



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TESINA DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIADA (O) DE ENFERMERÍA**

**TÍTULO:**

**CREENCIAS Y CONSECUENCIAS SOCIALES DE LOS  
PACIENTES CON TUBERCULOSIS ATENDIDOS EN  
EL CENTRO DE SALUD DE SAN ANDRES DEL  
CANTON GUANO EN EL PERIODO JUNIO-  
DICIEMBRE 2013**

**Autores: Paulina Maricela Calderón Paredes  
Armando Rodrigo Paguay Cepa**

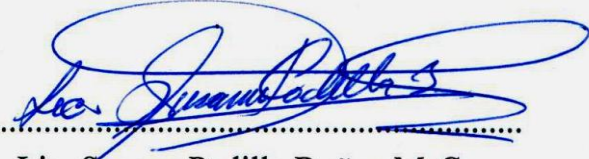
**Tutor: Lic. Susana Padilla MsC.**

**RIOBAMBA – ECUADOR**

## ACEPTACIÓN DEL TUTOR (A)

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado presentados por la Srta. Paulina Maricela Calderón Paredes y el Sr. Armando Rodrigo Paguay Cepa, para optar el título de licenciada (O) en Enfermería, y que acepto asesorar a las estudiantes en calidad de tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 25 de Junio del 2014



Lic. Susana Padilla Buñay MsC.

## MIEMBROS DEL TRIBUNAL


**Creencias y consecuencias sociales de los pacientes con tuberculosis atendidos en el centro de salud de san Andrés del cantón Guano en el periodo junio-diciembre 2013.**

**Tutora:** Lic. Susana Padilla Buñay MsC.

**Autores:** Paulina Maricela Calderón Paredes y Armando Rodrigo Paguay Cepa

Trabajo de investigación presentado como requisito para obtener la licenciatura en enfermería. Aprobado en nombre de la Universidad Nacional de Chimborazo por el siguiente tribunal examinador a los 7 días del mes de julio del 2014.

MsC. Myriam Parra  
**Presidenta del tribunal**



-----  
**Firma**

MsC. Susana Padilla  
**Tutora**



-----  
**Firma**

MsC. Carlos Vargas  
**Miembro del tribunal**



-----  
**Firma**

## **DERECHO DE AUTORÍA**

Nosotros, Paulina Maricela Calderón Paredes y Armando Rodrigo Paguay Cepa, somos Responsables de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

## **DEDICATORIA**

Dedico principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional, el que me ha dado la fortaleza para continuar, cuando estaba a punto de caer. A mi madre por ser la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones.

Paulina Calderón

Dedico este trabajo, en primer lugar a Dios quien ha sabido darme salud y vida, en segundo lugar a toda mi familia quien siempre estuvo ahí y ha sabido apoyarme siempre, brindándome su apoyo incondicional en los momentos difíciles y de manera muy especial a mis padres quienes fueron el pilar fundamental para poder llegar a culminar mi meta planteada.

Armando Paguay

## **AGRADECIMIENTO.**

Quiero agradecer a la Universidad Nacional de Chimborazo por permitirme haber realizado mis estudios superiores, a los docentes quienes conforman la carrera de Enfermería, ya que ellos supieron formarme científica como humanísticamente para llegar a ser una profesional de calidad y excelencia, en especial a la Lic. Susana Padilla MsC. Tutora de tesis por su excelente aporte científico y su tiempo dedicado al desarrollo de la presente investigación. A los pacientes de la parroquia de San Andrés y al personal que conforma el centro de salud del mismo ya que sin la ayuda de todos no hubiera llegado a cumplir esta valiosa meta planteada.

Paulina Calderón

Quiero agradecer a la Universidad Nacional de Chimborazo por permitirme culminar mis estudios universitarios, a los docentes quienes conforman la carrera de Enfermería, por brindarme una formación científica y humana para llegar a ser un profesional de excelencia, en especial a la Lic. Susana Padilla MsC. Tutora de tesis por su excelente aporte científico y su tiempo dedicado al desarrollo de la presente investigación. A los pacientes de la parroquia de San Andrés y al personal que conforma el centro de salud del mismo ya que sin la ayuda de todos no hubiera llegado a cumplir esta valiosa meta planteada.

Armando Paguay

## **RESUMEN**

La investigación Creencias y consecuencias sociales de los pacientes con tuberculosis atendidos en el centro de salud de San Andrés del cantón Guano en el período de Junio-Diciembre 2013, tiene como objetivo general: Identificar las creencias sobre tuberculosis en pacientes, atendidos en el centro de salud de San Andrés del cantón Guano y las consecuencias sociales, la hipótesis a comprobar: Las creencias sobre tuberculosis de los pacientes del centro de salud de San Andrés del cantón Guano, generan consecuencias sociales. Esta investigación fue de tipo cuantitativo, cualitativo con diseño descriptivo, retrospectivo, histórico y transversal, con un tipo de estudio de campo y documental. Se trabajó con un universo de 18 pacientes a los cuales se les aplicó una entrevista la misma que fue útil para llegar a la conclusión de que existe una relación entre las creencias de la tuberculosis y las consecuencias sociales que atraviesan alrededor de la enfermedad, ya que las creencias que predominan son: un 29% indicó que enferman por tristeza. El 45% manifestó que la enfermedad es causada por el exceso de frío. Un 25% refiere que la enfermedad se transmite por saludar dando la mano. El 60% de los pacientes creen en la medicina andina. Estas creencias conllevaron a las siguientes consecuencias sociales: 4 pacientes fueron discriminados, 2 aislados y 2 sufrieron abandono familiar, 5 pacientes abandonaron su trabajo, 1 fue despedido y 2 pacientes fueron reubicados de habitación en sus hogares. De esta manera se comprueba y se acepta la hipótesis planteada, porque las creencias sobre la tuberculosis de los pacientes del centro de salud de San Andrés del cantón Guano, si generaron consecuencias sociales.



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

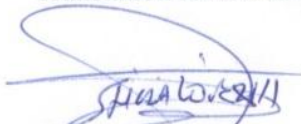
CENTRO DE IDIOMAS

## ABSTRACT

The research Beliefs and social consequences of patients with tuberculosis treated at the health center of San Andrés from Guano Canton in the period June to December 2013, has the general objective: Identify beliefs about tuberculosis in patients treated at the health center of San Andrés from Guano Canton and the social consequences, the hypothesis to be tested: beliefs about tuberculosis patients at the health center of San Andrés Guano canton, generate social consequences. This research was quantitative, qualitative with descriptive, retrospective, historical and cross-sectional design with a type of field survey and documentary. We worked with a universe of 18 patients to whom an interview was applied it was helpful in reaching the conclusion which is that there exist a relationship between the beliefs of Tuberculosis and the social consequences that patients face around the disease, since prevailing beliefs are: 29% indicated that sick from sadness. 45% said that the disease is caused by excessive cold. 25% reported that the disease is transmitted by shaking hands. 60% of patients believe in the Andean medicine. These beliefs entailed social consequences to the following: 4 patients were discriminated, 2 isolates and 2 suffered family neglect, 5 patients abandoned their work, 1 was dismissed and 2 patients were relocated from room to their homes. In this way it is checked and the hypothesis is accepted, because beliefs about tuberculosis patients at the health center of San Andrés Canton Guano, did generate social consequences.

Keywords: Tuberculosis, social, cultural beliefs

Translation reviewed by:

  
MSc. Ligia López H.,  
ENGLISH TEACHER





## ÍNDICE GENERAL

	PÁG.
PORTADA	i
ACEPTACIÓN DEL TUTOR(A).....	ii
MIEMBROS DEL TRIBUNAL.....	iii
DERECHO DE AUTORIA.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INDICE GENERAL.....	ix
INDICE DE TABLAS.....	xii
INDICE DE GRAFICOS.....	xiv
INTRODUCCION.....	1
<b>CAPITULO I</b> .....	2
1.- PROBLEMATIZACIÓN	
1.1.- LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.3.- FORMULACIÓN DEL PROLEMA.....	5
1.4.- OBJETIVOS.....	5
1.4.1.- OBJETIVO GENERAL.....	5
1.4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
1.5.- JUSTIFICACIÓN.....	5
<b>CAPÍTULO II</b> .....	7
2.- MARCO TEÓRICO	
2.1.- POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL.....	7
2.2.- DESCRIPCIÓN DEL AREA DE ESTUDIO.....	7
2.3.- ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES ANTERIORES.....	7

2.4.- ENFOQUE TEORICO.....	8
2.4.1.- Historia de la tuberculosis.....	8
2.4.2.- Cultura.....	9
2.4.3.- Creencias.....	10
2.4.4.- Creencias de la tuberculosis.....	11
2.4.5.- Paciente.....	11
2.4.6.- Tuberculosis.....	11
2.4.6.1.- Concepto.....	11
2.4.6.2.- Etiología.....	11
2.4.6.3.- Transmisión.....	12
2.4.6.4.- Clínica.....	13
2.4.6.5.- Manifestaciones clínicas de la tuberculosis.....	13
2.4.6.6.- Diagnóstico.....	14
2.4.6.7.- Tratamiento.....	14
2.4.6.8.- Abreviaturas.....	15
2.4.6.9.- Esquema 1.....	15
2.4.6.10.- Esquema 2.....	16
2.4.6.11.- Tratamiento tuberculosis infantil.....	18
2.4.7.- Funciones del centro, subcentro y puesto de salud del MSP.....	19
2.4.8.- Creencias y actitudes de la tuberculosis.....	19
2.4.9.- Consecuencias.....	21
2.4.10.- Consecuencias sociales de la tuberculosis.....	21
2.4.11.- Aspectos de la tuberculosis.....	22
2.4.11.1.- Aspectos familiares.....	22
2.4.11.2.- Aspectos laborales.....	23
2.4.11.3.- Aspectos socioeconómicos.....	23
2.4.11.4.- Aspectos ambientales (vivienda).....	23
2.4.11.5.-Tuberculosis pulmonar y rechazo social.....	24
2.4.12.- Medicina alternativa tradicional.....	25
2.4.13.- Medicina andina.....	26
2.5.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	27

2.6.-HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	28
2.6.1.- Hipótesis.....	28
2.6.2.- Variables.....	28
2.7.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	29
<b>CAPÍTULO III</b> .....	33
3.- MARCO METODOLÓGICO	
3.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	33
3.1.1.-Diseño de la investigación.....	33
3.1.2.- Tipo de estudio.....	34
3.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA.....	34
3.3.- TECNICAS DE PROCEDIMIENTOS PARA EL ANALISIS DE RESULTADOS.....	34
<b>CAPITULO IV</b> .....	35
4.1.- ANÁLISIS DE LA INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	35
4.2.- COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.....	56
<b>CAPITULO V</b> .....	57
5.-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1.-CONCLUSIONES.....	57
5.2.-RECOMENDACIONES.....	59
<b>CAPITULO VI</b> .....	61
6.- PROPUESTA DE INTERVENCION.....	61
GUIA EDUCATIVA PARA PACIENTES CON TUBERCULOSIS.....	62
 <b>REFERENCIA BIBLIOGRAFICA</b> .....	 82
<b>ANEXOS</b> .....	85

## ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG.
TABLA N°1.-Cap.I. Categorías de tratamiento antituberculoso en Ecuador.....	15
TABLA N° 2.- Cap. I. Abreviaturas.....	16
TABLA N° 3.- Cap. I. Tratamiento anti tuberculosis a dosis fija esquema uno....	17
TABLA N°4.- Cap. I. Tratamiento anti tuberculosis a dosis fija esquema dos....	18-19
TABLA N°1.- Sexo de los pacientes.....	35
TABLA N°2.- ¿Cuál es su nivel de estudios?.....	36
TABLA N° 3.- Estructura familiar del paciente.....	37
TABLA N° 4.- Por qué cree que las personas enferman.....	38
TABLA N° 5.- Cree usted que la tuberculosis es causada por.....	39
TABLA N° 6.- Piensa usted que la tuberculosis se puede transmitir por.....	40
TABLA N° 7.- Cree usted en la medicina andina.....	41
TABLA N° 8.- Cuando usted se enferma a donde acude.....	42
TABLA N° 9.- Fue usted informado sobre la tuberculosis.....	43
TABLA N° 10.- Quien le informo a usted sobre la tuberculosis.....	44
TABLA N° 11.-Donde fue detectada su enfermedad.....	45
TABLA N° 12.-Cuanto tiempo duro su tratamiento.....	46
TABLA N° 13.- Actualmente está usted en tratamiento para la tuberculosis.....	47
TABLA N° 14.-Cuando su pareja se enteró que tenía tuberculosis le pidió el divorcio.....	48
TABLA N° 15.- Cuando su familia se enteró que usted tenía tuberculosis, que actitud tomaron.....	49
TABLA N° 16.-Cuando usted se enfermó, continuo trabajando.....	50
TABLA N° 17.-Cuando usted estuvo en tratamiento de la tuberculosis, durante este tiempo.....	51
TABLA N° 18.- Actualmente en que trabaja.....	52
TABLA N° 19.- Cuales son sus ingresos mensuales.....	53
TABLA N° 20.- Usted acostumbra a salir de viaje.....	54
TABLA N° 21.- Cuando usted estuvo enfermo fue reubicado de habitación.....	55

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PÁG.
<b>GRÁFICO N° 1.-</b> Sexo de los pacientes.....	35
<b>GRÁFICO N° 2.-</b> Nivel de estudios.....	36
<b>GRÁFICO N° 3.-</b> Número de miembros por familia de paciente.....	37
<b>GRÁFICO N° 4.-</b> Por qué las personas enferman.....	38
<b>GRÁFICO N° 5.-</b> Causas de la tuberculosis.....	39
<b>GRÁFICO N° 6.-</b> Forma de contagio de la tuberculosis.....	40
<b>GRÁFICO N° 7.-</b> Cree usted en la medicina andina.....	41
<b>GRÁFICO N° 8.-</b> Lugar donde acude cuando se enferma.....	42
<b>GRÁFICO N° 9.-</b> Recibió información sobre tuberculosis.....	43
<b>GRÁFICO N° 10.-</b> Persona que le informo acerca de tuberculosis.....	44
<b>GRÁFICO N° 11.-</b> Donde fue detectada su enfermedad.....	45
<b>GRÁFICO N° 12.-</b> Duración del tratamiento.....	46
<b>GRÁFICO N° 13.-</b> Mantiene tratamiento de tuberculosis.....	47
<b>GRÁFICO N° 14.-</b> Divorcio.....	48
<b>GRÁFICO N° 15.-</b> Actitud familiar.....	49
<b>GRÁFICO N° 16.-</b> Cuando usted estuvo enfermo, continuo trabajando.....	50
<b>GRÁFICO N° 17.-</b> Condiciones laborales.....	51
<b>GRÁFICO N° 18.-</b> Trabajo de los pacientes.....	52
<b>GRÁFICO N° 19.-</b> Ingresos mensuales.....	53
<b>GRÁFICO N° 20.-</b> Migración.....	54
<b>GRÁFICO N° 21.-</b> Reubicación de su habitación.....	55

## INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que actualmente produce en el mundo nueve millones de casos y dos millones de muertes cada año. (O.Mundial de la Salud, 2013) A pesar de los adelantos que ha habido desde el descubrimiento del agente causal hasta la fecha, la tuberculosis aún continúa siendo un problema de salud pública, estudiada desde lo biomédico, epidemiológico y menos desde los aspectos socioculturales. Actualmente es la segunda causa de mortalidad por enfermedades transmisibles en el mundo, y se constituye como una enfermedad prioritaria en salud pública en nuestro país.

**CAPITULO I:** Inicia con una descripción de la problemática en donde se desarrolla aspectos de la situación mundial, nacional y local además se plantea el objetivo general, los objetivos específicos que se espera alcanzar en la investigación y se concluye con la justificación.

**CAPITULO II:** En este capítulo se realiza una breve descripción de la teoría Cuidados culturales de Madeleine Leininger del área de estudio, se da a conocer los antecedentes de investigaciones similares, se determina la terminología básica, la elaboración de la hipótesis y se finaliza con las variables y su respectiva operacionalización.

**CAPITULO III:** Aborda el marco metodológico de acuerdo con la indagación y se pone en manifiesto el tipo de investigación, el diseño y el tipo de estudio, la población con la que se trabajó conjuntamente con las técnicas e instrumentos utilizados.

**CAPITULO IV:** Se presenta los resultados obtenidos con respecto a la aplicación del instrumento de recolección de datos, los mismos que son presentados en tablas y gráficos estadísticos con su respectivo análisis en cada uno de ellos, determinando las conclusiones respectivas.

## **CAPITULO I**

### **1.-PROBLEMATIZACIÓN**

#### **1.1.-LINEA DE INVESTIGACIÓN**

La línea de investigación de la Universidad Nacional de Chimborazo, correspondiente a línea macro: Salud integral y la sub-línea: Atención primaria de salud y relación con el objetivo del desarrollo del milenio objetivo 6 según la OMS: Combatir el VIH/ SIDA, el paludismo y otra enfermedades. (O.Mundial de la Salud, 2013)

#### **1.2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La tuberculosis es un problema de salud pública mundial que se mantiene en la cotidianidad las personas que siguen enfermando y muriendo de TB y en sus imaginarios aún persisten creencias y prácticas que pueden incidir en la manera como la asumen para cuidarla, prevenirla y curarla, este problema de salud requiere emprender acciones más efectivas que contribuyeran al control de la enfermedad, optando por asumir una perspectiva cultural, a partir de la formación en cuidado cultural. Es causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. La afección es curable y se puede prevenir, se transmite de persona a persona a través del aire. (Gil, 2011)

Esta enfermedad es la segunda causa mundial de mortalidad, después del sida, causada por un agente infeccioso, en el 2012 se calcula que 8,6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,3 millones murieron por esta causa y más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, es una de las tres causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años. En el 2012, se estima que 530 000 niños enfermaron de tuberculosis y 74.000 niños seronegativos murieron de tuberculosis. (O. Mundial de la salud, 2013).

La tuberculosis es la causa principal de muerte de las personas infectadas por el VIH, pues causa una cuarta parte de las defunciones en este grupo, aunque lentamente, está disminuyendo el número anual estimado de personas que enferman de tuberculosis; ello quiere decir que el mundo está en camino de cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio consistente en detener la propagación de esta enfermedad de aquí al año 2015. La tasa de mortalidad por tuberculosis disminuyó un 45% entre 1990 y 2012. Gracias a las estrategias DOTS y Alto a la Tuberculosis recomendadas por la OMS, se calcula que se habrían salvado unos 22 millones de vidas. (O. Mundial de la salud, 2013).

