

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
ESCUELA DE POSTGRADO
SECCIÓN DE POSTGRADO EN ENFERMERÍA**



**“ACTITUD E INSTITUCIONALIZACIÓN DE MEDIDAS DE
BIOSEGURIDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA**

**MENCIÓN EN:
GERENCIA Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

AUTORA:

Br. GINGER PAMELITA PÉREZ BERNABÉ.

ASESORA:

Dra. CELIXA LUCIA PÉREZ VALDEZ.

TRUJILLO – PERÚ

2016

N° Registro:.....

FICHA CATALOGRÁFICA

**“ACTITUD E INSTITUCIONALIZACIÓN DE MEDIDAS DE
BIOSEGURIDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR”**

Autora: Br. Pérez Bernabé Ginger Pamelita.

Tesis para obtener el Grado académico de Maestra en Salud Pública con Mención en Gerencias y Políticas Públicas.

Universidad Nacional de Trujillo, Escuela de Postgrado, Sección Enfermería 2016.

Asesora: Dra. Pérez Valdez Celixa Lucía.

1. ACTITUD, 2. INSTITUCIONALIZACIÓN, 3. BIOSEGURIDAD, 4. FAMILIA, 5. TUBERCULOSIS PULMONAR.

TÍTULO:

**“ACTITUD E INSTITUCIONALIZACIÓN DE MEDIDAS DE
BIOSEGURIDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES
CON TUBERCULOSIS PULMONAR”**

AUTORA: GINGER PAMELITA PÉREZ BERNABÉ.

JURADO EVALUADOR:

Dra. MARÍA DEL PILAR GÓMEZ LUJÁN
PRESIDENTA

Dra. AMELIA MARINA MORILLAS BULNES
SECRETARIA

Dra. CELIXA LUCÍA PÉREZ VALDEZ
MIEMBRO

DEDICATORIA

A DIOS:

Te pedí que me hicieras fuerte para realizar proyectos
grandiosos, pero me hiciste débil para
conservar mi humildad.

Te pedí que me dieras salud para realizar grandes
proyectos, y me diste el dolor para
comprenderlo mejor.

Te pedí riqueza para poseer todo y me dejaste
pobre para no ser egoísta.

Te pedí todo para gozar de la vida y me dejaste
la vida para que pudiese estar
contenta de todo

Te pedí ser profesional y me diste la vocación de
servicio al prójimo.

Dios, no he recibido nada de lo que te he pedido, pero tú me
has dado todo aquello que yo necesitaba para
ser la hija que esperas.

Gracias por todo lo recibido y permitirme llegar hasta la
cristalización de los sueños anhelados.

LA AUTORA

A mis Amados Padres:

A mi extraordinaria madre:

MIRLA EMPERATRIZ

Pilar de mi vida; con inmenso amor y eterna gratitud:

**Agradezco la confianza, comprensión y el apoyo brindado.
Siempre serás mi inspiración para alcanzar mis metas.**

Te quiero mamá

A mí amado Padre:

SEBASTIÁN AMADOR

Por enseñarme a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Eres fuente de motivación para superarme cada día más.

Gracias por tu apoyo, consejos que me orientaron a tomar las mejores decisiones y por la confianza que depositaste en mí.

Te quiero mucho.

GINGER

A mi amado esposo:

JORGE ANTONIO

Gracias por brindarme tu amor, comprensión y paciencia.

Eres una persona muy especial en mi vida.

Sabes escucharme y darme palabras de aliento cuando más lo necesito.

Siempre estaremos unidos con la bendición de Dios.

Te Amo

A mis queridas hermanas:

YISSA Y SUGGEY

Gracias por su apoyo, ayuda, por estar conmigo en los buenos y malos momentos, por compartir muchas experiencias juntas.

Sus alegrías son las mías al igual que sus tristezas.

Juntas saldremos siempre adelante.

Las quiero muchísimo y siempre contarán conmigo.

GINGER

RECONOCIMIENTO

A la Dra. Celixa Lucía Pérez Valdez.

Por su valiosa y acertada asesoría y acompañamiento a través de sus conocimientos y experiencia profesional compartidos de manera singular, por su tiempo, paciencia y amistad durante el desarrollo del presente trabajo de investigación, haciendo posible su realización.

A usted mi profunda y sincera gratitud y mi reconocimiento por siempre.

BIBLIOTECA DE POSGRADO

AGRADECIMIENTO

A DIOS por su infinita bondad y sabiduría, por ser mi guía y fortaleza; y por regalarme la experiencia de realizar éste trabajo que me realiza como enfermera y ser humano.

A LAS DOCENTES de la sección de Postgrado en Enfermería de la U.N.T, por sus significativas enseñanzas, por compartir sus conocimientos y experiencias que han contribuido a culminar con éxito mis estudios y obtener el grado de maestra.

A LOS FAMILIARES de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que participaron voluntariamente en el presente estudio de investigación.

A LAS ENFERMERAS del servicio de Medicina “A” del Hospital Regional Docente de Trujillo, por brindarme las facilidades para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
I. INTRODUCCIÓN.....	01
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	36
III. RESULTADOS.....	44
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	48
V. CONCLUSIONES.....	58
VI. RECOMENDACIONES.....	60
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
ANEXOS.....	69

TÍTULO: Actitud e Institucionalización de Medidas de Bioseguridad en Familiares de Pacientes con Tuberculosis Pulmonar.

RESUMEN

Br. Ginger Pamelita Pérez Bernabé ¹.
Dra. Celixa Lucía Pérez Valdez².

El presente estudio de investigación, de tipo descriptivo - correlacional, se realizó en familiares de los pacientes hospitalizados con Tuberculosis Pulmonar del Hospital Regional Docente de Trujillo, con el objetivo de determinar la relación entre la actitud e institucionalización de las medidas de bioseguridad de los familiares. El universo muestral estuvo constituido por 136 familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar, a los mismos que se les aplicó dos instrumentos: una escala para medir la actitud hacia las medidas de bioseguridad y una lista de cotejo para medir la institucionalización de las medidas de bioseguridad. Los datos obtenidos fueron tabulados y se presentaron en tablas de simple y doble entrada con frecuencias numéricas y porcentuales. El análisis estadístico para medir la relación entre las variables se realizó mediante la prueba de independencia de criterios Chi cuadrado (χ^2) con un nivel de significancia del cinco por ciento para la actitud e institucionalización de las medidas de bioseguridad. El cual dio los siguientes resultados: El 85,29 por ciento obtuvo una actitud positiva hacia las medidas de bioseguridad y solo el 14,71 por ciento una actitud negativa. En cuanto a la institucionalización de las medidas de bioseguridad, se evidenció que el 61,76 por ciento obtuvo una moderada institucionalización, mientras que el 23,53 por ciento mostró una alta institucionalización y solo el 14,71 por ciento obtuvo una baja institucionalización. Concluyendo que la actitud se relaciona significativamente con la institucionalización de las medidas de bioseguridad en los familiares que participaron en el presente estudio ($p=0,0145$).

Palabras Claves: Actitud, institucionalización, medidas de bioseguridad, tuberculosis pulmonar.

¹Maestría en Salud Pública de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional De Trujillo. E-mail:pamelita17_50@hotmail.com.

²Dra en Enfermería – Profesora principal, Departamento de Enfermería del Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería - UNT. E-mail: celixaperez@hotmail.com.

TITULO: Attitude And Institutionalization of Biosecurity Measures in family members of Patients with Pulmonary Tuberculosis.

ABSTRACT

Br. Ginger Pamelita Pérez Bernabé ¹.
Dra. Celixa Lucía Pérez Valdez².

The present research study, descriptive – correlational type, was performed in family members of patients with Pulmonary Tuberculosis at the Hospital Regional Docente in Trujillo, with the aim of determine the relationship between attitude and institutionalization of the biosecurity measures of relatives. The sample universe consisted of 136 family members of patients with pulmonary, the same that was applied two instruments: a scale for measuring attitude towards bio-security measures and a checklist to measure institutionalization of the biosecurity measures. The data obtained were tabulated and presented in tables of single and double entry with numerical and percentage frequencies. The statistical analysis to measure the relationship between variables was performed using the test of criteria of independence Chi square (χ^2) with a significance level of five percent for the Attitude and Institutionalization of biosecurity measures. Which gave the following results: The 85,29 percent obtained a positive attitude towards biosecurity measures and only 14,71 percent a negative attitude. As for the institutionalization of biosecurity measures, it was shown that 61,76 percent obtained a moderate institutionalization; while 23,53 percent showed high institutionalization and only 14,71 percent scored low institutionalization. Concluding that the attitude is significantly related to the institutionalization of the biosecurity measures in family members who participated in this study ($p = 0,0145$).

Key Words: Actitude, institutionalization, biosecurity measures, pulmonary tuberculosis.

¹Maestría en Salud Pública de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional De Trujillo. E-mail:pamelita17_50@hotmail.com.

²Dra en Enfermería – Profesora principal, Departamento de Enfermería del Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería - UNT. E-mail: celixaperez@hotmail.com.

I. INTRODUCCIÓN

BIBLIOTECA DEL POSGRADO

La familia constituye la institución base de la sociedad, el medio natural para el desarrollo de sus miembros y un fenómeno universal. Es el entorno donde inicialmente se establecen los comportamientos básicos, actitudes y las decisiones en materia de salud y donde se originan la cultura, los valores y las normas sociales. Es la unidad básica de organización social y también la más accesible a las intervenciones de promoción, prevención y tratamiento (Montes, 2014).

Se le considera también, como una unidad de salud no solamente por la transmisión de pautas culturales, sino por las decisiones colectivas que se realizan durante todo proceso salud - enfermedad, éstas decisiones se relacionan con la percepción de enfermedad o anormalidad, con la validación preliminar del papel del enfermo ,los pasos iniciales para buscar ayuda, la determinación de a quién y cuándo acudir y por último, el cumplimiento de las ofertas de servicios recibidos .Y es así como en el seno de cada familia al transmitir creencias, hábitos y percepciones de riesgo para la salud, se coordinan las actitudes y conductas de sus miembros frente a las enfermedades como la tuberculosis (OPS, 2003).

La Tuberculosis (TBC) en la actualidad plantea serios problemas de salud pública. A nivel mundial muere más gente de tuberculosis que de cualquier otra enfermedad infecciosa curable. Todos los días más de 20,000 personas desarrollan la tuberculosis pulmonar y 5,000 mueren de ella. Esta enfermedad afecta tanto a países ricos como pobres; sin embargo, son los países en vías de desarrollo de África, Asia y América del Sur, los que soportan el 80% de la carga mundial de la morbilidad. Es en estos países en vías de desarrollo, en donde se localiza el 95% de los enfermos y el 98% de las defunciones por tuberculosis (Farga, 2010).

El número estimado de nuevos casos a nivel mundial de tuberculosis en el 2006 fue de 9,2 millones (139 por 100,000 habitantes), entre ellos

4,1 millones de nuevos casos bacilíferos (44 por ciento del total) y 0,7 millones de casos VIH-positivos (8 por ciento del total). Para el año 2012 se estimó que a nivel mundial 8,6 millones de personas enfermaron de TBC y que 1,3 millones de personas murieron a causa de esta enfermedad. Además de que 450,000 personas desarrollaron tuberculosis multidrogorresistente (TBC-MDR) y 170,000 murieron a causa de la TBC-MDR (Minsa, 2011).

En el 2014, 9,6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,5 millones murieron por esta enfermedad, calculándose que 480,000 personas desarrollaron tuberculosis multirresistente a nivel mundial. Sin embargo la tasa de mortalidad por tuberculosis disminuyó un 47% entre 1990 y 2015, calculándose que entre 2000 y 2014 se salvaron 43 millones de vidas mediante el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis (OMS, 2016).

En América Latina en el año 2011, más de 400,000 personas se enfermaron de tuberculosis, siendo Haití el país que tiene la mayor población afectada de TBC de las cuales 44,000 son niños y cerca de 23,000 mueren por esta enfermedad (Minsa, 2011).

