCLUSIONES

Al término de la investigación se concluye que:

- Las actitudes fueron favorables en cuanto a las medidas preventivas del personal de salud sobre la Tb en: comodidad frente al paciente, información sobre cómo protegerse, seguimiento en el domicilio, orientación y dialogo, teniendo en cuenta que estas tienen como finalidad evitar la expansión de la tuberculosis y en caso que esta se produzca, tomar medidas para evitar el paso de infección a enfermedad. Sin embargo en este estudio realizado se encontró que hay opiniones dispersas en lo que corresponde a que no debe haber distancia con el paciente con tuberculosis, sino se deben tomar medidas higiénicas

básicas, mientras que otros manifestaron que una medida de prevención es tener cierta distancia con el paciente.

- La medida preventiva más eficaz es evitar el contagio y para lograr un buen diagnóstico es necesario la detección rápida, precoz y oportuna de la Tb, así como también la identificación de sintomáticos respiratorios y la orientación sobre las formas de contagio, en este estudio realizado se encontró aceptación al diagnóstico sobre tuberculosis, actitud que refleja que el personal adquiera estrategias epidemiológicas más efectivas para el control de la Tb ya que el tiempo de diagnóstico inciden dos factores fundamentales. El primero está asociado con el paciente y corresponde al intervalo de tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la consulta a un servicio de salud; mientras, el segundo está relacionado con el sistema de atención sanitaria y es el tiempo transcurrido entre la fecha de la consulta al servicio de salud y el inicio del tratamiento antituberculoso.

- Los resultados en esta investigación son actitudes favorables del personal que participa directamente en el cuidado, orientación y administración de los medicamentos en el tratamiento de la Tb, el personal de salud es responsable de garantizar la correcta administración del mismo, la aplicación del tratamiento es supervisada estrictamente, actitud que favorece a prevenir el abandono y la resistencia del tratamiento, asegurando así la curación de los enfermos.

9. RECOMENDACIONES

- Pese haber encontrado resultados favorables en la investigación, el personal de salud debe participar de forma continua en programas de capacitación relacionados a la Tb, de igual manera ser educados frecuentemente no solo en mejorar el conocimiento sino en actitudes propicias en los aspectos bioéticos entorno a valores y respeto a la persona y familia afectada por la Tb, con fines de disminuir la incidencia. Aunque exista un programa de tuberculosis, aún está presente en nuestro medio sobre todo en zonas de bajos recursos y que es necesario aplicar medidas de promoción y prevención ya que esta es una enfermedad que no está erradicada por completo dado sus factores de riesgo. También se resalta como necesaria una revisión de la Guía

de Atención de Tb, de manera que esta se pueda ajustar a las necesidades de quienes la usan en los programas de Tb.

- El estudio aporta información valiosa sobre las actitudes del personal de salud del Ministerio de Salud Pública de la Ciudad de Loja, que permitirá contribuir en la construcción de estrategias de intervención que posibiliten el fortalecimiento del programa de control de Tb con enfoque cultural y local.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar.M; Corté.C; Zenteno. R .Conocimiento y actitudes sobre tuberculosis en personal médico de Veracruz, México. Artículo Original. [Internet].2013. vol. 11. [acceso 13 noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v11n2/v11n2a02.pdf>
2. Bermeo Amable F., González M. Max., Arciniega G. Estrellita, Barba Fabiola, Briceño Mirtha, Sigüenza Ruth et al. Conversión bacteriológica asociada a co-morbilidad, prestación de servicios y actitud de pacientes, en casos nuevos de Tuberculosis Pulmonar BK+. Zona 7. Ecuador. [Internet]. 2013-2014. [acceso 12 de enero2015]. Disponible en: http://unl.edu.ec/sites/default/files/investigacion/revistas/2014-6/8_proyecto_investigacion_-_17_c3.pdf
3. Carvajal-Barona R, Varela-Arévalo MT, Hoyos PA, Angulo-Valencia ES, Duarte C. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la tuberculosis en trabajadores del sector salud en municipios prioritarios de la costa

pacífica Colombiana. Rev Cienc Salud. [artículo internet]. 2014; 12(3): 339-52. [acceso 15 de agosto]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169272732014000300005&lang=pt