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) llama a redoblar esfuerzos en la prevención y el control de la tuberculosis en las Américas, en especial en las poblaciones más vulnerables que viven en las grandes ciudades. (O. Mundial de la salud, 2013). Pese a los avances que la región ha logrado en el control de la tuberculosis, en América Latina y el Caribe esta enfermedad sigue siendo la segunda causa de muerte por un agente infeccioso después del virus del VIH/sida.

En 2011, se estima que en las Américas hubo unos 268.000 casos nuevos de tuberculosis y 30.000 muertes incluyendo a personas con VIH/sida. Sin embargo, se calcula que en el mismo período no se diagnosticaron unos 60.000 casos nuevos de tuberculosis, la mayoría de ellos en zonas urbanas, y un total de 1,3 millones de personas murieron de tuberculosis en el 2012 (entre ellas 320. 00 personas afectadas por el VIH), Entre 1990 y 2011, en las Américas hubo una reducción del 61% en la mortalidad por tuberculosis, y un 62% de baja en la prevalencia de esta enfermedad. El progreso logrado en la región se debe, en gran parte, a la ejecución de la estrategia “Alto a la Tuberculosis” de la OMS y OPS, que se basa en el diagnóstico oportuno, el tratamiento universal y las combinaciones adecuadas de medicamentos antituberculosos. (A. Andes, 2013)

Aun así, los países de las Américas todavía enfrentan desafíos como la propagación de la tuberculosis multiresistente y la aparición de la tuberculosis extensamente



resistente; el aumento de personas con tuberculosis y VIH/sida; y las debilidades del sistema de atención de salud en países con una elevada carga de tuberculosis.

Ecuador es el único país en el mundo que incorporo como política gubernamental un bono para medicamentos en tratamiento resistentes, lo que redujo el abandono de tratamiento de 28,2% a 7% en el primer año de aplicación (2011-2012). Entre 1990 y 2011, la tasa mundial de mortalidad por tuberculosis disminuyo en un 41%, lo que confirma que el objetivo mundial de detener la propagación de esta enfermedad al año 2015, logro avances importantes. (Andes, 2013)

En la Provincia de Chimborazo han sido atendidos en el transcurso de los años 2008-2012 un total de 497 casos en todas las formas de tuberculosis. Obteniendo en San Andrés un total de 80 casos y en el Centro de Salud de San Andrés 18 casos de tuberculosis, en los cuales se desconocen las posibles causas existentes las mismas que pueden estar relacionadas con la interpretación de fenómenos, estos pueden ser: fenómenos psicológicos como: brujería, maleficio, tristeza, depresión, las almas de los muertos enferman a la gente, castigo de Dios, fenómenos naturales entre ellos: exceso de frio, bañarse en agua fría, salir de caliente a frio ,inadecuada alimentación, fenómenos sociales como: saludo dando la mano, explotación laboral, compartir la ropa , utilizar los mismos platos de cocina , fenómenos culturales como: medicina andina, curanderos, hierbateros, medicina alternativa, médico particular, centro de salud.

Como punto de vista puede ser por la falta de conocimiento adquirido sobre tuberculosis por la sociedad, produciendo así consecuencias sociales sean estos en el aspecto familiar, laboral socioeconómico y de vivienda. Probablemente también las personas hacen uso de la medicina alternativa y la medicina andina donde visitan a los curanderos y hierbateros. Por este motivo como estudiantes el interés por investigar en los pacientes con tratamiento de tuberculosis presentando la presente investigación denominada: “Creencias y Consecuencias Sociales de los pacientes con Tuberculosis atendidos en el centro de Salud de San Andrés del Cantón Guano en el periodo Junio-Diciembre del 2013”.

### **1.3.- FORMULACION**

¿Las creencias de los pacientes con tuberculosis generan consecuencias sociales en el centro de salud de San Andrés del cantón Guano?

### **1.4.-OBJETIVOS**

#### **1.4.1.-OBJETIVO GENERAL**

- Identificar las creencias sobre tuberculosis en pacientes, atendidos en el centro de salud de San Andrés del cantón Guano y las consecuencias sociales

#### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Analizar las creencias sobre tuberculosis de los pacientes diagnosticados con la enfermedad en el centro de salud de San Andrés.
- Determinar las consecuencias sociales que afectaron a los pacientes con tuberculosis de san Andrés.
- Establecer la duración del tratamiento de los pacientes con tuberculosis atendidos en el centro de salud de san Andrés.
- Identificar la fuente de conocimiento sobre tuberculosis.
- Realizar una guía educativa para brindar información optima sobre la tuberculosis.

### **1.5.- JUSTIFICACION**

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) llama a redoblar esfuerzos en la prevención y el control de la tuberculosis en las Américas, en especial en las poblaciones más vulnerables que viven en las grandes ciudades. (O. Mundial de la salud, 2013). Pese a los avances que la región ha logrado en el control de la tuberculosis, en América Latina, el Caribe

esta enfermedad sigue siendo la segunda causa de muerte por un agente infeccioso después del virus del VIH/sida. En Ecuador y Chimborazo también persiste esta problemática de salud en donde actúan aún las creencias y consecuencias sociales en los pacientes con tuberculosis

Con esta investigación se quiere conocer cuáles son las creencias que mantienen los pacientes con tuberculosis atendidos en el centro de salud de san Andrés y las consecuencias sociales, determinando el grado de conocimientos y cultura que presentan para ayudar en el tratamiento del paciente con tuberculosis, al obtener una cifra concreta de los resultados podemos aplicar ayuda inmediata al paciente conjuntamente con el equipo de salud de tal modo que estaría destinado a dar planes educativos acerca del conocimiento adecuado de la tuberculosis.

Este estudio reviste una gran importancia puesto que se pondrá a disposición de la comunidad, la información pertinente mediante una guía educativa, para tomar el control de la problemática y las medidas correctivas de lugar, ayudando de esta manera a cambiar las creencias que tienen los pacientes sobre la enfermedad y el tratamiento cumpliendo de esta manera el objetivo 6 según la OMS ODM 6: combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. (O.Mundial de la Salud, 2013).

Por otra parte, con esta investigación se verán beneficiados los pacientes, familiares, el equipo de salud y la sociedad ya que podrá ser utilizado con fuente de información para mejorar la atención o conocer cuál es la realidad de las creencias en los pacientes ante esta problemática de salud. También ayudaremos con esto a las compañeras estudiantes de nuestra carrera de enfermería ya que podrán hacer uso de los datos investigados, como fuente de consulta acerca de las creencias que mantienen los pacientes con tuberculosis.

## **CAPITULO II**

### **2.- MARCO TEÓRICO**

#### **2.1.- POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL**

Esta investigación se relaciona con la teoría de Madeleine Leininger “*Cuidados culturales: teoría de la diversidad y la universalidad*” en el año 1961, Leininger enfermera que se basó en la disciplina de la antropología, definió a lo transcultural como un área principal de la enfermería, que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo. La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables. (Rogers, 2010).

#### **2.2.- DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

El centro de salud de San Andrés está ubicado en la parroquia de San Andrés perteneciente al cantón Guano fundado en Octubre del año de 1979, brinda atención a los barrios y comunidades que se encuentran a su alrededor entre ellas tenemos: La Silveria, Cuatro esquinas, Sanjapamba, Calshi, Tunsalao, Batzacon, La Esperanza, Miraflores, Pulingui, San Miguel y Santa Lucía. Brindando atención en los servicios de medicina general, odontología, enfermería, inmunizaciones y ginecología.

#### **2.3.- ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES ANTERIORES:**

Para la realización de esta investigación se encontró estudios previos similares en el país de México titulado de Creencias y consecuencias sociales de la tuberculosis pulmonar en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca, determinando la siguiente conclusión: “*El concepto de “enfermedad” y de “tuberculosis pulmonar” en estos dos grupos étnicos es percibida de forma diferente al otorgado por los médicos, por ende las acciones de prevención y control a realizar deben considerar la cultura decada grupo social.*” (Hernandez, 1999)

Otro trabajo similar fue en Colombia el cual se titula: Creencias y prácticas sobre la tuberculosis en un grupo de pacientes y sus familiares de la ciudad de Bogotá.

*Conclusión: La tuberculosis es identificada por familiares y pacientes como una enfermedad grave, peligrosa, que debe cuidarse, para evitar desenlaces como la muerte, que migre a otras partes del cuerpo y que pueda transmitirse a otros, tanto el cumplimiento del tratamiento juega un papel fundamental, siendo un elemento esencial en el cuidado de la enfermedad. Los signos y síntomas como la tos y la fiebre, generalmente son confundidos y se atribuyen a otras afecciones pulmonares, situación que tiene una influencia considerable sobre las practicas de cuidado que realizan los participantes antes de conocer el diagnóstico, muchas de las veces centradas en indicaciones transmitidas de generación en generación por familiares, vecinos, amigos, farmaceutas, y que fueron identificadas en la presente investigación. (Gil, 2011).*

## **2.4. ENFOQUE TEÓRICO**

### **2.4.1. Historia de la tuberculosis:**

Durante gran parte de la historia la tuberculosis fue percibida desde una visión romántica, donde la enfermedad era vista como la dolencia de los bohemios, los intelectuales, los románticos. Esta visión perduro hasta fines del siglo pasado y principios de este, sin embargo, la posición de un capitalismo salvaje, a partir del ingreso del litoral a la división internacional del trabajo en sus primeras etapas de acumulación, genero una organización social caracterizada por desigualdades aún más fuertes de las existentes en la etapa anterior estas desigualdades se reflejaron no solo en las condiciones de vida y trabajo sino también en la enfermedad y muerte vinculándose la tuberculosis a la pobreza y la miseria. (Carbonetti, 2000)

La tuberculosis ha sido una preocupación en toda la historia de la humanidad y ha acompañado al hombre desde sus inicios. Esta enfermedad ha sido una de las causas principales de muerte en todo el mundo, y aún se encuentra en países de bajos y

medianos ingresos. Desde la segunda mitad del siglo XX, se han dado avances importantes en lo que hace referencia a la terapéutica de la enfermedad; no obstante, la lucha contra la tuberculosis continúa, más aún, cuando se conoce que es una enfermedad que se puede controlar y que la mortalidad por esta causa es evitable, por lo que se hace necesario desarrollos investigativos que aborden diferentes perspectivas de la problemática.

Es así como además de estudiar la etiopatogenia, la clínica y la epidemiología de la enfermedad, es importante también conocer la experiencia de las personas que la padecen, enfatizando en los aspectos socioculturales como las creencias y prácticas que la rodean, sabiendo que la tuberculosis es una enfermedad fuertemente estigmatizada y mal conocida por una gran parte de la población, incluyendo las personas que la padecen y sus familiares. (Gil, 2011)

#### **2.4.2 Cultura**

A continuación se describen diferentes definiciones relacionadas con la cultura, desde distintas perspectivas: antropológicas, sociológicas, iniciando con su definición etimológica.

- Según el diccionario de la Real Academia Española la palabra cultura viene del latín *cultura*, que significa cultivo.
- En su tercera acepción define a la cultura como el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.
- La Asociación Americana de Antropología menciona que la cultura representa una entera base de datos de conocimientos, valores y formas radicales de ver el mundo, las cuales han sido transmitidas de una generación a la siguiente.

### 2.4.3 Creencias

A continuación se presentan aproximaciones conceptuales al término de creencias desde su etimología, hasta los planteamientos dados desde la psicología de la salud, las ciencias sociales, la salud pública y la enfermería.

Según la Real Academia Española, la palabra creer viene del latín *credĕre*, que significa tener por cierto algo que el entendimiento no alcanza o que no está comprobado o demostrado.

En su primera acepción define la creencia como firme asentimiento y conformidad con algo. Desde la psicología de la salud, Moreno y Gil realizaron una revisión teórica del Modelo de en Salud. Desde su origen en la década de los cincuenta, el Modelo de Creencias en salud se ha convertido en uno de los modelos teóricos más usados en psicología de la salud para explicar los comportamientos en salud y preventivos de la enfermedad.

El modelo ha sido concebido para explicar las conductas de salud, y prevención y evitación de la enfermedad, no obstante, la aplicación a la conducta de enfermedad o rol de enfermo y de la conducta de riesgo resulta poco convincente.

Los autores concluyen que hay una falta de relación entre creencias en salud y comportamientos en salud. Por su parte, definen las creencias como fenómenos psicológicos reales, cuya existencia no se puede poner en duda. Son fenómenos humanos, entidades o constructos que no son observables directamente. Más adelante mencionan que en psicología, las creencias junto con los pensamientos y cogniciones, son “ideas acerca de algo”.

Las creencias independientemente de la categorización que se les otorgue, son fenómenos humanos y como tales dignos por sí mismo de ser estudiados, dado que son importantes variables a considerar en la explicación de la ejecución humana. (Gil, 2011)

#### **2.4.4- Creencias de la Tuberculosis**

Son interpretaciones que dan los individuos o los enfermos sobre la tuberculosis pulmonar entre ellos interpretan como fenómenos naturales, sociales y culturales cuya existencia no se puede poner en duda. (Carbonetti, 2000).

#### **2.4.5- Paciente**

Es aquella persona que debe ser atendida por un médico o un profesional de salud a causa de algún tipo de dolencia o de malestar. (Salud abc ).

#### **2.4.6- TUBERCULOSIS**

##### **2.4.6.1.- Concepto**

Es una infección bacteriana crónica causada por *Mycobacterium tuberculosis* que histológicamente se caracteriza por la formación de granulomas. Habitualmente, la enfermedad se localiza en los pulmones, pero puede afectar prácticamente a cualquier órgano del cuerpo humano.

##### **2.4.6.2.- Etiología**

La gran mayoría de los casos de tuberculosis se produce por *Mycobacterium tuberculosis*, especie de la familia de *Mycobacteriaceae*, orden *Actinomycetales*. Junto con otras tres especies muy relacionadas, *M. bovis*, *M. africanum* y *M. microti*, forman el grupo de micobacterias tuberculosas (*M. tuberculosis complex*).

Las micobacterias son bacilos ácido alcohol resistentes, aerobios estrictos, inmóviles, no esporulados, que son Gram (+) aunque la tinción es muy irregular. Se reproducen muy lentamente, son resistentes a los ácidos y álcalis y tienen una gran envoltura de ácidos micólicos, ácidos grasos ramificados, de 60-80 átomos de carbono.

Por fuera de la capa de ácidos micólicos existen una serie de fenol glicolípidos y glicolípidos, de entre los que destaca el cord factor, importante como veremos para el diagnóstico. Son bacterias intracelulares, capaces de vivir dentro de las células, y



más concretamente, de los macrófagos, de forma que es capaz de enlentecer su metabolismo de forma indefinida.

#### **2.4.6.3.- Transmisión**

La tuberculosis es transmitida de persona a persona principalmente por vía respiratoria, a través de las gotitas de Pflüge. Los bacilos tuberculosos (en número de 1 a 3) forman los núcleos de estas pequeñas gotitas, lo suficientemente pequeñas (1-5 micras de diámetro) como para evaporarse, y permanecer suspendidas en el aire varias horas.

Las partículas de mayor tamaño, aunque tengan mayor número de bacilos, son menos contagiosas, pues caen por gravedad, o en el caso de ser inhaladas, son eliminadas por el sistema mucociliar y la tos. Cuando una persona con tuberculosis pulmonar o laríngea tose, estornuda, habla o canta, emite estas pequeñas partículas.

La posibilidad de que la enfermedad se transmita depende de cuatro factores:

- Las características del enfermo.
- El entorno en que tiene lugar la exposición.
- La duración de la exposición.
- La susceptibilidad del receptor (de ella hablaremos en la patogenia).

La capacidad de infectar de un enfermo determinado va a depender de la cantidad de bacilos que expulsa con sus secreciones respiratorias, estando ésta en relación directa con la frecuencia de la tos, Así, por ejemplo, los niños, aunque posible, rara vez son la fuente de infección para otras personas, pues tosen con menos frecuencia, con menos fuerza, e infrecuentemente sufren formas cavitadas extensas.

Una vez iniciado un tratamiento correcto, en dos o tres semanas el esputo se esteriliza y la capacidad de infectar desciende en gran medida. De aquí la importancia que tiene en el control de la enfermedad el diagnóstico precoz, el aislamiento y el inicio del tratamiento.

#### **2.4.6.4.- Clínica**

Dado su carácter de enfermedad sistémica, los signos y síntomas del enfermo pueden ser de predominio sistémico, predominar la sintomatología pulmonar, los signos y síntomas de otro órgano afectado, o ser una combinación de todos ellos, ciertamente, la enfermedad temprana puede ser asintomática, y detectarse debido a una historia de exposición, por la presencia de una reacción a la prueba de la tuberculina positiva y una imagen radiológica patológica. Pero cuando la población bacilar es significativa se va a producir una reacción sistémica, con síntomas inespecíficos como fiebre (primordialmente vespertina), escalofríos, astenia, pérdida de apetito, disminución de peso y sudación nocturna que, característicamente, afecta más a la parte superior del cuerpo, la instauración de los síntomas es gradual.

Por ello a veces son bien tolerados por el enfermo y pueden pasar en principio inadvertidos, o son atribuidos a otra causa, como el exceso de trabajo. Otras veces se presenta como fiebre de origen desconocido, en cuyo diagnóstico diferencial siempre ha de ser incluida, y sólo se llega a esclarecer tras extensos y repetidos estudios.

Menos frecuente, pero posible, es la presentación como un síndrome pseudogripal, con fiebre aguda y escalofríos, y el enfermo no consulta hasta que los síntomas no se resuelven como sería de esperar. El eritema nodoso puede aparecer con este inicio agudo.

#### **2.4.6.5.- Manifestaciones clínicas de la tuberculosis pulmonar**

La tuberculosis pulmonar suele presentarse habitualmente con tos productiva de larga evolución, (generalmente el enfermo consulta cuando lleva más de tres semanas tosiendo). Éste es el principal síntoma respiratorio. El esputo suele ser escaso y no purulento.

Además, puede existir dolor torácico, y en ocasiones hemoptisis. Ésta última, aunque suele reducirse a esputo hemoptoico o hemoptisis leve, es indicativa de enfermedad avanzada. La hemoptisis grave, como consecuencia de la erosión de una arteria

pulmonar por una cavidad (aneurisma de Rasmussen), y que era descrita en los libros clásicos como una complicación terminal en la era pre-antibiótica, es hoy muy rara.

