



**MAESTRÍA EN CIENCIA
MENCIÓN: SALUD
LÍNEA: SALUD PÚBLICA**

TESIS

**ACTITUD DEL CUIDADOR FAMILIAR Y EL CUIDADO A LA
PERSONA CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS. SECTOR
MORRO SOLAR- JAÉN, 2012.**

Por:

Miriam Celided Chinchay Pacheco

Asesora:

Elena Vega Torres

JAÉN – CAJAMARCA

2015

COPYRIGHT © 2015by
MIRIAM CELIDED CHINCHAY PACHECO
Todos los derechos reservados



**MAESTRÍA EN CIENCIA
MENCIÓN: SALUD
LÍNEA: SALUD PÚBLICA**

TESIS APROBADA

**ACTITUD DEL CUIDADOR FAMILIAR Y EL CUIDADO A LA
PERSONA CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS. SECTOR
MORRO SOLAR- JAÉN, 2012.**

Por: Miriam Celided Chinchay Pacheco

Comité Científico:

Dra. Marina Estrada Pérez
Presidente del Comité

Dra. Albila Domínguez Palacios
Primer Miembro Titular

MCs. Amelia Valderrama Soriano
Segundo Miembro Titular

MCs. Lucy Dávila Castillo
Miembro Accesitaria

Dra. Elena Vega Torres
Asesor

JAÉN –CAJAMARCA

2015

El informe de tesis será parte permanente de la colección de la biblioteca de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca. La autora, autoriza el uso de este informe de tesis para cualquier lector que lo solicite. De igual manera, la posible publicación por parte de la Escuela de Postgrado.

Miriam Celided Chinchay Pacheco

CONTENIDO

Ítem	Página
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	viii
LISTA DE ILUSTRACIONES.....	ix
LISTA DE ABREVIACIONES.....	x
GLOSARIO.....	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	01
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	06
2.1. Antecedentes de la investigación.....	06
2.2. Base Teórica.....	07
2.2.1. La actitud.....	07
2.2.2.El cuidado.....	15
2.2.3. La tuberculosis.....	20
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	29
3.1. Contexto de la investigación.....	29
3.2. Tipo y diseño de la investigación.....	30
3.3. Unidad de análisis, población y muestra.....	30
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	31
3.5. Procesamiento y análisis de datos.....	32
3.6. Aspectos éticos.....	32
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	34
4.1. Características sociodemográficas del familiar cuidador a la persona con diagnóstico de tuberculosis.....	34
4.2. Actitud del familiar en el cuidado a la persona con diagnóstico de Tuberculosis.....	40
4.3. Cuidado que brinda el familiar al paciente con diagnóstico de tuberculosis.....	49

4.4. Relación entre la actitud del cuidador familiar y el cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis.....	63
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	67
Conclusiones.....	67
Recomendaciones.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
APÉNDICES.....	78

A:

Mis queridos padres: Ester y Lidia
por su esfuerzo y apoyo incondicional, quienes
contribuyeron con mi anhelado sueño de ser una
profesional competente al servicio de la sociedad.

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Julia Figueroa Sampértegui, Gerente del Centro de Salud de Morro Solar, por las facilidades que me brindó para realizar la presente investigación, así mismo a los directivos de las diferentes áreas administrativas, que estuvieron conmigo acompañándome en la ardua tarea de investigar.

A los docentes de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca – sede Jaén, con quienes se ha compartido conocimientos muy enriquecedores para la práctica profesional, permitiendo que logre mi crecimiento personal y profesional.

A la asesora de tesis Dra. Elena Vega Torres, quien con sus conocimientos, apoyo, disposición y paciencia supo guiarme a lo largo de todo el proceso de investigación.

A Dios, quien guió mis pasos para seguir adelante hasta la victoria final de conquistar mi grado académico.

LISTA DE ILUSTRACIONES

Tabla		Página
Tabla 1	Datos generales del familiar cuidador a la persona con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar - Jaén, 2012.....	34
Tabla 2	Soporte familiar del cuidador a la persona con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar – Jaén, 2012.....	36
Tabla 3	Tiempo dedicado por el cuidador familiar a la persona con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar – Jaén, 2012.....	38
Tabla 4	Actitud cognitiva del familiar cuidador a la persona con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar – Jaén, 2012.....	40
Tabla 5	Actitud conductual del cuidador familiar a la persona con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar – Jaén, 2012.....	44
Tabla 6	Actitud afectiva del familiar cuidador a la persona con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar – Jaén, 2012.....	45
Tabla 7	Tipo de actitud del cuidador familiar a la persona con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar – Jaén, 2012.....	47
Tabla 8	Cuidado que brinda el cuidador familiar a la persona con diagnóstico de tuberculosis, según la dimensión de compromiso. Sector Morro Solar – Jaén, 2012.....	49
Tabla 9	Cuidado que brinda el cuidador familiar a la persona con diagnóstico de tuberculosis según la dimensión de competencia y compasión. Sector Morro Solar – Jaén, 2012.....	54
Tabla 10	Cuidado que brinda el cuidador familiar al paciente con diagnóstico de tuberculosis, según la dimensión: Confianza. Sector Morro Solar – Jaén, 2012.....	57
Tabla 11	Aspectos del cuidado que brinda el cuidador a la persona con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar - Jaén, 2012.....	60
Tabla 12	Relación entre la actitud del cuidador familiar y el cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar - Jaén, 2012.....	63

LISTA DE ABREVIACIONES

BK	: Prueba de Esputo.
TAES	: Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado.
DOTS	: Terapia Directamente Observada de Corta Duración.
ESNP y CTB	: Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.
MDR	: Multidrogoresistente.
MINSA	: Ministerio de Salud.
NTCTB	: Norma Técnica del Control de Tuberculosis.
OMS	: Organización Mundial de la Salud.
PS	: Puesto de Salud.
RAFA	: Reacciones Adversas a los Fármacos.
TAS	: Tratamiento Acortado Supervisado.
TB	: Tuberculosis.
TBCP-FP	: Enfermos con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo.

GLOSARIO

Adherencia al tratamiento	Grado en la que la persona con diagnóstico de tuberculosis pulmonar sigue recomendaciones realizadas por los profesionales sanitarios en términos de tomar fármacos, seguimiento de dietas o cambios en el estilo de vida saludables.
Estilo de vida	Según Pender, es un patrón multidimensional de acciones auto iniciadas y percepciones que sirven para mantener o ampliar el nivel de bienestar, la autorrealización del individuo.
Tuberculosis Multidrogorresistente	Resistencia a isoniazida y rifampicina con resistencia a drogas adicionales o sin ella.
Contacto	Toda aquella persona sometida al riesgo de contagio por haber estado expuesta a una fuente de infección tuberculosa.
Autocuidado	Prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud.
Cuidado humano	Está embullido de valores como la paz, la libertad, el respeto, el amor, entre otros aspectos.

RESUMEN

El estudio descriptivo correlacional, tuvo como objetivo: Determinar la relación que existe entre la actitud del cuidador familiar y el cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis del Sector de Morro Solar–Jaén. Se aplicó el cuestionario escala tipo Likert para recoger información de 30 familiares cuidadores a personas con diagnóstico de tuberculosis. El análisis de los datos se realizó utilizando las medidas estadísticas descriptivas, en base a indicadores de frecuencias y porcentajes. Se concluyó que la actitud del familiar en el cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis según la dimensión cognitiva, conductual es desfavorable y en la dimensión afectiva es de indecisión. El cuidado que brinda el cuidador familiar a la persona con diagnóstico de tuberculosis según la dimensión de compromiso, competencia-compasión y confianza es negativo; así mismo el estudio encontró que existe relación directa entre la actitud del cuidador familiar y el cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis del Sector de Morro Solar–Jaén. ($p = 0,01$).

Palabras claves: Actitud familiar, cuidado a la persona, tuberculosis.

ABSTRACT

The descriptive correlational study aimed to: determine the relationship between the attitude of the family caregiver and care for the person diagnosed with tuberculosis Sector Morro Solar-Jaen. Likert scale questionnaire was used to gather information from 30 family caregivers to people diagnosed with tuberculosis. Data analysis was performed using descriptive statistics measures, based on frequencies and percentages indicators. It was concluded that the attitude of the family in caring for the person diagnosed with tuberculosis as cognitive, behavioral dimension is unfavorable and the emotional dimension is indecision. The care provided by the family caregiver to the person diagnosed with tuberculosis on the size of commitment, compassion and competence-confidence is negative; Likewise, the study found that there is a direct relationship between the attitude of the family caregiver and the care the person diagnosed with tuberculosis Sector Morro Solar-Jaen. ($p = 0.01$).

Keywords: family attitude, care to the individual, tuberculosis

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) en la actualidad plantea serios problemas de salud pública. Existen 20 millones de personas con diagnóstico de tuberculosis en el mundo y aparecen 8 millones de casos nuevos cada año, de los cuales mueren cerca de 3 millones, lo que es una paradoja para una enfermedad esencialmente curable¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado a la TB como una emergencia global y ha advertido que la enfermedad puede costar más de 30 millones de vidas en la actual década, a menos que se tome una acción inmediata para frenar su diseminación².

La tuberculosis es producto de la combinación de una multiplicidad de factores: cambios demográficos como migraciones internas, urbanizaciones con hacinamiento; factores económicos tales como el desempleo, bajo ingreso per cápita familiar; adaptación del microorganismo desarrollando resistencia a los antibióticos existentes para su control y deterioro global de las intervenciones de salud pública³. Esta enfermedad afecta principalmente a los adultos jóvenes, es decir, en la edad más productiva, pero todos los grupos de edad están en riesgo. Más del 95% de los casos y las muertes se registran en los países en desarrollo⁴.

La familia es el ambiente fundamental de la experiencia humana de salud, es el lugar donde ocurre la enfermedad y se toman las medidas necesarias para su resolución⁵. El cuidado de la salud, sigue correspondiendo en su mayor medida a la familia, es el pilar básico en la provisión de cuidados del paciente, sin su participación activa difícilmente se van alcanzar los objetivos marcados en atención al enfermo⁶. Ante esta situación la familia asume una

actitud de aceptación, rechazo o indiferencia que va a influir significativamente en el desarrollo posterior de la enfermedad⁵.

Al presentarse una enfermedad, especialmente la Tuberculosis, que como se sabe es considerada “una vergüenza para quien la padece”, creando en la familia una alteración de la dinámica familiar pudiendo unir aún más sus vínculos familiares o creando conflictos en ellos⁷. La enfermedad en alguno de los integrantes de la familia produce un desequilibrio de todo el grupo, va a depender de la naturaleza de la misma, de la manera como se toma o encara y de las consecuencias sociales y psicológicas.

También, la actitud de la familia frente a una enfermedad dependerá de otros factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro, y de los saberes sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el cuidado del enfermo^{8,9}.

Quien padece la enfermedad se enfrenta a condiciones de frustración, ira, negación, y depresión, por otro lado, la familia tiene que tomar decisiones muy importantes y difíciles, reorganizarse, replantear expectativas, adecuar sus metas y objetivos a la situación, considerando que el tratamiento de un enfermo con tuberculosis no sólo involucra a éste, sino también a los demás integrantes de la familia¹⁰.

Generalmente el tratamiento está sujeto a la capacidad que el cuidador familiar realice en casa como: prevenir el contagio, brindar un régimen nutricional adecuado, control médico, medidas de higiene entre otros, porque esta enfermedad tiene un intenso impacto en diferentes aspectos del cuidador como: en lo económico, el abandono del trabajo, reducción de las horas de trabajo remunerado, incremento del estrés o cansancio, generando ciertos

comportamientos en el cuidador¹¹.

El profesional de enfermería cumple un rol muy importante respecto al tratamiento del enfermo con TB, realiza visita domiciliaria, valora las condiciones de su entorno familiar y social, estableciendo si son propicias dentro y fuera del establecimiento de salud, para su tratamiento y recuperación^{12,13}. Al respecto, la Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis, señala que el enfermero, es quien tiene la responsabilidad del cuidado del paciente; así como brindar educación al cuidador y a la familia.

En la Región de Cajamarca, la incidencia de la tuberculosis en el año 2010 fue de 80% y en el año 2011 de 85%. En la provincia de Jaén fue del 10 % en el año 2010 y el 13% en el año 2011, específicamente en el sector de Morro Solar los casos de tuberculosis se han incrementado, de 28 casos en el año 2010 a 30 casos al 2011¹⁴. No obstante, estos datos no reflejan la magnitud real del problema por los subregistros.

En la práctica, durante las visitas que se realiza a los pacientes con tuberculosis pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud de Morro Solar, se observa, que por las características propias de la enfermedad, la familia se ve envuelta en una serie de sentimientos ambivalentes quienes muestran diversas actitudes como: preocupación, indiferencia, indignación, depresión entre otros, que en ocasiones lleva a la mayoría de los familiares a alejarse de éste, evitando y delegando en algún otro integrante la función de cuidador. Esta realidad conllevó a la necesidad de estudiar la actitud familiar y el cuidado a la persona con tuberculosis, formulándose la siguiente interrogante:

¿Qué relación existe entre la actitud del cuidador familiar y el cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis del Sector Morro Solar, Jaén 2012?

El objetivo general del estudio fue: Determinar la relación que existe entre la actitud del cuidador familiar y el cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis del Sector de Morro Solar–Jaén, y como objetivos específicos: a) Describir las características sociodemográficas de los participantes del estudio; b) Identificar la actitud del cuidador familiar en el cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis; c) Identificar el cuidado que brinda el familiar cuidador a la persona con diagnóstico de tuberculosis.

Se planteó la hipótesis: Existe relación directa entre la actitud del cuidador familiar y el cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis del Sector de Morro Sector - Jaén.

El estudio se justificó por ser un problema de trascendencia social; que causa un gran impacto en el Perú no solo por su sintomatología clínica sino también por sus repercusiones negativas en el ámbito social, económico, psicológico de la persona, familia, sociedad y Estado. Además, el diagnóstico de la enfermedad no solo lo recibe el paciente sino también recibe esta noticia la familia, la que se ve afectada en lo emocional, funcional y estructural.

En ese sentido, el estudio permitió analizar con mayor profundidad esta problemática, cuyos resultados de esta investigación ayudarán a los profesionales de la salud a tener una visión más amplia de la actitud del familiar frente a la persona con diagnóstico de tuberculosis, y a partir de ello establecer propuestas de prevención, promoción y mejoramiento de la calidad de vida de estas personas.

El informe se organizó en cuatro capítulos: El capítulo I, la introducción, que recoge el problema, objetivos e hipótesis. El capítulo II, corresponde al Marco Teórico que contiene antecedentes de la investigación y base teórica. El capítulo III, se refiere al Marco Metodológico que incluye el tipo de estudio, unidad de análisis, población y muestra,

criterios de inclusión y exclusión, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos y los aspectos éticos. El capítulo IV, presenta Resultados y discusión y finalmente, se presenta las Conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Macken¹⁵, estudió la tuberculosis y VIH en los Estados Unidos, en el que concluye que el factor actitudinal de la familia juega un papel importante en el cuidado al paciente con tuberculosis a través del tratamiento efectivo, obteniendo una curación a menor plazo.