4. Collazos Flores C. Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la ESN-PCT – C.S San Luis – 2012. [Tesis licenciatura]. San Luis: Universidad Mayor de San Marcos. Lima – Perú 2012. [acceso 12 de diciembre 2014]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1048/1/Collazos_fc.pdf
5. Charles g. M. psicología. Décima edición. México. Editorial Pearson Educación. 2001.
6. Diagnóstico y Tratamiento de Casos Nuevos de Tuberculosis Pulmonar. Guía de Práctica Clínica.[internet]. [15 de Noviembre] ;11. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/070_GPC_CasosnvosTBP/Tuberculosis_casos_nuevos_ER_CENETEC.pdf
7. Garcia ,C. Pedraza , L. Cruz ,O . Munoz , A .Creencias y actitudes del personal de salud frente a la tuberculosis en una localidad, Bogotá. Revista de la Universidad Industrial de Santander.Salud. [revista en internet]. 2010. [acceso 12 de diciembre 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072011000100009
8. Espinoza Griselda K. , Córdova Arancibia Hebe y Cortez Romero Virginia Victoria, Tuberculosis extremadamente drogo resistente una amenaza permanente. Ciencia médica [Revista en internet]. 2009. [acceso 15 de agosto 2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S181774332009000100010&script=sci_arttext
9. Larico Cruz Cindy, Conocimientos de las Medidas Preventivas y Actitudes en el Autocuidado de pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Los Libertadores. [Tesis Licenciatura].Lima. Universidad Ricardo Palma Escuela de Enfermería padre Luis Tezza.

Perú 2009. Disponible en:
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/260/1/Larico_cm.pdf

10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Jornada científica en conmemoración al día mundial de la Tuberculosis. [Internet]. marzo 2013. [acceso 10 de diciembre]. Disponible en:
<http://www.salud.gob.ec/tag/dia-mundial-de-la-tuberculosis/>
11. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Guía de prácticas clínicas en el SNS. [Internet]. 2010. [acceso 18 enero 2015]. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_473_Tuberculosis_AIAQS_compl.pdf
12. M. Ortego; S. López; M. Álvarez, Ciencias Psicosociales I. Universidad de Cantabria. [Internet]. 2010. [acceso 14 marzo 2015]. Disponible en:
http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_04.pdf
13. Montalvo Mera S. Relación entre el Nivel de Conocimientos y Actitudes sobre la Tuberculosis en EL Profesional de Enfermería. Red Chiclayo 2013. [Tesis licenciatura]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2014. [acceso 17 de noviembre 2014]. Disponible en:
http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/290/1/TL_Montalvo_Mera_SharonCatherine.pdf
14. Néstor Malavé. Trabajo modelo para enfoques de investigación acción participativa programas nacionales de formación. Escala tipo likert. Universidad Politécnica Experimental de Paria. [Internet]. 2007. [acceso 04 de abril 2015]. Disponible en:
<http://uptparia.edu.ve/documentos/F%C3%ADsico%20de%20Escala%20Likert.pdf>
15. OPS/OMS insta a los países de las Américas a fortalecer la detección y el tratamiento de la tuberculosis para poner fin a la epidemia. Oficina Regional para las Américas. [Internet]. 2013. [acceso 28 de noviembre 2014]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id

=10607%3A2015-pahowho-urges-better-detection-and-treatment-of-tb&Itemid=1926&lang=es

16. Organización Mundial de la Salud, tuberculosis, Nota descriptiva N°104. [internet]. Marzo 2015. [acceso 15 de agosto]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>

17. Organización Panamericana de Salud. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis en las Américas. [Internet]. 2014. [acceso 05 de noviembre 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24337&Itemid

18. Orozco-Pineda M, Ruíz-Dávila E. Conocimiento y actitud del personal de salud para el manejo del paciente con tuberculosis en el estado de Oaxaca. *Avan C Salud Med* 2013; 1(2):52-61. Disponible en [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/DialnetConocimientosActitudesYPracticasSobreTuberculosisE-4414870%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/DialnetConocimientosActitudesYPracticasSobreTuberculosisE-4414870%20(1).pdf).