#### **2.4.6.6.-Diagnóstico**

El diagnóstico de tuberculosis descansa sobre cuatro pilares fundamentales: la sospecha clínica, la prueba de la tuberculina, la radiología, y la bacteriología. Dentro del diagnóstico cabe distinguir un "diagnóstico pasivo", que es el que realizamos en aquellos pacientes que acuden a nuestra consulta.

Un "diagnóstico activo", tan importante como el anterior, y es el que debemos buscar nosotros de forma activa entre aquellas personas que pertenecen a grupos de riesgo. A este segundo dedicaremos un apartado especial, y en él comentaremos ampliamente la prueba de la tuberculina. (Polanco).

#### **2.4.6.7.- Tratamiento**

Para el tratamiento de todo caso de tuberculosis debe definirse su antecedente de tratamiento.

La identificación de diferentes categorías de casos conduce a la utilización de esquemas terapéuticos estandarizados distintos como se explica en los siguientes cuadros.

**Tabla 1. Categorías de tratamiento antituberculoso en Ecuador**

categoría de tratamiento antituberculoso	Pacientes con tuberculosis	Regímenes terapéuticos	
		Fase Inicial	Fase de continuación
Esquema I	Casos nuevos: TBPBK + TBPBK - C + TBPBK - C - TB extrapulmonar Comorbilidad TB/VIH	2HRZE	4H3R3
Esquema II	Casos con tratamiento previo: Recaídas Abandono recuperado Otros	2HRZES- 1HRZE	5H3R3E3

III (TB Infantil menores de 7 años)	Caso de TB infantil < 7 años	2HRZ	4H3R3
IV	En caso de resistencia a drogas de primera línea y/o segunda línea (referencia página 116)	Regímenes estandarizado e individualizado para TB MDR.	

**Fuente:** Manual de Tuberculosis Ministerio de Salud Pública 2010.

#### 2.4.6.8.- Abreviaturas

Se han establecido abreviaturas y fórmulas para los esquemas de tratamiento antituberculoso.

A cada medicamento le corresponde una letra:

**Tabla 2. Abreviaturas**

Medicamento	Abreviatura
Rifampicina	(R)
Isoniacida	(H)
Pirazinamida	(Z)
Etambutol	(E)
Estreptomina	(S)

**Fuente:** Manual de Tuberculosis Ministerio de Salud Pública 2010

#### 2.4.6.9.- Esquema uno: 2HRZE/4H3R3

La fase inicial dura aproximadamente 2 meses (50 dosis), se administran diariamente (5 días por semana): isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol.

• La fase de consolidación dura 4 meses (50 dosis), se administran 3 días por semana: isoniacida y rifampicina.

Está indicado para todos los casos nuevos, específicamente:

- Casos nuevos con tuberculosis pulmonar BK +
- Casos nuevos con tuberculosis pulmonar BK – Cultivo +

- Casos nuevos con tuberculosis pulmonar BK – Cultivo –
- Casos nuevos con tuberculosis extrapulmonar
- Casos nuevos con tuberculosis e infección por VIH

**Tabla 3. Tratamiento antituberculoso a dosis fija**

Esquema uno: 2HRZE/4H3R3

Duración: aproximadamente 6 meses (100 dosis) con medicamentos de combinación a dosis fijas.

Pacientes nuevos BK + y BK – (Categoría I y III)					
		Fase inicial (50 dosis de lunes a viernes)			Fase de consolidación (50 dosis – 3 veces por semana)
Paciente	Peso (kg)	RHZE (150/75/400/275)	RH 150/75	Z 400	RH 150/150
Niños < de 7 años	< 7		½	½	½
	8-9		1	½	1
	10-14		1½	1½	1½
	15-19		1	1	1
	20-29		2	2	2
Niños > de 7 años y adultos	30-37	2			2
	38-54	3			3
	55-70	4			4
	> 71	5			5

Fuente: Manual de Tuberculosis Ministerio de Salud Pública 2010

Nota: no usar etambutol en niños menores de 7 años. La estreptomycinina se usará en menores de 7 años, con diagnóstico de meningitis TB o tuberculosis miliar, como medicamento alternativo al etambutol.

#### 2.4.6.10.- Esquema dos: 2HRZES–1HRZE/5H3R3E3

La fase inicial dura aproximadamente 3 meses:

- 2 meses (50 dosis), se administran diariamente (5 dosis x semana): isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol y estreptomycinina.

- 1 mes (25 dosis), se administran diariamente (5 dosis x semana): isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol.

La fase de consolidación dura 5 meses (60 dosis), se administran 3 veces por semana: isoniacida, rifampicina y etambutol.

Este es un esquema de tratamiento más complejo que el esquema UNO, con una menor tasa de éxito. La mejor oportunidad para tener la curación en el tratamiento de un caso de tuberculosis es tratarlo bien desde el inicio.

El esquema DOS está indicado para todos los casos pulmonares o extrapulmonares antes tratados, confirmados con baciloscopia (cultivo o histopatología), específicamente.

Manual de Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en Ecuador 71.

- Recaídas
- Abandonos recuperados
- Otros

Cuando existan dudas respecto a la clasificación de pacientes para administración del esquema dos se deben consultar al responsable provincial del PCT o médico consultor.

**Tabla 4.- Tratamiento antituberculosos a dosis fija**

Pacientes en Re-Tratamiento (Categoría II)										
		Fase inicial A (50 dosis – lunes a viernes)			Fase inicial B (25 dosis – lunes a viernes)			Fase de consolidación (60 dosis – 3 veces x semana)		
Paciente	Peso (kg)	S	RHZ E	RH 150/7	Z 400	RH ZE	RH 150/	Z 40	RH 150/	E 400

				5			75	0	150	
Niños (menores de 7 años)	>7	0.25		½	½		½	½	½	
	8-9	0.25		1	½		1	1	1	
	10-14	0.25		1	1		1	1	1	
	15-19	0.33		1 ½	1 ½		1½	1½	1½	
	20-29	0.50		2	2		2	2	2	
Niños mayores de 7 años y adultos	30-37	0.50	2			2			2	1½
	38-54	1	3			3			3	2
	55-70	1	4			4			4	3
	> 71	1	5			5			5	3

Fuente: Manual de Tuberculosis Ministerio de Salud Pública 2010

### Esquema dos: 2HRZES–1HRZE/5H3R3E3

Duración: aproximadamente 8 meses (135 dosis) con medicamentos de dosis fijas combinadas.

Nota: El etambutol no debe administrarse a niños menores de 7 años por la dificultad para evaluar el efecto neurotóxico visual.

#### 2.4.6.11.- Tratamiento de tuberculosis infantil

Los niños por lo general presentan tuberculosis paucibacilar, es decir, con escasa población bacilar, motivo por el cual es difícil encontrar confirmación bacteriológica.

Por otro lado, las formas extrapulmonares son más frecuentes que en adultos.

Los regímenes de tratamiento son los que están indicados para casos nuevos y antes tratados (Esquemas Uno y Dos respectivamente), los cuales deben ser ajustados al peso del niño, tanto al inicio del tratamiento como mensualmente; conviene recordar que los niños recuperan su peso y lo incrementan con el crecimiento y desarrollo. En menores de 7 años, para

casos nuevos, se utilizará un régimen de tratamiento que no incluye etambutol (categoría III: 2RHZ/4R3H3).

Las presentaciones para el manejo de TB pediátrica puede ser en suspensión (en el caso de rifampicina) y también en tabletas dispersarles (medicamentos a dosis fijas).

#### **2.4.7.- Funciones del centro, subcentro y puesto de salud del MSP:**

- Coordinar las actividades del PCT con otras áreas, unidades, programas e instituciones del sector salud o espacios de concertación (consejos de salud).
- Implementar estrategias de abogacía, comunicación y movilización social en el área de su jurisdicción para favorecer el control de la tuberculosis.
- Facilitar a líderes de la comunidad el apoyo en actividades de control de TB: promoción, prevención, detección de sintomáticos respiratorios y administración de tratamiento en casos necesarios.
- Ayudar a los afectados para la formación de grupos de ayuda mutua con la finalidad de fomentar la adherencia al tratamiento antituberculoso, disminuir el estigma y discriminación ocasionado por la enfermedad. (M. Salud Publica, 2010)

#### **2.4.8.- Creencias y actitudes de la tuberculosis**

El grado de conocimiento que tenemos de las enfermedades se centra en las teorías científicas, donde el mundo invisible e imperceptible ante nuestros sentidos de los virus, bacterias, gérmenes y conceptos como infecto-contagioso, crónico-degenerativo, inmunodeficiencia, tuberculosis pulmonar, imperan en el léxico médico cotidiano, como por ejemplo cuando asistimos a una consulta médica.

Este conocimiento es el que predomina en el llamado mundo de la ciencia, olvidando que en muchas sociedades occidentales y no occidentales, las teorías de los gérmenes no existen dentro de su sistema cultural. Este etnocentrismo del conocer científico, no ha permitido asomarnos cabalmente a mundos llenos de riquezas conceptuales e



ideológicas diferentes al nuestro, sobre todo, cuando estudiamos el proceso salud/enfermedad/atención/muerte de cada grupo social.

Bajo el mismo rubro, el mundo conceptual de las enfermedades está influenciado por las percepciones culturales de las personas o de los grupos étnicos al cual pertenecemos, en este sentido sus explicaciones, categorías, causas, diagnósticos y tratamientos médicos estarán respaldados por su contexto cultural. En el caso específico de la tuberculosis, esta enfermedad se ha visto plagada por concepciones culturales divergentes a las explicaciones racionales otorgadas por los científicos (o médicos). Por ejemplo, en África entre la tribu de los ndembu, Victor Turner encontró que la tuberculosis es conocida como musongu wantulu o enfermedad del pecho, producida por los musongú o espíritus de las almas de los extranjeros, quiénes vuelan sueltas por la noche para poseer a los ndembu causándoles violentos temblores, y para alimentarse de sus pulmones. Los ndembu realizan rituales mágicos para ahuyentar a los musongú dándole de beber al enfermo una mezcla de hierbas picantes y mal olientes. (Gil, 2011)

Levis Strauss en su libro *El pensamiento salvaje* refiere que en los pueblos siberianos, en particular entre los Yakutos, para tratar a la tuberculosis emplean un huevo tragado del pájaro Ru-Rcha. Rubel y Garro encontraron que en algunos grupos hispanos, conceptualizan a la tuberculosis como una enfermedad agotadora (wasting sickness), confundiéndola con la gripe o la bronquitis. L. Menegoni menciona que en la comunidad tzeltal y tzotzil, Yochib, perteneciente al municipio de Oxchuc en Chiapas, los indígenas no perciben a la tuberculosis en términos biomédicos. (Gil, 2011)

Ellos la identifican con el nombre de sakoval que significa tos blanca, enfermedad causada por brujería, por mojarse con agua fría, exceso de bebidas alcohólicas y producto de la erupción del volcán Chichonal en abril de 1982. Ndeti, en un estudio realizado en Kenya, encontró que los pacientes con tuberculosis atribuyen su enfermedad a los deseos de sus ancestros, por brujas, y por exceso de trabajo físico.

En Pakistán, Liefoghe determinó que la tuberculosis se percibe como una enfermedad causada por bañarse con agua fría. En Filipinas la tuberculosis es una enfermedad producida por gérmenes, por el cansancio, la pobreza, exposición al frío o producto de un golpe o debilitamiento del cuerpo.

En Sudáfrica, se cree que la tuberculosis es causada por el agua fría, fumar y por no llevar una adecuada alimentación, asimismo, se ha encontrado que los enfermos tuberculosos abandonan el tratamiento antifímico para sustituirlo por remedios caseros compuestos con aceites y hierbas medicinales. No obstante la tuberculosis se experimenta más como una enfermedad estigmatizante.

#### **2.4.9.- Consecuencias:**

- Conjunto de elementos que fluyen del hecho de tener las deficiencias, las incapacidades o de vivir diversas situaciones. (IIDRIS)
- Consiste en la estigmatización y rechazo social, para el paciente, su familia y para la sociedad en general. (Gil, 2011).
- Conjunto de aspectos que estigmatizan al paciente, estos pueden ser familiares, laborales, socioeconómicos y de vivienda.

#### **2.4.10.- Consecuencias sociales de la tuberculosis**

Desde una mirada esencialmente médica podemos decir que muchas fueron las teorías epidemiológicas, que trataron de explicar la aparición de la tuberculosis en ciertas poblaciones, causando esta enfermedad una tasa de mortalidad en todas las edades de vida.

Entre varias explicaciones podemos mencionar que una de ellas es el deterioro del medio ambiente y el aumento excesivo de la población, producto de una corriente migratoria que lleva desde el interior provincial, y en menor medida desde el litoral para la cual varias regiones no estaban preparadas; este aumento poblacional junto a la falta de estructura produce un hacinamiento en las viviendas, casas mal ventiladas y la falta de higiene. (Mestre)

Debido a la conformación del capitalismo en sus etapas de acumulación organizo lugares de trabajo pocos ventilados, excesivas horas laborales y trabajo de mujeres y niños mal pagados. Causando de esta manera una nutrición insuficiente de gran parte de la población completando de esta manera un cuadro general que permitió el crecimiento de la tuberculosis. (Mase)

La situación anteriormente se potenciaba con la casi inexistencia de instituciones sanitarias que atenderían dolencias de carácter infectocontagiosas, cuando había se contaba con escasa cantidad de camas para la atención de estos enfermos.

Dado que había una ausencia del estado que por su naturaleza, se encontraba desvinculado con las problemáticas sociales, y por lo tanto, se disponía de escasos recursos para luchar con esta problemática. (Mase)

Entre otras causas esta la crisis económica producida por el impacto de la primera guerra mundial, que deterioro aún más el stand de la vida de los sectores más bajos de la sociedad y las epidemias esporádicas, que tuvieron cierto grado de relación con el comportamiento de esta enfermedad. (Carbonetti, 2000)

Consideramos que el descenso de la tuberculosis que comienza a partir de los años veinte estuvo dado por la desaparición de los factores coyunturales la atenuación de algunos de los estructurales en el sentido de la aparición de un sistema hospitalario, el desarrollo de una terapéutica médica y el mejoramiento de las condiciones de vida. (Carbonetti, 2000)

## **2.4.11.- ASPECTOS DE LA TUBERCULOSIS**

### **2.4.11.1.- Aspectos Familiares**

Son aspectos familiares la forma en que está constituida la familia, el número de sus integrantes, su relación de afecto, su ambiente, su cultura, costumbres, hábitos, el estado económico, etc. El objetivo del estudio de la estructura familiar es conocer y obtener información sobre las personas con las que se convive, conocer las

condiciones y relaciones familiares, la economía y su nivel educativo. (D. laborales, 2007).

#### **2.4.11.2.- Aspectos Laborales**

De acuerdo con la organización mundial de la salud entre el 60 al 70% de todos los hombres adultos y entre el 30 al 60% de las mujeres adultas están fuera de su hogar.

El lugar de trabajo aún en sociedades relativamente modernas puede ser potencialmente peligroso para la salud humana.

Se entiende por aspecto laboral a todas aquellas situaciones o elementos vinculados de una u otra forma con el trabajo, entendido este último como cualquier actividad física o intelectual que recibe algún tipo de respaldo o remuneración en el marco de una actividad o institución de índole social.

#### **2.4.11.3.- Aspectos Socioeconómicos**

Los aspectos socio-económicos son las experiencias sociales y económicas y las realidades que te ayudan a moldear la personalidad, las actitudes y la forma de vida. También pueden estar definidos por las regiones y los vecindarios. Los organismos de seguridad del país, por ejemplo, siempre citan los factores socio-económicos de la pobreza relacionados con el alto nivel de crímenes. (D.Marco, 2012)

#### **2.4.11.4.- Aspectos Ambientales (vivienda)**

Cada año se informan más de 100 millones de casos de enfermedades relacionadas con el trabajo alrededor del mundo. Los riesgos ambientales también contribuyen al resurgimiento de las enfermedades infecciosas y acarreadas por portadores tal es el ejemplo de la tuberculosis la cual es causada por una bacteria que se transmite de persona a persona cuyas tasas de infección a menudo se ven elevadas en ambientes donde la gente permanece apiñada, con una ventilación escasa y una luz solar débil o sin ella. (Gutiérrez, 2005)

#### **2.4.11.5.- Tuberculosis pulmonar y rechazo social**

Lo que más se experimenta en esta enfermedad es el rechazo social. Sus familiares y amigos consideran a la tuberculosis como una enfermedad muy contagiosa, percepción elaborada por el discurso dado por los médicos, quiénes les han dicho - “que es una enfermedad muy contagiosa y peligrosa”-. (Gil, 2011)

Provocando el rechazo de familiares y personas cercanas a ellos. Una enferma fue abandonada por su esposo e hijos al saber que tenía tuberculosis; a otra, su familia le construyó un cuarto para ella sola, alejado, a unos 10 m de la casa principal.

Enfermos que son despedidos de su trabajo porque supieron que tenía tuberculosis y sus vecinos no se le acercan a él ni a su familia.

Este rechazo social no sólo se restringe al ámbito familiar o vecinal. A una enferma, el personal de la clínica dejó de suministrarle el tratamiento porque “su casa está muy lejos de la clínica y no la podemos cerrar, además la señora ya no tiene remedio, vomita sangre por la boca y la verdad que tal si nos contagia.

Una revisión de literatura relacionada con los conocimientos, creencias, prácticas, actitudes y demás aspectos socioculturales de la TB, reporta numerosos estudios que han tenido como objetivo medir a través de cuestionarios y encuestas el nivel de conocimientos con relación a la enfermedad, tanto en la población en general, como en la población enferma y el personal de salud.

La mayoría de los hallazgos coinciden en que el nivel de conocimiento es bajo o medio y que alrededor de la enfermedad hay diferentes concepciones y creencias erróneas. A esta conclusión también han llegado los estudios de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), que se han realizado en diferentes países alrededor del mundo.

Las percepciones acerca de la enfermedad también pueden condicionar las prácticas de cuidado al enfermo, el control y la adherencia al tratamiento. Las concepciones

erróneas basadas en una falta de educación en TB, puede contribuir al miedo y la confusión que interfieren con los esfuerzos para controlar la tuberculosis.