Este panorama es más crítico en el Perú, donde el modelo de desarrollo económico ha generado consecuencias negativas como: sub-empleo, desempleo, bajo ingreso per cápita que genera pobreza extrema, las cuales son el origen de los múltiples factores que condicionan la permanencia del foco infeccioso de la enfermedad, como son el déficit de saneamiento ambiental, hacinamiento, poca accesibilidad a los servicios de salud, deficiente educación para la salud y el estrés social (OPS, 2010).

La morbilidad de TBC en el Perú alcanza las tasas más altas de América. La tasa de curación, que había sido de 64% en 1995, llegó a 76% en 1996. En el año 1999, el Perú, luego de una década del

Programa de Control de TBC, sale de la lista de los países de más carga a nivel mundial; sin embargo, contrariamente a esto desde 1996 se comienza observar una tendencia a la aparición de casos de TBC-MDR, que luego se ha ido incrementando en niveles muy preocupantes para nuestro país (INEI, 2008).

En el año 2010 se diagnosticaron 32,477 casos de tuberculosis (en todas sus formas), de los cuales 28,297 fueron casos nuevos, correspondiendo de ellos 17,264 a casos de TBC pulmonar con Baciloscopia positiva, cifras que traducidas en término de tasas (por 100,000 habitantes) correspondieron respectivamente a morbilidad total (110.2), incidencia total (96.1) e incidencia tuberculosis pulmonar Bk(+) 58.6 (Minsa, 2011).

Referente a la TBC-MDR, demostrada por prueba de sensibilidad en el periodo 1997 al 2010 correspondieron a 44 y 1094 casos respectivamente, observándose que desde el año 1997 al 2005 hubo un incremento sostenido para luego mostrar una tendencia de meseta y en el 2010 un inicio de descenso. Para la tuberculosis extremadamente resistente (TBC-XDR), demostrados por prueba de sensibilidad de 1era y 2da línea, en el periodo 1999 al 2010 se tuvieron 315 casos acumulados, estimándose un incremento de casos TBC-XDR al año 2011, también para el diagnóstico de la TBC-XDR es indispensable disponer de resultados de pruebas de sensibilidad de primera y segunda línea (Minsa, 2011).

En el interior del país en el 2012, los departamentos registrados con mayor tasa de incidencia de TBC fueron: Loreto, La Libertad, Madre de Dios, Tacna, Ica, Arequipa y Junín. Aproximadamente el 80% de todos los casos de TBC y el 90% de TBC-MDR se concentraron en Lima y Callao, sin embargo, durante el año 2013 se registraron 31 mil casos de TBC en la forma sensible, 1,260 casos de TBC-MDR y apenas 66

casos de TBC-XDR. Las regiones con más incidencia fueron Madre de Dios, Callao, Ucayali, Tacna, Loreto y Lima (Minsa, 2013).

Al igual que a nivel nacional, La Libertad es uno de los departamentos en que se observa una disminución de casos de tuberculosis, es así que en el año 2000 se registraron 2116; en el año 2001 un número de 1826 y en el año 2002 se registró 1788 casos de tuberculosis y la tasa de incidencia de tuberculosis bajó de 62.2 a 57.9 para el año 2013; sin embargo, aún persiste en las provincias consideradas de alto riesgo por su mayor incidencia poblacional como son: Ascope, Virú y Trujillo, y en ésta última los distritos de Florencia de Mora, Huanchaco, La Esperanza, Moche, Simbal y Víctor Larco (INEI, 2008).

La tuberculosis pulmonar genera el ingreso de pacientes a las instituciones de salud para ser hospitalizados. La hospitalización está destinada a pacientes con TBC sensible o resistente, que acuden por severidad de la enfermedad, comorbilidades, reacciones adversas medicamentosas, etc. Durante este período, el paciente además de recibir el tratamiento medicamentoso contra la TBC, lo recibe bajo la supervisión del personal de salud como lo es la enfermera, quien debiera brindar los cuidados de enfermería, incluyendo la educación sobre las medidas de bioseguridad, el soporte psicológico, además de involucrar el apoyo de la familia en el cuidado del paciente.

La permanencia del paciente bajo un manejo institucionalizado, debe ser ofrecida de preferencia al paciente bacilífero; sin embargo, a fin de garantizar un seguimiento adecuado, éste podría continuar incluso hasta el término de su tratamiento. Ésta propuesta ofrece las ventajas del cumplimiento de tratamiento supervisado, seguimiento microbiológico, así como de recuperación nutricional, psicológica y en particular ofrecer un soporte social al individuo (Minsa, 2011).

Las instituciones como son los hospitales deben garantizar un adecuado Plan de Control de Infecciones en Tuberculosis, a fin de disminuir el riesgo de transmisión cruzada entre los afectados, así como en el personal de salud y familiares. Es por ello que se debe hacer mayor énfasis en las prácticas de las medidas de bioseguridad para el control epidemiológico de infecciones nosocomiales, siendo fundamentales para evitar su transmisión. Éstas deben ser una práctica rutinaria y ser cumplidas por todo el personal de salud, asimismo por los familiares que visitan a sus pacientes hospitalizados con diagnóstico médico de tuberculosis Pulmonar (Minsa, 2013).

Dentro de mi experiencia en el Hospital Regional Docente de Trujillo, como parte del equipo de profesionales que atiende a este grupo de pacientes con TBC, he observado que los familiares en su mayoría practican las medidas de bioseguridad; sin embargo, algunos muestran deficiencias y malas actitudes, a pesar de encontrarse dentro de una institución en donde establecen y rigen normas y reglas.

Por lo expuesto, motiva a realizar el presente estudio de investigación, con la finalidad de determinar la actitud e institucionalización de medidas de bioseguridad en familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar; lo cual servirá tanto a la institución hospitalaria, personal de salud y familiares, debido a que se analizará con mayor profundidad la institucionalización de medidas de bioseguridad y así poder encaminar programas de capacitación sobre estas medidas tanto al personal de salud como a los familiares, lo que permitirá prevenir y disminuir este problema de salud pública. Consciente del compromiso con la comunidad, se ha creído necesario realizar una investigación que pueda reforzar los métodos de prevención y manejo de este problema, ya que por múltiples factores. Entre ellos, por desconocimiento de los cuidadores y/o familiares no se pone en práctica en su totalidad las medidas de bioseguridad, pudiendo así ocasionar graves problemas en

la salud. Además busca sensibilizar y/o educar en medidas de prevención de enfermedades infectocontagiosas por vía aérea, a fin de evitar una posible infección que conlleve como consecuencia un elevado costo económico e incluso el costo de la vida.

Motivada por esta realidad y al no existir reportes de investigación en ésta área se planteó el siguiente problema de estudio:

PROBLEMA:

¿QUE RELACIÓN EXISTE ENTRE EL TIPO DE ACTITUD CON EL GRADO DE INSTITUCIONALIZACIÓN DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL SERVICIO DE MEDICINA “A” DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2015?

OBJETIVOS:

GENERAL:

- Establecer la relación entre el tipo de actitud con el grado de institucionalización de medidas de bioseguridad en familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar en el servicio de Medicina “A” del Hospital Regional Docente de Trujillo 2015.

ESPECÍFICOS:

- Identificar el tipo de actitud hacia las medidas de bioseguridad en familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar en el servicio de Medicina “A” del Hospital Regional Docente de Trujillo 2015.
- Determinar el grado de institucionalización de medidas de bioseguridad en familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar en el servicio de Medicina “A” del Hospital Regional Docente de Trujillo 2015.

MARCO TEÓRICO:

Las actitudes son constructos que nos permiten explicar y predecir la conducta. Además de ayudar a modificar la conducta humana. Asimismo al estar ya evaluadas las actitudes de un individuo, podemos introducir un método para cambiárselas, que se convertirá en un procedimiento de modificación de conducta dada la relación existente entre las actitudes y la conducta (Whittaker, 2003).

Las actitudes son modificables, unas más fáciles que otras, dependiendo del entorno y del punto de vista del observador, de cómo percibimos la realidad. Las actitudes se aprenden, y por tanto se enseñan. Son evaluaciones y que son ambivalentes, es decir, que evaluamos al objeto de la actitud tanto de una manera positiva como negativa. Siguiendo con esta misma idea sobre lo positivo y lo negativo en las actitudes (Rodríguez, 2003).

Entre las características de las actitudes Rodríguez (2003) destaca: La valencia: Refleja el signo de la actitud, se puede estar a favor o en contra de algo (positivo – negativo). En principio, estar a favor o en contra de algo viene dado por la valoración emocional, propia del componente afectivo. El componente cognoscitivo intervendrá en las razones de apoyo hacia una u otra dirección. La Intensidad: Se refiere a la fuerza con que se impone una determinada dirección. Se puede ser más o menos hostil o favorable a algo, se puede estar más o menos de acuerdo con algo. La intensidad es el grado con que se manifiesta una actitud determinada. La consistencia: Es el grado de relación que guardan entre sí los distintos componentes de la actitud. Si los tres componentes están acordes, la consistencia de la actitud será máxima.

Los componentes de las actitudes según Rodríguez (2003), Cognoscitivo; está formado por las percepciones y creencias hacia un

objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. Los objetos no conocidos o sobre los que no se pose información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto. Los indicadores de este componente son: Creencias: estado mental en el que un individuo tiene como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa, se expresa a través de una afirmación, no tiene una base científica. Valores: estados a los que las personas dan importancia, por ejemplo el éxito, seguridad, amor, felicidad, etc. Es algo elevado en la jerarquía de nuestros intereses. Conocimiento: información adquirida a través de la experiencia o la educación.

Afectivo: Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo. Los indicadores usados para medirlo son: Sensibilidad: capacidad de captar valores estéticos y morales, facultad para tener sensaciones. Capacidad para percibir el estado de ánimo, el modo de ser y de actuar de las personas y comprenderlo, así como la naturaleza de las circunstancias y los ambientes para actuar correctamente en beneficio de los demás. Apatía: falta de emoción, motivación o entusiasmo, estado de indiferencia psicológico en el que un individuo no responde a aspectos de la vida emocional, social o física. Asociado a falta de energía. Puede ser específico hacia una persona, actividad o entorno. Temor: sentimiento desagradable provocado por la percepción de un peligro real o supuesto. Ansiedad: sentimiento de miedo desasosiego y preocupación. Respuesta emocional displacentera que engloba aspectos subjetivos o cognitivos, implica comportamientos poco adaptativos.

Conductual: Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Los indicadores utilizados para medir este componente de la actitud serán:

Comodidad: aquello que produce bienestar, confort. Responsabilidad: valor que está en la conciencia de la persona que le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos, en el plano de lo moral. Actuar correctamente de acuerdo a determinados parámetros preestablecidos. Vocación: forma de expresión de la personalidad frente al mundo del trabajo o del estudio. Disposición natural a realizar ciertas actividades lo cual no es innato, puede ser un proyecto de vida Aceptación: recibir de forma voluntaria una cosa, conformidad, es algo necesario para la evolución humana. Rechazo: resistencia a admitir o aceptar algo, tratando de alejarse de aquello que lo produce.

La escala de medición de actitud analiza los pensamientos y sentimientos de la persona hacia los hechos ya especificados por lo cual se eligió la escala de Likert para medir la variable actitud de los familiares hacia las medidas de bioseguridad. La Escala de Likert mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares. Se le conoce como escala sumada debido a que la puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem. La unidad de análisis que responde a la escala marcará su grado de aceptación o rechazo hacia la proposición expresada en el ítem. Los ítems por lo general tienen implícita una dirección positiva o negativa

Del mismo modo que una actitud es aprendida, nace y se desarrolla con las interacciones que afectan a sus tres componentes cognoscitivos, afectivos y comportamentales con un objeto social, al exponerse a un nuevo objeto social puede modificarse. Es decir, una actitud, por muy estable que sea, es por definición una variable

dinámica y así, aun cuando esté estabilizada, permanece expuesta a una nueva aportación de informaciones, de experiencias emocionales y comportamentales relativas al mismo objeto o a la misma categoría de objetos (persona, valor, etc.) y puede cambiar. En realidad, una actitud no puede formarse, desarrollarse y cambiar sí no se da una valoración cognoscitiva-emocional.

La actitud es un estado de disposición nerviosa y mental, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con los que guarda relación. En este sentido, puede considerarse la actitud como cierta forma de motivación social de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas (Whittaker, 2003).