Alvarado¹⁶, en la investigación denominada: Actitud del familiar responsable hacia el paciente con tratamiento antituberculoso ambulatorio – Hospital Loayza, Lima, Perú, manifiesta que la recuperación de un paciente con tuberculosis no depende solo de su fuerza de voluntad ni de la idoneidad de tratamiento médico, sino también del apoyo que reciba de su propia familia. El grado de apoyo social es la ayuda importante en situaciones de crisis sirviendo como amortiguador entre los eventos estresantes de la vida y la enfermedad; es decir, el cohesivo y suficiente apoyo social podría favorecer la mejoría del enfermo.

Collazos¹⁷, en la investigación titulada: La relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la Estrategia Sanitaria del Programa de Control de Tuberculosis (ESN-PCT) en el Centro de Salud de San Luis, en Lima, quien concluye que el mayor porcentaje de los familiares de pacientes con diagnóstico de tuberculosis son de sexo femenino, están entre 18 a 59 años, con grado de instrucción secundaria completa, estado civil conviviente y profesan la religión católica. En su mayoría los familiares cuidadores, señalan que la tuberculosis es

una enfermedad infectocontagiosa, por lo que existe la necesidad de una detección rápida y orientación a las familias sobre las medidas preventivas.

Capacute¹⁸, estudió La relación entre el nivel de conocimientos de la tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la MICRORED Cono Sur Tacna, 2012. Concluye que el 92,3% tienen déficit de conocimiento en cuidados en el hogar. Además, que el aspecto cognitivo referente al cuidado es un tema a reforzar por el personal de enfermería para que el familiar que cuida lo realice apropiadamente.

Pérez y Miranda¹⁹, investigaron La 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. Los resultados demuestran que la mayoría de los participantes presentan un nivel de conocimientos alto (76,3%) y medio (23,3%) sobre el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas. La actitud cognitiva, conductual y afectiva es favorable (88,3%) y una actitud de indiferencia (11,7%) no encontraron actitud de rechazo en nipaninguno de ellos.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Actitud

Actitud proviene de la palabra latina “actitudo”. Capacute¹⁸, lo definen como la predisposición organizada para pensar, sentir, percibir, y comportarse hacia un referente u objeto cognitivo. Es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante referentes actitudinales.

Rodríguez²⁰, define las actitudes como una organización duradera de creencias y cogniciones, dotadas de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto.

Ander²¹, señala que la actitud designa un estado de 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 y situaciones.

La actitud, representa la suma de todas las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, tendencias, ideas, miedos y convicciones de una persona sobre un tema específico. También las actitudes son creencias, sentimientos y tendencias hacia la acción de una persona respecto a los objetos, personas o ideas.

Igualmente, la actitud es una predisposición anímica que adopta una persona frente a otra, un fenómeno u hecho social observado. Esta predisposición va a depender de muchos factores, experiencias y relaciones que hayan ido acumulando a lo largo de su historia de vida. De este modo, las actitudes toman forma a partir del conjunto de creencias que se vaya conformando, comprendiendo ante ciertas situaciones o circunstancias. Como vemos, una persona adoptará una actitud particular frente a determinada situación, la que variará de un individuo a otro ante un contexto similar.

En resumen una actitud es una predisposición emocionalmente afectiva, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica, ya sea a favor o en contra de un objeto definido que se adquiere a través de la experiencia manteniéndose estable en relación a dicho objeto.

Existen actitudes favorables, que se manifiestan en predisposiciones efectivas acordes

a las circunstancias y, actitudes desfavorables en relación a un desacuerdo con las experiencias y las actitudes indecisas, a una especie de indiferencia. Es decir, la actitud es relacional y no objetiva, de ahí que una actitud de congoja en un velorio, resulta ser favorable, mientras que la misma en un nacimiento opera como desfavorable, al menos dentro de nuestra cultura occidental y la escala de valores generalmente consensuados.

Cuando se hace referencia a la formación de las actitudes debemos considerar la influencia de varios aspectos elementales, tales como el contexto social donde se vive y las normas sociales las cuales poseen gran influencia en el individuo mediante las actitudes que se manifiestan en los adultos que lo rodean. Así mismo, debe considerarse que la formación de las actitudes se ve influenciada por las experiencias individuales del sujeto, principalmente respecto a sus necesidades y aspiraciones. Es así como la interacción de factores tanto social como personal ejercen influencia en la formación de las actitudes que desarrolle el individuo.

El periodo crítico en la formación de las actitudes tiene lugar entre los 12 y 30 años y las influencias importantes son la familia, los compañeros, la educación, los incidentes críticos y decisiones, hacia el final de este periodo las actitudes llegan a ser bastantes estables y persistentes. Las actitudes incluidas del prejuicio se forman de la acumulación y la integración de numerosas experiencias relacionadas entre sí¹⁶.

Las actitudes se forman de manera convencional, más que una experiencia previa, en ese sentido es inimitable y por consiguiente susceptible de ser modificados a cambios. A partir del momento que una actitud empieza a formarse dicha actitud está cambiando o por lo menos está sujeto a cambio.

Summers, señala las principales características de las actitudes:

Adquiridas. No constituyen elementos innatos, sino que se van aprendiendo en la medida que el sujeto se socializa, va procesando la estimulación procedente del medio y configurando en base a su relación con los demás, una serie de actitudes que pueden ser aprendidas tanto en función de la imitación, como del entrenamiento instrumental directo.

Socialmente condicionadas. Responden a las características estructurales y organizativas propias de la sociedad en que se conforman. Las modalidades específicas de interrelación que se establecen entre los miembros de un determinado grupo social. Algunas actitudes tendrán vigencia en un contexto y se establecen de acuerdo a nuestro criterio, una jerarquización de actitudes dependerá de las condiciones suigeneris de cada sociedad.

Relativamente permanentes. Al ser adquiridas por la vía del aprendizaje social, las actitudes una vez formadas tienden a fijarse en el individuo de manera más o menos estable, integrándose en su aparato psíquico. El cambio requiere de una presión que será tanto o más intensa, en la medida que la actitud sea más vigorosa.

Relacionadas con objetos. Se estructuran en relación a determinados objetos sociales, individuos, grupos, productos y manifestaciones culturales, así como instituciones y hasta objetos abstractos.

Cualidad direccional. Participan como elementos motivacionales con una carga afectiva dirigida hacia el objeto de actitud, el cual es valorado en forma positiva o

negativa por el sujeto. En base a esta cualidad, el individuo se ve impulsado hacia la acción concreta a favor o en contra del objeto.

Forman un patrón evaluativo. Son elementos que sirven como marcos de referencia para nuestra percepción de la realidad, implicando la formación de categorías que pueden ser muy complejas, y que se ponen en evidencia ante las distintas situaciones sociales en que se interviene.

La medición de las actitudes está relacionada con:

- a) *Intensidad:* Es el aspecto emocional de la actitud determina los grados de intensidad con que se reacciona frente al objeto.
- b) *Dirección:* Se refiere a que las actitudes pueden estar orientadas positivamente o negativamente hacia el objeto. Una actitud favorable determina el acercamiento hacia el objeto actitudinal y viceversa²².

La familia, contribuye a la formación de las actitudes, su influencia es evidente cuando se observa que las actitudes que tenemos hacia diversos campos, como: la religión, tolerancia o prejuicios, las ocupacionales y otras; son el resultado en gran parte de nuestra aceptación o rechazo de las actitudes que guardan los miembros de la familia. Blum dice: “El Papel que desempeñan los padres y los hermanos contribuyen a la formación de actitudes de nuestra personalidad”.

La influencia del grupo en el cual se identifica la persona es otro factor que contribuye a la formación de actitudes. Cuando los miembros de un grupo son interdependientes significa que el comportamiento de cada persona influye sobre los demás miembros.

Es inevitable a causa de su interdependencia que después de cierto tiempo se institucionaliza que los miembros desarrollen una ideología que implica la afirmación de un conjunto común de valores, creencias y normas que regulan el comportamiento y sus actitudes. La posición económica, la ocupación, aspiraciones de una persona, también contribuyen a la formación de actitudes.

Las actitudes expresan los distintos modos de situarse frente a los valores de la realidad y de la vida. Entendemos el valor como una propiedad de las realidades objetivas, ideales o proyectuales, o una cualidad de ciertas formas del ser y del actuar por las cuales ciertas cosas son apreciadas, deseadas y realizadas. El valor se muestra para ser reconocido, con explícito derecho a ser y a realizarse, se impone como una obligación que se debe respetar, atender y promover, como un ideal deseable inagotable, como tarea y al mismo tiempo como proyecto.

Las actitudes deben guiarse por la apertura y la realización de tales valores. Ellas se sitúan entre los valores y las conductas, constituyendo la mediación vivida entre los primeros y las segundas. Se derivan necesariamente de los valores y orientan efectivamente la conducta, comunican dirección, sentido, tensión y fuerza.

Dimensiones de las actitudes:

Actitud cognitiva, es el proceso exclusivamente intelectual que precede al aprendizaje, las capacidades cognitivas solo se aprecian en la acción, es decir primero se procesa información y después se analiza, se argumenta, se comprende y se produce nuevos enfoques, que no se considere poseedor de verdades absolutas; que no diga que la búsqueda ha terminado; que no asuma la actitud de la ignorancia con la conciencia de

que es el medio para la obtención de los conocimientos científicos y filosóficos.

Se considera componente cognoscitivo lo que pensamos acerca de un individuo, grupo, producto cultural o institución, y que forma parte de nuestra actitud ante ellos. Es el conjunto de información que el sujeto ha incorporado acerca del objeto para tomar una actitud.

Los ítems que describen la mencionada variable son: Informar a la persona con TB acerca del tratamiento que recibe; conoce las reacciones adversas del medicamento; conoce sobre la alimentación que debe recibir la persona con TB; conoce las consecuencias si la persona que cuida abandona el tratamiento; el cuidador familiar informara al personal de salud sobre las reacciones adversas del medicamento que presenta la persona que cuida con TB; conoce las normas de seguridad y protección al brindar el cuidado a la persona con TB.

Actitud en la dimensión conductual

Componente conductual o tendencia a la acción: Incorpora la disposición conductual del individuo a responder al objeto de actitud. Se acepta generalmente que hay un lazo con el componente cognoscitivo particularmente, las creencias evaluativas y la disposición a responder al objeto.

Esta variable está comprendida por los siguientes ítems: Acude oportunamente cuando le solicita apoyo la persona con TB; realiza el cuidado personalizado; coordina el cuidado con el responsable de la estrategia; toma precauciones en el autocuidado;

atiende las necesidades de comodidad y alimentación; brinda condiciones de salubridad en el espacio donde vive el paciente.

Actitud en la dimensión afectiva

Son las sensaciones y/o emociones que la persona expresa luego de conocer un acto. Es conocido a veces como el componente sentimental y se refiere a las emociones o sentimientos ligados con el objeto de actitud. Los adjetivos bipolares usados frecuentemente al estudiar los elementos de este componente son: Amor-odio, gusto-disgusto, admiración- desprecio, aceptable – inaceptable, y otras que denotan sentimientos de tipo favorable o desfavorable. Es importante señalar que cuando un individuo verbaliza estos sentimientos o emociones resulta que estos son algo más que meros sentimientos.

Lo afectivo comprende las emociones, sentimientos y valores que suscita en la persona que cuida al cuidador familiar. Algunos sostienen que es el de mayor importancia en una actitud. Se forma por los contactos que se hayan ido manteniendo a lo largo de la vida.

Fishbein, et al²³, señalan que entre los componentes cognitivo, afectivo y conductual de las actitudes. El componente cognitivo se refiere al grado de conocimiento, creencias, opiniones, pensamientos que el individuo tiene hacia su objeto de actitud. El componente afectivo alude a los sentimientos de una persona y su evaluación del objeto de actitud, en tanto la dimensión conductual cubre tanto sus intenciones de conducta como sus acciones respecto a su objeto de actitud.

Parece no existir unanimidad respecto a la relación entre actitud y conducta. Para Newcomb²⁴, la conducta de una persona es función de su actitud actual y de la situación en que se pone de manifiesto esta actitud, puede limitarla o inhibirla. Para otros, la actitud representa la propia fuerza motivadora para la acción; las actitudes pueden considerarse buenos elementos para la predicción de una conducta manifiesta. Sin embargo; no siempre se registra una absoluta coherencia entre los componentes: cognoscitivos, afectivos y conductuales de las actitudes.

Pero cuando hay coherencia entre estos tres componentes: pienso-siento-actúo en la misma dirección, se dice que la actitud es consistente. Cuanto más consistente, más firme, estable, transferible y más difícil de cambiar.

La actitud en la dimensión afectiva, comprende los siguientes ítems: Le brinda cariño durante la atención que le presta a la persona que cuida; comprende su estado anímico de la persona que cuida; le agrada cumplir con sus compromisos de cuidar Se siente bien al realizar el cuidado; se interesa por sus necesidades psico- emocionales.

2.2.2. El cuidado

El cuidado es una necesidad multidimensional de todas las personas en todos los momentos del ciclo vital, aunque en distintos grados, dimensiones y formas; es decir constituyen la necesidad básica y cotidiana que permite la sostenibilidad de la vida²⁵.

El cuidado es el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, esté basada en la vigencia de los derechos humanos. Prioritariamente, el derecho a la vida en primera persona²⁶.

El cuidado, es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). El cuidado implica ayudar a la otra persona, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio. También implica dar apoyo emocional y social. En definitiva, cuidar significa «encargarse de» las personas a las que se cuida²⁷.

Agulló²⁸, afirma que cuidar no es únicamente una actividad física sino también, una actividad mental; cuidar significa, sobre todo, planificar y estar pendiente, prever las necesidades antes que surjan.

Collière²⁹, diferencia los términos care y cure en la acción de cuidar. Entiende care como los cuidados habituales relacionados con los valores, las costumbres, el cuidado del día a día, el cotidiano. En él se desarrollan habilidades y conocimientos que las personas tienen interiorizadas como resultado de los aprendizajes que han adquirido a lo largo de la vida y del contexto social. Son cuidados que se orientan a la promoción, prevención y resolución de posibles alteraciones de salud, sin una intervención compleja de tecnología o de conocimiento experto. Entiende como cure aquellos cuidados que tienen como objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y atajar sus causas. Estos cuidados suelen apartar a la persona de su ambiente por los requerimientos que la atención compleja requiere. También manifiesta que si no se trabaja conjuntamente con los dos tipos de cuidados se puede retardar e incluso retroceder en el proceso de salud.