Así, los conocimientos equivocados, el estigma de la enfermedad y la falta de información puede llevar a consecuencias que afectan a los enfermos y a la población en general, retardan la identificación, la búsqueda oportuna de atención, además de potenciar y perpetuar el estigma.

Por su parte, estudios que han indagado específicamente las creencias que las personas tienen acerca de la naturaleza y transmisión de la enfermedad, han demostrado que estas creencias difieren en la mayoría de los casos del conocimiento biomédico y sugieren que las creencias, que en muchas ocasiones son erróneas y hacen parte del conocimiento popular, retrasan un diagnóstico oportuno de la enfermedad, 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. (Gil, 2011).

#### **2.4.12.- Medicina Alternativa -Tradicional**

La medicina tradicional conocida internacionalmente como alternativa forma parte del acervo de la cultura universal. El uso de las plantas con fines curativos se remonta a muchos años atrás y guarda relación con la flora existente en cada territorio. La medicina tradicional y natural conocida internacionalmente como alternativa, energética y naturalista o complementaria, forma parte del acervo de la cultura universal. (Piza)

Medicina alternativa es el término utilizado para las prácticas médicas que no forman parte de los cuidados estándar. Los cuidados estándar son los que practican los médicos, los osteópatas y los profesionales de la salud auxiliares, tales como las enfermeras matriculadas y los fisioterapeutas. La medicina alternativa significa el uso de tratamientos distintos a los estándares médicos. NIH: Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (Centro Nacional de Medicina Complementaria , 2013).

### **2.4.13.- Medicina Andina**

La medicina tradicional andina, en términos generales, se entiende como el conjunto de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, puede considerarse también como una firme amalgama de la práctica médica activa y la experiencia ancestral que mantiene un complejo de conocimientos, tradiciones, prácticas y creencias que posee sus propios métodos de diagnóstico y tratamiento, además de sus propios recursos terapéuticos. (Jose, 2006)

En este concepto abierto cabe una diversidad de tradiciones médicas de origen diferente al de los pueblos indígenas. La “medicina indígena tradicional”, que se diferencia de otras tradiciones muy presentes en la llamada medicina popular, principalmente de tradición campesina (Jose, 2006)

La medicina tradicional, en el Ecuador tiene raíces históricas que se remontan diez mil años en el tiempo, cuya permanencia ha estado a lo largo de tres siglos que se ha encargado de satisfacer las necesidades de los pueblos necesitados del Ecuador, brindando su esencia; indios, mestizos, montubios, campesinos, y otros grupos que han encontrado en ella una alternativa menos costosa y de fácil acceso. (Abedrabbo)

Los viejos curanderos salen de la clandestinidad, difunden sus remedios, practican los ritos ancestrales, como una consecuencia del resurgir cultural que marca la época, sin embargo las estructuras de poder no han legalizado su ejercicio. Gracias a la iniciativa popular van alcanzando y proyectando sus necesidades. (Abedrabbo)

Los yerberos, médico tradicional con profundo conocimiento de las plantas medicinales, sus propiedades terapéuticas y correcta aplicación; cuando es requerido, busca integrarse a la familia y a la comunidad del enfermo, participa con ellos la comida e incluso algunas veces permanece en la vivienda durante un tiempo. De esta forma busca restablecer el equilibrio perdido entre el individuo, su entorno social y sobrenatural, no trata solo al enfermo sino que a toda la familia en general. (Alfredobi, 2014).

## 2.5.- DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

- **Amalgama:** Una forma coloquial o metafórica de referirse a cualquier
- **Antropología:** Es una ciencia que estudia al ser humano de una forma integral.
- **Atenuó:** Disminuir la intensidad, la gravedad o la importancia de algo.
- **CAP:** Conocimientos actitudes y prácticas
- mezcla, sea de cosas o de personas (como una coalición o un mestizaje).
- **Coyuntural:** Depende de la coyuntura o de las circunstancias
- **Descenso:** Paso de una categoría o posición a otra inferior Etiopatogenia: es el origen o causa del desarrollo de una patología.
- **Estigmatizado:** la Real Academia española da como definición de acuerdo con la etimología “marcar a alguien con hierro”.
- **Etimología:** Del latín etimología, que a su vez tiene su origen en un vocablo griego, la etimología es una especialidad lingüística que estudia el origen de las palabras al considerar su existencia, significación y forma.
- **Etnocentrismo:** Es la actitud o punto de vista por el que se analiza el mundo de acuerdo con los parámetros de la cultura propia.
- **Imperceptible:** Que no se puede percibir o que casi no se nota
- **Ocupación:** Es aquello a lo que una persona se dedica.
- **Trabajo:** Es una actividad acordada a cambio de un pago continuo, para realizar labores continuos.



## **2.6.- HIPOTESIS Y VARIABLES**

### **2.6.1.- HIPÓTESIS**

Las creencias sobre tuberculosis de los pacientes del centro de salud de San Andrés del cantón Guano, generan consecuencias sociales.

### **2.6.2.- VARIABLES**

**2.6.2.1.-Variable independiente:** Creencias sobre la tuberculosis

**2.6.2.2- Variable dependiente:** Consecuencias sociales.

## 2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente	Definiciones conceptuales	Categorías	Indicadores	Escala	Técnicas e instrumentos
<b>CREENCIAS SOBRE LA TUBERCULOSIS</b>	Son interpretaciones de los fenómenos (psicológicos, naturales, sociales y culturales) según el conocimiento adquirido de TB por las personas.	<b>INTERPRETACION DE FENÓMENOS</b>	fenómenos psicológicos :(Brujería, Maleficio, Tristeza, Depresión, Las almas de los muertos enferman a la gente, Castigo de Dios)  Fenómenos Naturales:(Exceso de frio, Bañarse en agua fría, Salir de caliente a frio ,Mala alimentación )  Fenómenos Sociales: (Saludo dando la mano, Explotación laboral, Compartir la ropa , Utilizar los mismos platos de cocina)  Fenómenos Culturales: (Medicina Andina, Curanderos, Hierbateros, Medicina alternativa, Médico particular, Centro de salud.	Si – No  Si –No  Si – No  Si - No	Entrevista  Entrevista  Entrevista  Entrevista
		<b>CONOCIMIENTO ADQUIRIDO SOBRE TB</b>	Información recibida sobre TB  Persona que le dio información de la tuberculosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si- No</li> <li>• Medico</li> <li>• Enfermera</li> <li>• Amigos</li> <li>• Familiares</li> <li>• Otros</li> </ul>	Entrevista  Entrevista

			En donde fue detectada su enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital</li> <li>• Centro de salud</li> <li>• Medico particular</li> </ul>	Entrevista
			Duración del tiempo de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 meses</li> <li>• + de 6 meses</li> <li>• Abandono</li> <li>• Más de un año</li> </ul>	Entrevista

Variable dependiente	Definiciones conceptuales	Categorías	Indicadores	Escala	Técnicas e instrumentos
<b>CONSECUENCIAS SOCIALES</b>	Conjunto de aspectos que estigmatizan al paciente, estos pueden ser familiares, laborales, socio-económicos y de vivienda	<b>ASPECTOS FAMILIARES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estructura familiar</li> <li>• Divorcio</li> <li>• Abandono familiar</li> <li>• Aislamiento social (retiro, encierro)</li> <li>• Discriminación (separación, alejamiento)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0-3</li> <li>• 4-7</li> <li>• +8</li> <li>• Si- No</li> <li>• Si- No</li> <li>• Si- No</li> <li>• Si- No</li> </ul>	<p>Entrevista</p> <p>Entrevista Entrevista Entrevista</p> <p>Entrevista</p>
		<b>ASPECTOS LABORALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantiene su empleo</li> <li>• Cambio de trabajo</li> <li>• Abandono de trabajo</li> <li>• Despedido del trabajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si- No</li> <li>• Si- No</li> <li>• Si- No</li> <li>• Si- No</li> </ul>	<p>Entrevista</p> <p>Entrevista Entrevista Entrevista</p>
		<b>ASPECTOS SOCIO-ECONÓMICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de ingresos mensuales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso alto</li> <li>• Ingreso mediano</li> <li>• Ingreso bajo</li> </ul>	<p>Entrevista</p>

			Migración	• Si- No	Entrevista
		<b>ASPECTOS DE VIVIENDA</b>	Reubicación de su habitación	• Si- No	Entrevista

## **CAPÍTULO III**

### **3.- MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Esta investigación fue cualitativa, porque describe las creencias que mantienen los pacientes con tuberculosis y las consecuencias sociales que estas producen y cuantitativa que permite examinar los datos de manera numérica, a través de los datos estadísticos.

##### **3.1.1.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Es una investigación de Diseño descriptivo, ya que determino cuales son las principales creencias que tienen los pacientes sobre la tuberculosis, y las posibles consecuencias que están conllevan en el desarrollo de la enfermedad y el conocimiento.

Diseño retrospectivo: porque se definió el efecto que son las consecuencias sociales y se buscó cuáles fueron las causas creencias.

También tiene un diseño histórico: porque se buscó reconstruir el pasado de la manera más objetiva y exacta posible, para lo cual de manera sistemática se recolecta, evalúan, verificamos y sintetizamos evidencias que nos permitió obtener conclusiones validas sobre las consecuencias sociales.

Por último es de diseño transversal: porque se aplica un estudio observacional y descriptivo que mide a la vez la prevalencia de la exposición y el efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal, permite evaluar la magnitud de las creencias culturales y consecuencias sociales en un momento dado.

### **3.1.2.- TIPO DE ESTUDIO**

Es una investigación de campo, debido a que se realizó en el lugar de los hechos, en contacto directo con el sujeto de estudio que en este caso fueron los pacientes con tuberculosis atendidos en el centro de salud de San Andrés.

También es una investigación documental: Porque se revisó el libro de registros de los pacientes con tuberculosis, las fichas de la historia clínica y las fichas familiares aplicadas en los pacientes atendidos en el centro de salud.

### **3.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA**

- **Población:** La población total fue de 18 pacientes atendidos en el periodo 2005 al 2013 centro de salud de San Andrés del Distrito de salud 06D05, durante la entrevista con los pacientes en su domicilio nos encontramos en el trayecto que tres de ellos fallecieron luego de haber cumplido con su tratamiento.
- **Muestra:** No se considera muestra porque trabajamos con todo el universo.

### **3.3.- TECNICAS DE PROCEDIMIENTOS PARA EL ANALISIS DE RESULTADOS.**

Una vez obtenida la información necesaria realizo los siguientes pasos:

- Organización,
- Análisis de la información
- Clasificación
- Tabulación y Elaboración de cuadros y gráficos se utilizó el programa estadístico de Excel, según la valoración y los objetivos planteados dentro de la investigación, para las respectivas conclusiones.

## CAPÍTULO IV

### 4.1.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### I.-Datos generales

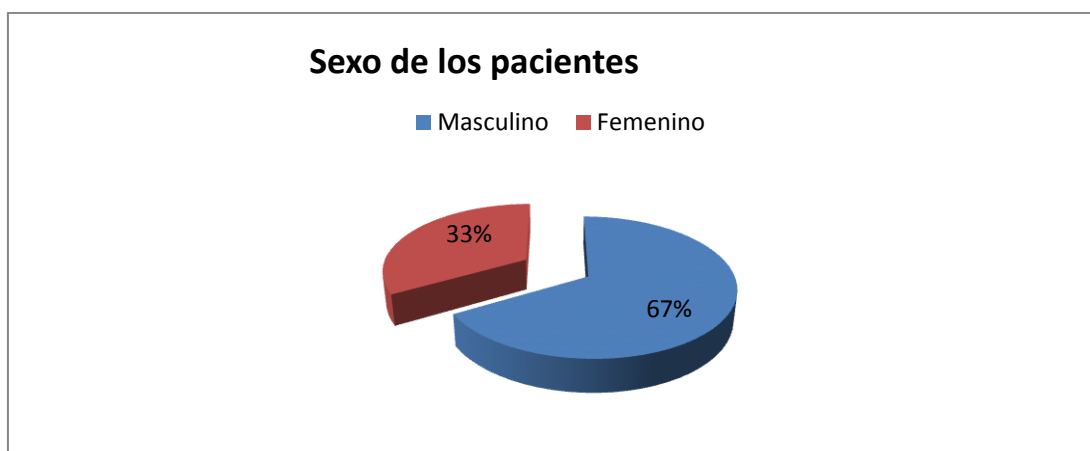
**TABLA 1.**Sexo de los pacientes

Sexo	Número	%
Masculino	10	67
Femenino	5	33
Total	15	100

**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay

**GRÁFICO 1.** Sexo de los pacientes



**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay

**Análisis.-** Un 67% de los pacientes son de sexo masculino y un 33% son de sexo femenino, lo que indica que la enfermedad es más común en los hombres de esta parroquia, que son atendidos en el centro de Salud de San Andrés.



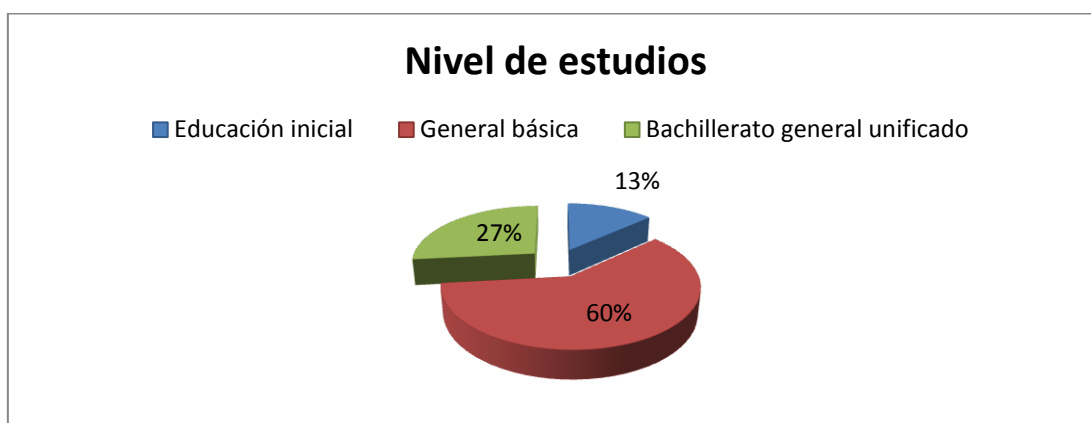
**TABLA 2.** ¿Cuál es su nivel de estudios?

Nivel académico	Número	%
Educación inicial	2	13
General básica	9	60
Bachillerato general unificado	4	27
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**GRÁFICO 2.** ¿Cuál es su nivel de estudios?



**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**Análisis.-** En el gráfico podemos observar que un 60% de los pacientes acabo el período de educación general básica, un 27% termino el bachillerato general unificado y un 13% cumplió con la educación inicial, situación que evidencia el desconocimiento y hace difícil la comprensión de la información escrita y practiquen más sus creencias en cuanto a esta enfermedad.

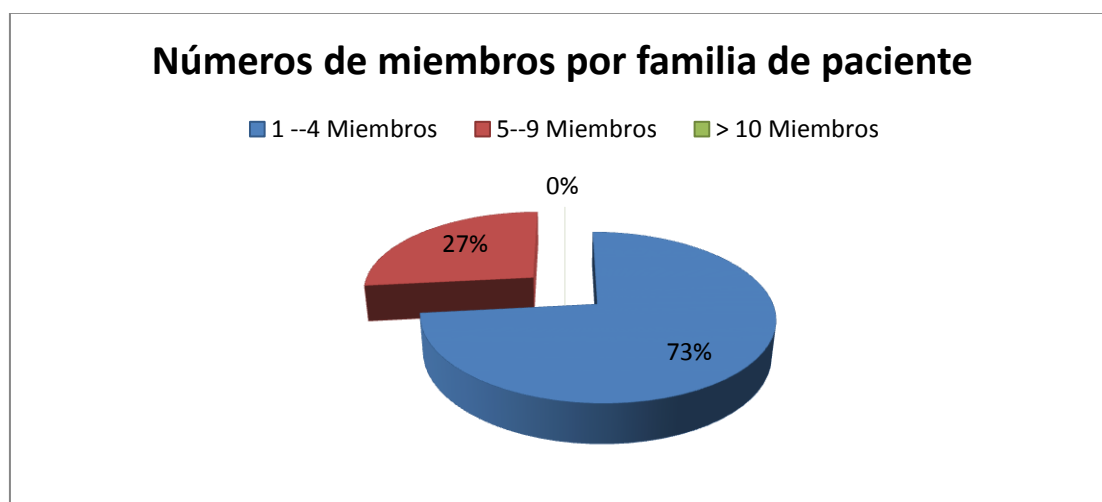
**TABLA 3.** Estructura familiar del paciente

Número de miembros por familia	Número	%
1 --4 Miembros	11	73
5--9 Miembros	4	27
> 10 Miembros	0	0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**GRÁFICO 3.** Estructura familiar del paciente



**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**Análisis.**-Según la entrevista realizada a los pacientes con tuberculosis, en lo concerniente al número de miembros que conforman su familia, un 73% viven entre 1 a 4 personas, mientras que un 27% indica que está conformada de 5 a 9 miembros. Esta situación familiar puede verse afectada con lo que piensa el paciente al decir que se transmite al saludar dando la mano el 25% al compartir la ropa el 20% y al utilizar la misma vajilla el 45%.

## II. CREENCIAS DE LA TUBERCULOSIS

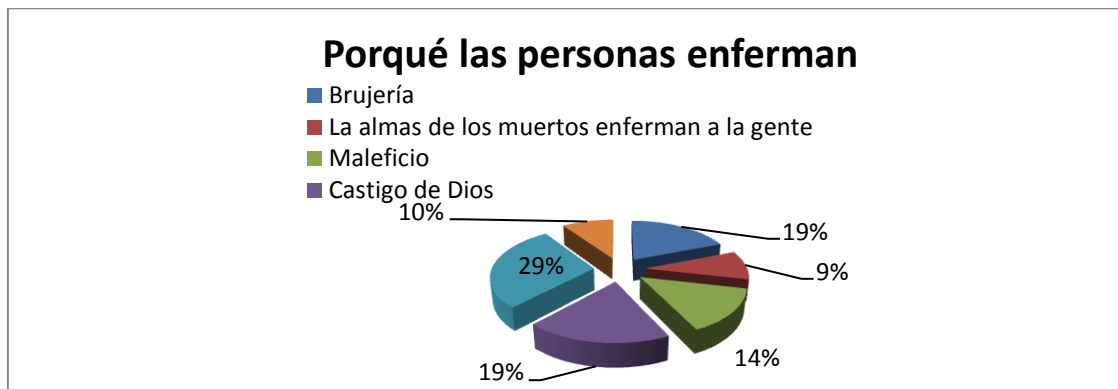
**TABLA 4.** ¿Por qué cree que las personas enferman?