Las actitudes son afirmaciones evaluativas favorables o desfavorables en relación con objetos, personas o hechos. Reflejan la forma en que una persona se siente acerca de algo. Es la suma total de las inclinaciones humanas, sentimientos, prejuicios, ideas preconcebidas, temores y amenazas (Robbins, 1996).

Asimismo, López (1999), nos dice que la actitud consiste en una disposición organizada a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la conducta del individuo ante todos los objetos y situaciones con los que se relaciona, proviene esencialmente de la información que llevamos grabada en nuestra mente. De ahí que nuestra actitud cambiará si también lo hacen nuestras opiniones y nuestras creencias. Por tal motivo los familiares de los pacientes con tuberculosis deben mostrarse capacitados, adoptando una actitud afectiva y positiva al atender aquellos pacientes con tuberculosis.

Toda institución prestadora de salud, tiene por responsabilidad el establecimiento de políticas y el control de programas preventivos así como el abastecimiento de recursos logísticos y de infraestructura que garanticen la seguridad de los pacientes, trabajadores y familiares. Las Instituciones son el resultado de una relación dialéctica entre tres fuerzas: Lo instituido; designa lo que está establecido; es el conjunto de valores y normas dominantes, de status y roles que fundamentan el orden social, tiene pretensión de universalidad, de perennidad y de verdad que lo convierte en una fuerza conservadora. Lo instituyente es aquello que cuestiona lo establecido, interpela y propone algo nuevo, opuesto y transformador intentando modificar el orden establecido, se manifiesta haciendo caer la máscara de la universalidad, perennidad y verdad con que lo instituido se presenta.

La institucionalización consiste en la recuperación de la fuerza innovadora de lo instituyente por lo instituido; aparecen así unas reglas nuevas pero que permiten que la institución se perpetúe (Stortoni, 2008).

Una institución es una estructura del orden social que rige el funcionamiento de una sociedad, cumpliendo el papel de regular y orientar los comportamientos humanos, estableciendo de antemano pautas que lo canalizan en una dirección determinada. Así, las instituciones se convierten en ordenadoras del mundo social, tienen fuerza normativa en tanto se experimentan como existentes por encima y más allá de los individuos a quienes "acaeece" encarnarlas en ese momento (Berger y Luckmann, 2006).

Las instituciones contienen en su seno fortalezas y debilidades que son fruto de su capital "instituido" y su capital "instituyente". Las instituciones sociales desde el campo de "lo instituido" quieren contener al sujeto en un campo limitado de saberes y certezas, del que no siempre quieren que salga. La institución, nacida de la creatividad y la

libertad del hombre, muchas veces niega esta creatividad y esta libertad. Pero el hombre es capaz de cuestionar, de crear, instituyendo aquello que no responde a ningún determinismo, generando un proyecto nuevo. El hombre interpela y genera "lo instituyente" (Stortoni, 2008).

Según Molfino (2010), la institucionalización es todo aquello que cumple el rol de preservar el conocimiento; en él se observan también ciertas reglas o procedimientos para organizar y garantizar que los saberes trasciendan al tiempo, por el cual la organización adquiere identidad y vida propia, aplicándose a distintos contextos relativos a las instituciones. Al decir que una acción se ha institucionalizado, se está también señalando que la acción social continúa en el tiempo y que, además, ha sido sometida a control social.

Así mismo Brousseau (2008), nos dice que la institucionalización es el proceso de transformación de un grupo, práctica o servicio, desde una situación informal e inorgánica hacia una situación altamente organizada, con una práctica estable, cuya actuación puede predecirse con cierta confianza, e interpretarse como la labor de una entidad dotada de personalidad jurídica propia, con continuidad y proyección en el tiempo, teniendo como función establecer y dar un estatus oficial al conocimiento referido en una actividad didáctica particularmente.

La institucionalización se convierte en un proceso mediante el cual las instituciones se transforman en pautas organizativas de la actividad humana, adquiriendo racionalidad a través de los procesos de interacción entre los distintos agentes hasta que alcanzan un nivel de consolidación que las convierte en parte objetiva e incuestionada de la realidad. Además de ser una propiedad relativa, que puede presentarse en grados, en el sentido de que hay realidades o formas más institucionalizadas que otras (Jepperson, 1999).

Las instituciones se interiorizan en la experiencia individual por medio de los roles. Al desempeñar roles, los individuos participan en un mundo social y al internalizar dichos roles, ese mismo mundo cobra realidad para ellos subjetivamente. Los roles aparecen tan pronto como se inicia el proceso de formación de un acopio común de conocimiento que contenga tipificaciones recíprocas de comportamiento. Todo comportamiento institucionalizado involucra roles. Los roles representan el orden institucional (Brousseau, 2008).

Según Berger y Luckmann (2006) las pautas de la institucionalización se definen como el conjunto de principios reguladores que organizan la mayoría de las actividades de los individuos de una sociedad en pautas organizativas definidas, desde el punto de vista de alguno de los problemas básicos perennes de cualquier sociedad o vida social organizada. En toda institución hay al menos, tres aspectos importantes. En primer lugar, las instituciones regulan conductas referentes a cuestiones y problemas fundamentales y permanentes de parte de la sociedad que se institucionaliza. En segundo, las instituciones regulan la conducta de los individuos de esa sociedad según pautas definidas, continuas y organizadas, y finalmente, dichas pautas conllevan una ordenación y regulación mediante normas definidas.

Para que una actividad se institucionalice y se convierta en un sistema o institución social es necesario que cumpla una serie de requisitos. En primer lugar, la sociedad, o parte de ella, debe considerar que la actividad en cuestión desempeña una función social importante y valiosa. En segundo, la institucionalización exige la formulación de unas normas que determinan las condiciones de cooperación y competencia entre los miembros del sistema y que permiten que el sistema funcione aunque haya discrepancia acerca de la finalidad u objetivo de dicho sistema. Por último, la institucionalización tiene otra

exigencia: la adaptación de las normas que regulan el comportamiento de las personas al funcionamiento de otros sistemas sociales y normas que los rigen.

La realidad institucionalizada tiene su origen en la tendencia a la habituación del ser humano, en tanto que un acto sea repetido con frecuencia. Entonces este acto crea una pauta que luego puede reproducirse con economía de esfuerzos y que es aprehendida como pauta para el que la ejecuta. La habituación posibilita que un acto se convierta en rutina y que, por tanto, permita seleccionar sin tener que definir cada situación de nuevo. Esto, por una parte facilita la estabilidad y por otra, la innovación constante, pues evita el dedicar esfuerzo a tareas sin importancia y repetitivas. Esta institucionalización implica la tipificación recíproca de acciones entre tipos de actores, hasta llegar a convertirse en una forma de control social (Berger y Luckmann, 2006).

El comportamiento institucionalizado se experimenta como una realidad objetiva, externa a la voluntad del individuo en donde se destacan tres momentos básicos en este proceso: la sociedad es un producto humano; la sociedad es una realidad objetiva; el hombre es un producto social. Las formaciones sociales requieren de procesos de objetivación a fin de ser transmitidas a una nueva generación y éste es el lugar que ocupan las instituciones en tanto se experimentan como realidad objetiva.

El proceso de institucionalización comprende tres momentos: Externalización: Está referido al hecho de que las instituciones son percibidas por nosotros como si tuvieran una realidad propia y que se presenta al individuo como un hecho externo y coercitivo. Dado que las instituciones existen como realidad externa, el individuo no puede comprenderlas por introspección: debe “salir” a conocerlas. Objetivación: Es el proceso por el que los productos externalizados de

la actividad humana alcanzan el carácter de objetividad. La objetivación y la externalización son momentos de un proceso dialéctico continuo. Por otra parte, la objetividad del mundo institucional, por masiva que pueda parecerle al individuo es una objetividad de producción y construcción humana. Internalización: Es el tercer momento de este proceso, por la que el mundo social objetivado vuelve a proyectarse en la conciencia durante la socialización.

El proceso de institucionalización requiere también Legitimación: Berger y Luckmann entienden la legitimación como un proceso, es decir que constituye una objetivación de significado de “segundo orden”. La legitimación produce nuevos significados que sirven para integrar los ya atribuidos a procesos institucionales dispares. La función de la legitimación consiste en lograr que las objetivaciones de “primer orden” ya institucionalizadas lleguen a ser objetivamente disponibles y subjetivamente plausibles. La legitimación no es indispensable en la primera fase de la institucionalización, cuando esta no es más que un hecho que no requiere apoyo ni inter-subjetiva ni biográficamente porque es evidente por sí misma a todos los interesados. La legitimación va a sostener la institución y no a cambiarla; en el proceso de socialización el conocimiento que se tienen de la historia institucional es de oídas, el significado original de la institución resulta inaccesible por la memoria, lo cual vuelve necesario explicar dichos significados mediante diversas fórmulas de legitimación, que deberán ser coherente y amplias en término de orden institucional.

Berger y Luckmann (2006) establecen que la legitimación tiene cuatro niveles que se superponen: Pre teórico o incipiente: aparece tan pronto como se transmite un sistema de objetivaciones lingüísticas de la experiencia humana, por ejemplo la transmisión de un vocabulario de parentesco legítimo. Teórico rudimentario: contienen proposiciones teóricas en forma rudimentaria, aquí podemos hallar diversos

esquemas explicativos que se refieren a grupos de significados objetivos, estos esquemas son sumamente pragmáticos y se relacionan directamente con acciones concretas, por ejemplo en este nivel son comunes los proverbios, las máximas morales, y las sentencias, también aquí se ubican las leyendas y cuentos populares que suelen transmitirse en forma poética. Teorías explícitas: contiene teorías explícitas por las que un sector institucional se legitima en términos de un cuerpo de conocimiento diferenciado, estas legitimaciones proporcionan marcos de referencia bastante amplios a los respectivos sectores de comportamiento institucionalizados, en razón de su complejidad y diferenciación, suelen encomendarse a personal especializado que las transmite mediante procedimientos formalizados de iniciación. Universo simbólicos: son cuerpos de tradición teórica que integran zonas de significado diferentes y abarcan el orden institucional en una totalidad simbólicas, usando la palabra simbólica como relativo a áreas limitadas de significado, el universo simbólico se concibe como la matriz de todos los significados objetivados socialmente y subjetivamente reales; toda la sociedad histórica y la biografía de un individuo se ven como hechos que ocurren dentro de ese universo.

Johnson y Rhodes (2008) afirman que se vienen desarrollando cuatro modelos que intentan dar una explicación del fenómeno de la institucionalización, el primero es el Modelo predisposicional, que hace referencia a que el fenómeno de la institucionalización es resultado de una predisposición personal cuando te expones a una estancia prolongada en una institución. El segundo es el Modelo de institución total, el cual se centra en las características destructivas que genera la vida en una institución. El tercero es el Modelo de aislamiento, referido al aislamiento que sufre la persona al estar durante un largo periodo en una institución y por último está el Modelo sintomático, en él se

identifica a la institucionalización como un malestar que se manifiesta en la persona durante un tratamiento prolongado.

Otro aspecto que es importante considerar se refiere a la forma en que las institucionalizaciones son capaces de grabarse en la mente de las personas para comprometer su conducta de manera que cumplan con el mandato institucionalizado o no. El individuo está ligado a la sociedad a través de la forma en que ajusta voluntariamente sus comportamientos a los valores, normas, reglas, preceptos o convencionalismos sociales. Es decir, en el grado de compromiso personal con que está dispuesto a conformarse a las normas institucionalizadas; teniendo presente que puede: no cumplirlas o ignorarlas por completo.

La TBC es una infección bacteriana causada por el *Mycobacterium Tuberculosis* y más raramente por *Mycobacterium bovis*, también llamado Bacilo de Koch, que es un bastoncito de 2 a 4 micras de longitud y 3 micras de espesor. Generalmente afecta al aparato respiratorio, pero puede afectar a otras partes del cuerpo. Es una enfermedad contagiosa, potencialmente prevenible y fácilmente tratable (Bonilla, 2011).