Los elementos diferenciadores entre el cuidado informal y el formal residen según Herrera en que el proveedor del cuidado formal es un profesional que oferta un servicio específico y que ha realizado una preparación que lo habilita. Es por tanto un status

adquirido al contrario del status del cuidador informal y que además desempeña tareas concretas de asistencia especializada, a diferencia de la atención generalizada del cuidado informal. A ello hay que sumar, que la prestación del cuidado por parte del cuidador formal es universal, se da a cualquiera que tenga necesidad, sin pre-exclusiones, mientras que el informal se circunscribe al ámbito familiar o doméstico del proveedor. Así también la relación asistente –asistido, en el caso del cuidador formal, está caracterizado por una neutralidad afectiva y emocional en el cuidador informal³⁰.

El cuidado informal se está convirtiendo en una experiencia común en la vida familiar. La familia es la principal fuente de cuidados y las mujeres son las cuidadoras que asumen la mayor responsabilidad del cuidado en la casa, y tienen un papel vital pero frecuentemente subestimado, debido a que el cuidador familiar constituye la parte invisible del denominado “Iceberg del bienestar”

La familia constituye el principal y el único núcleo de prestación de cuidado en la mayoría de las sociedades. Los cambios que se vienen produciendo en la organización social y sobre todo en la familia están poniendo en peligro las prestaciones de cuidados en el ámbito familiar³¹.

Según Bustamante⁵, la familia se concibe como un organismo vivo complejo, cuya trayectoria de vida es un transcurrir de diversidades, adversidades, semejanzas, diferencias, individualidad, singularidad y complementariedad que lucha por su preservación y desarrollo en un tiempo – espacio y territorio dado. Cuando la enfermedad de cualquier miembro incide en el equilibrio familiar global y

frecuentemente incide en la salud o enfermedad de los restantes miembros de la familia.

Así mismo, la familia es un núcleo generador de hábitos a través del cual conocemos las creencias, expectativas y construcciones sociales sobre la salud y la enfermedad. Este conocimiento, permite actuaciones holísticas en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; a través de la comprensión de los estilos de vida. Los familiares están ávidos de aprender, pero el escaso personal de enfermería o la poca disposición para hacerlo hacen que esta necesidad/ derecho no sea considerada. Entonces la educación que se brinda en el hospital [servicios de salud], intenta convertir a los sujetos de cuidado en ciudadanos autónomos y responsables de su salud³².

Existe un gran porcentaje de personas enfermas que necesitan cuidado, y cada vez son menores las redes de apoyo familiar, lo que determina que las familias y los cuidadores principales se enfrenten a un número progresivamente mayor de dificultades³³.

La investigadora, considera el cuidar-cuidado como una forma de ser visto bajo una perspectiva ontológica, no como expresión exclusiva de enfermería sino de la humanidad; es decir, los individuos cuidan porque son seres humanos, enraizado en su naturaleza óntico-ontológica. La capacidad de cuidar puede ser desarrollada, despertada o inhibida a través de experiencia educacional y principalmente por la presencia o ausencia de modelos de cuidar/cuidado, ésta contestaría en respuesta a alguien o algo que representa o se atribuye alguna importancia y representa un valor. Esta expresión también se encuentra refrendada por Mayeroff³⁴. El cuidado se expresa

en determinados momentos, así como se hace particular a través de comportamientos concretos.

La teoría de Roach citado por vera³⁴, sustenta el cuidado en cinco características:

Compasión: Comprende una relación vivida en solidaridad con la condición humana, compartiendo alegrías, tristezas dolores y realizaciones. Envuelve una forma de estar presente, unos con los otros (...) la necesidad de enfatizar el ingrediente humanizador en un mundo cada vez más frío e impersonal de ciencia y tecnología.

Competencia: Estado de tener el conocimiento, el juicio, criterio, habilidad, energía, experiencia y motivación necesarias para responder a las demandas de las responsabilidades profesionales. La competencia está unida a compasión. La competencia sin compasión puede ser brutal y deshumana y compasión sin competencia es intrusión inexpressiva.

Confianza: Se refiere a la cualidad de promover aquellas relaciones en la que se siente segura. Este estado de sentir seguridad, de sentir confianza envuelve otro ingrediente que es el respeto.

Conciencia: Es definida como el estado de conocimiento moral, envuelve una respuesta a un valor importante per se, de afectividad, no emotividad o sentimientos casuales sino respuesta intencional, deliberada, significativa racional”.

Compromiso: Respuesta afectiva compleja, caracterizada por la convergencia entre deseos y obligaciones y por una escogencia deliberada para actuar en concordancia con ambos.

En la visión de Roach el cuidado es nuestro modo de ser. Al cesar de sentir, actuar y pensar en términos de cuidado se deja de ser humano.

Para efectos del estudio se consideró las siguientes características por estar relacionadas con el cuidado informal: *Compromiso*, contiene los siguientes ítems: Valora la importancia de la administración oportuna de los medicamentos durante el tratamiento; verifica que los miembros de la familia menores de 19 años reciban quimioprofilaxis; acompaña al familiar todos los días a recibir el tratamiento; verifica que el paciente asista al programa, tome su tratamiento y evite el abandono; valora la importancia de los controles; valora la importancia de la alimentación y medidas preventivas. *Competencia y compasión*, contiene los siguientes ítems: Conversa con un tono de voz adecuada durante el cuidado; mira a los ojos cuando conversa; responde con sinceridad ante sus temores y necesidades expresadas por el paciente; brinda seguridad en el momento del cuidado; demuestra interés o preocupación y tiene capacidad de escucha; demuestran satisfacción por la ayuda prestada. Y *confianza* con los siguientes ítems: Mantiene comunicación afectiva; brinda apoyo emocional; trata con respeto a la persona; muestra seguridad durante el cuidado; demuestra apoyo confidencial.

2.2.3. La Tuberculosis

Según la Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis (NTCTB)³⁵, la tuberculosis es una enfermedad producida por el bacilo de Koch y puede ser contagiosa. En los seres humanos, afecta principalmente a los pulmones, aunque también puede focalizarse en cualquier otro órgano. Habitualmente, la tuberculosis

tiene una evolución lenta (durante meses e incluso años), aunque puede presentar un curso agudo y más grave en las personas con pocas defensas como: los niños pequeños, ancianos, enfermos de sida, de cáncer, diabéticos. Esta enfermedad destruye lentamente el órgano afectado y, en el caso de los pulmones, llega a formar lo que denominamos cavernas.

La Isoniazida y la Rifampicina son consideradas como el Núcleo Básico del tratamiento antituberculoso a la que se agregó posteriormente la Pirazinamida; todas ellas pueden eliminar el bacilo de la TB (*Mycobacterium tuberculosis*) en cualquier localización, a nivel intracelular y extracelular. El tratamiento farmacológico considera dos fases:

- Primera Fase de inducción o bactericida: de administración diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida y para prevenir la resistencia y con ello el fracaso.
- Segunda fase de mantenimiento o esterilizante: de administración intermitente. Incluye menor número de medicamentos, suficientes para conseguir la eliminación de los bacilos persistentes y evitar así las recaídas.

En todas las personas con tuberculosis es obligatorio observar la toma de medicamentos, con la finalidad de asegurar la posibilidad de curación y menos riesgo de resistencia y fracaso al tratamiento.

En investigaciones médicas demostraron que cuando se brinda tratamiento autoadministrado (no observado por el personal de salud) las personas con tuberculosis

no cumplen estrictamente la toma de todos los medicamentos y por tanto se incrementa el riesgo de fracaso y muerte, con transmisión de TB resistente.

El tratamiento farmacológico acortado ha demostrado ser la intervención sanitaria más eficaz en el control de la tuberculosis, teniendo en consideración los siguientes fundamentos básicos:

- Tratamientos con asociación de medicamentos (terapia combinada) de alta eficacia que prevenga la selección de bacilos resistentes, evitando así los fracasos de tratamiento.
- Tiempo suficiente de tratamiento, con un número de tomas que asegure el mínimo porcentaje de recaídas.
- Reacciones adversas mínimas.
- Administración de medicamentos en boca directamente observado por el personal de salud durante la ingesta del medicamento.

La atención integral, permite realizar un proceso de intervención con enfoque multidisciplinario a la persona con tuberculosis, en la que participa un equipo de salud con el objetivo de vigilar, controlar y evaluar la evolución clínica, social, psicológica, nutricional, radiológica, bacteriológica, el cumplimiento del tratamiento, toxicidad farmacológica, el adecuado registro y propuestas de desarrollo local. Este manejo integral permite detectar precozmente factores de riesgo como abandono, Reacciones Adversas de los Fármacos (RAFA) y drogo-resistencia, interviniendo oportunamente.

El seguimiento es responsabilidad del profesional de enfermería, en estrecha coordinación con el equipo multidisciplinario y dependerá de la calificación del caso de tuberculosis en tratamiento. La atención de enfermería enfatiza la educación, control del tratamiento y seguimiento de la persona con tuberculosis y sus contactos, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbimortalidad por tuberculosis. La jefatura del establecimiento de salud debe asignar un profesional de enfermería para la Estrategia del Programa de Salud del Control de Tuberculosis (ES-PCT) por un tiempo de permanencia mínima de un año.

- La entrevista de enfermería debe realizarse al inicio, al cambio de fase y al término de tratamiento.
- Esta actividad debe ser registrada en el formato respectivo y en la tarjeta de tratamiento, con firma y sello del profesional que lo ejecuta.

Objetivos de la atención de enfermería:

- Educar a la persona con tuberculosis y familia, sobre su enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado, baciloscopía y cultivos de control mensual.
- Establecer canales de comunicación y responsabilidad compartida con la persona con tuberculosis y la familia, con el fin de garantizar la adherencia al tratamiento, el seguimiento de casos y estudio de contactos a través de la aplicación de la estrategia Terapia Directamente Observada de corta duración denominada: Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (DOTS) y Terapia Directamente Observada de

Corta Duración (DOTS plus).

- Valorar factores de riesgo para Tuberculosis Multidrogoresistente (TB MDR) con la finalidad de planificar intervenciones.
- Detectar precozmente rasas y colaborar en el manejo oportuno de éstas para evitar irregularidad y abandonos al tratamiento.
- Contribuir a un adecuado seguimiento de casos y estudio de contactos.
- Identificar en el paciente conductas de riesgo, a fin de realizar un trabajo de consejería.
- Cuando el tratamiento médico contra la tuberculosis se realiza correctamente, la enfermedad desaparece y se evita que el paciente recaiga. En cambio, en el caso de que el tratamiento no se lleve a cabo adecuadamente, aunque se evita el fallecimiento del enfermo, éste no logra curarse.

Medidas para evitar el contagio

- Básicamente, la más eficaz para evitarlo, es que el enfermo tome la medicación antituberculosa con la máxima exactitud y constancia, pues es tan efectiva que a las pocas semanas el enfermo deja de eliminar bacilos (aunque no se halle, ni mucho menos, curado).
- El enfermo deberá taparse la boca y las fosas nasales al toser o estornudar.
- Si expectora o elimina mucosidad, ésta debe ser recogida en un pañuelo desechable que hay que eliminarlo convenientemente. Si se utiliza un pañuelo de ropa, éste deberá

ser tratado con lejía y sometido a un lavado con agua caliente, ya sea en la lavadora o de cualquier otra forma.

- Se dejará de asistir al trabajo durante 4-6 semanas, ampliándose a 8 cuando la profesión del enfermo sea de trato directo con el público.
- El enfermo no deberá situarse nunca cerca de un ventilador o cualquier otro sistema de refrigeración o calefacción por aire, ya que se puede favorecer la transmisión de la enfermedad.
- No es necesario ninguna medida especial respecto a la vajilla, cama, ropas del enfermo, etc. excepto las ya indicadas, aunque es conveniente una habitación soleada.
- Es necesario proceder a la pronta revisión de los contactos de los pacientes con tuberculosis para descartar la infección o la enfermedad tuberculosa. Esta revisión es muy simple, suele basarse en la prueba de la tuberculina y si es positiva se practica una radiografía de tórax. Si se detecta infección reciente está indicado un tratamiento preventivo que evitará la tuberculosis. Si se llega a diagnosticar enfermedad tuberculosa, el nuevo paciente se beneficiará de un tratamiento precoz.
- Es importante cumplir el tratamiento médico. En algunos casos este conlleva a casi 24 meses de tratamiento, con inyecciones por 6 meses o a veces más, pero más importante que las medicinas es la terapia mental de la persona, dándole el soporte necesario para tolerar a la enfermedad y al mismo tratamiento. Las personas con soporte familiar y afectivo se adhieren más al tratamiento y logran ser dados de alta como curados. Otro punto importante es la dieta y la higiene. Antes del descubrimiento de medicamentos

para la TB el 50% de las personas que enfermaban con la TB podían autocontrolar la enfermedad y curarse solo con buena alimentación, aire puro y atenciones personalizadas por personal a su cargo.

Visita Domiciliaria

Esta actividad consiste en acudir al domicilio de la persona con Tuberculosis con la finalidad de educar al paciente y familia. Deberá efectuarse dentro de las primeras 48 horas de realizado el diagnóstico. Tiene como objetivos:

- Educar a la persona con tuberculosis y familia incorporándolos activamente en la recuperación de la persona con tuberculosis.
- Identificar problemas de salud y factores condicionantes, para brindar apoyo educativo en busca de solución.
- Verificar el censo y optimizar el control de contactos.
- Contribuir al éxito del tratamiento antituberculosis recuperando a la persona inasistente.

Motivos de la Visita:

- Ubicar al sintomático respiratorio BK (+) que no acude al establecimiento de salud.
- Ubicación y verificación del domicilio de las personas con tuberculosis para su ingreso al tratamiento.
- Educación sanitaria al grupo familiar sobre: Importancia del tratamiento supervisado,

medidas preventivas y solicitar su participación en el cuidado de la persona con tuberculosis

- Verificar número de contactos censados a fin de facilitar su control y detectar nuevos casos de tuberculosis.
- Recolectar muestras de esputo en caso de encontrar sintomáticos respiratorios entre los contactos.
- Obtener la segunda muestra del sintomático respiratorio que no retorna al establecimiento de salud.
- Recuperar a la persona con tuberculosis que no asiste al tratamiento (dentro de las 24 horas).

Administración de quimioprofilaxis

- La Quimioprofilaxis consiste en la administración de Isoniacida a personas con riesgo de desarrollar la Tuberculosis.
- La organización de la quimioprofilaxis es responsabilidad de Enfermería.
- Se entregará las tabletas de Isoniacida en forma semanal, realizando el registro de la fecha de entrega en la tarjeta del caso índice.
- Se debe investigar sobre la presencia de alguna reacción adversa: pérdida de apetito, náuseas, vómitos, coluria, dolor abdominal, fiebre, rash cutáneo, insomnio y pérdida

de la sensibilidad. La presencia de algunos de estos síntomas debe motivar la suspensión de la quimioprofilaxis y una evaluación médica.