Causas	Número	%
Brujería	4	19
La almas de los muertos enferman a la gente	2	10
Maleficio	3	14
Castigo de Dios	4	19
Tristeza	6	29
Depresión	2	10
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**GRÁFICO 4.** ¿Por qué cree que las personas enferman?



**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**Análisis.**-El gráfico indica que el 29% de pacientes aún creen que la tuberculosis es causada por tristeza, seguida por un 19% que dice es producida por castigo de Dios y brujería, un 10% manifiesta que es originado por la depresión y un 9% declara que es el alma de los muertos lo que les enferma, demostrando de esta manera que la educación que recibieron no impactó en la modificación de su conocimiento.

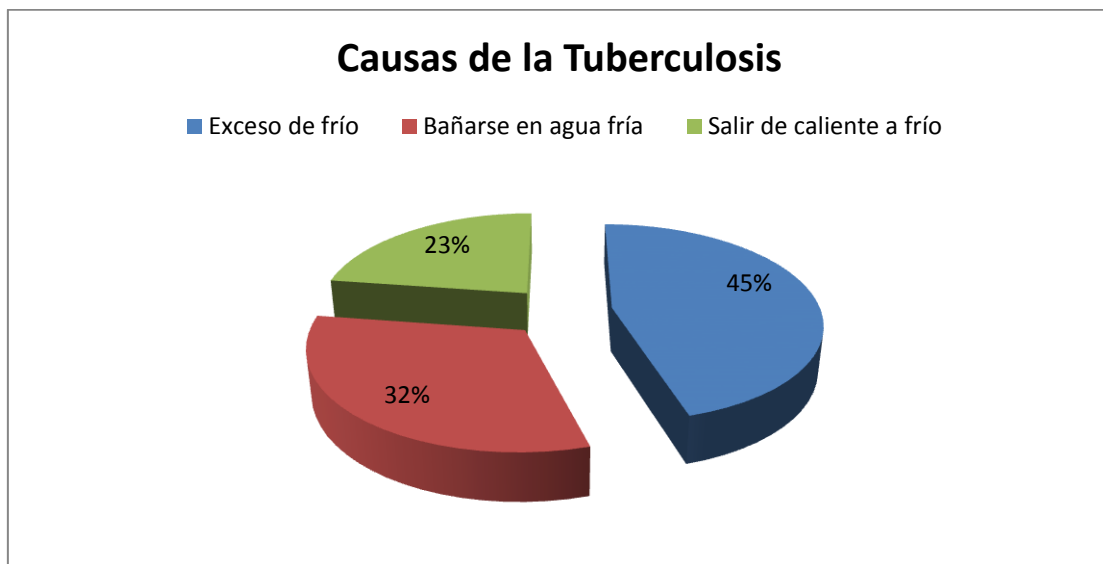
**TABLA 5.** ¿Cree usted que la tuberculosis es causada por?

Causas	Número	%
Exceso de frío	10	45
Bañarse en agua fría	7	32
Salir de caliente a frío	5	23
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**GRÁFICO 5.** ¿Cree usted que la tuberculosis es causada por?



**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**Análisis.**-El gráfico nos indica que un 45% de los pacientes creen que la tuberculosis es causada por el exceso de frío, un 32% cree que es por bañarse en agua fría y un 23% cree que es causada por salir de caliente a frío, esto nos demuestra que ellos valoraron más sus creencias que la educación recibida.

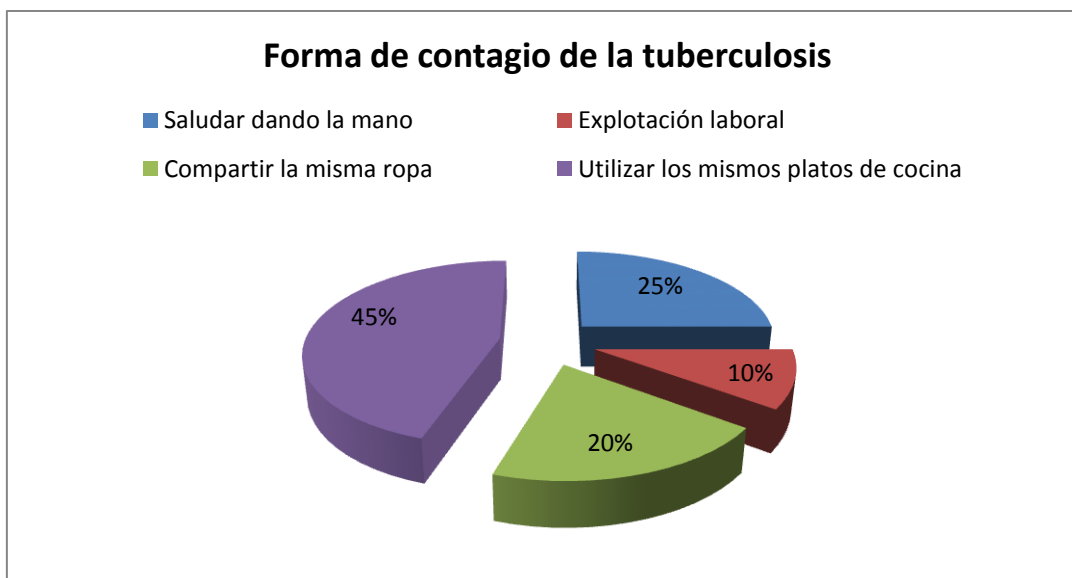
**TABLA 6.** Piensa usted que la tuberculosis se puede transmitir por:

Forma de contagio	Número	%
Saludar dando la mano	5	25
Explotación laboral	2	10
Compartir la misma ropa	4	20
Utilizar los mismos platos de cocina	9	45
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Fuente: Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

Autores: Paulina Calderón, Armando Paguay.

**GRÁFICO 6.** Piensa usted que la tuberculosis se puede transmitir por:



Fuente: Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

Autores: Paulina Calderón, Armando Paguay.

**Análisis.**-Según el gráfico nos indica que un 45% de pacientes piensa que la tuberculosis puede ser transmitida por utilizar los mismos platos de cocina, 25% de los pacientes cree que es por saludar dando la mano, un 20% por compartir la misma ropa y un 10% cree que es causada por la explotación laboral, pese a la información brindada sus creencias son las que más predominan.

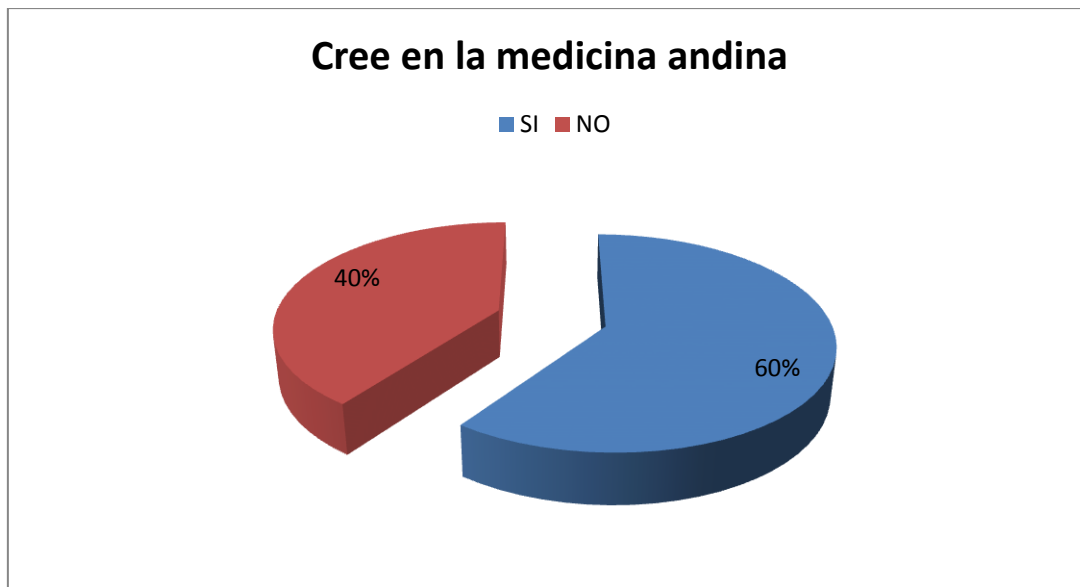
**TABLA 7.** ¿Cree usted en la medicina andina?

Cree en la medicina andina	Número	%
SI	9	60
NO	6	40
Total	15	100

**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**GRÁFICO 7.** ¿Cree usted en la medicina andina?



**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**Análisis.**-El gráfico nos demuestra que un 60% de los pacientes creen en la medicina andina ya que el uso de esta medicina a ellos les favorece en su estado de salud y en un 40% los pacientes no creen en la medicina andina.

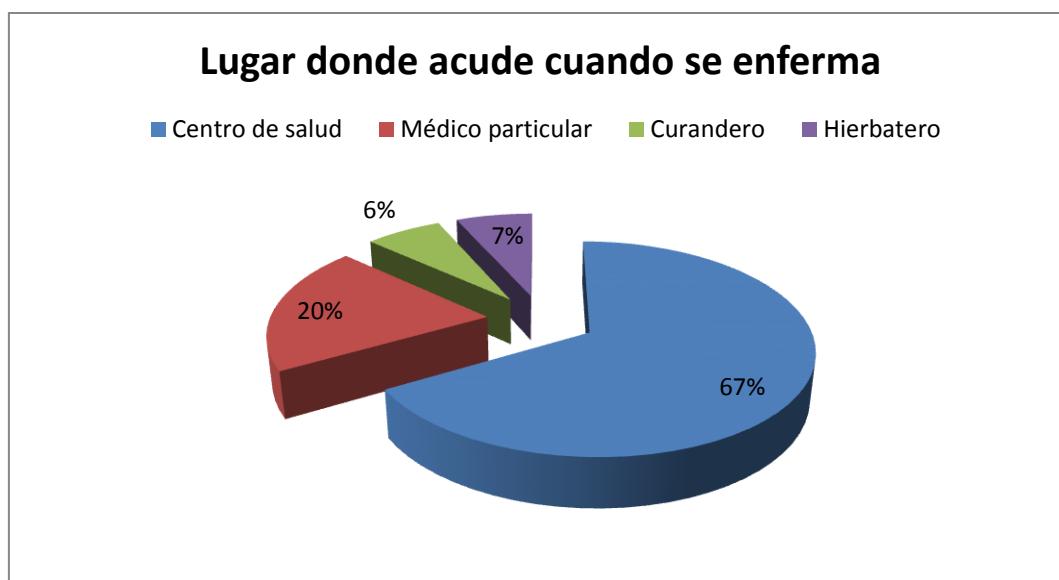
**TABLA 8.** ¿Cuándo usted se enferma a donde acude?

Lugar donde acude	Número	%
Centro de salud	10	67
Médico particular	3	20
Curandero	1	7
Hierbatero	1	7
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**GRÁFICO 8** ¿Cuándo usted se enferma a donde acude?



**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**Análisis.**-En el gráfico nos indica que un 67% de pacientes acude para ser atendido al centro de salud ya que tienen mayor accesibilidad y un 20% acude al médico particular, un 7% a los hierbateros y un 6% acude a los curanderos, esto indica que a pesar de sus creencias ellos acuden a la unidad.

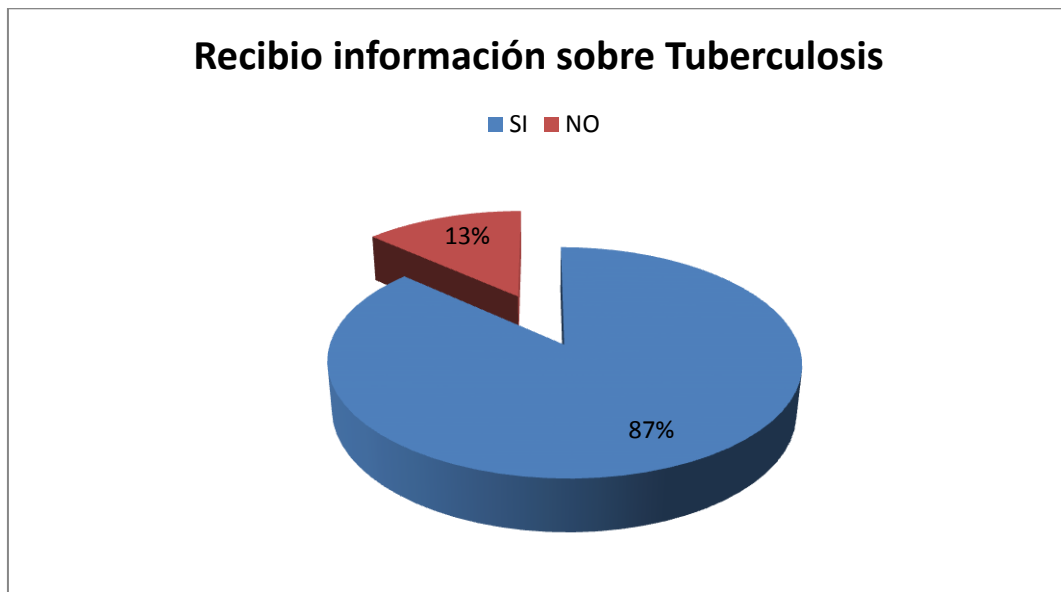
**TABLA 9.** ¿Fue usted informado acerca de la tuberculosis?

Educación	Número	%
SI	13	87
NO	2	13
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**GRÁFICO 9.** ¿Fue usted informado acerca de la tuberculosis?



**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**Análisis.**-En el gráfico nos indica que un 87% de pacientes recibió educación sobre los aspectos principales de la tuberculosis y un 13% de pacientes no recibió educación sobre la tuberculosis, lo que puede repercutir a que ellos mantengan creencias inoportunas acerca de esta enfermedad debido a que la información dada no impactó.



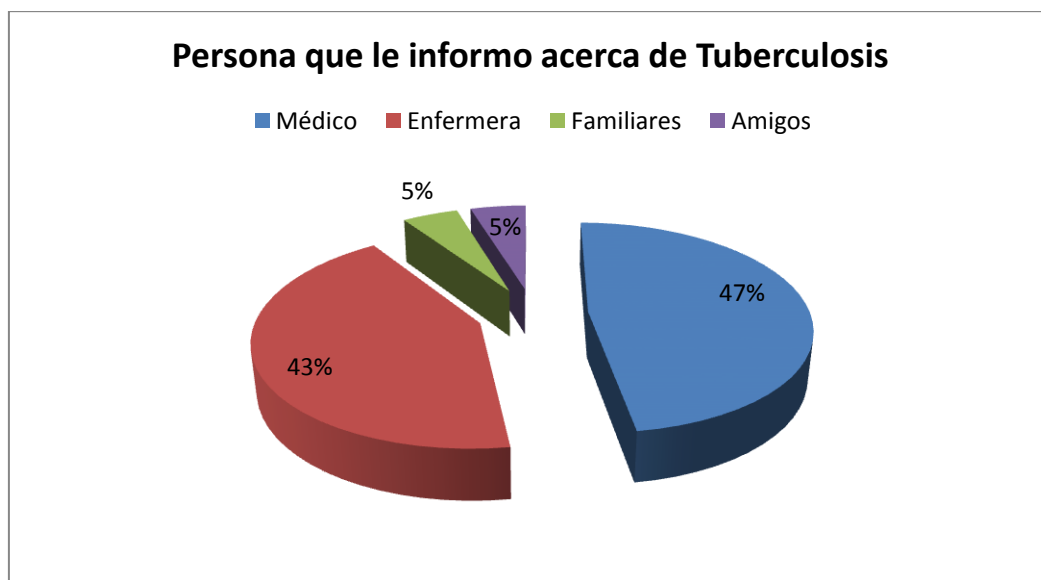
**TABLA 10.** ¿Quién le informo acerca de la tuberculosis?

Personas de quienes recibió educación sobre Tb	Número	%
Médico	10	48
Enfermera	9	43
Familiares	1	5
Amigos	1	5
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**GRÁFICO 10.** ¿Quién le informo acerca de la tuberculosis?



**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**Análisis.**-En el gráfico podemos observar que un 47% de los pacientes fue educado por los médicos, un 43% fue educado por las enfermeras y un 5% fue educado por sus familiares y amigos, sin embargo no cambiaron su forma de concebir esta enfermedad, y mantienen aún sus creencias.

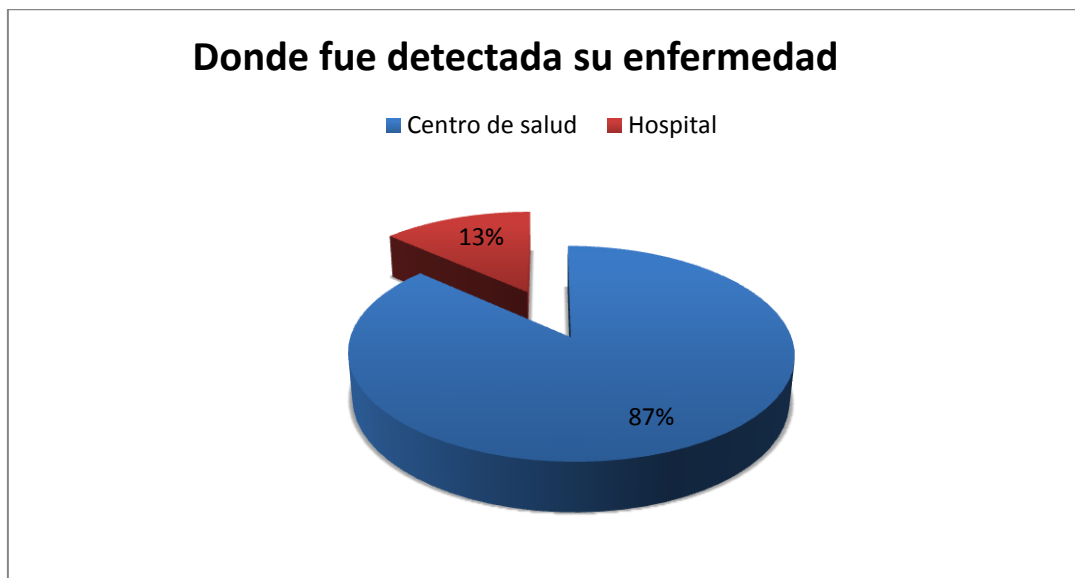
**TABLA 11.** ¿Dónde fue detectada su enfermedad?