El *Mycobacterium tuberculosis* es una bacteria gram positiva frecuentemente incolora y con metabolismo de tipo aeróbica estricta. Su crecimiento está subordinado a la presencia de oxígeno y al valor del pH circundante. Es muy resistente al frío, la congelación y desecación; por el contrario muy sensible al calor, luz solar y luz ultravioleta. Su multiplicación es muy lenta (cada 16 a 20 horas) y ante circunstancias adversas puede entrar en estado latente, pudiendo retrasar su multiplicación desde algunos días hasta varios años. El reservorio natural del *Mycobacterium tuberculosis* es el hombre, tanto el sano infectado como el enfermo (Papalia, 2009).

Su transmisión es a través de los microorganismos que son transportados en gotitas por el aire de 1 a 5 metros (gotas de Flugge), la vía principal de entrada es la vía aérea, a través de la inhalación, la cual se produce cuando el enfermo bacilífero tose, conversa, estornuda o ríe y lanza al exterior aerosoles que contienen la bacteria penetrando hasta los bronquios y alvéolos donde pueden ocasionar la enfermedad dependiendo de las defensas del huésped, el tamaño del inocuo y su virulencia (Papalia, 2009).

La TBC pulmonar tiene manifestaciones clínicas inespecíficas, e incluso puede detectarse en personas asintomáticas en el curso de estudios de contactos u otras exploraciones. Lo habitual es que el paciente presente síntomas de varias semanas de duración consistentes en tos, expectoración, en ocasiones hemoptoica, dolor torácico y sintomatología general (fiebre, sudoración, astenia, anorexia y pérdida de peso). La exploración torácica puede ser anodina, o bien pueden auscultarse ruidos o estertores localizados o asimetrías en los ruidos respiratorios (Bonilla, 2011).

Un paciente con TBC que ha abandonado el tratamiento puede infectar entre 10 - 15 personas por año y a su vez puede desarrollar multirresistencia a los medicamentos TBC-MDR, el mismo que se define como tuberculosis causada por *Mycobacterium tuberculosis* resistente a isoniazida y rifampicina, medicamentos de primera línea más importantes para el tratamiento de la enfermedad (Farga, 2010).

La TBC es considerada como una prioridad sanitaria nacional, con un enfoque multisectorial e interinstitucional; que permite el abordaje integral y multifactorial, en un contexto de alianzas estratégicas, para el control, reducción y prevención de esta enfermedad, mediante una movilización nacional de recursos orientados a acciones de alto impacto y concertada entre los diferentes actores sociales e

instituciones, con un enfoque de costo- efectividad de alta rentabilidad económica y social (OMS, 2013).

El carácter de la enfermedad fundamentalmente respiratoria hace que la principal medida para cortar la cadena epidemiológica de la enfermedad sea el diagnóstico temprano de los pacientes con TBC y el aislamiento de los mismos hasta que dejen de ser contagiosos. En éste último sentido cobra especial importancia el seguimiento de las medidas de aislamiento respiratorio recomendadas.

Estas medidas se basan fundamentalmente en la permanencia de los pacientes en habitaciones individuales de aislamiento, tanto en el hospital como en el domicilio, y el empleo de medidas de bioseguridad (mascarillas, mandilones, respiradores de seguridad biológica N°95) que eviten la llegada de las micobacterias en suspensión procedentes de las secreciones respiratorias del paciente, al aparato respiratorio de las personas expuestas (personal de salud, familiares, amigos, etc.) (Farga, 2010).

Las medidas de bioseguridad debe entenderse como el comportamiento encaminado a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo de contagio al personal de salud y familiares de adquirir infecciones en el medio hospitalario. Compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran expuestas al ambiente hospitalario como son los familiares u cuidadores, con el fin de diseñar estrategias de disminución de riesgos de transmisión de microorganismos (Soule, 2007).

Son el conjunto de medidas y normas preventivas, destinadas a mantener el control de factores de riesgos laborales procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos, logrando la prevención de impactos nocivos frente a riesgos propios de su actividad diaria, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos

no atenten contra la seguridad de los trabajadores de la salud, pacientes, visitantes y el medio ambiente (OMS, 2013).

La bioseguridad es un área que en los últimos años viene cobrando un extraordinario interés, aunque su utilización para disminuir los riesgos data desde mucho tiempo atrás. Esta disciplina está regida bajo el principio esencial “No me contagio” y “No contagio”. Es por ello que, para garantizar la seguridad de las personas frente al riesgo de infecciones, es imprescindible que dichas medidas de bioseguridad constituyan una práctica rutinaria en las instituciones de salud, y se rijan bajo principios: Universalidad, se considera a todas las personas como potencialmente infectados por el cual se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra la transmisión de enfermedades y donde todos deben estar involucrados, tanto personal de salud, pacientes y familiares, siguiendo las precauciones para prevenir la exposición de la piel y mucosas. Uso de barreras, comprende evitar la exposición directa a sangre y fluidos orgánicos y otras partículas suspendidas en el aire potencialmente contaminante, utilizando materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos. (Guantes, mandilón, mascarillas, lentes, gorros y botas). Medios de eliminación de material contaminado, se refiere al conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados para que los materiales utilizados sean manejados y eliminados sin riesgo (Soule, 2007).

La medida más económica, sencilla y eficaz para prevenir infecciones y/o contagios, es el lavado de manos. Su importancia radica en que las manos son el instrumento más importante que se tiene, sin embargo puede servir como vehículo para transportar gérmenes ya sea del trabajador, familiar al paciente o viceversa. En las manos existe flora residente y transitoria, tanto de bacterias gram positivas como gram negativas; por ello, un simple pero eficaz lavado de manos, siguiendo la técnica adecuada, elimina la mayor parte de bacterias. Siendo este

procedimiento ejecutado inmediatamente antes y después del contacto con el paciente dentro y fuera de la institución de salud (OMS, 2013).

La bioseguridad, como disciplina nació durante la década del 70, en respuesta operativa hacia los riesgos potenciales de los agentes biológicos. El Concepto de Bioseguridad proviene de "Bio = Vida" - "Seguridad = Protección" que quiere decir: Protección para la Vida, se define como el conjunto de medidas preventivas, destinadas a mantener el control de factores de riesgo laborales procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos, logrando la prevención de impactos nocivos, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten contra la salud y seguridad de trabajadores de la salud, pacientes, visitantes y el medio ambiente.

Ha sido creada con la finalidad de reducir los riesgos que pongan en peligro la salud o incluso la vida del individuo, familia y comunidad, ésta puede ser aplicada en todo ámbito; en el hogar, en la escuela, en el trabajo entre otras actividades. Es aquí donde las normas de bioseguridad se convierten en una doctrina de comportamiento, que contribuye a lograr actividades y conductas que van a disminuir los riesgos del trabajador de salud y/o familiares; y a la vez va a permitir que estos cumplan practicas favorables para mantener el control epidemiológico de pacientes infectados y así evitar que las enfermedades continúen diseminándose (Soule, 2007).

La conceptualización de bioseguridad está expresada como un conjunto de medidas y disposiciones, que pueden conformar una ley y cuyo principal objetivo es la protección de la vida en dos de los reinos, animal y vegetal y a los que se le suma el ambiente.

La bioseguridad se realiza en conjunto, el personal que debe cumplir las normas de bioseguridad, las autoridades que deben hacerlas cumplir y la administración que debe dar las facilidades para que estas

se cumplan. Debe existir un responsable de bioseguridad en cada institución de salud, quien deberá controlar la capacitación y entrenamiento necesarios sobre bioseguridad de todas las personas que trabajen o ingresen a los mismos, así como monitorizar el cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes.

Sistema de conocimientos, actitudes y prácticas que promueven la prevención de accidentes laborales y que compromete a todas las personas del ambiente asistencial con el fin de diseñar estrategias que disminuyan los riesgos (OMS, 2013).

Los elementos básicos de los que se sirve la seguridad biológica para la contención del riesgo provocado por los agentes infecciosos son tres: Prácticas de trabajo: Unas prácticas normalizadas de trabajo son el elemento más básico y a la vez el más importante para la protección de cualquier tipo de trabajador. Las personas que por motivos de su actividad laboral están en contacto, más o menos directo, con materiales infectados o agentes infecciosos, deben ser conscientes de los riesgos potenciales que su trabajo encierra y además han de recibir la formación adecuada en las técnicas requeridas para que el manejo de esos materiales biológicos les resulte seguro. Por otro lado, estos procedimientos estandarizados de trabajo deben figurar por escrito y ser actualizados periódicamente.

Equipo de seguridad (o barreras primarias): Se incluyen entre las barreras primarias tanto los dispositivos o aparatos que garantizan la seguridad de un proceso (como por ejemplo, las cabinas de seguridad) como los denominados equipos de protección personal (guantes, calzado, pantallas faciales, mascarillas, etc).

Diseño y construcción de la instalación (o barreras secundarias): La magnitud de las barreras secundarias dependerá del agente infeccioso en cuestión y de las manipulaciones que con él se realicen. Vendrá

determinada por la evaluación de riesgos. En muchos de los grupos de trabajadores en los que el contacto con este tipo de agentes patógenos sea secundario a su actividad profesional, cobran principalmente relevancia las normas de trabajo y los equipos de protección personal, mientras que cuando la manipulación es deliberada entrarán en juego, también, con mucha más importancia, las barreras secundarias.

Se conoce como factores de riesgo de la bioseguridad a todos los elementos, sustancias, procedimientos o acciones humanas presentes en el ambiente laboral que de una u otra forma tienen la capacidad de producir lesiones al individuo o daños materiales en el trabajo; encontrándose así en la fuente, el medio o en las personas y tienen como característica fundamental que son fácilmente controlables (Farga, 2010).

La principal puerta de entrada de enfermedades infectocontagiosas, está constituida por el aparato respiratorio, con manifestaciones generalmente respiratorias y en el caso de algunos procesos virales de forma generalizada. Los pulmones suponen un filtro eficaz mediante los distintos mecanismos de defensa que hacen una verdadera labor de retención y eliminación de las partículas inspiradas. Sin embargo el empleo de sistemas de filtro para el aire respirado es una medida fundamental en el aislamiento respiratorio de estos pacientes. Las guías de diversos organismos recomiendan el empleo por parte del personal de salud, familiares y visitas el uso de respiradores de seguridad biológica N95, los cuales tienen una capacidad de filtrado superior al 95%. Estos sistemas han demostrado su eficacia para evitar el acceso de partículas de 5–10 μ al tracto respiratorio inferior (Zuñiga, 2005).

Los hospitales son instituciones de atención, constituidos por un ambiente especial, muy distinto al mundo exterior; el cual por sus características particulares, expone a un sin número de riesgos tanto a los pacientes, personal de salud y familiares. En efecto, su estructura semicerrada, con escasa ventilación e iluminación, los gérmenes patógenos, la población numerosa y heterogénea, favorecen la aparición de múltiples factores de riesgos para la salud (Malagon, 2003).

El hospital, como institución, es un sistema organizado que implica reglas, normas, costumbres, tradiciones que están instituidas y pueden ser estudiadas objetivamente. Desde una concepción funcionalista de las instituciones podemos reflexionar sobre lo instituido y lo instituyente. Lo instituido ha necesitado del poder instituyente del hombre, aunque con frecuencia acabe teniendo vida propia pareciendo más un fin que un medio, a veces en clara disonancia con las razones que en sus inicios lo justificaron. Cuando esto sucede, la capacidad instituyente del hombre debe servir también para poner en cuestión la propia Institución.

Cuando una organización cuenta con un reconocimiento histórico de larga data y todos los miembros de la comunidad la aceptan como valiosa para el funcionamiento de ésta, estamos frente a una institución. Un hospital como institución de salud es parte integrada de una organización médica y social, cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar (Espinoza y Cob, 2008).

Partiendo del hecho de que una institución subsiste en la medida en que se relaciona con el entorno y entabla con él relaciones de intercambio, se entiende que se haya incrementado el interés por alcanzar una imagen positiva en la comunidad, puesto que esta imagen

se convierte en un indicador básico y previo para iniciar una transacción adecuada; sin embargo, la fortaleza de una institución subyace en la identidad de sus miembros, en otras palabras, en el compromiso que cada persona que la conforma asuma para responsabilizarse de todo aquello que generará una imagen positiva dentro y fuera de su institución.