La ESN-PCT, recomienda sensibilizar a la familia en el acompañamiento de la persona con tuberculosis. Prevenir el abandono, marginación y exclusión familiar de la persona con tuberculosis. Involucrar a los integrantes del núcleo familiar, en la recuperación de la persona en tratamiento según lo requiera el caso.

Uno de los roles de los profesionales de enfermería es la educación sanitaria, esta se dirige al individuo, familia y comunidad. La educación sanitaria es importante ya que puede determinar la capacidad de los individuos y sus familias para desarrollar conductas que culminan en un cuidado óptimo. La enseñanza para la promoción de la salud es un componente indispensable de la asistencia del enfermero y se orienta a promover, conservar y restaurar la salud, así como prevenir enfermedades y ayudar al paciente adaptarse a los efectos residuales de la enfermedad³⁴.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Contexto de la investigación

La provincia de Jaén, es una de las trece provincias que conforman el departamento de Cajamarca, ubicada en la región Cajamarca - Perú. Limita por el norte con la provincia de San Ignacio, por el sureste y sur con la provincia de Cutervo, por el suroeste con la provincia de Ferreñafe y Lambayeque, por el este con la provincia de Bagua y Utcubamba y oeste con la provincia de Huancabamba. Tiene una extensión de 5.232,57 kilómetros cuadrados y se encuentra dividida en doce distritos: Jaén, Bellavista, Chontali, Huabal, Las Pirias, Pomahuaca, Pucará, Sallique, San Felipe, San José del Alto, Santa Rosa.

Las principales actividades económicas que se desarrollan en la provincia son: el comercio, la agricultura, la ganadería, siendo la actividad que predomina el comercio.

El perfil epidemiológico está caracterizado por la presencia de enfermedades infectocontagiosas, crónico degenerativas y metaxénicas. En el primer grupo las infecciones respiratorias agudas de las vías áreas superiores y las enfermedades del aparato gastrointestinal son las primeras causas de mortalidad, las enfermedades genitourinarias ocupan el segundo lugar y las enfermedades metaxénicas ocupan el tercer lugar.

El distrito de Jaén, está constituido por diez sectores: Morro Solar Alto, Morro Solar Bajo, Morro Solar Centro 1, Morro Solar Centro 2, San Camilo, Las Flores, Los Olivos, Pueblo Nuevo 1, Pueblo Nuevo 2 y Jaén Centro.

Para efectos del estudio se seleccionó los Sectores de Morro Solar Alto y Morro Solar Bajo. Las familias del estudio provienen de un estrato social medio - bajo, la mayoría de las viviendas son multifamiliares de material noble, con servicios básicos: luz, agua y desagüe, se identificó a tres participantes que viven en hacinamiento y no mantienen su vivienda saludable.

3.2. Tipo y diseño de la investigación

La investigación es de tipo descriptiva correlacional, porque tiene como objetivo medir la relación que existe entre dos variables (actitud del familiar y cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis).

El diseño transversal, ya que buscó estudiar las variables en un tiempo y espacio determinado³⁶. Durante los meses de abril, mayo y junio del 2012.

3.3. Unidad de análisis, población y muestra

Unidad de análisis

Cada uno de los familiares cuidadores de las personas con diagnóstico de Tuberculosis.

La población muestral

Estuvo constituida por 30 familiares cuidadores de las personas con diagnóstico de tuberculosis que pertenecen al Sector de Morro Solar, de los cuales 20 se encontraron en la primera fase y 10 en la segunda fase. Los participantes del estudio se identificaron a

través de las direcciones de sus domicilios, encontrados en los registros de pacientes con diagnóstico de tuberculosis.

Los criterios de inclusión fueron:

Familiar cuidador de la persona con diagnóstico de tuberculosis que reciben tratamiento ambulatorio en la ESN-PCT del Centro de Salud de Morro Solar,

Familiar cuidador de ambos sexos de la jurisdicción del Sector de Morro Solar.

3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

La técnica que se utilizó fue la encuesta, teniendo como instrumento el cuestionario tipo escala de Likert (Apéndice 1). Estructurado en dos partes, la primera contiene los datos sobre las características sociodemográficas de los participantes. La segunda parte contiene 34 ítems, con respuestas En desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo y muy de acuerdo.

Al realizar el análisis de la variable Actitud del familiar cuidador, se unieron las opciones: En desacuerdo (desfavorable), ni de acuerdo ni en desacuerdo (indeciso), de acuerdo y muy de acuerdo (favorable). Y para la variable cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis, En desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo (Negativo), de acuerdo y muy de acuerdo (positivo)

El instrumento fue validado mediante juicio *de expertos*, constituido por tres profesionales de enfermería con experiencia en el tema, y a través de *la prueba piloto* en 10 cuidadores familiares con características similares a la muestra. Posteriormente se determinó la

confiabilidad del instrumento a través de la prueba de alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0,96, lo que significa que es altamente confiable (Apéndice 2).

Previo a la aplicación del instrumento, se realizó el trámite administrativo mediante una solicitud dirigida al Gerente del Centro de Salud de Morro Solar- Jaén y por su intermedio a la responsable de la Estrategia Nacional del Programa de Control de la Tuberculosis (ESN-PCT), con el fin de obtener la autorización correspondiente para la ejecución de la investigación. En primer lugar, se identificó la dirección de las personas con diagnóstico de tuberculosis, luego se visitó al familiar cuidador y se explicó el propósito de la investigación, bajo el consentimiento informado, se procedió a la aplicación del instrumento en un tiempo promedio de 30 minutos.

3.5. Procesamiento y análisis de los datos

Los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico informático SPSS versión 21, luego se procedió a elaborar tablas estadísticas, para la interpretación y análisis de los mismos. Para establecer la relación entre las variables, se utilizó la prueba de Chi cuadrado (X^2).

3.6. Aspectos éticos

Se tuvieron en *cuenta* los siguientes criterios éticos:

Autonomía. Se consideró a los cuidadores familiares que aceptaron voluntariamente participar en el estudio, y se respetó la decisión de querer permanecer dentro del mismo.

La justicia. A todos los participantes del estudio se les trato sin ningún tipo de discriminación, tratando a los participantes del estudio con igual consideración y respeto.

El consentimiento informado: Se les explicó a los participante los objetivos de la metodología, y se aclaró algunas dudas que puedan presentarse durante su aplicación, dando seguridad de preservar la confidencialidad del entrevistado, luego se le solicita a cada cuidador familiar firmar el consentimiento informado (Apéndice 3).

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Características sociodemográficas del familiar cuidador a la persona con diagnóstico de tuberculosis.

Tabla 1. Datos generales del familiar cuidador a la persona con diagnóstico de tuberculosis. Sector de Morro Solar – Jaén, 2012.

Características sociodemográficas	N	%
Edad en años		
20 – 40	8	26,6
40 - 60	20	66,7
60 – 70	2	6,7
Estado civil		
Casado	8	26,7
Conviviente	16	53,3
Soltero	2	6,7
Separado	4	13,3
Sexo		
Masculino	11	36,7
Femenino	19	63,3
Grado de instrucción		
Primaria incompleta	1	3,3
Primaria completa	7	23,3
Secundaria incompleta	9	30,0
Secundaria completa	11	36,7
Superior	2	6,7
Ocupación		
Independiente	15	50,0
Agricultor	6	20,0
Comerciante	4	13,3
Empleado público	1	3,3
Ama de casa	4	13,3
Total	30	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores familiares de personas con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar Jaén.

La tabla 1, señala que un 66,7% de los cuidadores familiares tienen entre 40 a 60 años de edad, pertenecen al grupo etario adulto. El 53% con estado civil conviviente, el 63,3% son de sexo femenino, el 67,7% cuentan con grado de instrucción secundaria entre incompleta-completa y el 50% trabaja independientemente.

Los resultados son semejantes al estudio elaborado por Luxado³⁷, sobre El perfil de cuidadores paliativos en Buenos Aires, quien señala que los cuidadores familiares oscilan entre las edades de 38 a 60 años; el 53% son convivientes y en su mayoría son de sexo femenino. Sin embargo, respecto al grado de instrucción no coincide debido a que el mayor porcentaje de los cuidadores tienen educación secundaria.

Datos similares reportaron Barrera, Pinto y Sánchez³⁸, en la investigación acerca de la caracterización de cuidadores en América Latina, en el que ratifican que, por lo general, la responsabilidad de ser cuidador recae el mayor peso porcentual en el sexo femenino (78,8%), hasta tal punto que ocho de cada diez personas que cuidan de un familiar son de este género. Ante este perfil, las investigadoras plantean que "son las mujeres quienes suministran con mayor frecuencia los cuidados de atención personal y los instrumentales, y están más implicadas en las tareas de acompañamiento y vigilancia. Asumen los cuidados más pesados, cotidianos y que exigen mayor dedicación.

Mendoza³⁹, señala que el perfil típico del cuidador principal es ser mujer, ama de casa, con una relación de parentesco directa (madre, hija o esposa) y que convive con la persona que cuida, culturalmente mantienen lazos de unión familiar.

Según el autor, Muñoz, et al⁶, el cuidador primario familiar se asigna por patrones culturales casi invariablemente a una mujer. Además esta asignación de la cuidadora se

hace, en base a una fuerte determinación social hacia la definición del papel de la mujer como principal proveedora de cuidados informales (por obligación o necesidad) generalmente es la esposa o hija del paciente. La mayoría de las cuidadoras tienen entre 50 años de edad y con nivel de estudios primario.

Por otra parte, es ampliamente conocido que en la cultura occidental en la que se desenvuelven las mujeres: madres, esposas, hijas, nueras, son cuidadoras y su papel alrededor de las prácticas en el proceso salud-enfermedad es fundamental y determinante. Específicamente Colliere²⁹, plantea que los cuidados que se tejen alrededor de todo aquello que crece y se desarrolla revierten en la mujeres y lo hacen hasta la muerte: “cuidado a los niños, al igual que a los enfermos y a los moribundos, han sido las bases del conjunto de cuidados desarrollados por las mujeres a lo largo de la evolución de la historia de la humanidad, siendo así hasta nuestros días.

Murillo⁴⁰, afirma, que los cuidados se asignan tempranamente a las mujeres en su ciclo de vida, y permanecen activos como tarea en todo el proceso de reproducción social.

Tabla 2. Soporte familiar del cuidador a la personas con diagnóstico de tuberculosis. Sector de Morro Solar – Jaén, 2012.

Soporte familiar	N	%
Cónyuge	20	66,7
Hijo(a)	6	20,0
Madre (padre)	4	13,3
Total	30	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores familiares de personas con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar Jaén.

El estudio demuestra que el 66,7% de los familiares cuidadores que brindan soporte a la persona con diagnóstico de tuberculosis es el cónyuge y solamente un 20% son los hijos, resultado concordante con el estudio de Luxardo³⁷, quien señala que en su mayoría es la esposa/ cónyuge quien cuida al enfermo. Igualmente Artraso, et al⁴¹ confirma que el conyugue es considerado como el cuidador primario por guardar una relación directa con el enfermo.

Lewis y Newell, citado por Ladino⁴², menciona que el soporte que da el cónyuge y el acogimiento al paciente, es esencial durante el tiempo de tratamiento, garantizando su continuidad y abandono, logrando así la recuperación de su salud.

También el MINSA, recomienda a las familias dar apoyo y cariño a los pacientes con tuberculosis, especialmente si asume un carácter irritable, eleva el tono de voz o decide permanecer en silencio, siendo el soporte psicológico y afectivo claves en su recuperación. Los profesionales de salud, deben escuchar atentamente las dudas del cuidador familiar y del propio paciente, pues la comunicación es clave para el éxito del tratamiento, por consiguiente, el apoyo familiar y la buena información ayudan a tomar medidas de prevención sin discriminar al paciente ni a los demás integrantes de la familia.

Para que el soporte familiar sea adecuado, es necesario que se informe al cuidador sobre cómo se contagia y cómo no se contagia la enfermedad. Generalmente, las ideas sobre el contagio no son correctas, lo que lleva al maltrato y marginación del paciente en su propio hogar.

Tabla 3. Tiempo dedicado por el cuidador familiar a la persona con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar – Jaén, 2012.

Horas/día dedicado al cuidado	N	100 %
2 horas/días	04	13,3
4 horas/días	18	60,0
6 horas/días	08	26,7
Total	30	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores familiares de personas con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar Jaén.

Los resultados indican que el 60,0% de los familiares cuidadores sólo atienden a su familiar enfermo 4 horas al día.

Contrario al estudio de Barrera, Pinto y Sánchez³⁸, en su trabajo de investigación señala que el cuidador que trabaja independientemente puede estar más tiempo en su casa y tener más momentos de contacto con la persona a quien cuida, contrario a un empleado, quien dispone de tiempos muy medidos. Este estudio muestra que el 72,1% de ellos hace más de tres años son responsables directos de su familiar, con un número de 7 a 12 horas diarias dedicadas al cuidado (67,0%).

La enfermedad de TB afecta directamente a la persona con este diagnóstico e indirectamente a su familia, por tanto, la perspectiva cambia y el tiempo se altera por las actividades que realiza en el cuidado que brinda. La presencia de un enfermo en el hogar provoca en la familia una reasignación de roles y tareas entre sus diversos miembros para tratar de cubrir o compensar sus funciones⁴³.

También, Montalvo y Flores⁴⁴, señalan en su estudio: Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. En cuanto al tiempo de cuidado, predominan los

cuidadores con experiencia de más de 18 meses y una dedicación de más de 12 horas diarias, desempeñándose además como únicos cuidadores. Estudios europeos señalan que el cuidado en casa de un familiar es una actividad intensa. En Inglaterra, evidencias estadísticas señalan que un millón y medio de cuidadores proporcionan un promedio de 20 horas de cuidados a la semana y un millón le dedican más de 36 horas.

Mendoza⁴⁵, en la pesquisa Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad crónica, refirieron que cuidaban a los pacientes todos los días en 57 (83,8 %) de los casos, y 11 (16,2 %) respondieron que en promedio cuidaban al paciente entre tres y cinco días. Con respecto al tiempo de cuidado en total, 31 (45,6 %) refirieron estar al cuidado del paciente entre seis meses y un año, 25 (36,8 %) más de un año y 12 (17,6 %) menos de seis meses al cuidado del paciente. Solo hubo un caso en que un familiar tuvo a su cargo el cuidado de dos pacientes.

Por otro lado, Lozano y Castrillón⁴⁶, en su estudio sobre Consecuencias generadas a nivel familiar e individual por el diagnóstico de tuberculosis en Guadalajara de Buga, concluyó que los familiares diagnosticados con TB son una carga familiar por el tiempo que le dedican en su cuidado.

En este sentido, además del trabajo que desempeña el cuidador familiar dentro del ámbito doméstico se adiciona la responsabilidad de organizar las actividades alrededor de la atención que requiere la persona que recibe el cuidado, con la finalidad de tener el tiempo necesario que le permita desempeñarse en forma más apropiada en su labor de cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis.