Servicio de salud	Número	%
Centro de salud	13	87
Hospital	2	13
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**GRÁFICO 11.** ¿Dónde fue detectada su enfermedad?



**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**Análisis.**-En el gráfico nos indica que el 87% de pacientes fueron captados en el centro de salud en el que se hacen atender mientras que un 13% fue detectado en el hospital, esto evidencia que si hay una captación de pacientes, sin embargo los conocimientos aún son mal interpretados.

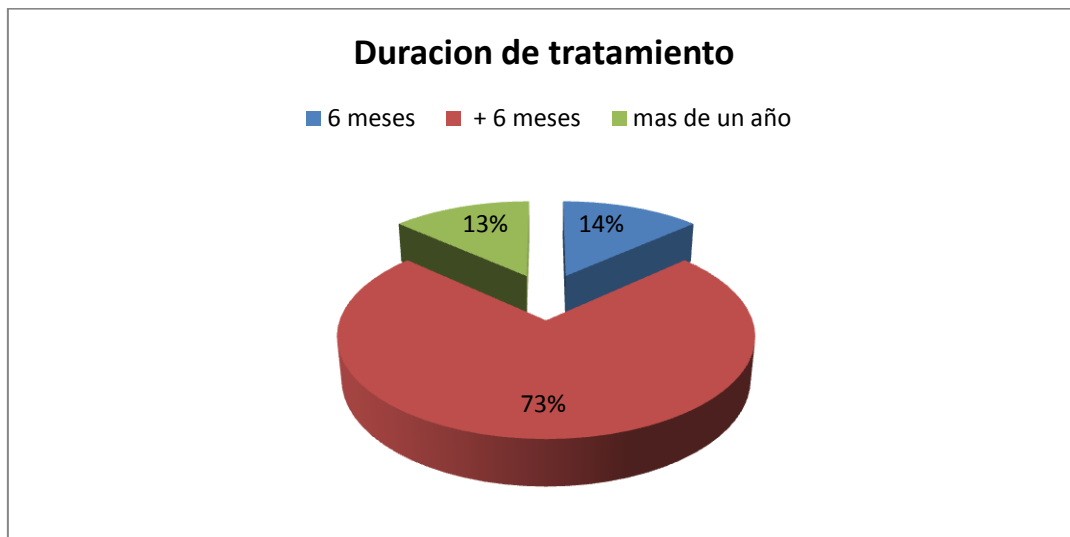
**TABLA 12.** ¿Cuánto tiempo duro su tratamiento?

Tiempo	Número	%
6 meses	2	13
+ 6 meses	11	73
más de un año	2	13
Total	15	100

**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**GRÁFICO 12.** ¿Cuánto tiempo duro su tratamiento?



**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**Análisis.**-En el gráfico podemos observar que un 73% de pacientes mantuvieron su tratamiento por más de 6 meses debido al avance de su enfermedad porque abandonaron su tratamiento debido a las creencias y a los efectos adversos que provocaba un 14% 6 meses ya que fueron detectados a tiempo y un 13% indicio que mantuvieron su tratamiento por más de un año por la resistencia que hicieron a su tratamiento.

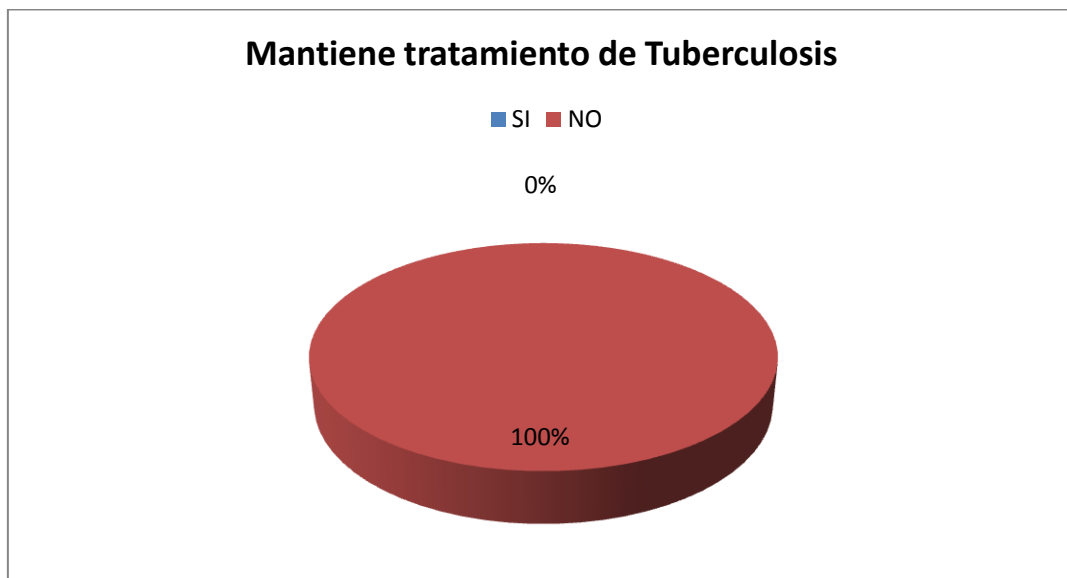
**TABLA 13.** ¿Actualmente está usted en tratamiento para la tuberculosis?

Tratamiento	Número	%
SI	0	0
NO	15	100
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**GRÁFICO 13.** ¿Actualmente está usted en tratamiento para la tuberculosis?



**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**Análisis.**-En el gráfico nos indica que en un 100% los pacientes actualmente no se encuentran en tratamiento ya que terminaron satisfactoriamente y actualmente se encuentran curados, sin embargo persisten las creencias empíricas respecto a la enfermedad.

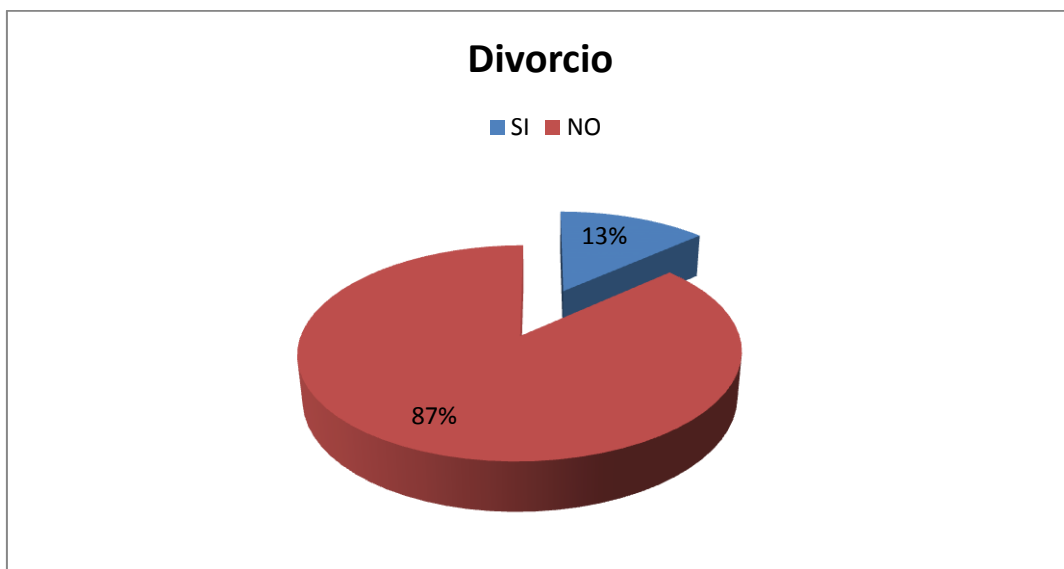
**TABLA 14.-** ¿Cuándo su pareja se enteró que tenía tuberculosis le pidió el divorcio?

Divorcio	Número	%
SI	2	13
NO	13	87
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**GRÁFICO 14.** ¿Cuándo su pareja se enteró que tenía tuberculosis le pidió el divorcio?



**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**Análisis.-**En el gráfico nos indica que un 87% de los pacientes no se divorciaron y mantuvieron el apoyo de su pareja y un 13% de los pacientes indicaron que su pareja les pidió el divorcio, demostrando de esta manera que las creencias que mantienen respecto a la enfermedad interfieren en las relaciones de pareja.

## II. CONSECUENCIAS SOCIALES.

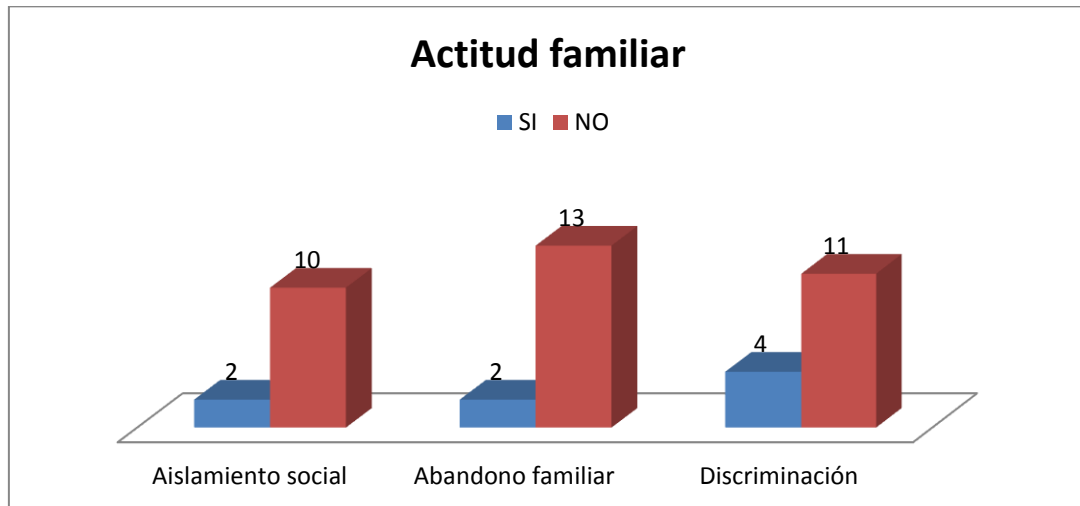
**TABLA 15.** ¿Cuándo su familia se enteró que usted tenía tuberculosis, que actitud tomaron?

Actitud familiar	SI	NO	Total	%
Aislamiento social	2	10	12	100
Abandono familiar	2	13	15	100
Discriminación	4	11	15	100

**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**GRÁFICO 15.** ¿Cuándo su familia se enteró que usted tenía tuberculosis, que actitud tomaron?



**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**Análisis.-** Los datos obtenidos de los pacientes con tuberculosis muestran que 4 de ellos fueron discriminados, 2 pacientes fueron abandonados por su familia y 2 pacientes sufrieron discriminación social, demostrando de esta manera que las creencias con respecto a la tuberculosis si generan consecuencias sociales.

**TABLA 16.** ¿Cuándo usted se enfermó, continuó trabajando?

Continuo trabajando	Número	%
SI	9	60
NO	6	40
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**GRÁFICO 16.** ¿Cuándo usted se enfermó, continuó trabajando?



**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**Análisis.**-En el gráfico podemos observar que un 60% de los pacientes continuaron trabajando durante el tratamiento ya que son el sustento de su hogar y un 40% indicaron que no trabajaron por las condiciones de su salud y por las creencias que las personas mantienen acerca de su enfermedad.

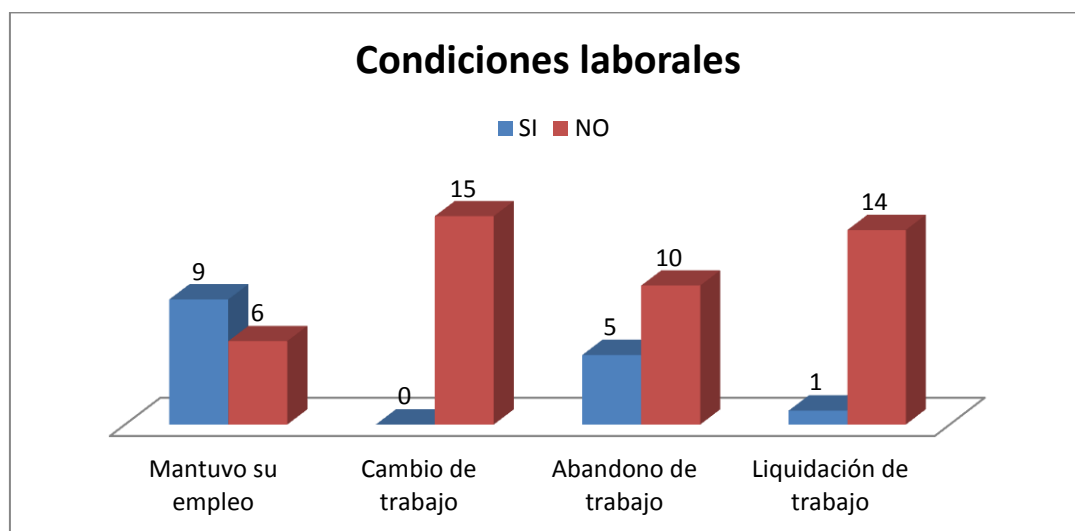
**TABLA 17.** ¿Cuándo usted estuvo en tratamiento de la tuberculosis, durante este tiempo?

Condiciones laborales	SI	NO	Total	%
Mantuvo su empleo	9	6	15	100
Cambio de trabajo	0	15	15	100
Abandono de trabajo	5	10	15	100
Liquidación de trabajo	1	14	15	100

**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**GRÁFICO 17.** ¿Cuándo usted estuvo en tratamiento de la tuberculosis, durante este tiempo?



**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**Análisis.-** Los datos obtenidos de la entrevista realizada a los pacientes con tuberculosis indican que 9 pacientes mantuvieron su empleo, 5 pacientes abandonaron su trabajo y 1 paciente fue despedido de su trabajo, debido que las creencias de esta enfermedad pueden conllevar a que la información brindada no produzca impacto en ellos.



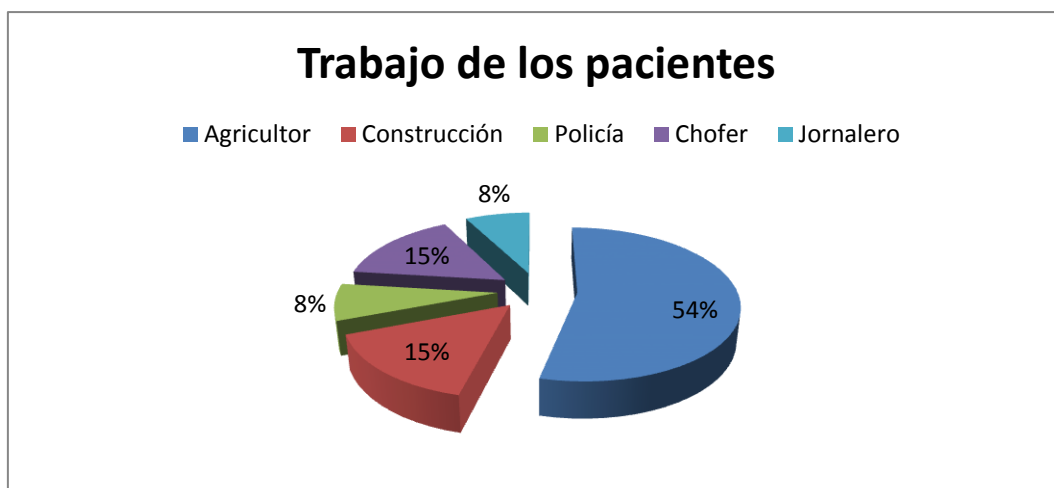
**TABLA 18.** ¿Actualmente en que trabaja?

Trabajo de los pacientes	Número	%
Agricultor	7	47
Construcción	2	13
Policía	1	7
Chofer	2	13
Jornalero	1	7
Ama de casa	2	13
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**GRÁFICO 18** ¿Actualmente en que trabaja?



**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**Análisis.-** En el gráfico podemos observar que un 54% de los pacientes trabaja en la agricultura, un 15% se dedica a la construcción y al manejo de vehículos y mientras que un 8% se dedica a jornalero y policía, debido a que ellos son el sustento de su familia y deben adquirir ingresos económicos

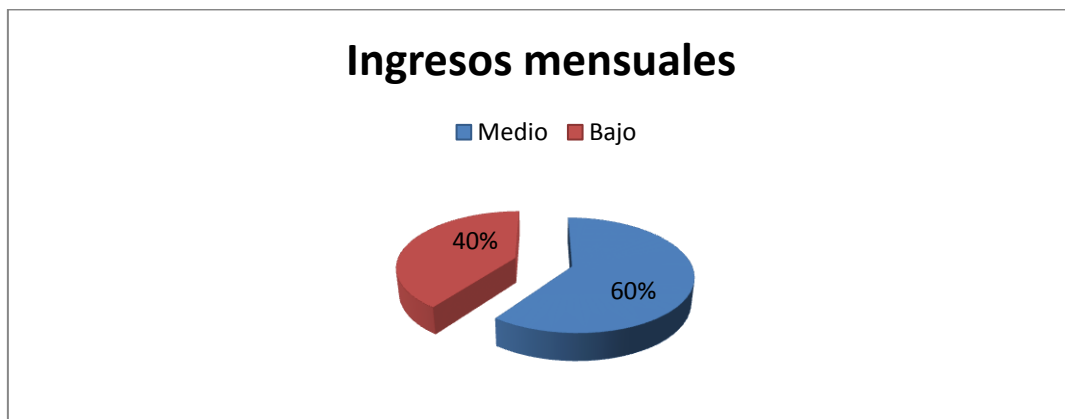
**TABLA 19.** ¿Cuáles son sus ingresos mensuales?

Ingresos mensuales	Número	%
Medio (500-800dólares)	9	60
Bajo (340 dólares)	6	40
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**GRÁFICO 19.** ¿Cuáles son sus ingresos mensuales?



**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**Análisis.-** En el gráfico podemos observar que un 60% de los pacientes mantienen un nivel de ingresos medio mientras que un 40% de pacientes demuestra un nivel de ingresos bajo, esto muestra que los pacientes se encuentran en condiciones económicas que les permite poder adquirir sus necesidades básicas.