19. Psicología UNED. Psicología Social. Capítulo 5: Actitudes. [Internet]. 2009. [acceso 23 de diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.psicocode.com/resumenes/TEMA5SOCIAL.pdf>

11. ANEXOS

ESCALA LIKERT

ITEMS

- ♠ Totalmente de acuerdo (T.D.) = 5
- ♠ De acuerdo (D.A) =4
- ♠ Indeciso (I) =3
- ♠ Desacuerdo (D)= 2
- ♠ Totalmente desacuerdo (T.D) =1

CUESTIONARIO

Proposiciones	Totalmente de acuerdo (T.D)	De acuerdo (D.A)	Indeciso (I)	Desacuerdo (D)	Totalmente en desacuerdo (T.D)
----------------------	------------------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------	---------------------------------------

Me incomoda estar frente al paciente porque puedo contagiarme.					
Es necesario informar a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis sobre cómo protegerse					
Averigua Usted en el paciente con tuberculosis Pulmonar de las personas que viven con él, en el domicilio y se preocupa por su seguimiento.					
Para protegerme de un contagio es innecesario cierta distancia con el paciente.					
Orienta a los pacientes sobre la importancia de la vacuna BCG, como protección a las formas graves de tuberculosis pulmonar.					
Le motiva a brindar información sobre la tuberculosis pulmonar como proceso de orientación y diálogo con la paciente.					
Considera importante orientar as familiares sobre las formas de contagio de la Tuberculosis Pulmonar					
Es incómodo que el paciente con Tuberculosis deje su muestra de esputo en el puesto de salud.					
Se preocupa por identificar asintomáticos respiratorios en el departamento que Usted labora					
Participa Usted en la recolección de muestras en pacientes asintomáticos respiratorios.					
Es necesario la detección rápida, precoz y oportuna de la Tuberculosis Pulmonar.					
Resulta incómodo realizar una prueba de Baciloscopia					
Participa en la administración de los medicamentos de los pacientes que acuden al servicio de salud para recibir el tratamiento.					
Se interesa por conocer y orientar sobre los cuidados a tomarse en cuenta en la administración de medicamentos en el					

tratamiento.					
Considera que los fracasos en el tratamiento de tuberculosis se deben en parte a errores de supervisión.					

Contenido

CERTIFICACIÓN	II
AUTORÍA	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN	IV
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
SUMMARY	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN LITERARIA	6
4.1. ANTECEDENTES	6
4.1.1. REALIDAD DE LA TUBERCULOSIS	6
4.1.2. Situación de la tuberculosis en las Américas	8
4.2. TUBERCULOSIS PULMONAR	9
4.2.1. Definición	9

4.2.2.	Etiología	9
4.2.3.	Transmisión	10
4.2.4.	Factores de Riesgo.....	10
4.3.	PREVENCION DE LA TUBERCULOSIS.....	11
4.3.1.	Vacunación BCG:.....	11
4.3.2.	Control de Contactos:.....	12
4.3.3.	Quimioprofilaxis:	12
4.3.4.	Educación para la Salud.....	12
4.3.5.	Principales medidas preventivas contra la tuberculosis en la comunidad	12
4.3.6.	Cuidados del paciente con tuberculosis	14
4.4.	DIAGNOSTICO:.....	17
4.5.	TRATAMIENTO:.....	17
4.5.1.	RIFAMPICINA:	18
4.5.2.	ETAMBUTOL:.....	18
4.5.3.	PIRAZINAMIDA:	18
4.5.4.	ISONIACIDA:.....	18
4.5.5.	ESTREPTOMICINA:	18
4.5.6.	ESQUEMA SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS:	18
4.5.6.1.	ESQUEMA UNO:.....	19
4.5.6.2.	ESQUEMA DOS:.....	19
4.5.7.	ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACION DEL TRATAMIENTO:	20
4.6.	ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA TUBERCULOSIS PULMOMAR	21
4.6.1.	Componente cognitivo: Creencias y conocimientos	22
4.6.2.	Componente afectivo: Sentimientos y emociones.....	22
4.6.3.	Componente conductual: Experiencias en comportamientos anteriores.....	22
4.6.4.	Clasificación de la actitud:.....	23
4.6.4.1.	Aceptación:	23
4.6.4.2.	Indiferencia:.....	23
4.6.4.3.	Rechazo	23
4.7.	ESCALA TIPO LIKERT	23
4.7.1.	Categorización de la Escala Tipo Likert:.....	23
4.7.2.	Alternativas o Puntos Tipo Likert:.....	23
4.7.3.	Puntaje:.....	24
4.7.3.1.	Aceptación	24
4.7.3.2.	Indiferencia:.....	24

4.7.3.3. Rechazo.....	24
4.7.4. ¿Que mide la escala de Likert?.....	25
4.7.4.1. Construcción de la Escala de Likert.....	25
5. MATERIALES Y MÉTODOS	27
6. RESULTADOS.....	29
7. DISCUSIÓN	35
8. CONCLUSIONES.....	41
9. RECOMENDACIONES	43
10. BIBLIOGRAFIA	44
11. ANEXOS.....	48