4.2. Actitud del familiar en el cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis.

Tabla 4. Actitud cognitiva del familiar cuidador a la persona con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar - Jaén, 2012.

Indicadores	Desfavorable		Indeciso		Favorable		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Informa a la persona con TB sobre el tratamiento	22	73,3	7	23,3	01	3,3	30	100,0
Conoce las reacciones adversas del medicamento.	24	80,0	5	16,7	01	3,3	30	100,0
Conoce sobre la alimentación que debe recibir la persona con TB	22	73,3	8	26,6	0	0,0	30	100,0
Conoce las consecuencias sí la persona que cuida abandona el tratamiento	20	66,7	6	20,0	4	13,3	30	100,0
Informa el cuidador familiar al personal de salud sobre las reacciones adversas del medicamento	18	60,0	6	20,0	6	20,0	30	100,0
Conoce las normas de seguridad y protección al brindar el cuidado a la persona con TB.	14	46,7	12	40,0	4	13,3	30	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores familiares de personas con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar Jaén.

La mayoría de familiares cuidadores nunca informa a la persona con TB sobre el tratamiento (73,3%) no conocen sobre las reacciones adversas de los medicamentos (80%), desconocen sobre la alimentación que debe recibir la persona con TB (73,3%) y no conocen las consecuencias si la persona que cuida abandona el tratamiento (66,7%), no informan sobre las reacciones adversas del medicamento (60,0%), y no conocen las normas de seguridad y protección (46,7%); en consecuencia la actitud cognitiva es desfavorable.

Los resultados son similares a los reportados por Alvares, Correa y Uribe⁴⁷, sobre percepciones sociales frente a la comunicación del tratamiento y apoyo recibido por la población habitante de calle con Tuberculosis, quienes concluyen que los pacientes generalmente reciben información general de la enfermedad y una información parcial del tratamiento. En algunos casos solo se hace énfasis en la duración del tratamiento, a otros les explican que son inyecciones y pastillas sin profundizar en los efectos producidos por éstos y los alimentos que deberían consumir. La finalidad de la nutrición al paciente con tuberculosis, es lograr un incremento de peso significativo, mediante la alimentación rica en proteínas con alto valor biológico, acompañado de minerales y vitaminas; el reposo relativo es primordial durante la primera fase del tratamiento.

Por otra parte, refiere que la escasa información relacionada con los diferentes aspectos que rodean la enfermedad solo se basa en aspectos puntuales que poco ayuda al cuidador familiar en la actitud cognitiva, puesto que las capacidades cognitivas solo se aprecian en la acción, es decir el conjunto de información que el sujeto ha incorporado acerca del objeto para tomar una actitud³⁷.

Los resultados encontrados en el presente estudio difieren de los encontrados en la investigación realizado por Bojorquez⁴⁸, acerca de los conocimientos que tiene el familiar del paciente con tuberculosis pulmonar respecto al tratamiento farmacológico, un 55% posee un nivel de conocimientos bajo, poniendo en riesgo la continuidad del tratamiento y la recuperación del paciente.

Corona, et al⁴⁹, en el estudio: Conocimientos, percepciones y prácticas respecto a la TB, concluyó que una estrategia aceptable es informar apropiadamente a la familia y población, sobre la situación presente y las formas en que debe participar directamente en las medidas de prevención y control.

En cuanto si informa el cuidador familiar al personal de salud sobre las reacciones adversas del medicamento. Autores como Given, Sherwood y Given, citado por Ramírez⁵⁰, mencionan que los conocimientos de los cuidadores deben estar enfocados en actividades como; alimentación, el tratamiento farmacológico y prevención de complicaciones. Las habilidades cognitivas influyen en la toma de decisiones, reconocimiento de signos de complicaciones, conocimientos de los fármacos y sus efectos secundarios, recordar citas con el médico, controlar horarios de comidas y buscar al personal de salud es idóneo para la obtención de información. Por otra parte, las habilidades psicológicas influyen en el apoyo emocional, en la organización de tareas de las actividades de cuidado, estrategias para resolver los problemas que puedan surgir durante el control de la enfermedad y motivación por los resultados positivos obtenidos.

Respecto a las medidas de prevención como parte de la seguridad y protección en el hogar a la persona con tuberculosis, tiene como finalidad evitar la diseminación del Bacilo de

Koch y en caso de que esta se produzca, tomar medidas preventivas. Las principales medidas es impedir el contagio a través de la detección, el diagnóstico precoz y el tratamiento completo de los casos de tuberculosis pulmonar frotis positivo⁵¹.

Sí el cuidador familiar conoce poco respecto a la naturaleza de la enfermedad, causas que lo origina, como se transmite y las medidas a tomar durante el proceso de recuperación, produce en él situaciones angustiantes por no poseer los conocimientos y las habilidades necesarias para brindar el cuidado.

Por consiguiente, el personal de salud específicamente el enfermero, tienen una labor preponderante respecto a la información, educación que debe brindar a los cuidadores y a la persona con TB. Los espacios propicios son durante la consulta, en el tratamiento, la visita domiciliaria y otros.

Para observar cambios en la actitud cognitiva del familiar cuidador, una de las estrategias es la educación. Es importante ya que puede determinar la capacidad de las personas y sus familias para desarrollar conductas que culminan en un cuidado personal óptimo. La enseñanza ayuda al paciente y la familia para que se adapten a los efectos residuales de la enfermedad⁵². Este es un componente esencial de la asistencia del enfermero en la Estrategia Sanitaria de Tuberculosis.

El cuidador familiar es considerado como red de apoyo primaria, al asumir un papel determinante en la ejecución de las prácticas de cuidado a la persona enferma, y por ende cuidar a los demás miembros de la familia y enfatizar en la prevención y promoción de salud incrementa los conocimientos de personas que se dedican al cuidado⁵³.

Tabla 5. Actitud conductual del cuidador familiar a la persona con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar –Jaén, 2012.

Indicadores	Desfavorable		Indeciso		Favorable		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Acude oportunamente cuando le solicita apoyo la persona con TB.	20	66,6	8	26,7	2	6,7	30	100,0
Realiza el cuidado personalizado	16	53,3	14	46,6	0	0,0	30	100,0
Coordina el cuidado con el responsable de la estrategia	21	70,0	8	26,7	1	3,3	30	100,0
Toma precauciones	16	53,3	12	40,0	2	6,7	30	100,0
Atiende las necesidades de comodidad y alimentación	20	66,6	8	26,7	2	6,7	30	100,0
Brinda condiciones de salubridad en el espacio donde vive el paciente.	16	53,3	14	46,7	0	0,0	30	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores familiares de personas con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar Jaén

En su mayoría los participantes del estudio señalan un escaso involucramiento en las diferentes indicadores concerniente a esta variable: Acudir oportunamente cuando le solicita apoyo la persona con TB (66,6%); realizar el cuidado personalizado (53,3%); coordina el cuidado con el responsable de la estrategia (70%); toma precauciones en el autocuidado (53,3); atender las necesidades de comodidad y alimentación (66,6%); brindar condiciones de salubridad en el espacio donde vive el paciente (53,3%); por consiguiente la actitud conductual es desfavorable.

Whittaker⁵⁴, describe a lo conductual como: “acción manifiesta de un individuo, cuya base es una actitud en la que incluye el acto o la conducta a través de ciertas emociones”.

Los cuidadores deben estar preparados para los cambios de roles permanentes y para manejar cierto grado de incertidumbre. Moos, citado por Cabariti⁵⁵, dice que la enfermedad

genera una gran disrupción en toda la dinámica familiar. Este autor propone, desde la teoría de las crisis, que la enfermedad puede pensarse como un punto de ruptura en el sistema familiar e individual, una suerte de pérdida del equilibrio, de la homeostasis, donde las respuestas y estrategias que venían siendo usadas ya no sirven y la crisis exige encontrar un nuevo equilibrio, nuevas formas de afrontar la situación.

Es importante que los cuidadores familiares presenten una actitud favorable hacia el cuidado que brindan al paciente, ya que la actitud se refleja en la conducta; esta debe estar matizada de tolerancia, sensibilidad, respeto y amor. Además se requiere una buena comunicación con el paciente, familia y con el equipo de salud⁵⁶.

Tabla 6. Actitud afectiva del familiar cuidador a la persona con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar - Jaén, 2012.

Indicadores	Desfavorable		Indeciso		Favorable		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Brinda cariño durante la atención que le presta a la persona que cuida.	10	33,3	10	33,3	10	33,3	30	100,0
Comprende su estado anímico de la persona que cuida.	12	40,0	12	40,0	6	20,0	30	100,0
Le agrada cumplir con su compromiso de cuidar	19	63,3	11	36,7	0	0,0	30	100,0
Se siente bien al realizar el cuidado	4	13,3	12	40,0	14	46,7	30	100,0
Se interesa por sus necesidades psico-emocionales	6	20,0	12	40,0	12	40,0	30	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores familiares de personas con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar Jaén.

Respecto, al cariño que le brinda el familia cuidador a las personas con diagnóstico de tuberculosis, son semejantes en los criterios desfavorable, indeciso y favorable en un 33,3%; en cuanto a la comprensión del estado anímico de la persona que cuida existe similitud en los criterios desfavorable, indeciso en un 40%; respecto al cumplimiento en su compromiso de cuidar es desfavorable en un 63,3%; en cambio el sentirse bien al realizar el cuidado es favorable en un 46,7%; referente al interés que tiene por sus necesidades psico-emocionales el resultado obtenido es similar en lo indeciso y favorable en un 40%.

El Ministerio de Salud (MINSA) recomienda a las familias dar apoyo y cariño a los pacientes con tuberculosis, especialmente si asume un carácter irritable, eleva el tono de voz o decide permanecer en silencio, porque el soporte psicológico y afectivo son claves en su recuperación. Los pacientes deben tener claro que continuar con el tratamiento es requisito indispensable para sanarse³⁵.

El afecto se traduce en comportamientos y actitudes. Todo sentimiento tiene sus motivaciones, intereses y propósitos. Es el motor o el inhibidor de la acción de cuidar, pues moviliza o inhibe a la persona. El cuidado como una forma de amar, posibilita la expresión de sentimientos y emociones traducidos en un hacer.

Cuando el cuidador muestra afecto al cuidar, le da seguridad y fortaleza al enfermo, no se va a sentir aislado y le ayuda a adaptarse a su enfermedad y sobre todo a ser responsable durante su tratamiento. La persona enferma que recibe sentimientos de apoyo, seguridad y confianza cuando está enfermo, le hacen posible afrontar las crisis por la que atraviesa.

Tabla 7. Tipo de actitud del cuidador familiar a la persona con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar - Jaén, 2012.

Indicadores	Desfavorable		Indeciso		Favorable		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cognitiva	20	66,7	7	23,3	3	10,0	30	100,0
Conductual	18	60,0	11	36,7	1	3,3	30	100,0
Afectiva	10	33,3	12	40,0	8	26,7	30	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores familiares de personas con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar Jaén.

La actitud cognitiva (66,7%) y conductual (60%) del familiar cuidador a la persona con diagnóstico de tuberculosis es desfavorable; en cambio la actitud afectiva (40%) es indeciso.

Los resultados difieren de los reportados por Pérez y Miranda¹⁹, en su investigación Nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia el tratamiento - Usuario Estrategia sanitaria Control de Tuberculosis –Hospital II- 1 Moyobamba, quien concluye que la actitud cognitiva, conductual y afectiva es favorable en un 83, 3%.

Asimismo, no encuentran sustento con lo señalado por Rojas⁹ en el estudio Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Tablada de Lurín, quien concluye que el 62,5% de los familiares muestran una actitud cognitiva, afectiva y conductual favorable con una dirección positiva muy significativa.

El grado de intensidad de aceptación de la familia va a contribuir favorablemente en el

pronóstico positivo y oportuno de la enfermedad, así como disminuye en el paciente el sentimiento de culpa y de vergüenza⁴⁵. La actitud puede constituir la diferencia crucial ante un efecto positivo o negativo, mostrarse amable y lleno de simpatía, con el fin de animar y reconfortar a la persona con TB es de suma importancia.

Por otro lado, Griffin citado por Vera³⁴ refiere que el cuidado humano como proceso requiere de dos aspectos principales: actividades y actitudes y sentimientos. Lo afectivo permite hacer frente a las reacciones y sentimientos de la persona, animándole a que manifieste sus preocupaciones y dificultades producto de la enfermedad que padece.

Los familiares, al igual que los pacientes, generalmente atraviesan por un proceso que los lleva al reconocimiento y aceptación de la enfermedad. Con el diagnóstico de la TB reconocen y son más conscientes de la vulnerabilidad del ser humano a enfermar³⁸.

Las actitudes pueden organizarse en estructuras coherentes que reciben el nombre de valores, o sistemas de valores. La realidad está determinada por la cultura, expresada en actitudes y valores personales. El valor es una disposición afectiva hacia una persona. Estos se convierten en acciones cuando tienen un propósito y dan significado a la existencia. Surgen a través de la cultura y se retroalimentan de ella. El valor es un orientador de la conducta, se aprende a lo largo de la vida y la experiencia particular de cada ser⁵⁷. En el caso del cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse, y a enfrentar dificultades y crisis propias de la vida cuando se presenta una enfermedad como la tuberculosis que es estigmatizada por la sociedad.

4.3. Cuidado que brinda el familiar al paciente con diagnóstico de tuberculosis

Tabla 8. Cuidado que brinda el cuidador familiar a la persona con diagnóstico de tuberculosis según la dimensión de compromiso. Sector Morro Solar, Jaén, 2012.

Indicadores	Negativo		Positivo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Valora la importancia de la administración oportuna de los medicamentos durante el tratamiento.	30	100,0	0	0,0	30	100,0
Verifica que los miembros de la familia menores de 19 años reciban quimioprofilaxis	29	96,7	1	3,3	30	100,0
Acompaña todos los días a recibir su tratamiento	26	86,6	4	13,4	30	100,0
Verifica que el paciente asista al programa, tome el tratamiento para evitar abandono	24	80,0	6	20,0	30	100,0
Valora la importancia de los controles	29	96,7	1	3,3	30	100,0
Valora la importancia de la alimentación y medidas preventivas	29	96,7	1	3,3	30	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores familiares de personas con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar Jaén.

La tabla señala que el 100,0 % de los cuidadores no valoran la importancia de la administración oportuna de los medicamentos. Respecto a verificar si los miembros de la familia menores de 19 años reciben la quimioprofilaxis el 96,7% de los cuidadores no lo hacen. En cuanto al acompañamiento a su familiar para recibir su tratamiento antituberculoso el 86,6% expresan que no lo hacen. Referente a si el paciente asiste al programa a tomar su tratamiento y evitar el abandono el 80% de los cuidadores nunca verifica; el 96,7% de los cuidadores no valora la importancia de los controles, ni tampoco la importancia de la alimentación ni las medidas preventivas.