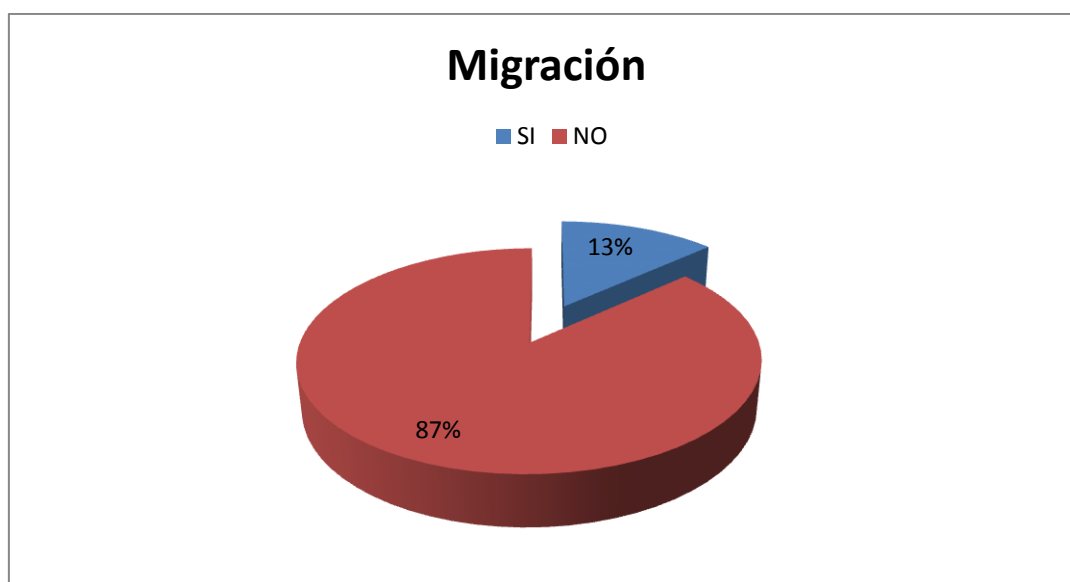
**TABLA 20.** ¿Usted acostumbra a salir de viaje?

Migración	Número	%
SI	2	13
NO	13	87
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**GRÁFICO 20.** ¿Usted acostumbra a salir de viaje?



**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**Análisis.-** Un 87% de los pacientes no acostumbra a salir de viaje y el 13% de los si acostumbra a viajar por motivos laborales, esto manifiesta que ellos con respecto a las creencias que mantienen no salen de sus hogares para no empeorar su estado de salud.

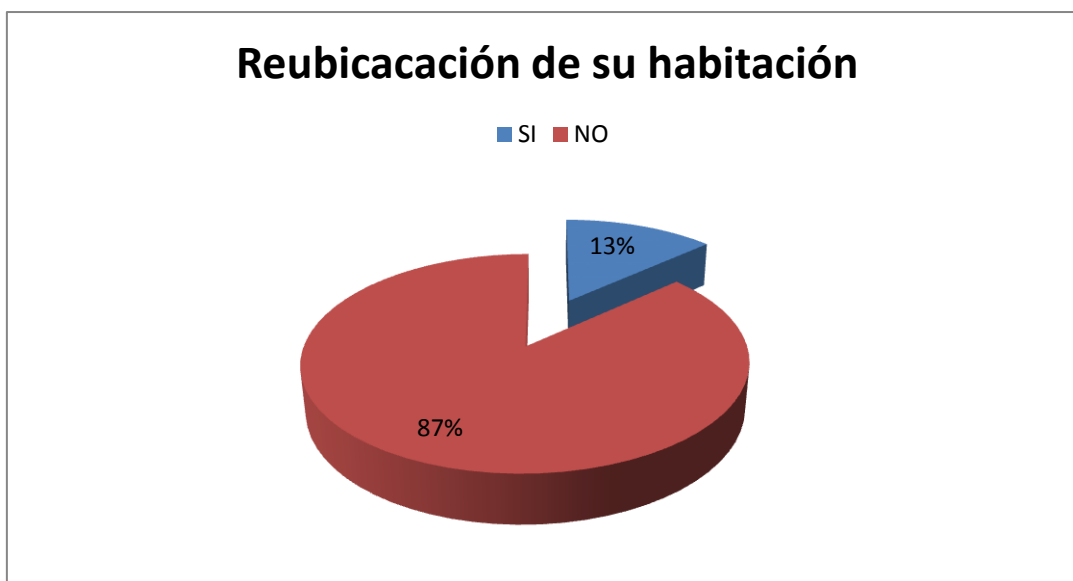
**TABLA 21.** ¿Cuándo usted estuvo enfermo fue reubicado de habitación?

Reubicación de la habitación	Número	%
SI	2	13
NO	13	87
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

### GRÁFICO 21. ¿Cuándo usted estuvo enfermo fue reubicado de habitación?



**Fuente:** Entrevista aplicada a los pacientes con tuberculosis que terminaron el tratamiento, atendidos en el sub centro de San Andrés, mayo 2014

**Autores:** Paulina Calderón, Armando Paguay.

**Análisis.-** Los datos obtenidos de la entrevista realizada a los pacientes con tuberculosis indico que en un 87% de los pacientes no fueron reubicados de habitación y un 13% indica que si fueron reubicados e habitación, a pesar que la mayoría no fue reubicada encontramos que pocos si lo fueron debido a las creencias que mantienen de la enfermedad.

#### **4.2.- COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

En este trabajo de investigación realizado en el Centro de Salud de San Andrés, nuestra hipótesis planteada fue la siguiente: Las creencias sobre tuberculosis de los pacientes del centro de salud de San Andrés del cantón Guano, generan consecuencias sociales.

Los resultados demuestran; que las creencias si trascienden en los pacientes porque un 29% indico que enferman por tristeza. El 45% manifestó que la enfermedad es causada por el exceso de frío. Un 25% indico que la enfermedad se transmite por saludar dando la mano. Así mismo se demostró que un 60% de los pacientes creen en la medicina andina.

De esta manera se comprueba y se acepta la hipótesis planteada, porque si generan consecuencias sociales entre las principales tenemos que: 4 pacientes fueron discriminados, 2 aislados y 2 sufrieron abandono familiar. También encontramos que 5 pacientes abandonaron su trabajo y 1 fue despedido. Así mismo se observó que el 13% de los pacientes fueron reubicados de habitación en sus hogares.

## CAPITULO V

### 5.-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 CONCLUSIONES

- Existe una relación entre las creencias de la tuberculosis y las consecuencias sociales que atraviesan alrededor de la enfermedad, ya que las creencias que predominan son: un 29% indicó que enferman por tristeza. El 45% manifestó que la enfermedad es causada por el exceso de frío. Un 25% refiere que la enfermedad se transmite por saludar dando la mano. El 60% de los pacientes creen en la medicina andina. Estas creencias conllevaron a las siguientes consecuencias sociales: 4 pacientes fueron discriminados, 2 aislados y 2 sufrieron abandono familiar, 5 pacientes abandonaron su trabajo, 1 fue despedido y 2 pacientes fueron reubicados de habitación en sus hogares.
- Las creencias que mantienen los pacientes con tuberculosis atendidos en el centro de salud de San Andrés analizadas son las siguientes: un 29% manifestó que enferman por tristeza. El 45% que la enfermedad es causada por el exceso de frío. Un 25% indicó que la enfermedad se transmite por saludar dando la mano. Así mismo se demostró que un 60% de los pacientes creen en la medicina andina.
- Se determinó que la tuberculosis es vista por los pacientes como una enfermedad poco conocida y estigmatizada debido a que 4 pacientes fueron discriminados, 2 aislados y 2 sufrieron abandono familiar. También encontramos que 5 pacientes abandonaron su trabajo y 1 fue despedido. Así mismo se observó que el 2 de los pacientes fueron reubicados de habitación en sus hogares por la familia.

- La duración del tratamiento de los pacientes con tuberculosis estableció que el 73% mantuvieron su tratamiento por más de 6 meses por el avance de su enfermedad porque abandonaron su tratamiento debido a las creencias y a los efectos adversos que provocaba un 14% 6 meses ya que fueron detectados a tiempo y un 13% indico que mantuvieron su tratamiento por más de un año por la resistencia que hicieron a su tratamiento.
- Al identificar la fuente de conocimiento sobre tuberculosis en los pacientes podemos observar que los datos nos demuestran que un 47% fue educado por los médicos, un 43% por las enfermeras y un 5% por sus familiares y amigos, sin embargo no cambiaron su forma de concebir esta enfermedad, y mantienen aún sus creencias.
- Se planifico y se llevó a cabo la elaboración de una guía educativa que tiene como finalidad enseñar a los pacientes con tuberculosis el desarrollo de su enfermedad y de esta manera tengan una visualización clara de lo que en la tuberculosis.

## 5.2 RECOMENDACIONES

La asistencia al problema de tuberculosis con enfoque intercultural, respetando las creencias es primordial, por lo que se recomienda al personal del Centro de salud de San Andrés lo siguiente:

- La realización de estudios con el fin de identificar las creencias y consecuencias sociales que tienen los pacientes, para interactuar de una manera consiente, coherente y respetuosa con su entorno cultural, social y natural, respetando su propia cultura, principios, costumbres, creencias y valores.
- La realización de planificaciones educativas acorde a las realidades y necesidades locales, y el desarrollo de educación sanitaria con un adecuado nivel de comprensibilidad que aclare los aspectos referentes a las creencias persistentes respecto a la tuberculosis en las comunidades de San Andrés, pero respetando la práctica de la medicina andina conjuntamente con la medicina farmacológica para que de esta manera incorporen sus creencias de una manera más apropiada.
- Que el personal de salud de San Andrés formen grupos de apoyo de ex pacientes de tuberculosis, quienes compartan sus vivencias acerca de la enfermedad, y de esta manera brinden apoyo y seguridad a los nuevos casos, con la integración y el compromiso de la familia y la comunidad.
- El seguimiento a los casos a nivel domiciliario y el fortalecimiento en pos consulta para ofertar información acerca del tratamiento y de los efectos adversos que se van a presentar, para que de esta manera ellos estén preparados, sepan cómo afrontarlo y no confundan, tampoco se dejen influenciar con las creencias que mantienen con respecto a su estado de salud.
- Que el personal de salud de San Andrés gestione la reproducción de la propuesta: **“Guía educativa para pacientes con tuberculosis”**, documento que brinda información sobre esta enfermedad y que fue realizado de una manera didáctica



para una mejor comprensión, compartir con la familia, con actores locales, con grupos de apoyo y la comunidad.

## **CAPITULO VI**

### **6.- PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

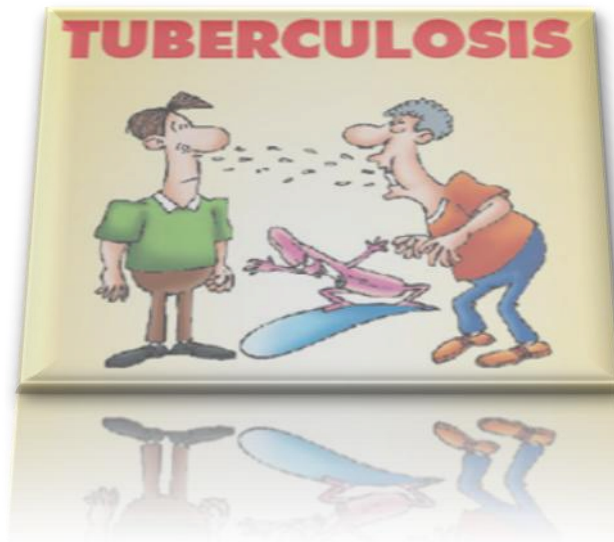
**Guía educativa:** Para pacientes con tuberculosis



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERIA**



**GUIA EDUCATIVA PARA PACIENTES  
CON TUBERCULOSIS**

# UNACH - RIOBAMBA 2014

## INDICE

Motivación.....	2
Presentación.....	3
Introducción.....	4
Objetivos.....	5
Conoce acerca de tu enfermedad.....	6
Que es la tuberculosis.....	7
Cuáles son los síntomas de esta enfermedad.....	8
Como se contagia.....	9
Que prueba se hace .....	10
Que debe hacer si tiene tuberculosis.....	11
Que no debe hacer.....	12
Que no debe olvidar.....	13
Qué pasa si abandona el tratamiento.....	14
Comparte lo aprendido.....	15-16
Recuérdalo siempre.....	17
Todos juntos.....	18
Bibliografía.....	19-20

**EN ESTA VIDA EL QUE NO SE  
RINDE ES UN VERDADERO  
VALIENTE**



## **PRESENTACION**

La guía fue diseñada con el objetivo de brindar información a los pacientes con tuberculosis que acuden al centro de salud, acerca de las generalidades, en que consiste su enfermedad, causas, signos, síntomas y las medidas de prevención.

El contenido es apto y didáctico para la comprensión de los usuarios.

## INTRODUCCION

Con la estrategia Alto a la Tuberculosis y su apoyo al Plan Mundial para Detener la Tuberculosis, Organización Mundial de la Salud está tratando de lograr una disminución radical de la carga de la enfermedad y de reducir a la mitad su prevalencia y mortalidad para 2015.

Es por eso que esta guía cuenta con todos los contenidos de alta importancia acerca de la Tuberculosis. La prevención es la herramienta principal en contra esta enfermedad.

Cuando el equipo de salud detecta oportunamente a un paciente con tuberculosis le brinda un tratamiento completo y un seguimiento



## OBJETIVOS

### OBJETIVO PRINCIPAL:

Brindar información a los pacientes con tuberculosis que acuden al centro de salud, generalidades, factores de riesgo, signos, síntomas y medidas de prevención.



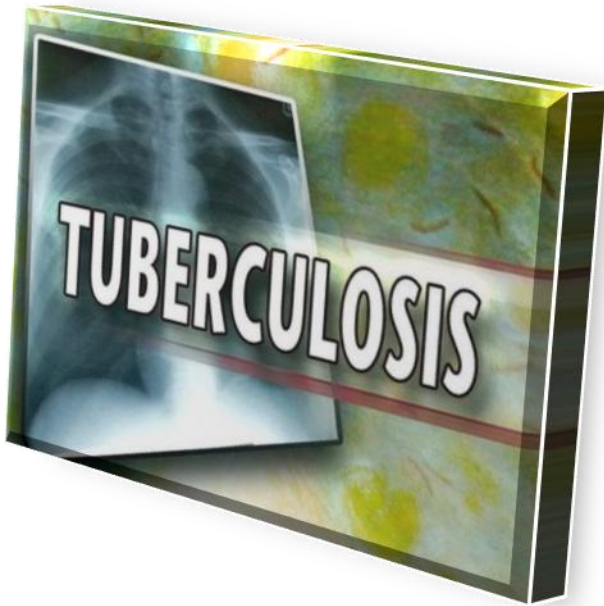
### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Evitar percepciones erróneas referentes al origen de la tuberculosis.
- Apoyar a la unidad de salud en el proceso de difusión de la enfermedad.



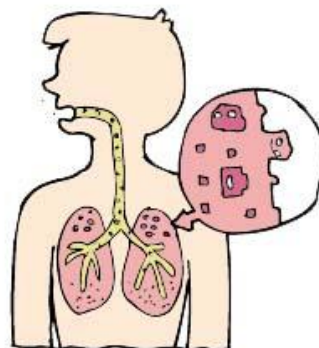
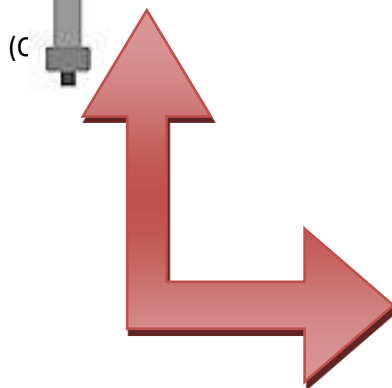


CONOCE ACERCA  
DE SU ENFERMEDAD



## QUE ES LA TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una enfermedad causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. Es curable y prevenible.



O.Mudial de la Salud . (3 de marzo de 2013). *tuberculosis*. Recuperado el 2 de julio de 2014, de sitio web de O Mudial de la Salud · <http://www.who.int/features/cq/08/es/>

**CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE ESTA ENFERMEDAD**



Fiebre

Debilida



Sudoración nocturna



Pérdida de peso

Tos y flema por más de 15 días



Pérdida de apetito

Decaimiento



M.Icons. (31 de Octubre de 2013). *Prácticas de enfermería en la USC*. Recuperado el 02 de Julio de 2014, de [http://primeraspracticasenfermeras.blogspot.com/2013\\_10\\_01\\_archive.html](http://primeraspracticasenfermeras.blogspot.com/2013_10_01_archive.html)

## COMO SE CONTAGIA ESTA ENFERMEDAD



La persona enferma tose o estornuda cerca de otra, le está pasando los microbios.



La persona sana recibe el impacto de las bacterias y se contagia

Las bacterias están en las gotitas de saliva que elimina la persona enferma al toser o estornudar.

imagenes google. (2 de Julio de 2012). *dibujos, imagenes,biologia y mas*. Obtenido de imagenes del dia mundial de lucha contra la tuberculosis: <http://biologiafotosdibujosimagenes.blogspot.com/2012/03/imagenes-por-el-dia-mundial-de-lucha.html>

**¿QUÉ PRUEBA HACEN  
PARA VER SI TIENE  
TUBERCULOSIS?**

Si el personal de salud lo considera necesario, tendrá que dar más de dos muestras de su esputo o flema.

Examen de esputo (flema)  
llamado baciloscopía.

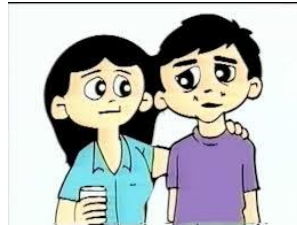


Debe estar al tanto de sus resultados, y por eso preguntarle al personal de salud cuando volver al servicio de salud.