El enfoque de control de la transmisión de TBC en los establecimientos hospitalarios debe realizarse teniendo en consideración tres medidas esenciales que en orden de prioridad son: Medidas de control administrativo, siendo las más importantes para el control de infección de TBC y son prioritarias sobre otras medidas para la prevención de la transmisión de la TBC dentro del establecimiento de salud, sin medidas de control administrativo las otras medidas no serán suficientes para proteger al personal de salud, paciente y familiares, con ello se busca implementar medidas para prevenir o disminuir la generación de las gotitas infecciosas responsables de la transmisión. Estas medidas incluyen: Aislamiento o separación la persona con sospecha de tener TBC, tratamiento oportuno y adecuado, promoción del tratamiento ambulatorio de pacientes, identificación de áreas de alto riesgo para la transmisión de la TBC, capacitación y educación del personal de salud, educación a los pacientes y familiares, despistaje de TBC para el personal de salud.

Medidas de control ambiental, cuyo objetivo es reducir la concentración de núcleos de gotitas infecciosas y controlar la dirección y el flujo del aire. Estos métodos son de bajo costo, tales como la maximización de la ventilación natural mediante ventanas abiertas y asegurar una ventilación cruzada, o de costos más elevados como son la instalación de sistemas de ventilación mecánica con presión negativa, lámparas de luz ultravioleta y/o filtros HEPA.

Medidas de protección respiratoria personal el mismo que tiene por objetivo proteger al personal de salud y/o familiares en áreas donde la concentración de núcleos de gotitas del *Mycobacterium tuberculosis* no puede ser reducida adecuadamente por medidas de control administrativo y ambiental. La protección respiratoria complementa y no sustituye las medidas de control administrativo y control ambiental. Esta protección incluye mascarillas quirúrgicas y respiradores N95.

Con la finalidad que estos tres niveles de control de infecciones sean eficaces deben aplicarse conjuntamente y en simultáneo, pues cada nivel actúa en un punto distinto en el proceso de transmisión del *Mycobacterium tuberculosis* (Minsa, 2011).

El Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT), es un hospital de categoría de III-1, que brinda servicios en promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y gestión de la salud. Por demanda de servicios en abril del 2011, es inaugurado el centro de excelencia para la prevención y control de la Tuberculosis (CENEX), el cual se encuentra ubicado dentro del servicio de medicina "A", y dispone de 12 camas. Siendo éste un servicio en el que se hospitalizan a pacientes con tuberculosis pulmonar, BK positivo y pacientes multidrogorresistentes. Esta área es la más infectocontagiosa y transmisora de microorganismos, en donde los pacientes en su mayoría son adultos.

La atención se basa en valores como: Solidaridad, en donde se brinda ayuda al más débil, buscando su bienestar. Humanización, benigno, familiar y afable en la atención y el trato a los usuarios. Equidad, busca favorecer el acceso a los servicios de salud de las personas con menores recursos. Honestidad, caracterizado por la decencia, justicia, honradez en el accionar. Responsabilidad, cuidado y atención en lo que se hace o decide.

Además de los siguientes principios: La salud es la condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo en donde el paciente es la razón de ser del hospital y el éxito de la gestión hospitalaria y el desarrollo de su personal dependerán de su satisfacción, considerando además al personal como el capital más importante de la institución. La calidad es el alto nivel de excelencia profesional con el uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo y alto grado de satisfacción de los pacientes.

El HRDT tiene dentro de sus objetivos estratégicos generales institucionales prevenir y controlar las enfermedades transmisibles TBC, VIH-SIDA. Teniendo como acciones estratégicas la promoción de prácticas saludables para la prevención de VIH/SIDA y TBC, tamizaje por enfermedades transmisibles TBC, VIH/SIDA y el tratamiento de pacientes con TBC, VIH/SIDA.

El Control de infecciones y bioseguridad en TBC es responsabilidad de los directores de las Direcciones Regionales y Direcciones de Salud, Redes de Salud, de hospitales, jefes de centros y puestos de salud públicos y privados, garantizando la implementación del control de infecciones y bioseguridad en los establecimientos de salud de su jurisdicción. El personal de salud tiene la responsabilidad de cumplir estrictamente con las normas de control de infecciones y bioseguridad. Toda red de salud, o su equivalente en otras instituciones del Sector, y los hospitales deben contar con un comité de control de infecciones de tuberculosis, responsable de planificar, supervisar y monitorear las actividades de control de infecciones dentro de sus EESS (Minsa, 2013).

Según la norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por TBC N° 041-MINSA/DGSP-V.01, dentro de las intervenciones sanitarias en la atención integral de la TBC para evitar la

infección por el bacilo en la población expuesta, se debe realizar actividades que permitan brindar información y educación a la persona diagnosticada con tuberculosis sobre el uso de la mascarilla durante el periodo de contagio (mientras se tenga controles bacteriológicos positivos) y el cubrirse la boca y nariz al toser, estornudar o reír, desechando con cuidado en un depósito adecuado el papel usado. Además del establecimiento de medidas de control de infecciones en las instituciones de salud y en el domicilio en donde se encuentre la persona afectada con TBC y por último el promover la ventilación natural en la vivienda, lugar de estudio, trabajo, unidades de transporte público y en los ambientes de las instituciones públicas y privadas.

Si el paciente precisa ingreso hospitalario, está ampliamente reconocida la importancia de la habitación individual. Se recomienda que estas habitaciones tengan presión negativa, con una frecuencia de intercambio de aire de 6 volúmenes/h como mínimo. El aire extraído deberá ser filtrado a través de filtros HEPA antes de ser eliminado al exterior. En caso de que esta medida no pueda ser llevada a cabo, se procurará que la habitación este cerca de un área soleada y que tenga buena ventilación. En cuanto al régimen de visitas este será restringido al mínimo, explicándoles a los pacientes y familiares la necesidad de mantener las normas de aislamiento y medidas de bioseguridad lo más estrictamente posible (Minsa, 2013).

El elemento más importante de la bioseguridad es el estricto cumplimiento de las prácticas, procedimientos apropiados y el uso eficiente de materiales y equipos por parte del personal de salud, pacientes y familiares, ya que la bioseguridad es el compromiso de todos en donde la prevención de los riesgos hospitalarios constituye hoy en día una gran reserva de oportunidades para mejorar la capacidad competitiva de la institución y la calidad de vida de los trabajadores y usuario que solicitan nuestro servicio.

Debido a esto todos los familiares deben ser sometidos a medidas que minimicen un posible contagio de patógenos, pues son ellos quienes visitan a los pacientes con tuberculosis en estas áreas de riesgo pudiendo infectarse por diversos microorganismos y eventualmente enfermar. Además los familiares de pacientes con problemas de enfermedades infectocontagiosas, pueden pasar de un estado susceptible o expuesto a infectado, potencial enfermo, portador y finalmente, transmisor de microorganismos a otros pacientes e incluso familiares y miembros de la comunidad (Minsa, 2013).

La familia es una unidad social y como tal constituye un medio en el que pueden operar constructivamente o negativamente sobre la salud y bienestar de sus integrantes a través de la mayor o menor efectividad de sus funciones, por lo que la actitud que tengan los familiares o cuidadores al momento de poner en práctica las medidas de bioseguridad tiene que ser buena para así evitar riesgos innecesarios que perjudique su salud. La actitud viene a ser la predisposición aprendida, organizada para pensar, predecir, sentir y comportarse ante una situación en forma de rechazo, aceptación, o indiferencia. Ejercen una influencia y que consisten en la respuesta hacia determinados objetos, personas o grupos (Palacios, 2009).

Para Bustamante (2004), “familia constituye un sistema porque es un grupo de personas con un conjunto especial de relaciones entre ellas, estas relaciones se establecen, mantienen y evidencian a través de la comunicación entre sus miembros”; asimismo da una definición compleja de familia: “como un organismo vivo, complejo, cuya trayectoria de vida es un transcurrir de diversidades, adversidades, semejanzas, diferencias, individualidades, singularidades y complementariedades, que luchan por su preservación y desarrollo en un tiempo – espacio y territorio dado, y al cual se siente perteneciente,

interconectada y enraizada biológica, solidaria, amorosa, cultural, política y socialmente”.

La familia influye mucho en la salud y enfermedad, por lo que cumple una función de suma importancia en el tratamiento y recuperación del paciente con tuberculosis. El papel de los familiares con el enfermo es confrontar y promover su desarrollo y para que esta participación sea efectiva es necesario que sea adecuada y orientada permanentemente. Como educadora la enfermera debe estar preparada para valorar lo que los familiares necesitan y desean conocer y deben ser capaces de dar información suficiente para incrementar el afrontamiento y disminuir su ansiedad.

Siendo la actitud y la institucionalización la base de cuidado integral de la persona especialmente en este tipo de pacientes, ya que solo manteniendo un esfuerzo sostenido en donde todos estén comprometidos podemos aportar para que la tuberculosis deje de ser un problema social en nuestro país.

MARCO EMPIRICO:

Presentamos algunos trabajos de investigación relacionados con las variables en estudio.

Rivas, (2016). Realizó un estudio de investigación titulado: Institucionalización del cuidador familiar en un instituto oncológico, el cual tuvo como finalidad identificar cómo es el proceso de institucionalización en su entorno, lograr un acercamiento a sus vivencias en su transcurso cotidiano. En donde se encontraron las siguientes conclusiones: El cuidador familiar forma parte de la dinámica de cambio social, al establecer una dialéctica entre lo instituido y lo instituyente, al buscar satisfactores de atención en el proceso cuidar/cuidado. La institución hospitalaria cumple con la función de otorgar cuidados, socializando al individuo, aceptándolo e integrándolo como parte de su organización, con la finalidad de hacer de su cooperación insustituible en este rol establecido.

Nolasco, (2014). Realizó un estudio de investigación titulado “Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. HVLH. 2014” con el objetivo de determinar la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. En donde se concluyó que de un total de 30 familiares, un 60% presentan una actitud favorable hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar y 40% una actitud desfavorable.

Montalvo, (2014). En su trabajo de investigación sobre “Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis en el profesional de enfermería. Red Chiclayo 2013”. Concluyó que la mayoría de enfermeras presentaron una actitud favorable en 85% y desfavorable 15%.

Collazos, (2012). En su estudio de investigación titulado “Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la ESN-PCT, C.S. San Luis- 2012”. Encontró que las actitudes de los familiares de pacientes de la ESN-PCT hacia la aplicación de las medidas preventivas de la tuberculosis fueron las siguientes: el 56% (18) presenta una actitud de aceptación y 44% (14) rechazo.

Verástegui, (2009). En el trabajo de investigación: “Nivel de conocimiento y actitudes sobre bioseguridad del personal de enfermería de los servicios de Medicina y Cirugía del Hospital José Cayetano Heredia ESSALUD Piura – Agosto – Setiembre”. La muestra estuvo constituida por 60 profesionales de enfermería, el cual obtuvo como resultado; bueno 40%, regular 53%, malo 6.67% y las actitudes sobre bioseguridad fueron: adecuada 86.67%, inadecuada 13.33%, llegando a la conclusión que no existe relación estadística entre el nivel de conocimiento y la actitud.

Rojas, (2005). En su trabajo de investigación sobre “Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el centro de salud Tablada de Lurín”, con el objetivo de determinar las actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar. La conclusión entre otros fue: “Existe un porcentaje (62.5%) considerable que tiene una actitud de aceptación seguido de una actitud de indiferencia (37.5%) y 0 % de una actitud de rechazo hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar, por lo que indicaría una significativa dirección positiva en las actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar”.

Cuyubamba, (2004). En su estudio de investigación “Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de las medidas de bioseguridad del Hospital, Feliz Mayorca Soto – Tarma 2003. Encontró las siguientes conclusiones: El 70% del personal de salud tiene una actitud intermedia, el 30% presenta una actitud favorable y ninguno una actitud desfavorable.

Hernández, (2002). En su trabajo de investigación: “Actitudes de la familia de pacientes hospitalizados hacia la donación de órganos en el hospital Augusto B. Leguía – año 2002”. Encontró que de un total de 30 familiares, el 63% presenta una actitud desfavorable hacia la donación de órganos y el 37% una actitud favorable al mismo.

BIBLIOTECA DE POSGRADO

II. MATERIAL Y MÉTODOS.

2.1. Tipo de Investigación:

El presente estudio de investigación de tipo descriptivo - correlacional y corte transversal se realizó en el Servicio de Medicina "A" del Hospital Regional Docente de Trujillo, durante los meses de Agosto 2014 – Marzo 2016.