La tarea del cuidador, lo asume alguien que siente un compromiso moral o emocional

con el enfermo⁵³. Quintero⁵⁷ cita a Virginia Henderson, pionera en incorporar una filosofía humanista y trascendental a los cuidados de enfermería, dice que "cuidar es ponerse en el lugar del otro; es ocupar la piel del otro", proceso que implica un gran compromiso afectivo. Este enfoque humanístico en el acto de cuidar requiere sentimientos, deseos y valores alrededor de una gran generosidad, infundiendo fe y esperanza en la persona.

William, et al⁵⁸, señalan que uno de los principales medios para luchar contra la tuberculosis es reconocer y tratar la enfermedad en sus etapas iniciales. Esto previene la diseminación de la tuberculosis, pues entre más pronto se establece el diagnóstico y se inicia el tratamiento de un paciente, más corto es el periodo de contagio. Además el deterioro de los órganos aumenta cuando la enfermedad permanece más tiempo sin tratamiento.

Al respecto Reverend citado por Ladino⁴², señala que generalmente no se inicia el tratamiento oportuno de la enfermedad de tuberculosis debido al desconocimiento de los familiares y pacientes acerca de los diferentes aspectos que rodea la enfermedad, ante la sintomatología presentada no piensan en TB sino en otras afecciones más comunes de vías respiratorias y cercanas a su contexto. De igual forma cuando la enfermedad ya ha sido diagnosticada la escasa claridad en la información facilitada por parte del equipo de salud, aumenta la incertidumbre, las inquietudes con respecto a su proceso patológico, lo cual lleva a que pacientes y cuidadores familiares duden del diagnóstico médico. No obstante, no solo está presente el desconocimiento de la TB en los familiares cuidadores, también en el personal de salud que los atiende, es poco conocida por lo que dificulta su detección y tratamiento oportuno.

Por otro lado, Peltzer, et al⁵⁹, explican que las creencias de los cuidadores familiares, en muchas ocasiones son erróneas y hacen parte del conocimiento popular, retrasando el tratamiento oportuno de la enfermedad de la tuberculosis que tienen una gran influencia sobre las personas y pueden llevar a la estigmatización y rechazo social, con las consecuencias sociales negativas para el paciente, su familia y para la sociedad en general.

Lo anterior hace evidente el grave problema de la tuberculosis, lo que está relacionado con tres aspectos fundamentales para su abordaje: 1. Incapacidad para identificar los enfermos (búsqueda y diagnóstico); 2. Incapacidad para incluirlos bajo tratamiento, una vez identificados (registro, información y notificación); 3. Incapacidad para mantenerlos bajo tratamiento, una vez incluidos (no adherencia)⁶⁰.

Por ello, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), considera que se debe empoderar a la población en esta problemática y hacer más conscientes a los trabajadores de salud sobre la importancia que tienen el diagnóstico y tratamiento oportuno de esta enfermedad⁶¹.

Sí la familia se compromete con sus miembros a ofrecer asistencia en las actividades de la vida diaria, acompañamiento a los servicios de salud, logrará cambios trascendentales de personalidad de sus miembros a favor de su curación⁶².

Al respecto, la Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis, establece que la quimioprofilaxis lo reciben los contactos hasta los 19 años de edad de personas afectadas de tuberculosis pulmonar, con o sin cicatriz BCG, sin evidencia de enfermedad activa. Es responsabilidad del enfermero brindar información a los contactos y a los

familiares de los contactos menores de edad que reciben quimioprofilaxis sobre: la importancia del cumplimiento de la administración diaria de isoniacida y la probabilidad de presentación de reacciones adversas a este medicamento antituberculosis³⁴.

Williams, et al⁵⁸, enfatiza que el cuidador familiar que acompaña a la persona a recibir su tratamiento estará contribuyendo a reducir el número de personas contagiosas en la familia y comunidad, se prevendrá el fármaco resistencia, más pacientes alcanzarán la curación y menos personas fallecerán por tuberculosis. De ahí que el cuidador familiar hará todos los esfuerzos a fin de acompañar a los pacientes a recibir un ciclo de tratamiento completo e interrumpido.

También Olvera, et al⁶³, encontraron que las principales causas de abandonó al tratamiento anti-TB es la poca comunicación, información acerca de la duración y de la importancia de llegar al término del tratamiento, pues a la mayoría se les hace molesto, estar consumiendo los medicamentos durante mucho tiempo. Además, ellos mismos al sentir mejorías inmediatas creen que superaron la peligrosidad de la enfermedad y que ya no necesitan llegar a la terminación del tratamiento y lo dejan de consumir; así mismo, se encuentra la falta de experiencia del médico al no saber recetar y combinar los medicamentos.

Por otro lado Liefoghe citado por vera ³⁴, señaló que las inquietudes respecto a la enfermedad y al tratamiento deben ser identificados y direccionados como parte del programa de control de la TB, con el fin de disminuir la estigmatización social y del cuidador familiar haciendo un mayor énfasis en que ésta es una enfermedad curable y que tiene la responsabilidad de hacer un seguimiento. Así mismo, la limitada

información respecto a la TB y su tratamiento desde el personal de salud es predictor de la no adherencia al tratamiento.

El Colegio Médico del Perú, alertó que existe alrededor de mil pacientes con tuberculosis que abandonan su tratamiento cada año en el Perú debido a múltiples factores, entre ellos: la falta de apoyo familiar, los efectos adversos de los fármacos y problemas de drogadicción. Advirtió que el abandono del tratamiento contribuye a que los casos de tuberculosis siempre evolucionen a TBC MDR (multirresistente) y a TBC XDR (extremadamente resistente), cuadros muy resistentes a los medicamentos y que requieren terapias más prolongadas y costosas. Además, conlleva el riesgo de una mayor propagación de este mal⁶⁴.

Por lo mencionado, se señala que es importante que el cuidador familiar acompañe a la persona a recibir su tratamiento para que el paciente no abandone, porque si no es posible asegurar que el paciente complete su tratamiento, es preferible que no inicie el tratamiento por las graves consecuencias personales a nivel individual y colectivo; de ahí que la aceptación o rechazo del tratamiento anti-tuberculosis (anti-TB), tienen mucho que ver con la imagen que el enfermo se construye del padecimiento, pues el conocer los beneficios y la durabilidad del tratamiento, son aspectos necesarios para poder terminarlo.

Olvera, et al⁶³, dan a conocer que existen otras causas o condiciones que hacen favorable el desarrollo de la enfermedad y entre ellas se encuentra principalmente la mala alimentación que ha tenido la persona durante su vida, así como también la poca higiene

que existe en los lugares donde permanecen mayor tiempo o, en su caso, la baja de defensas que tiene el organismo, ocasionado por otra enfermedad.

Ocurriendo los resultados desfavorables al cuidado de enfermo con TB, se cita a Torres et al⁶⁵, quienes manifiestan que ser cuidador requiere planificar su asistencia y cuidados al enfermo dejando un tiempo para sí mismo, estableciendo límites en el desempeño de su tarea, delegando funciones en otros miembros de la familia.

Tabla 9. Cuidado que brinda el cuidador familiar a la persona con diagnóstico de tuberculosis según la dimensión de competencia y compasión. Sector Morro Solar - Jaén, 2012.

Indicadores	Negativo		Positivo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Conversa con un tono de voz adecuada durante el cuidado.	30	100,0	0	0,0	30	100,0
Mira a los ojos cuando conversa	28	93,3	2	6,7	30	100,0
Responde con sinceridad ante sus temores y necesidades expresadas por el paciente.	30	100,0	0	0,0	30	100,0
Brinda seguridad en el momento del Cuidado	29	96,7	1	3,3	30	100,0
Demuestra interés o preocupación y tiene capacidad de escucha	28	93,3	2	6,7	30	100,0
Demuestran satisfacción por la ayuda prestada	30	100,0	0	0,0	30	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores familiares de personas con diagnóstico de tuberculosis.

Sector Morro Solar Jaén.

La tabla, muestra una alta valoración negativa en los siguientes indicadores: no conversa con tono de voz adecuado durante el cuidado 100,0 %; nunca mira a los ojos cuando conversa el 93,3%; no responde con sinceridad ante sus temores y necesidades

expresadas por el paciente el 100%; no brinda seguridad en el momento del cuidado el 96,7%; nunca demuestra interés ni tiene capacidad de escucha 93,3%; y nunca demuestran satisfacción por la ayuda prestada 100,0%.

Son indicadores que demuestran que el cuidado es brindado con escasa conciencia y competencia, no es responsivo, escasamente existe el juicio y la energía necesaria que debería tener la persona cuidadora hacia la otra persona que vive con TB. Este análisis se sustenta en base a la idea de Roach: el cuidar es evocada en respuesta a *“alguien o a algo a quien o al cual”* se atribuye alguna importancia y representa un valor³⁴.

Ese proceso de aceptar al otro como un legítimo otro, es para Maturana el amor, que funciona como el principio integrador del ser humano. A través de la conversación y de la solidaridad, la familia fortalece el amor al otro y viceversa. Además señala que *“...lo que es especialmente humano en el amor no es el amor, sino lo que hacemos en el amor en cuanto a humanos..., es nuestra particular forma de vivir juntos como seres sociales en el lenguaje; sin amor no somos seres sociales”*.

Boff y Maturana citado por Vera³⁴, señalan que si el amor es biológico, son también biológicas todas sus dimensiones. Es decir, como podría existir el amor sin el cuidado esencial, pues sin él el encaje del amor no ocurre, no se conversa, no se expande ni permite la convivencia y las asociaciones entre los seres humanos. Sin el cuidado no hay atmósfera que propicie el florecimiento de aquello que verdaderamente humaniza: el sentimiento profundo, la voluntad de compartir y la búsqueda del amor.

En conclusión todos los resultados de la tabla se resumen en una sola palabra *“indiferencia”*. Halldórsdóttir describe cinco modos de ser con el otro, los cuales

incluyen comportamientos de cuidar y no cuidar que influyen de modo importante en la experiencia de ser cuidado por otra persona; entre ellos se encuentra el “modo bioestático”, que implica insensibilidad para con la otra persona y provoca abatimiento y ansiedad. Surge en los pacientes la percepción de que al cuidador no le importa y es insensible a sus sentimientos debido a su actitud³⁴.

Si bien el cuidado tiene consecuencias negativas, también tiene efectos positivos en la vida de los cuidadores, en una completa evaluación de las consecuencias del cuidado debe integrar la perspectiva subjetiva de los cuidadores para definir aquellos aspectos que éstos consideran positivos y negativos. Algunas consecuencias como el cansancio o el dolor físico son claramente perjudiciales, otras como la satisfacción por la ayuda prestada o la percepción de prestaciones públicas son beneficiosas y también existe una amplia gama de impactos de difícil valoración -por ejemplo, unos pueden considerar positivo recibir el reconocimiento por parte de su familia, mientras que para otros puede resultar indiferente o incluso suponerles una presión añadida en el desempeño del cuidado.

La familia se constituye en el elemento básico a través del soporte social percibido como disponible que ella ofrece a sus miembros. Considerando el apoyo, como una práctica de cuidado que se da en el intercambio de relaciones entre las personas y se caracteriza por expresiones de afecto, afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona que inciden positivamente en: reducción del estrés, Las personas se sienten amadas, valoradas y estimadas, disminuye la preocupación de los enfermos, los miembros familiares desempeñan sus roles⁶⁵.

De ahí que Fonseca⁶⁶, señala que los cuidadores expresan la necesidad de que sus familiares les presten atención y les den el merecido reconocimiento, pues se sienten frustrados al saber que su entorno más cercano no valora el esfuerzo físico, mental y espiritual por ellos realizado, actividades complejas de supervisión y vigilancia que implican grandes dosis de tiempo y esfuerzo haciendo que se olviden de sus propios intereses.

Por otro lado Calvete⁶⁷, señala que en los cuidadores la percepción de elogios, aprobación y reconocimiento de su labor por parte del entorno (familiar, social, sanitario) produce resultados deseables en el desahogo de la tensión emocional, en el cambio de actitudes, aumento de la autoestima y modos de conducta en la remisión de la sobrecarga. El reconocimiento de la labor que realizan los cuidadores familiares es una fuente de satisfacción, de fortaleza y de estabilidad psicológica que les da seguridad y control teniendo un papel central en el manejo del estrés.

Tabla 10. Cuidado que brinda el cuidador familiar al paciente con diagnóstico de tuberculosis según la dimensión: Confianza. Sector Morro Solar- Jaén, 2012.

Indicadores	Negativo		Positivo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Mantiene comunicación afectiva	20	66,6	10	33,3	30	100,0
Brinda apoyo emocional	24	80,0	6	20,0	30	100,0
Trata con respeto a la persona	19	63,3	11	36,7	30	100,0
Muestra seguridad durante el cuidado	16	53,3	14	46,6	30	100,0
Demuestra apoyo confidencial	18	60,0	12	40,0	30	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores familiares de personas con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar Jaén.

Respecto a la dimensión confianza que brinda el familiar a la persona con diagnóstico de tuberculosis, se observa que el 66,6% no mantiene una comunicación afectiva; el 80,0% manifiesta que nunca brinda apoyo emocional; el 63,3% de los cuidadores refiere que no tratan con respeto a la persona que cuida; el 53,3 % señala que no muestra seguridad durante el cuidado; y respecto al apoyo confidencial por parte del cuidador el 60,0% de los participantes indicaron que la mayoría de las veces no lo demuestran.

La confianza es seguridad que alguien tiene en otra persona; es decir se deja de lado las dudas y se cree firmemente en el cuidador familiar. La confianza, por tanto significa las relaciones personales y ayuda a entender a la persona.

Además, la confianza tanto en el cuidador familiar como en la persona que cuida, es fundamental para tener una buena comunicación a nivel interpersonal. Necesita sentirse seguro en lo que piensa, siente y hace para tener poder de convencimiento y exponer con seguridad sus ideas a la persona que cuida. También el cuidador familiar debe confiar en la persona que cuida, hablarle de sus emociones y sentimientos, para que el paciente se sienta más confiado, valorado y se sienta satisfecho de los cuidados que recibe del cuidador. El confiar en nosotros mismos es necesario para poder comunicarse con las personas que nos rodean independientemente del entorno⁶⁸.

Barrera, et al³⁸, señalan que el cuidador familiar, a través de la comunicación satisface necesidades emocionales y de afiliación (comparte sentimientos, sintiéndose querido, valorado y aceptado por los demás).

Por ello, De la Cuesta⁶⁹, resalta que este componente de la comunicación es relevante en ambos campos del cuidado, tanto para el cuidador como para la persona cuidada. Cuando la persona considera que otro les ofrece soporte se dedican a buscarlo y a mantener una relación interpersonal que lo facilite y lo fomente, señalando su dualidad el amor o apoyo emocional por quien recibe el cuidado y el aspecto práctico del trabajo de cuidar a otro.