NORTE, U. T. (3 de Julio de 2014). Recuperado el 8 de Julio de 2014, de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2056/1/06%20ENF%20514%20PROPUESTA.pdf>

QUE DEBE HACER SI  
TIENE TUBERCULOSIS



Debe aceptarlo y sobre todo no abandonar el tratamiento

Al toser cúbrase la boca



Debe comer todos los alimentos

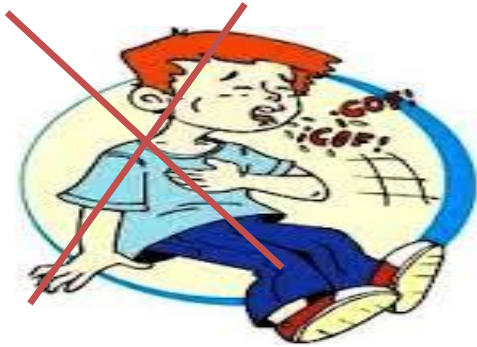
Mantenga su casa ventilada y limpia



M. Medicine. (2013 de Octubre de 2013). *La tuberculosis*. Recuperado el 3 de Julio de 2014, de <http://www.meedicina.com/etiquetas/tuberculosis/>



## QUE NO DEBE HACER SI TIENE TUBERCULOSIS



Toser sin cubrirse la boca

Dejar de comer adecuadamente



Mantener sucia la casa y sin ventilación.

Lic. Ovelar, M. M. (20 de Mayo de 2012). *ABC tuberculosis* :Lic. Ovelar, Mirtha MSC. Recuperado el 2 de Julio de 2014, de sitio web de O. Mirtha: <http://www.abc.com.py/edicion-impres/suplementos/escolar/tuberculosis->

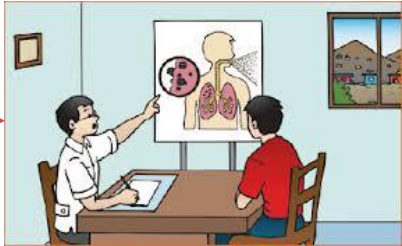


QUE NO  
DEBE



Acudir al centro de salud para tomar la medicación según la indicación del médico.

Realizar un chequeo médico mes a mes es muy importante.



No se  
automedique



Recuerde  
siempre

Antonio, P. (26 de Noviembre de 2012). *enfermedades infecciosas y microbacterianas*. Recuperado el 3 de Julio de 2014, de prevención y control de la tuberculosis: <http://antoniopelaez3.blogspot.com/2012/11/prevencion-y-control-de-la-tuberculosis.html>



## QUE PASA SI ABANDONA EL TRATAMIENTO



La bacteria se hará más fuerte



Tendrá que empezar el tratamiento otra vez, ya no solo con pastillas sino con inyecciones.



Sentirse mejor no significa que ya este sano, no deje el tratamiento y así será más fácil que se cure.

Calderon, C. A. (2 de julio de 2014). Recuperado el 8 de julio de 2014, de <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias11.pdf>



## COMPARTA LO APRENDIDO

Con su ayuda detendremos la tuberculosis

Hablen con sus compañeros, familiares o amigos acerca de la tuberculosis



Cuéntele como se puede contagiar y como debe cuidarse.

Explíquele como debe reconocer síntomas sobre todo tos con flema por más de 15 días.



El personal de salud es el más indicado para ayudarle.  
Acuda a ellos cuando lo necesite.



Siempre les brindaremos la atención que ustedes la necesiten.



# ¡RECUERDALO SIEMPRE! LA TUBERCULOSIS SI SE CURA



imagenes google. (23 de marzo de 2012). *dibujos, imagenes, biologia y mas*. Obtenido de imagenes del dia mundial de lucha contra la tuberculosis: <http://biologiafotosdibujosimagenes.blogspot.com/2012/03/imagenes-por-el-dia-mundial->

# TODOS JUNTOS CONTRA LA TUBERCULOSIS



Admin. (24 de 3 de 2014). *imagenes del dia de la tuberculosis de marzo*. Obtenido de <http://solofrasesconimagenes.com/imagenes-del-dia-de-la-tuberculosis-de-marzo>

## BIBLIOGRAFIA:

1. dreamstime. (2010 de Abril de 2012). *mujer con palillo* : A. dreamstime. Recuperado el 5 de Julio de 2014, de sitio web de A. dreamstime: <http://es.dreamstime.com/fotograf%C3%ADa-de-archivo-libre-de-regal%C3%ADas-una-mujer-con-un-palillo-image21696537>
2. Admin. (24 de 3 de 2014). *imagenes del dia de la tuberculosis de marzo*. Obtenido de <http://solofrasesconimagenes.com/imagenes-del-dia-de-la-tuberculosis-de-marzo/>
3. Antonio, P. (26 de Noviembre de 2012). *enfermedades infecciosas y microbacterianas*. Recuperado el 3 de Julio de 2014, de prevencion y control de la tuberculosis: <http://antoniopelaez3.blogspot.com/2012/11/prevencion-y-control-de-la-tuberculosis.html>
4. imagenes google. (23 de marzo de 2012). *dibujos, imagenes,biologia y mas*. Obtenido de imagenes del dia mundial de lucha contra la tuberculosis: <http://biologiafotosdibujosimagenes.blogspot.com/2012/03/imagenes-por-el-dia-mundial-de-lucha.html>
5. Lic. Ovelar, M. M. (20 de Mayo de 2012). *ABC tuberculois* :Lic. Ovelar, Mirtha MSC. Recuperado el 2 de Julio de 2014, de sitio web de O. Mirtha: <http://www.abc.com.py/edicion-impresasuplementos/escolar/tuberculosis-381371.html>.
6. M.Icons. (31 de Octubre de 2013). *Prácticas de enfermería en la USC*. Recuperado el 02 de Julio de 2014, de [http://primeraspracticasenfermeras.blogspot.com/2013\\_10\\_01\\_archive.html](http://primeraspracticasenfermeras.blogspot.com/2013_10_01_archive.html)
7. M. Medicine. (2013 de Octubre de 2013). *La tuberculosis*. Recuperado el 3 de Julio de 2014, de <http://www.meedicina.com/etiquetas/tuberculosis/>
8. O.Mudial de la Salud . (3 de marzo de 2013). *tuberculosis*. Recuperado el 2 de julio de 2014, de sitio web de O.Mudial de la Salud : <http://www.who.int/features/qa/08/es/>
9. O.Mundial de la Salud. (2 de Marzo de 2013). *estrategia alto a la tuberculosis*. Recuperado el 27 de Junio de 2014, de sitio web de O.Mundial : <http://www.who.int/tb/strategy/es/>
10. Calderon, C. A. (2 de Julio de 2014). Recuperado el 8 de julio de 2014, de <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias11.pdf>

## BIBLIOGRAFÍA

1. A. Andes. (25 de 03 de 2013). *Agencia publica de noticias del ecuador y sudamerica Andes*. Recuperado el 12 de octubre de 2013, de Curación exitosa de tuberculosis en Ecuador aumentó de 61% en 2007 a 73% en 2012: <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/curacion-exitosa-tuberculosis-ecuador-aumento-61-2007-73-2012.html>
2. Abedrabbo, G. C. (s.f.). *medicina alternativa ecuatoriana*. Recuperado el miercoles de enero de 2014, de <http://www.palabraenpie.org/poemas-de-gabriel.html>
3. Alfredobi. (23 de 4 de 2014). *Medicina tradicional andina*. Recuperado el 25 de 4 de 2014, de [http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina\\_tradicional\\_andina](http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_tradicional_andina)
4. Carbonetti, A. (s.f de 2000). *algunos aspectos sobre el impacto social de la tuberculosis*. Recuperado el 5 de abril de 2014, de [http://C:/Users/Andrea/Downloads/Dialnet-AlgunosAspectosSobreElImpactoSocialDeLaTuberculosisi-2527226%20\(2\).pdf](http://C:/Users/Andrea/Downloads/Dialnet-AlgunosAspectosSobreElImpactoSocialDeLaTuberculosisi-2527226%20(2).pdf)
5. Centro Nacional de Medicina Complementaria . (31 de diciembre de 2013). *medicina plus*. Recuperado el 19 de febrero de 2014, de medicina alternativa: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/complementaryandalternativemedicine.html>
6. D. laborales. (18 de Febrero de 2007). *Aspectos familiares del paciente*. Recuperado el 5 de Abril de 2014, de <http://www.definicionabc.com/social/laboral.php#ixzz2zkGbjg5C>
7. D.Marco, A. (24 de mayo de 2012). *Atlantic International University*. Recuperado el 2 de Abril de 2014, de [http://www.ehowenespanol.com/definicion-factores-socioeconomicos-sobre\\_36174/](http://www.ehowenespanol.com/definicion-factores-socioeconomicos-sobre_36174/)
8. Enfermeria y podologia. (2004-2005). *guia del estudiante*. Recuperado el martes de marzo de 2014, de <http://www.enfermeriaypodologia.com/wp-content/uploads/2010/11/guia0405.pdf>
9. Gil, I. (5 de febrero de 2011). *Universidad Nacionla de Colombia*. Recuperado el 12 de noviembre de 2013, de <http://www.bdigital.unal.edu.co/4325/1/598589.2011.pdf>
10. Grupo de Trabajo de la GPC. (s.f.). *guia de practica clinica* . Recuperado el 3 de enero de 2014 , de <http://www.guiasalud.es/egpc/tuberculosis/completa/apartado00/autoria.html>
11. Gutiérrez, D. F. (5 de junio de 2005). *Programa Regional de Reconstrucción para América Central*. Recuperado el 15 de Marzo de 2014, de escuela andaluza de salud

- publica:  
[http://campus.easp.es/Abierto/file.php?file=%2F78%2FInvestigacion%2FInforme\\_final\\_160605-TUBERCULOSIS-editado.pdf](http://campus.easp.es/Abierto/file.php?file=%2F78%2FInvestigacion%2FInforme_final_160605-TUBERCULOSIS-editado.pdf)
12. Hernandez, C. (1999). Creencias y consecuencias sociales de la tuberculosis pulmonar en dos comunidades indigenas de oxaca. *medigraphig*, 235 - 249.
  13. IIDRIS. (s.f.). *DEFINICIONES* . Recuperado el 5 de ENERO de 2014, de <http://www.med.univ-rennes1.fr/iidris/cache/es/15/1528>
  14. Jose, S. (25 de junio de 2006). *medicina indígena tradicional*. Recuperado el 7 de marzo de 2014, de INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS: <http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/e/proyectreg2/paises/costarica/medicina.pdf>
  15. Lic. Valdes Cristobalina, M. (s.f.). *holismo en enfermeria*. Recuperado el 12 de marzo de 2014, de <http://www.ilustrados.com/tema/6490/Holismo-Enfermeria.html>
  16. López., A. R. (s.f.). *TUBERCULOSIS, Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería*. Recuperado el viernes de febrero de 2014, de [http://www.neumosurenfermeria.org/AAA/almeria/textos/actualizacion\\_c\\_e\\_tb.htm](http://www.neumosurenfermeria.org/AAA/almeria/textos/actualizacion_c_e_tb.htm)
  17. M. Salud Publica. (2010). *MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS*. Recuperado el 17 de febrero de 2014, de <http://www.colegiomedicoguayas.com/GUIAS%20MSP/MANUAL%20DE%20NORMAS%20Y%20PROCEDIMIENTOS%20PARA%20EL%20CONTROL%20DE%20LA%20TUBERCULOSIS.pdf>
  18. Mase, B. (s.f.). *informe del estado de la clase obrera a inicos de los siglos* . Recuperado el 6 de abril de 2014, de [file:///C:/Users/Andrea/Downloads/Dialnet-AlgunosAspectosSobreElImpactoSocialDeLaTuberculosisi-2527226%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Andrea/Downloads/Dialnet-AlgunosAspectosSobreElImpactoSocialDeLaTuberculosisi-2527226%20(2).pdf)
  19. Mestre, B. (s.f.). *enfermedad y poblacion*. Recuperado el 6 de 2014 de marzo, de [file:///C:/Users/Andrea/Downloads/Dialnet-AlgunosAspectosSobreElImpactoSocialDeLaTuberculosisi-2527226%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Andrea/Downloads/Dialnet-AlgunosAspectosSobreElImpactoSocialDeLaTuberculosisi-2527226%20(2).pdf)
  20. O. Mundial de la salud. (10 de Octubre de 2013). *control mundial de la tb*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2013, de [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/es/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/)
  21. O.Mundial de la Salud. (22 de marzo de 2013). *ODM 6: combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades*. Recuperado el 3 de noviembre de 2013, de [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/diseases/es/index.html](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/diseases/es/index.html)
  22. Piza, A. (s.f.). *Cymbopogon Citratus (DL)*. Recuperado el 18 de febero de 2014, de <http://www.monografias.com/trabajos29/cana-santa/cana-santa.shtml>



23. Polanco, f. (s.f.). *monografias*. Recuperado el sabado de Noviembre de 2013, de <http://www.monografias.com/trabajos5/tuber/tuber.shtml>
24. Rogers, M. e. (nueve de mayo de 2010). *Modelos y Teorias en Enfermeria*. Recuperado el 30 de junio de 2014, de <http://teoriasalud.blogspot.com/p/madeleine-leininger.html>
25. Salud abc . (s.f.). *diccionario salud* . Recuperado el lunes de noviembre de 2013, de <http://www.definicionabc.com/salud/paciente.php>
26. Salud publica de mexico. (Noviembre de 2000). *sci cielo*. Recuperado el martes de noviembre de 2013, de [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342000000600008](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342000000600008)
27. Texto de la Licencia Creative Commons Atribución-CompartirIgual 3.0 Unported. (20 de enero de 2014). *Medicina complementaria y alternativa*. Recuperado el miercoles 12 de febrero de 2014, de [http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina\\_complementaria\\_y\\_alternativa](http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_complementaria_y_alternativa)

# ANEXOS

**Proyecto:** Creencias y consecuencias sociales de los pacientes con tuberculosis atendidos en el Centro de Salud de san Andrés del Cantón Guano

**Objetivo:** Esta presente entrevista tiene como objetivo conocer las creencias y consecuencias sociales de la tuberculosis en los pacientes con tuberculosis atendidos en el Centro de salud de San Andrés.

**Técnica:** Entrevista cerrada de forma aleatoria a pacientes que recibieron tratamiento de tuberculosis de las comunidades del área de influencia del centro de salud de san Andrés.

**I. Datos personales del paciente:**

**Nombres y Apellidos:**..... **Edad:**..... **Sexo:** F ( ) M ( )

**Estado civil:** soltero ( ) unión libre ( ) casado ( ) viudo ( )

**Comunidad:**..... **Parroquia:**.....

**Dirección:**..... **Teléfono:**.....

**Nivel de estudio:** Educación inicial ( ) General básica ( ) Bachillerato general unificado ( )

Educación para adultos ( ) Educación especial ( ) Educación intercultural bilingüe ( )

**La vivienda que usted habita es:** Propia..... Arrendada..... Prestada..... Otra.....

**Su vivienda cuenta con servicios básicos:** Luz ( ) Teléfono ( ) Agua entubada ( )

W.C completo ( ) Pozo séptico ( )

**Fecha de la entrevista:**.....

**1.1 Estructura familiar del paciente:**

Estructura Familiar del paciente						
No	Nombres y Apellidos	Edad	Sexo	Estado Civil	SR	
					SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						

**II.- INTERPRETACION DE FENÓMENOS**

**2.1.- FENÓMENOS PSICOLOGICOS**

**2.1.1.- ¿Por qué cree usted que las personas se enferman de tuberculosis?**

Brujería ( ) Las alamas de los muertos enferman a la gente ( ) Maleficio ( )

Castigo de Dios ( ) Tristeza ( ) Depresión ( ) Otros ( )

**2.2.- FENÓMENOS NATURALES**

**2.2.1.- ¿Cree usted que la tuberculosis es causada por?**

Exceso de frío ( ) Bañarse en agua fría ( ) Salir de caliente a frío ( ) Otros ( )

**2.3.- FENÓMENOS SOCIALES**

**2.3.1- ¿Piensa usted que la tuberculosis se puede transmitir por:**

Saludar dando la mano ( ) Por explotación laboral ( ) Por compartir la misma ropa ( )  
Utilizar los mismos platos de cocina ( )

**2.4.-FENÓMENOS CULTURALES**

**2.4.1- ¿Cree usted en la medicina andina?**

SI ( ) NO ( )

**2.4.2.- ¿Cuándo usted se enferma a donde acude?**

Centro de salud ( ) Médico particular ( ) Curandero ( ) Hierbatero ( )

**III. CONOCIMIENTO ADQUIRIDO DE TUBERCULOSIS**

**3.1.- ¿Fue usted informado acerca de tuberculosis?**

SI ( ) NO ( )

**3.2.- ¿Quién le informo a usted acerca de la tuberculosis?**

Medico ( ) Enfermera ( ) Familiares ( ) Amigos ( ) otros ( )

**3.3.- ¿Dónde fue detectada esta enfermedad?**

Centro de salud ( ) Hospital ( ) Médico particular ( )

**3.4.- ¿Cuánto tiempo duro su tratamiento?**

6 meses ( ) + De 6 meses ( ) Más de un año ( ) Abandono ( )

**3.5.- ¿Actualmente está en tratamiento para tuberculosis?**

SI ( ) NO ( )

**IV.- ASPECTOS FAMILIARES**

**4.1.- ¿Cuándo su pareja se enteró que usted tenia tuberculosis le pidió el divorcio?**

SI ( ) NO ( )

**4.2.- ¿Cuándo su familia se enteró que usted tenia tuberculosis su actitud fue?**

-Asilamiento social SI ( ) NO ( )

-Abandono familiar SI ( ) NO ( )

-Discriminación SI ( ) NO ( )

**V.- ASPECTOS LABORALES**

**5.1.- ¿Cuándo usted se enfermó continuo trabajando?**

SI ( ) NO ( )

**5.2.- ¿Cuándo usted estuvo en tratamiento de tuberculosis, durante ese tiempo?**

-Mantuvo su empleo SI ( ) NO ( ) porque.....

-Cambio de trabajo SI ( ) NO ( ) porque.....  
donde.....

-Abandono e trabajo SI ( ) NO ( ) porque.....

-Liquidación de trabajo SI ( ) NO ( ) porque.....

**VI.-ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS**

**6.1 ¿Actualmente en que trabaja y cuáles son sus ingresos mensuales?**

6.2.-	Trabajo	Ingresos mensuales
	.....	Alto (+ de 1200 dólares) ( ) Mediano (500-800 dólares) ( ) Bajo (340 dólares) ( )

**¿Usted acostumbra a salir de viaje?**

SI ( ) NO ( ) ¿A dónde? .....

**VII.-VIVIENDA**

**7.1.- ¿Cuándo usted estuvo enfermo fue reubicado de habitación?**

SI ( ) NO ( )