2.2. Población de Estudio:

2.2.1. Universo:

El universo de estudio estuvo conformado por 209 familiares de pacientes con tuberculosis Pulmonar del servicio de Medicina "A" del Hospital Regional Docente de Trujillo.

2.2.2. Muestra:

Estuvo conformado por 136 familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar, entre los cuales el 70% (95) eran de sexo femenino y el 30% (41) eran de sexo masculino, con un nivel de confianza del 90 por ciento (nivel de significancia del 5 por ciento) y un margen de error por muestreo del 5 por ciento; la misma que se calculó aplicando la fórmula estadística especificada en el Anexo 05.

Criterios de inclusión:

- ✓ Familiares varones o mujeres con lazos o no de consanguinidad de pacientes hospitalizados con tuberculosis pulmonar del servicio de medicina "A" del Hospital Regional Docente de Trujillo.
- ✓ Familiares mayores de 18 años de edad.
- ✓ Máximo dos familiares de pacientes hospitalizados con tuberculosis pulmonar.
- ✓ Familiares con disposición a participar en la investigación.

2.3. Unidad de análisis:

La unidad de análisis estuvo conformada por cada uno de los familiares de pacientes con TBC Pulmonar perteneciente al servicio de medicina "A" del Hospital Regional Docente de Trujillo y que cumplan los criterios de inclusión.

2.4. Instrumento para recolección de datos:

Para la recolección de datos se utilizaron los siguientes instrumentos:

A. ESCALA DE TIPO DE ACTITUD HACIA LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD (ANEXO 01).

Instrumento que mide la actitud hacia las medidas de bioseguridad en los familiares de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis Pulmonar, del servicio de Medicina "A", elaborado por Pérez (2015), en base al autor Rensis Likert (1932). Consta de 15 ítems, cada uno con tres alternativas de respuesta: Siempre, a veces y nunca.

Los ítems del 1 al 9 y del 14 al 15 con un puntaje de 3 en siempre, 2 en a veces y 1 en nunca, y los ítem 10, 11, 12 y 13 con un puntaje de 3 en nunca, 2 en a veces y 1 en siempre.

La escala tiene un total de 45 puntos como máximo y 15 puntos como mínimo con la siguiente escala de niveles.

De acuerdo al puntaje la escala de calificación del nivel será:

Actitud positiva: 31 - 45 puntos.

Actitud negativa: 15 – 30 puntos.

B. LISTA DE COTEJO SOBRE EL GRADO DE INSTITUCIONALIZACIÓN DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD (ANEXO 02).

Instrumento que mide la institucionalización de las medidas de bioseguridad en los familiares de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del servicio de Medicina “A”, elaborado por Pérez (2015), en base al autor Rensis Likert (1932). Consta de 15 ítems, cada uno con tres alternativas de respuesta.

Los ítems del 1 al 11 y 15 con un puntaje de 3 en siempre, 2 en a veces y 1 en nunca, y los ítem 12, 13 y 14 con un puntaje de 3 en nunca, 2 en a veces y 1 en siempre.

La escala tiene un total de 45 puntos como máximo y 15 puntos como mínimo con la siguiente escala de niveles.

De acuerdo al puntaje la escala de calificación del nivel será:

Institucionalización Alta:	36 – 45 puntos.
Institucionalización Moderada:	26 – 35 puntos.
Institucionalización Baja:	15 – 25 puntos.

2.5. Definición de variables:

A.- VARIABLE INDEPENDIENTE:

ACTITUD HACIA LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD.

a). DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Es la predisposición que tienen las personas hacia la aplicación sistemática de las medidas preventivas de bioseguridad, producto de una experiencia de aprendizaje, sustentada en alguna estructura cognoscitiva que conlleva a una carga afectiva y emocional ya sea positiva o negativamente (Rodríguez, 2003).

b). DEFINICION OPERACIONAL:

Disposición que manifiesta el familiar hacia la aplicación de las medidas de bioseguridad, expresada positiva o negativamente (Rodríguez, 2003).

La categorización se realizó de la siguiente manera:

Actitud positiva: 31 - 45 puntos.

Actitud negativa: 15 - 30 puntos.

B.- VARIABLE DEPENDIENTE:

INSTITUCIONALIZACIÓN DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD.

a). DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

La Institucionalización es todo aquello que cumple el rol de preservar el conocimiento; en él se observan también ciertas reglas o procedimientos como las medidas de bioseguridad para organizar y garantizar que los saberes trasciendan a través del tiempo. (Molfinó, 2010).

b). DEFINICION OPERACIONAL:

La categorización se realizó de la siguiente manera:

Institucionalización Alta: 36 – 45 puntos.

Institucionalización Moderada: 26 – 35 puntos.

Institucionalización Baja: 15 – 25 puntos

2.6. Confiabilidad y Validez.

Control de calidad de los datos:

Prueba Piloto:

Los instrumentos se aplicaron a 15 familiares de los pacientes con TBC de la estrategia sanitaria, del Hospital Regional Docente de Trujillo. Esta prueba permitió verificar el entendimiento de las preguntas por parte de los familiares y a la vez realizar las correcciones necesarias a los instrumentos. También permitió establecer el tiempo promedio para su aplicación.

Confiabilidad:

La confiabilidad se determinó a través del coeficiente Alfa de Crombach, el mismo que se aplicó a la prueba piloto.

Validez:

La validez interna se realizó en base al indicador de correlación de Pearson.

INSTRUMENTOS	Nº DE ITEMS	RESULTADO: ALFA DE CRONBACH	RESULTADO: PEERSON
TIPO DE ACTITUD HACIA LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	15	0.755	0.638
GRADO DE INSTITUCIONALIZACIÓN DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	15	0.786	0.879

Valores que son considerados satisfactorios quedando por consiguiente los instrumentos listos para su aplicación.

2.7. Procedimiento:

Para iniciar el estudio de investigación se solicitó la autorización del Departamento de Capacitación e Investigación del Hospital Regional Docente de Trujillo, informándoles los objetivos del mismo. Ante una respuesta favorable a esta solicitud, se recolectó los datos en el mismo hospital, mediante la aplicación del cuestionario elaborado a base de preguntas sobre actitudes e institucionalización de las medidas de bioseguridad. Dicho instrumento fue llenado por los familiares de los pacientes de la estrategia sanitaria, en un tiempo entre de 15 a 20 minutos. Dándoles un tiempo complementario para aclaraciones en caso fuese necesario. Así también, se tuvo en cuenta los derechos de anonimato, libre participación y confidencialidad.

2.8. Tabulación y análisis de los datos:

La información obtenida a través de los instrumentos, se tabuló y procesó de manera manual y los resultados se presentaron en cuadros de simple y doble entrada.

El análisis estadístico de los resultados se realizó mediante la aplicación de las pruebas de independencia de criterios usando el test chi cuadrado (X^2), para evaluar la asociación entre variables; considerándose significativo si la probabilidad de equivocarse es menor de 5% ($P < 0,05$).

2.9. Consideraciones éticas:

La investigación que involucra a sujetos humanos requiere de una detenida consideración de los procedimientos que habrán de aplicarse para proteger sus derechos. (Castillo, 2006).

Consentimiento informado: Se le informó al familiar del paciente con tuberculosis sobre el procedimiento a realizar y los objetivos del estudio, garantizando su participación voluntaria en la investigación.

Intimidad, anonimato y confidencialidad: Es primordial en el rigor y la ética. Desde el inicio de la investigación se explicó a cada participante la finalidad de la información obtenida, de exclusividad solo con fines de investigación garantizándole que por ninguna razón los datos obtenidos podrán ser expuestos en público.

Dignidad humana: Derecho a la autodeterminación, consistió en dejar que el participante exprese lo que sienta, lo que piensa sin ningún tipo de coacción.

Beneficencia, costos y reciprocidad: Por encima de todo, no hacer daño, se tomó en cuenta todas las precauciones necesarias para evitar en los participantes daños físicos y psicológicos protegerlos contra la utilización de su colaboración en la investigación para otros fines y procurar ofrecerles algún beneficio, como consejería.

BIBLIOTECA DE POSGRADO

III.RESULTADOS.

BIBLIOTECA DEL POSGRADO

TABLA 01:

ACTITUD HACIA LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2015.

ACTITUD HACIA LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	No.	%
Positiva	116	85.29
Negativa	20	14.71
Total	136	100.0

Fuente: Test actitud hacia las de medidas de bioseguridad.

TABLA 02:

INSTITUCIONALIZACION DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2015.

INSTITUCIONALIZACION DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	No.	%
Alta	32	23.53
Moderada	84	61.76
Baja	20	14.71
Total	136	100.0

Fuente: Lista de cotejo Institucionalización de las medidas de bioseguridad.

TABLA 03:

ACTITUD E INSTITUCIONALIZACIÓN DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2015.

ACTITUD HACIA LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	INSTITUCIONALIZACION DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD						TOTAL	
	ALTA		MODERADA		BAJA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Positiva	32	100	78	92.86	6	30	116	85.29
Negativa	0	0	6	7.14	14	70	20	14.71
Total	32	100	84	100	20	100	136	100

Fuente: Test Actitud y lista de cotejo Institucionalización de las medidas de bioseguridad.

($p=0,0145$) Significativo.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

En la **TABLA 01**. Se observa que de un total de 136 familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar, el 85,29 por ciento obtuvo una actitud positiva hacia las medidas de bioseguridad y solo el 14,71 por ciento una actitud negativa.

Con este resultado se pudo evidenciar que los familiares en su mayoría presentan interés por la salud y fomento del bienestar de su paciente, además de responder con entusiasmo a sugerencias por parte del personal de enfermería en las prácticas cotidianas sobre medidas de bioseguridad para mejorar la salud pública

Estos resultados guardan similitud a los encontrados por Rojas (2005), en donde concluyó que el 62,5% de familiares tienen una actitud de aceptación seguido de una actitud de indiferencia 37,5% y 0 % de una actitud de rechazo hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar, por lo que indicó una significativa dirección positiva en las actitudes de los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Asimismo Nolasco (2014) en su estudio de investigación sobre la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. HVLH. 2014, concluyó que de un total de 30 familiares un 60% presentó una actitud favorable hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar y 40% una actitud desfavorable.

Los familiares deben tener una actitud positiva y abierta para comprender la importancia de aplicar las medidas de bioseguridad y de esta manera disminuir el contagio y la aparición de nuevos casos. De lo expuesto, se puede deducir que la mayoría de familiares presentan una actitud positiva frente a la aplicación de medidas de bioseguridad, lo cual es favorable. Dado a que ello nos demuestra que los familiares

tienen la capacidad para reaccionar ante un estímulo, pudiendo mostrar grados de aceptación, rechazo o indiferencia.

Los cambios en la dinámica familiar con un paciente de tuberculosis son sumamente importantes; la enfermedad y tratamiento generan cambios en la vida cotidiana, sumando a esto el estigma que acompaña la enfermedad, lo cual puede originar reacciones de rechazo y de vergüenza, tanto en el paciente como en la familia; sin embargo en el presente estudio se evidenció que los familiares en su mayoría presentan una actitud positiva.

La actitud positiva que presentan los familiares nos hace referencia a lo mencionado por Rodríguez (2003), quien nos dice que la actitud es una reacción hacia un objeto o ser humano y están determinadas en gran parte por el estado emocional del individuo y puede adquirirse consciente o inconscientemente, el cual presenta tres componentes: afectivo, cognitivo y conductual. El componente afectivo, se refiere a las emociones vinculadas hacia un objeto que ha sido vivenciado como placentero o displacentero por el sujeto. El componente cognoscitivo referido a las creencias que un individuo tiene acerca de un objeto determinado pudiendo establecer juicios de valor positivo o negativo hacia dicho objeto y el componente conductual, es reactivo de comportamiento y está constituido por la predisposición del sujeto a actuar positivamente o negativamente ante el sujeto u objeto de actitud.