La confianza, señala la intensidad del vínculo entre dos personas. La verdadera confianza existe cuando hay madurez en las relaciones humanas. Implica estabilidad, respeto, amor. Todos necesitamos que alguien confíe en nosotros. Quien confía en otra persona la hace crecer y contribuye a su felicidad.

Espinosa, et al citado por vera³⁴, argumentan que los cuidadores que tienen vínculo con los miembros de la familia o grupos de apoyo con quienes pueden y van a discutir sus problemas se enfrentan a mejorar las situaciones vitales estresantes que los que carecen de él. Por lo que resulta necesario que los profesionales de enfermería evalúen la percepción del apoyo social funcional que tienen estos cuidadores para prevenir el aislamiento social y las consecuencias emocionales negativas de este.

Se finaliza que la confidencialidad es una parte importante de la relación cuidador/cuidado. El apoyo confidencial representa la posibilidad de contar con personas a quien poder referirles problemas, situaciones conflictivas o asuntos que requieran comprensión y ayuda⁶⁸. Es decir se entiende por confidencialidad todo lo que se hace o se dice en confianza, que es lo que se fía del otro; este atributo de

confianza es por lo tanto la base de la relación entre el familiar cuidador y la persona con diagnóstico de tuberculosis.

De esta manera la confidencialidad o respeto estricto a lo privado de la persona debe entenderse como un deber del cuidador. Es el significado de secreto de acuerdo con el cual toda la información personal de un enfermo le pertenece a éste, le es confiada al cuidador a quien acude buscando su ayuda, y por lo tanto, cuidadosamente se debe guardar la información en forma reservada u oculta a los demás.

Astrid⁷⁰, manifiesta que tomar la labor de cuidar con una actitud de vida y no como una tarea que se debe cumplir como resultado de una obligación familiar.

Tabla 11. Aspectos del cuidado que brinda el cuidador a la persona con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar - Jaén, 2012.

Indicadores	Negativo		Positivo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Compromiso	20	66,6	10	33,3	30	100,0
Competencia - compasión	24	80,0	6	20,0	30	100,0
Confianza	19	63,3	11	36,7	30	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores familiares de personas con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar Jaén.

La tabla 11, señala que la mayoría de cuidadores familiares brindan un cuidado negativo en las dimensiones: Compromiso (66,6%), competencia - compasión (80,0%), y confianza (63,3%).

Farran⁷¹, señala que un importante porcentaje de cuidadores brindan un cuidado negativo; porque presentan una gran resistencia al cuidado, las razones son las fuertes

tensiones y alteraciones emocionales, sin embargo, otros experimentan efectos positivos al brindar el cuidado. Los aspectos positivos del cuidado comprenden la “satisfacción subjetiva del cuidador con la experiencia del cuidado”, “placeres y beneficios de ser cuidador” o “situaciones diarias que evocan sentimientos de disfrute”.

Carbonneau citado por Carlota⁷², propone tres ámbitos centrales de los aspectos positivos relacionados con el rol del cuidador: calidad de la relación entre cuidador y persona cuidada, sensación de logro y significado de ser cuidador diariamente. Asimismo, mencionan que estos aspectos interactúan con dos factores determinantes en el proceso de cuidado. Estos factores son: sensación de autoeficacia del cuidador y los eventos enriquecedores vividos por el cuidador en el día a día. Por último, señalan que la interacción que ocurre entre los tres ámbitos centrales y los factores determinantes conlleva resultados positivos para el cuidador, es decir, influye positivamente en el bienestar del cuidador y en las ganas del cuidador para seguir cuidando al familiar.

Las situaciones de los cuidadores de personas con diagnóstico de tuberculosis son variadas y no en todas las ocasiones se ven comprometido el bienestar emocional. Si el cuidador tiene recursos adecuados y buenos mecanismos de adaptación, la situación de cuidar al familiar no tiene por qué ser necesariamente una experiencia frustrante sino que puede llegar a encontrar ciertos aspectos gratificantes⁷³.

Según la literatura revisada, los aspectos positivos y negativos del cuidado de una persona con diagnóstico de tuberculosis no son dos elementos contrapuestos e

incompatibles, no son dos puntos opuestos de un continuo, sino que coexisten en los cuidadores, aunque los factores predictores de su ocurrencia son distintos. La enfermedad en sí misma de ninguna manera es una experiencia encantadora, pero es en ella donde captan elementos positivos en la actitud del enfermo y en el proceso personal del cuidador que lo acompaña o cuida y en la capacidad de cada uno de ellos para ir superando esos problemas.

Finalmente, resulta difícil conceptualizar los aspectos positivos del cuidador familiar, la satisfacción con el cuidado o la ganancia del cuidador, es decir que los aspectos positivos del cuidado son algo más que la ausencia de malestar y representan las ganancias subjetivas percibidas, el crecimiento personal experimentado, que se encuentran por el hecho de ser cuidador⁷⁴.

El cuidar a un familiar, les hace sentirse más próximos a ellos, sienten que realmente disfrutan estando con el familiar, sienten satisfacción; es decir, el responsabilizarse de su familiar le ayuda a incrementar su autoestima, da un mayor sentido a sus vidas y sienten que los momentos placenteros de su familiar les produce también a ellos placer. Son capaces de disfrutar del placer de las pequeñas cosas del acontecer cotidiano. De alguna manera sienten que han crecido como personas, como resultado de la experiencia vivida como cuidadores.

Por otro lado, los cuidadores indican que la experiencia de cuidar a una persona con diagnóstico de tuberculosis incrementa su sentimiento de satisfacción porque les hace ser capaces de afrontar mejor los retos que se les presenta en la vida, les permite una

mayor cercanía en sus relaciones con los demás y proporciona una mejoría en la sensación de sentido de la vida, cordialidad y placer.

Ser cuidador conlleva a aprendizajes vitales importantes para quienes desempeñan dicho rol; es decir, se aprende a valorar las cosas realmente importantes en la vida y relativizar las más intrascendentes. Además el haber cuidado con anterioridad, saber por experiencia lo que eso significa, les hace más cercanos a quienes tienen que desempeñarse ese papel en el futuro⁷⁵.

Se puede decir que los cuidadores que experimentan más aspectos positivos del cuidado que brinda, sienten satisfacción. Cuando el cuidado es apropiado mejoran el estado psicológico y la calidad de vida social del enfermo con tuberculosis, pues ellos sienten que los cuidados que reciben tienen rostro humano.

4.4. Relación entre la actitud del cuidador familiar y el cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis.

Tabla 12. Relación entre la actitud familiar y el cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar - Jaén, 2012.

Cuidado		Actitud		
		Cognitiva	Conductual	Afectiva
Cuidado en la dimensión compromiso	Correlación de Pearson	1,00**	,929**	,906**
	Sig. (bilateral)	,00	,00	,00
	N	30	30	30
Cuidado en la dimensión competencia y compasión	Correlación de Pearson	,89**	,99**	,92**
	Sig. (bilateral)	,00	,00	,00
	N	30	30	30
Cuidado en la dimensión confianza	Correlación de Pearson	,90**	,93**	,99**
	Sig. (bilateral)	,00	,00	,00
	N	30	30	30

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

Fuente: Cuestionario aplicado a cuidadores familiares de personas con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar Jaén.

Al relacionar la actitud familiar y el cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis, los resultados demuestran que existe una correlación significativa de $p = 0,01$.

Esto se sustenta en la siguiente base teórica de los siguientes autores Eagly y Chaiken; Maio y Haddock; Montané; Zanna y Rempel, citado por Kramer⁷⁵ quienes coinciden que las tres dimensiones de la actitud, además de incidir cada una por separado en la respuesta de la actitud, están íntimamente relacionadas entre sí. De este modo, los contenidos cognitivos influyen a su vez y, dependen, de los componentes afectivos y de los elementos conductuales en forma de hábitos de comportamiento y de destrezas.

También, Ajzen y Fishbein; Eagly y Chaiken,; Fazio,; Olson y Stone, citado por Arnau, et al⁷⁶ constatan que las actitudes predisponen a ejecutar determina dos

comportamientos que, una vez puestos en práctica, pueden remodelar o cambiar las actitudes, llegando a desarrollar otras nuevas que requieran nuevos comportamientos y, por extensión nuevas competencias. Actitud y comportamiento, siempre están en desarrollo, puesto que forman parte de un mismo proceso de intercomunicación y de interdependencia recíproca.

A pesar que la actitud y el comportamiento están unidos, en el transcurso de la investigación se evidenció que esta relación articulada al cuidado no es la apropiada. Recordemos que el cuidado desde la concepción de enfermería tiene rostro humano pero se encontró cierta pasividad o desinterés en la mayoría de los cuidadores familiares hacia su familiar con diagnóstico de tuberculosis. Estos resultados seguramente responden a diversos factores. Mirándolo desde el rol que tiene el profesional de enfermería en la dimensión educativa, se concluye que aún tenemos mucho por hacer en el área de educación en salud. Educar, al cuidador y a los integrantes de la familia para que ese cuidado se convierta significativamente en parte del ser ayudándole a crecer, a desarrollarse para que a su vez influya en la persona sana o enferma y por ende en la comunidad.

Además, se debe tener en cuenta que el aprendizaje en adultos es un proceso complejo compuesto por una serie de factores esenciales para su concreción. Para que este aprendizaje sea efectivo se debería contemplar al menos tres áreas: cognitiva, afectiva y psicomotora, fundamentales en la educación. Para ello, el personal de salud debe dar un tiempo de por lo menos cuarenta y cinco minutos a una hora para hablar de la enfermedad con el cuidador familiar, la persona con TB y su familia^{71,73}. El cuidador

familiar es quien debe mostrar cordialidad en todo momento con la persona con diagnóstico de tuberculosis.

Para lograr que el cuidador familiar sea cordial con el paciente, es necesario fortalecer la dimensión del cuidado: compromiso, conciencia, competencia y confianza, para asegurar el cuidado a lo largo de su tratamiento; lo que ayudará a disminuir el riesgo de abandono y que regrese sin temor a casa. Por lo tanto, se asevera, sí la actitud del familiar es brindar suficiente confianza, el paciente con TB expresará sus sentimientos, en caso de sentir malestar, tener reacciones adversas a los medicamentos y otras necesidades.

Teóricamente es primordial el contacto que debe realizar el enfermero con la persona con diagnóstico de tuberculosis y la familia, empero en la práctica no es sencillo, por diversas razones entre ellas una de las limitante es el escaso recurso humano para la labor comunitaria y la misma norma técnica establece como mínimo dos visitas domiciliarias, pero en la realidad se precisa de un mayor número de visitas para brindar la educación y orientación que necesita el familiar cuidador y el propio enfermo, realizar el seguimiento pertinente para obtener los resultados que se requiere para la pronta recuperación de la persona y sobre todo elevar su autoestima.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Los cuidadores familiares que participaron en el estudio, la mayoría son de sexo femenino y pertenecen al grupo etáreo adulto, estado civil conviviente, con grado de instrucción secundaria incompleta-completa y dedican 4 horas al día al cuidado de su familiar.

La actitud del cuidador familiar en el cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis en las dimensiones: Cognitiva y conductual es desfavorable y para la dimensión afectiva es de indecisión.

El cuidado que brinda el familiar cuidador a la persona con diagnóstico de tuberculosis en las dimensiones: Compromiso, competencia- compasión y confianza es negativo.

El estudio ha comprobado la hipótesis que existe relación directa entre la actitud del cuidador familiar y el cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis del Sector de Morro Solar-Jaén ($p = 0,01$).

RECOMENDACIONES

Difundir la presente investigación en las instituciones de salud y de educación para implementar programas orientados a mejorar la actitud (cognitivo, afectivo y emocional) de los familiares cuidadores, por ser los responsables directos del cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis.

A las Instituciones de salud comprometidas con la atención a la persona con diagnóstico de tuberculosis se recomienda capacitar permanentemente al cuidador familiar, para optimizar el cuidado en sus dimensiones de compromiso, competencia- compasión y confianza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Farga V. Hacia la erradicación de la tuberculosis. Revista chilena de enfermedades respiratorias. 2006 [Consultado 19 de Marzo del 2013]. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-3482006000100009&script=sci_artte xt.
2. Organización Mundial de la Salud. III Reunión regional sobre actividades de colaboración interprogramáticas. TB/VIH. En: Boletín mensual SIDA/ETS. San salvador; 2006.
3. Ministerio de Salud. Plan Nacional Concertado de Salud. Perú; 2007.
4. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. 2001 [Consultado 23 de diciembre del 2013] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/index.html>.
5. Bustamante S. Enfermería familiar. Principios de cuidado a partir del saber (in) común de las familias. Trujillo; 2006.
6. Muñoz F, Espinosa J, Portillo J y Rodríguez G. La familia en la enfermedad terminal. Medicina de Familia; 2010. Vol. 3 (3).
7. Ministerio de Salud. Vivir la Tuberculosis. Lima; 2000.
8. Valadez I, Aldrete M, Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II". México; 1993.
9. Rojas H. Curso de teoría de la dinámica familiar. México; 1984.
10. Reyes E. El cuidado del paciente psiquiátrico. Salud/Milenio; 2008.