Así mismo Rodríguez (2003) nos dice que las actitudes tienen una dirección positiva, neutral o negativa, y que en la medida en que difieren de dirección, las actitudes también difieren en su intensidad, reflejando así su directriz débil o fuerte, en el caso de los familiares de los pacientes con tuberculosis se encontró mayor dirección positiva de las actitudes.

Sin embargo tenemos un 14,71 por ciento de familiares que presentan una actitud negativa hacia las medidas de bioseguridad, esto probablemente se debe a múltiples factores como son: falta de instrucción académica, deficiente conocimiento sobre la enfermedad, aspectos socioculturales, personales y económicos, o que el personal de enfermería por tener a su cuidado a varios pacientes hospitalizados, sumado a las responsabilidades u tareas a desarrollar, no se da el tiempo suficiente para reforzar los conocimientos brindados a los familiares.

Estos resultados guardan similitud a los encontrados por Hernández, (2002). En su trabajo de investigación: "Actitudes de la familia de pacientes hospitalizados hacia la donación de órganos en el hospital Augusto B. Leguía – año 2002". Encontró que de un total de 30 familiares, el 63% presenta una actitud desfavorable hacia la donación de órganos y el 37% una actitud favorable al mismo.

Según Whittaker (2003), las actitudes tienen dos direcciones, es decir, existen actitudes positivas y negativas. Cuando se tienen una aceptación mayor hacia ciertos grupos de personas, objetos o situaciones mostrando sentimientos con amor, comprensión, respeto y consideración, se dice que hay una actitud positiva, por el contrario una actitud negativa viene a ser la posición de menor aceptación hacia un grupo de personas, objetos o situaciones, mostrando sentimientos de rechazo e incomprensión.

Esta actitud de indiferencia o poca importancia que manifiestan los familiares de los pacientes con tuberculosis pulmonar hacia las medidas de bioseguridad dentro de la institución hospitalaria, debe ser abordada tanto en la práctica como en la teoría, para garantizar que el familiar practique actitudes positivas, y de esta manera también vele y defienda la salud de sus pacientes.

Las actitudes son construcciones sociales y por tanto aprendidas. El que una información cambie las actitudes dependerá de la naturaleza de las circunstancias en que se produce la comunicación, de las características del comunicante, del medio de comunicación y de la forma y/o contenido del mensaje. En el caso del cumplimiento de las medidas de bioseguridad es el mensaje que modifica la actitud, ya que el familiar del paciente con tuberculosis debe entender la importancia para la salud de sí mismo y para toda la comunidad hospitalaria (Ortiz, 1994).

En la **TABLA 02**. Se aprecia que de un total de 136 familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar, el 61,76 por ciento obtuvo una moderada institucionalización hacia las medidas de bioseguridad, el 23,53 por ciento una alta institucionalización hacia las medidas de bioseguridad y solo el 14,71 por ciento una baja.

El mayor porcentaje obtenido en la muestra de estudio recae sobre una moderada institucionalización de medidas de bioseguridad con un 61,76 por ciento, esto da a entender que en la mayoría de familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar se encuentra institucionalizada las medidas de bioseguridad. Esto probablemente se deba a que en esta institución, las responsables de los programas de TBC son enfermeras profesionales, debidamente capacitadas, creativas, de buen trato hacia los pacientes, quienes cuentan con el apoyo de internas de enfermería y del equipo de profesionales de la salud, para trabajar en conjunto, con el fin de mejorar la calidad de atención de los paciente. Además de contar en la institución con protocolos y normas técnicas sobre las medidas de bioseguridad.

Siendo las medidas de bioseguridad el conjunto de normas y procedimientos que garantizan el control de los factores de riesgo, prevención de impacto nocivos y el respeto de los límites permisibles dentro de los procesos de atención de salud, la manipulación de

elementos biológicos, la aplicación de técnicas bioquímicas de experimentación genética y sus actividades conexas, para asegurar que su desarrollo final no atente contra la salud ni el bienestar del ser humano.

La profesión de enfermería no está ajena a esta intención, pues es parte de su filosofía el contribuir con el nivel adecuado y calidad de vida de la persona y/o familiares sujetas a atención, más aun específicamente en el caso de la tuberculosis, en donde la enfermera desempeña un rol crucial en los programas de control, no en vano en el plan regional de tuberculosis 2006 – 2016, se considera a enfermería como un socio histórico en el trabajo contra la tuberculosis, pero ahora con exigencias mayores en su desempeño.

Sin embargo, un 14,71% de los familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar presentan una baja institucionalización de las medidas de bioseguridad, esto probablemente se deba a que el área de hospitalización para dichos pacientes “CENEX”, el cual cuenta con una disponibilidad de doce camas, es relativamente nuevo con cuatro años de creación y recién se está implementando la contratación de personal destinado al programa, esto debido a la falta de presupuesto del HRDT; por ende la enfermera tiene a su cargo el cuidado de dichos pacientes y los demás que se encuentren hospitalizados dentro del servicio de Medicina “A”.

El problema puede derivar de la proporción de pacientes por enfermera/o, obviamente a menor número de personal de enfermería, menos tiempo de atención por cada paciente. La escasez de enfermeras no es un asunto nuevo, según estudios realizados por diferentes entidades gubernamentales, hay una necesidad de enfermeras/os muy grande y se proyecta que no habrá suficientes profesionales para abastecer la demanda en los próximos años.

Este problema estructural es debido en gran parte a la despiadada mercantilización de los servicios de atención médica y hospitalaria. Los hospitales que padecen el problema son mayormente los culpables del mismo. Así también factores como las fusiones de hospitales, los despidos de personal, el estancamiento salarial y la sobrecarga de trabajo han ido creando, a lo largo de varios años, la escasez de profesionales de enfermería, que en años recientes ha alcanzado niveles de crisis.

Las instituciones hospitalarias sobrecargan a sus enfermera(o) a extenuantes jornadas para compensar la falta de personal profesional, cuya principal repercusión es una enorme carga de trabajo y estrés en los trabajadores sanitarios, lo que a su vez puede traer consigo falta de motivación, agotamiento, ausentismo, crisis nerviosas y enfermedades, o hacer que los trabajadores emigren u opten por trabajar en otros campos de la salud.

Según un reciente estudio, en hospitales con el mejor servicio de enfermería, la permanencia de los pacientes es de 3 a 5 por ciento más cortas, y las posibilidades de complicaciones entre 2 y 9 por ciento menores. Por lo tanto, el estudio refuerza la percepción de que la atención de enfermera(o)s especializados es vital para ayudar detectar complicaciones, evitarlas y la pronta recuperación de los pacientes.

Sumado a ello tenemos que son los mismos familiares quienes tienen que comprar su protección respiratoria como lo son los respiradores N95, para poder ingresar a la habitación donde se encuentre su paciente hospitalizado. Esta situación muchas veces genera molestias por parte de ellos, ya que los familiares refieren que la institución debería de proveerles.

Según Minsa (2013), toda institución prestadora de salud, tiene por responsabilidad el establecimiento de políticas y el control de

programas preventivos así como el abastecimiento de recursos logísticos y de infraestructura. Dentro de los recursos logísticos de las medidas de protección respiratoria deben incluir el asegurar la disponibilidad de respiradores N95 para uso de los trabajadores de salud y/o familiares que tiene contacto directo con el paciente, en cantidad y calidad, especialmente en las áreas críticas y de mayor riesgo, como lo son, la sala de internamiento de neumología, garantizando así la seguridad de los pacientes, trabajadores y familiares. Además de brindar capacitaciones para el uso y conservación del respirador N95.

En la **TABLA 03**. Referente a la actitud e institucionalización de medidas de bioseguridad en familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar se observa que el 100 por ciento de familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar que tienen una actitud positiva, presentan una alta institucionalización de medidas de bioseguridad, 92,86 por ciento de familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar que tienen una actitud positiva, presentan una moderada institucionalización de medidas de bioseguridad y el 70 por ciento familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar que tienen una actitud negativa, presentan una baja institucionalización de medidas de bioseguridad. Dando a entender que, a medida que haya mayor actitud positiva de los familiares hacia las medidas de bioseguridad, existirá un incremento de la institucionalización en los mismos.

Esta diferencia porcentual da evidencia suficiente de significancia estadística ($p < 0.05$), lo que implica que la actitud tiene relación con la institucionalización de las medidas de bioseguridad según el test de independencia de criterios ($p = 0,0145$) significativo.

La institucionalización en los hospitales es una práctica cada día más necesaria, dado el entorno cambiante, globalizado y competitivo, en donde los retos son convertirse en empresas eficientes, innovadoras y

que brinden el servicio de salud que no pueden alcanzar, sino a través de un sistema estructurado y una estrategia definida. Siendo a su vez, un aliado en la administración y el control de la organización, ya que impulsa la conducta transparente, la revelación de información y el establecimiento de reglas de responsabilidad administrativa, fomentando a su vez, el crecimiento económico de las organizaciones y procurando la sostenibilidad de éstas en el largo plazo, para así poder enfrentar los retos de un mundo globalizado y cada día más competitivo.

Se encuentra relación con lo mencionado por Rivas (2016) quien en su trabajo de investigación encontró que el cuidador familiar forma parte de la dinámica del cambio social, al establecer una dialéctica entre lo instituido y lo instituyente, al buscar satisfactores de atención en el proceso cuidar/cuidado y que la institución hospitalaria cumple con la función de otorgar cuidados, socializando al individuo, aceptándolo e integrándolo como parte de su organización, con la finalidad de hacer de su cooperación insustituible en este rol establecido.

La principal vía de control de los comportamientos y actitudes que presenten los familiares se origina en las pautas que establecen las instituciones para orientar con mayor o menor intensidad las percepciones, apreciaciones y acciones; por lo tanto, el principal mecanismo de control de la institución es el propio proceso de institucionalización de las medidas de bioseguridad, el cual somete las conductas al control social y esto es previo o independiente de cualquier mecanismo de sanción que se haya establecido para reforzar la institución hospitalaria.

La actitud que opten los familiares de los pacientes con TBC pulmonar Según Johnson y Rhodes (2008) esta relacionada con el modelo predisposicional, el mismo que hace referencia a que el fenómeno de la

institucionalización es resultado de una predisposición personal cuando se expone a una estancia prolongada en una institución hospitalaria.

BIBLIOTECA DE POSGRADO

V. CONCLUSIONES.

BIBLIOTECA DE POSGRADO

1. El 85,29 por ciento de familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar presentaron una actitud positiva hacia las medidas de bioseguridad.
2. El 61,76 por ciento de familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar obtuvo un grado moderado de institucionalización hacia las medidas de bioseguridad.
3. Se encontró relación significativa entre el tipo de actitud y el grado de institucionalización de las medidas de Bioseguridad ($p=0.0145$).

VI. RECOMENDACIONES

BIBLIOTECA DE POSGRADO

Sobre la base de los resultados y conclusiones del presente trabajo de investigación se planteó las siguientes recomendaciones.

- ✓ Difundir estos resultados entre el personal de salud y el personal directivo de esta institución, para que en base a este estudio de investigación, se diseñen estrategias y se obtenga una continua mejoría en el Programa de Control de la Tuberculosis dirigido a los familiares.
- ✓ Que los resultados del presente estudio fortalezcan núcleos de investigación en relación a la búsqueda y estudio de factores que influyen en la institucionalización de las medidas de bioseguridad.
- ✓ Proponer a las autoridades de salud la creación de mecanismos que operativicen las políticas de salud en el área de bioseguridad.
- ✓ Que se fortalezca la participación del equipo multidisciplinario en la institución hospitalaria orientado a la educación sobre las medidas de bioseguridad permitiendo así un cuidado de calidad.

VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Berger, P y Luckmann, T. (2006). La construcción social de la realidad. Disponible en: <https://zoonpolitikonmx.files.wordpress.com/2014/09/la-construccion-social-de-la-realidad-berger-luckmann.pdf>. Acceso: Julio 2014.

Bonilla, A. (2011). Prevención y Control de Tuberculosis. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/03Estrategias-Nacionales/04ESN-Tuberculosis/tbc.asp>. Acceso: Julio 2014.

Brosseau, G. (2008). "Los diferentes roles del maestro", en C. Parra e I. Saiz (comp.), Didáctica de matemáticas. Aportes y reflexiones, Buenos Aires, Paidós Educador.