11. Rogero J. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Index Enferm* [revista en Internet]. 2010 [Consultado 19 de agosto del 2014]; 19(1): 47-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100010.
12. Aguilar M, Suárez V y Pinzón G. Participación de enfermería en la coordinación de trasplantes de órganos. *Archivos de Cardiología de México*; 2002: 241-246.
13. Frutos M, Blanca M, Mancilla J, Rando B, Ruiz P, Guerrero F, López G y Ortuño C. Organ donation: A comparison of donating and nondonating families. *Transplantation Proceedings*; 2005: 37, 1557-1559.
14. Boletín Hospital de Apoyo II Jaén. Reporte de TBC; 2011.
15. Mac Mocken. La tuberculosis y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en los Estados Unidos, *Boletín Oficina Sanitaria y Hispanoamericana*; 2004. Vol. 117 (2).
16. Alvarado F. Actitud del familiar responsable hacia el paciente con tratamiento antituberculoso ambulatorio. Hospital A. Loayza. [Tesis Licenciatura. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima; 2002.
17. Collazos C. La 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, Lima; 2012.
18. Capacute K. Relación entre el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la MICRORED Cono Sur Tacna [Para optar el Título Licenciado] Universidad de Tacna; 2012.
19. Pérez R, Miranda A. Relación entre Nivel de Conocimiento sobre Tuberculosis

- Pulmonar y Actitud hacia el Tratamiento - Usuario Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba. [Tesis de Licenciatura] Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto; 2012.
20. Rodríguez. La psicología y el ser. México; 1980.
 21. Ander E. Técnicas de investigación social. Buenos Aires: Humanidades; 1986.
 22. Buenastareas.com. Componentes de las Actitudes. 2010 [Consultado 30 de diciembre del 2013]. Disponible en: de <http://www.buenastareas.com/mensayos/Componentes-De-Las-Actitudes/323026.htm>
 23. Fishbein M, Ajzen I, Belief, Attitude, Intention and Behavior. New York: Reading, Mass, Addison-Wesley; 2006.
 24. Newcomb T. Los sistemas individuales de orientaciones. New York: McGraw-Hill; 2009.
 25. Izquierdo M. Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: hacia una política democrática del cuidado, Congreso internacional SARE - EMAKUNDE, Vitoria-Gasteiz; 2004.
 26. Lagarde, M. Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción (la enajenación cuidadora), Congreso internacional; 2004.
 27. García M. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Barcelona; 2004.
 28. Agulló S. Mujeres, cuidados y bienestar social: El apoyo informal a la infancia y a la vejez. Madrid: Ministerios de trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la mujer; 2002
 29. Collière M. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados

- de enfermería. 2ª ed. México: Interamericana. McGraw-Hill; 1993
30. Herrera M. Nuevos desarrollos en políticas sociales: La Community Care. Revista Española de Investigación Sociológicas; 1998.
 31. Domínguez C. Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez. Index de enfermería; 1998.
 32. Díaz R y Bustamante S. Enfermería, familia y persona con cáncer terminal. Del cuidado hospitalario al cuidado en el hogar. Trujillo; 2011.
 33. Secretaria del Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Cuidado a la dependencia e inmigración. Informe de resultados. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Madrid; 2005.
 34. Vera W. Cuidar expresión humanizadora. México: Nueva Palabra; 2008.
 35. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis. Perú; 2006.
 36. Hernández R, Fernández, Baptista. Metodología de la investigación. ed. 4a, 5a Chile: Mc Graw- Hill; 2010.
 37. Luxado N. Perfil de cuidadores de enfermos en cuidados paliativos. 2009 [Consultado 28 de agosto del 2014]; Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802009000600005&lng=es&nrm=iso.ISSN16 69-9106.
 38. Barrera L, Pinto N, Sánchez B. Caracterización de cuidadores familiares en América Latina. Cuidando a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2010.

39. Mendoza G. Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. [en línea] Rev Soc Peru Med Interna 2014; 27 (1). [Consultado 2 de diciembre 2014] Disponible en: <http://www.sociedadperuanademedicinainterna.org/pdf/SPMI%202014-1%20articulo%202%20sindrome%20de%20sobrecarga.pdf>.
40. Murillo S. La invisibilización del cuidado en la familia y los sistemas sanitarios. Universidad de Salamanca. Política y Sociedad, Madrid; 2000.
41. Atraso B, Goñi A, Biurrún A. Estrategias de afrontamiento de las cuidadoras informales del paciente con demencia. España; 2012
42. Ladino L. Creencias y prácticas sobre la tuberculosis en un grupo de pacientes y sus familiares de la ciudad de Bogotá, D. C. Una aproximación cualitativa. [Tesis de Maestría] Universidad Nacional de Colombia; 2011.
43. Vega O. Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. Universidad la Sábana. Colombia: Aqwichan; 2011.
44. Montalvo A, Flores T. Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Cartagena. Rev. Sal. Uninorte 24(2). 2011. [Consultado 2 de diciembre 2014] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522008000200004&lng=es&nrm=is&tlng=es.
45. Mendoza G. Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad crónica. [en línea] Rev. Soc. Perú Med Interna 2014; 27 (1). [Consultado 6 de enero 2015] Disponible en: <http://www.sociedadperuanademedicinainterna.org/pdf/SPMI%202014-1%20articulo%202%20sindrome>

[%20de%20sobrecarga.pdf](#).

46. Lozano A y Castrillón L. Consecuencias generadas a nivel familiar e individual por el diagnóstico de tuberculosis en los pacientes de Guadalajara de Buga; 2013.
47. Álvarez M, Correa M, Uribe M. Percepciones sociales frente a la comunicación del tratamiento y apoyo recibido por la población habitante de calle con Tuberculosis Medicina UPB; 2009. Vol 28 (1): 22-32.
48. Bojórquez C. Conocimientos acerca de la Tuberculosis Pulmonar que tienen las familias de los pacientes registrados en el programa de Control de Tuberculosis del Centro de Salud “Conde de la Vega Baja”[Tesis Doctoral] Universidad de Alicante; 2011.
49. Corona A, Morales G, Chaljub A, Armas L, Acosta O, González E. Conocimientos, percepciones y prácticas de grupos de población respecto a la tuberculosis.1994-1996. Rev Cubana Med Trop; 2000. Vol 52(2): 110-14.
50. Ramírez G. Conocimientos y habilidades de los cuidadores de adultos con diabetes tipo 2 [Tesis de Maestría]. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2012.
51. Rojas G. Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el centro de Salud Tablada de Lurín. [Tesis de licenciatura] Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2005.
52. Vargas L. Marco para el cuidado de la salud en situaciones de enfermedad. [en línea] 2010 [Consultado 5 de diciembre 2014] 12 (1) URL Disponible en:<http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/125.pdf>.
53. Cadena F. Eficacia de una intervención promotora de salud en la adherencia al

- tratamiento y estilo de vida en enfermos de tuberculosis pulmonar. [Tesis Doctoral] Universidad de Alicante; 2011.
54. Whittaker J. La Psicología social en el mundo de hoy. Ed. Trillas, México DF; 1979.
55. Cabariti S. Afecciones psicósomáticas en cuidadores de familiares enfermos; 2011
56. Osorio Y. Actitud de la enfermera hacia el cuidado que brinda según la opinión del paciente hospitalizado en el servicio de medicina, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. [Tesis Licenciatura] Perú: Universidad Nacional de San Marcos; 2011.
57. Quintero M. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. Universidad de la Sabana. [Consultado 22 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/03.pdf>.
58. Williams G, Alarcón E, Jittimane M. Prácticas óptimas en la atención a los pacientes con tuberculosis. Francia; 2007.
59. Peltzer K, Mngqundaniso N, Petros G. knowledge, beliefs and practices of traditional healers in KwaZulu-Natal, South Africa. AIDS Care. 2006; 18(6): 608-13.
60. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. Tomo II. Colombia: Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Universidad Nacional de Colombia. Instituto de Investigaciones Públicas; 2007.
61. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Plan Estratégico. Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015. Para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB; 2009.
62. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía técnica de enfermería para la

- prevención y la tuberculosis. El Salvador; 2005.
63. Olvera T, Barragán A, Olvera R. La tuberculosis pulmonar en un grupo de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Un enfoque antropológico. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mexico; 2001. Vol 14 (2): 99-104.
64. Radio Programas del Perú. Más de mil pacientes con tuberculosis abandonan tratamiento cada año; 2013.
65. Torres I, Beltrán F, Martínez G, Saldívar G, Quesada J y Cruz L. Cuidar a un enfermo. Volumen XIX (2). Revista de Divulgación Científica y Tecnológica de la Universidad Veracruzina; 2006. [Consultado 22 de setiembre de 2014] Disponible en: <http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol19num2/articulos/cuidar/index.html>
66. Fonseca K. Necesidades de apoyo que tienen los cuidadores de personas en situación de discapacidad por parte de las redes sociales institucionales de la localidad de Fontibón, [Tesis de Licenciatura] Bogotá: Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana; 2009.
67. Calvete E. Apoyo social y síntomas psicológicos en ancianos institucionalizados. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Vol 29 (2): 73-78.
68. Real Academia Española. El valor de la confianza. 2013 [Consultado 22 de setiembre de 2014] Disponible en <http://www.grupofinsi.com/blog.asp?vcblog=774>.
69. De la Cuesta C. El cuidado familiar: una revisión crítica. Investigación y Educación en Enfermería; 2009: 96-102.
70. Astrid A. Cuidadores de pacientes y su habilidad de cuidado en la ciudad de Cartagena; 2007.

71. Farran C. Theoretical perspectives concerning positive aspects of caring for elderly persons with dementia: stress/adaptation and existentialism. *Gerontologist*; 2002; 37, 250-256.
72. Carlota. Aspectos positivos del cuidado en familiares de personas con daño cerebral adquirido. 2012 [Consultado 6 de octubre del 2014] Universidad de DEUSTO. Disponible en: <http://www.bizkailab.deusto.es/wp-content/uploads/2012/12/estres.pdf>.
73. Barbero E. Aspectos positivos relacionados con el cuidado de personas mayores con Alzheimer. 2011- 2012. [Consultado 7 de octubre del 2013] Disponible en: http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/6157/tfm_ElizabetteBarberoPita_def.pdf?sequence=
74. Kramer B. Gain the caregiving experience: Where we are? What next?. *Gerontologist*; 2006.
75. Skaff M, Pearlin L. Caregiving: Role engulfment and the loss of self. *Gerontologist*; 1993.
76. Arnau L, Montane J. Aportaciones sobre la relación conceptual de actitud y competencia, desde la teoría de cambio de actitudes. *Electronic Journal of Research in Educational Psycholog*. España: Editorial EOS; 2010.

APÉNDICES

APÉNDICE 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA ESCUELA DE POST GRADO MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

CUESTIONARIO DE ACTITUD DEL CUIDADOR FAMILIAR Y EL CUIDADO A LA PERSONA CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS. SECTOR MORRO SOLAR- JAÉN, 2012

INTRODUCCIÓN

Buenos días /tarde señora, estamos realizando un estudio de investigación, para conocer La aactitud del cuidador familiar y el cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis. Sector Morro Solar; por lo cual solicitamos se sirva responder en forma sincera las preguntas que se ha formulado.

Agradezco anticipadamente su participación.

I. DATOS GENERALES

1. Edad

1. 20- 30 () 2. 30-40 () 3. 40-50 () 4. 60-70 ()

2. Sexo

1. Masculino () 2. Femenino ()

3. Grado de Instrucción:

1. Primaria Completa () 4. Secundaria Incompleta ()
2. Primaria Incompleta () 5. Superior Incompleta ()
3. Secundaria Completa () 6. Superior Completa ()

4. Estado Civil

1. Soltera ()
2. Conviviente ()
3. Casada ()
4. Viuda ()

5. Ocupación del cuidador

1. Agricultor ()
2. Comerciante ()
3. Empleado público ()
4. Ama de casa ()
5. Otro:

6. ¿Cuáles su relación con el familiar?

1. Conyugue ()
2. Hijo/a ()
3. Madre/ padre ()

7. ¿Horas dedicadas al cuidado?

1. Dos horas/día () 2. Cuatro horas/día () 3. Seis horas/día

II. INFORMACIÓN SOBRE ACTITUD DEL CUIDADOR FAMILIAR Y EL CUIDADO A LA PERSONA CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS.

Lea cada una de las siguientes afirmaciones. Marque la opción que considere en las escalas del 1 al 4, ubicadas al lado de cada afirmación. Señale con un aspa (X), el número correspondiente a su opinión. Se solicita responder todas las preguntas.

1. En desacuerdo 2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3. De acuerdo 4. Muy de acuerdo

2.1 Actitud

2.1.1. Actitud cognitiva

Nº	AFIRMACIONES	1	2	3	4
1	Informar a la persona con TB acerca del tratamiento que recibe.				
2	Conoce las reacciones adversas del medicamento				
3	Conoce sobre la alimentación que debe recibir la persona con TB				
4	Conoce las consecuencias sí la persona que cuida abandona el tratamiento.				
5	El cuidador familiar informa al personal de salud sobre las reacciones adversas del medicamento que presenta la persona que cuida con TB				
6	Conoce las normas de seguridad y protección al brindar el cuidado a la persona con TB.				

2.1.2 Actitud conductual

N°	AFIRMACIONES	1	2	3	4
1	Acude oportunamente cuando le solicita apoyo la persona con TB.				
2	Realiza el cuidado personalizado				
3	Coordina el cuidado con el responsable de la estrategia				
4	Toma precauciones en el autocuidado.				
5	Atiende las necesidades de comodidad y alimentación				
6	Brinda condiciones de salubridad en el espacio donde vive el paciente.				

2.1.3. Actitud afectiva

N°	AFIRMACIONES	1	2	3	4
1	Le brinda cariño durante la atención que le presta a la persona que cuida.				
2	Comprende su estado anímico de la persona que cuida.				
3	Le agrada cumplir con sus compromisos de cuidar				
4	Se siente bien al realizar el cuidado				
5	Se interesa por sus necesidades psico-emocionales				

2.2 Cuidado

2.2.1 Cuidado en la dimensión de compromiso.

N°	AFIRMACIONES	1	2	3	4
1	Valora la importancia de la administración oportuna de los medicamentos durante el tratamiento.				
2	Verifica que todos los miembros de la familia menores 19 años reciban quimioprofilaxis				
3	Acompaña todos los días a recibir su tratamiento				
4	Verifica que tome su tratamiento para evitar abandono				
5	Valora la importancia de los controles				
6	Valora la importancia de la alimentación y medidas preventivas				

2.2.2 Cuidado en la dimensión de conciencia y competencia.

N°	AFIRMACIONES	1	2	3	4
1	Conversa con un tono de voz adecuada durante el cuidado.				
2	Lo Mira a los ojos cuando conversa				
3	Responde con sinceridad ante sus temores y necesidades expresadas por el paciente.				
4	Brinda seguridad en el momento del cuidado				
5	Demuestra interés o preocupación y tiene capacidad de escucha				
6	Demuestran satisfacción por la ayuda prestada				

2.2.3. Cuidado en la dimensión: Confianza.

N°	AFIRMACIONES	1	2	3	4
1	Mantiene comunicación afectiva				
2	Brinda apoyo emocional				
3	Trata con respeto a la persona				
4	Muestra seguridad durante el cuidado				
5	Demuestra apoyo confidencial				

APÉNDICE 2

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POST GRADO
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

PRUEBA DE CONFIABILIDAD

**ACTITUD DEL CUIDADOR FAMILIAR Y EL CUIDADO A LA
PERSONA CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS. SECTOR
MORRO SOLAR- JAÉN, 2012.**

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de participantes
0,96	10

APÉNDICE 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA ESCUELA DE POST GRADO MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....Acepto participar a ser entrevistada en la investigación “**ACTITUD DEL CUIDADOR FAMILIAR Y EL CUIDADO A LA PERSONA CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS. SECTOR MORRO SOLAR- JAÉN, 2012.**”, siendo realizada por la maestrante de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca: Mirian Chinchay.

Esta investigación tiene como objetivo: Determinar la relación que existe entre La actitud del cuidado familiar y el cuidado a la persona con diagnóstico de tuberculosis Sector Morro Solar Jaén, 2012.

Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado. No se mencionaran los nombres de los participantes, teniendo la libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que esto genere algún perjuicio.

Por último declaro que después de las aclaraciones convenientes considero participar de la presente investigación.

FIRMA DELA INVESTIGADORA

FIRMA DEL INFORMANTE