Bustamante, E. (2004). Enfermería familiar. Universidad Nacional de Trujillo. La Libertad – Perú.

Castillo, A. (2006). Bioética. Ed. Disinlimed C.A. Caracas p.51-88.

Collazos, C. (2012). Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la ESN- PCT , C.S. San Luis- 2012. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1048/1/Collazos_fc.pdf. Acceso: Setiembre del 2015.

Cuyubamba, N. (2004). Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de las medidas de bioseguridad del Hospital, Feliz Mayorca Soto – Tarma 2003. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/cuyubamba_dn/cuyubamba_dn.pdf. Acceso: Setiembre del 2015.

Espinoza, M y Cob (2008). Guía: Control de Infecciones Intrahospitalarias en Tuberculosis. Editorial & Gráfica Esmirna SAC. Perú.

Farga, V. (2010). Hacia la erradicación de la Tuberculosis. Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias 2006, 22. p. 55-67.

Hernández, M. (2002). Actitudes de la familia de pacientes hospitalizados hacia la donación de órganos en el hospital Augusto B. Leguía – año 2002 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2008) Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/>. Acceso: 2014.

Likert, R. (1932). Técnicas para medir las actitudes. Arch. Psychol. 140, 1-55.

Jepperson, L. (1999). Instituciones, efectos institucionales e institucionalismo en W.W. Powell y P.J. DiMaggio, comps., El Nuevo institucionalismo en el análisis organizacional. México: Fondo de Cultura Económica.

Johnson, M. & Rhodes, R. (2008). Institutionalization: a theory of human behavior and the social environment. *Advances in Social Work*, 8(1), 219-236.

López, F. (1999). Conocimientos, actitudes y comportamientos 1999; 24: 194-202.

Malagón, G, (2003). La bioseguridad en el Hospital. Editorial Médica Panamericana. Auditoria en Salud para una Gestión Eficiente. 2° Edición. 2003. Colombia. Pag. 287-296.

Ministerio de Salud, (2011). Plan Estratégico Multisectorial de la respuesta nacional a la Tuberculosis en el Perú, 2009 - 2018. Lima (Perú): comité Perú alto a la tuberculosis y la coordinadora nacional multisectorial de salud (CONAMUSA).

Ministerio de Salud, (2013). Ministerio de Salud. Manual de Salud Ocupacional. DIGESA. 2013 Lima. Perú. pp.01-59.

Ministerio de salud, (2013). Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/infecciones/RM715-2013_MINSA_TB.pdf .Acceso: Agosto 2015.

Molfino, V. (2010). Procesos de institucionalización del concepto de límite: un análisis socioepistemológico, Tesis de Doctorado, México, IPN-CICATA.

Montalvo, S. (2014). Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre la tuberculosis en el profesional de enfermería. Red Chiclayo 2013. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/290/1/TL_Montalvo_Mera_SharonCatherine.pdf . Acceso: Agosto 2015.

Montes, R. (2014).La familia en el cuidado de la salud. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol4%202014/tema08.htm>. Acceso: Octubre 2016.

Nolasco, M. (2014). Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. HVLH. 2014. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4091/1/Nolasco_vm.pdf. Acceso: Setiembre 2015.

Organización Mundial de la Salud, (2013). Manual de bioseguridad en el laboratorio. Tercera edición. Ediciones de la OMS. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf. Acceso 2014. Acceso: Setiembre 2015.

Organización Mundial de la Salud, (2016). Tuberculosis. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/> .Acceso: Mayo 2016.

Organización Panamericana de la Salud. (2010). Promoción de la Salud, Mejoramiento del Estado de Salud de la Mujer y Promoción de la equidad. Washington D. C: 1 – 11.

Organización Panamericana de la Salud. (2003). La familia y la salud. Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/filemgmt/files/DialInternacionaldelasFamilias.pdf>. Acceso: Mayo 2016.

Ortiz, P. (1994). El sistema de la personalidad, Lima, Orión.

Palacios, J. (2009) Familia y Desarrollo Humano Pág. (360-368) (2).

Papalia, D. (2009). Psicología del Desarrollo. 5ta ed. Ed. Mc. Graw – Hill Interamericana. México.

Rivas, J. (2016). Institucionalización del cuidador familiar en un instituto oncológico Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/viewFile/421/725>. Acceso 2016.

Robbins, S. (1996). Comportamiento organizacional: teoría y práctica. 7a. edición. Prentice may. México, D.F.:, 1996:180-190.

Rodríguez, A. (2003). Psicología social (4ta ed.). México D. F.: Trillas.

Rojas, G. (2005). Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Tablada de Lurín. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1048/1/Collazos_fc.pdf Acceso: Octubre 2015.

Stortoni, M. (2008). Instituciones, lo Instituido y lo instituyente. Disponible en: <http://actitudemergente.blogspot.com/2008/09/intituciones-lo-instituido-y-lo.html>. Acceso 2014.

Soule, B. (2007), Infecciones y Práctica de Enfermería, Prevención y Control. Tercera edición. España, Editorial Mosby.

Verastegui, O. (2009). Nivel de Conocimiento y Actitudes sobre Bioseguridad del Personal de Enfermería de los Servicios de Medicina y Cirugía Del Hospital José Cayetano Heredia ESSALUD Piura – Agosto – Setiembre 2009. [Tesis de Postgrado].Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo – Perú.

Whittaker, J. (2003). La psicología social en el mundo de hoy. México. D.F.: Editorial Trillas. S.A.

Zúñiga, G. (2005). Manual de Organización y Normas Técnicas Programa Nacional de la Tuberculosis Normas de Bioseguridad en T.B.C. Ministerio de Salud.

BIBLIOTECA DE POSGRADO

ANEXOS.

BIBLIOTECA DE POSGRADO

ANEXOS N°01**ESCALA ACTITUD HACIA LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD**

Autora: Lic. Ginger Pérez Bernabé.

Estimado señor (a), la presente encuesta es anónima, solicitamos su colaboración y sinceridad para responder a las preguntas, las cuales servirán para la realización de la investigación.

INSTRUCCIONES:

Lea cuidadosamente y responda marcando dentro del recuadro con un aspa "X".

Sexo: F () M ()

Edad: -----

ACTITUD HACIA LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1- Considera que las infecciones dentro del hospital tienen relación con las prácticas de las medidas de bioseguridad.			
2.- Considera el lavado de manos estrictamente necesario para evitar la propagación de la enfermedad.			
3.- Considera útil las normas para el control de las infecciones hospitalarias.			
4.- Considera el uso del respirador o cubre boca estrictamente necesaria para evitar la propagación de la tuberculosis.			
5.- Considera importante la educación que le brinda la enfermera frente al uso de las medidas de bioseguridad.			
6.- Considera necesario mantener colocado el			

respirador durante todo el tiempo que está en contacto con su paciente.			
7.- El uso de la bata o mandilón es necesario al momento de ingresar a la habitación de su paciente.			
8.- Considera que a mayor tiempo de permanencia dentro del ambiente del paciente con tuberculosis es mayor el riesgo de contagio.			
9.- Considera importante mantener el respirador en buen estado y cambiarlo cada 14 días.			
10.- Ingresa en algunas oportunidades a visitar a su paciente con tuberculosis sin el respirador o cubre boca.			
11.- Presta su respirador o cubre boca a un amigo o familiar al momento que éste quiere ingresar al ambiente del paciente con tuberculosis.			
12.-Siente que le molesta tener que gastar dinero en comprar el respirador o cubre boca.			
13.- Prefiere usar el respirador en vez de una mascarilla simple.			
14.- Considera que la enfermedad amerita aislamiento de su paciente.			
15.- Considera importante que la habitación esté bien ventilada y que disponga de un baño, ducha y un lavadero con caño para el lavado de manos.			

Actitud positiva: 31 - 45 puntos.

Actitud negativa: 15 - 30 puntos.

ANEXO N°02

**LISTA DE COTEJO SOBRE EL GRADO DE INSTITUCIONALIZACIÓN
DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD**

Autora: Lic. Ginger Pérez Bernabé.

La presente es una lista de cotejo de las acciones realizadas por los familiares de los pacientes con TBC durante su visita en la institución. Su objetivo es servir de guía para evaluar la institucionalidad de las medidas de bioseguridad.

Marque en el recuadro con un aspa (x) las acciones que observa o escriba el dato resaltante observado.

INSTITUCIONALIZACION DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1.- Realiza el lavado de manos antes y después de estar en contacto con el paciente.			
2.- Desecha correctamente cualquier material contaminado.			
3.- Hace uso correcto del respirador N95.			
4.- Se coloca el mandilón correctamente, teniendo en cuenta la colocación de la abertura de la espalda.			
5.- Guarda su respirador N95 en una caja o bolsa de papel.			
6.- Se recoge el cabello al usar el respirador N95.			
7.- Permanece entre 10 a 15 minutos en la habitación.			
8.- Ingresa un familiar a la vez a la habitación.			
9.-El familiar ingresa a la habitación solo en			

horas de visita o cuando el personal de salud lo autoriza.			
10.- La enfermera educa al familiar sobre las medidas de bioseguridad.			
11.- Hace uso individual del respirador N°95.			
12.- Ingiere alimentos dentro de la habitación.			
13.- Se sienta sobre la cama del paciente.			
14.- Se retira el respirador N°95 durante el tiempo que permanece en la habitación.			
15.- Lee la pancarta informativa sobre el uso del respirador y medidas de bioseguridad que está en la puerta antes de ingresar a la habitación.			

Institucionalización Alto: 36 – 45 puntos.

Institucionalización Moderado: 26 – 35 puntos.

Institucionalización Bajo: 15 – 25 puntos.

ANEXO N°03
PLANILLA DE CALIFICACIÓN PARA LA ACTITUD HACIA LAS
MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

Autora: Lic. Ginger Pérez Bernabé.

ACTITUD HACIA LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1- Considera que las infecciones dentro del hospital tienen relación con las prácticas de las medidas de bioseguridad.	3	2	1
2.- Considera el lavado de manos estrictamente necesario para evitar la propagación de la enfermedad.	3	2	1
3.- Considera útil las normas para el control de las infecciones hospitalarias.	3	2	1
4.- Considera el uso del respirador o cubre boca estrictamente necesaria para evitar la propagación de la tuberculosis.	3	2	1
5.- Considera importante la educación que le brinda la enfermera frente al uso de las medidas de bioseguridad.	3	2	1
6.- Considera necesario mantener colocado el respirador N°95 durante todo el tiempo que está en contacto con su paciente.	3	2	1
7.- El uso de la bata o mandilón es necesario al momento de ingresar a la habitación de su paciente.	3	2	1
8.- Considera que a mayor tiempo de permanencia dentro del ambiente del paciente con tuberculosis es mayor el riesgo de contagio.	3	2	1
9.- Considera importante mantener el respirador			

N°95 en buen estado y cambiarlo cada 15 días.	3	2	1
10.- Ingresa en algunas oportunidades a visitar a su paciente con tuberculosis sin el respirador o cubre boca.	1	2	3
11.- Presta su respirador N95 a un amigo o familiar al momento que éste quiere ingresar al ambiente del paciente con tuberculosis.	1	2	3
12.-Siente que le molesta tener que gastar dinero en comprar el respirador N95.	1	2	3
13.- Prefiere usar el respirador N95 en vez de una mascarilla simple.	1	2	3
14.- Considera que la enfermedad amerita aislamiento de su paciente.	3	2	1
15.- Considera importante que la habitación esté bien ventilada y que disponga de un baño, ducha y un lavadero con caño para el lavado de manos.	3	2	1

Actitud positiva: 31 - 45 puntos.

Actitud negativa: 15 - 30 puntos.

ANEXO N°04

**PLANILLA DE CALIFICACIÓN PARA LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE
LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD**

Autora: Lic. Ginger Pérez Bernabé.

INSTITUCIONALIZACION DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1.- Realiza el lavado de manos antes y después de estar en contacto con el paciente.	3	2	1
2.- Desecha correctamente cualquier material contaminado.	3	2	1
3.- Hace uso correcto del respirador N95.	3	2	1
4.- Se coloca el mandilón correctamente, teniendo en cuenta la colocación de la abertura de la espalda.	3	2	1
5.- Guarda su respirador N95 en una caja o bolsa de papel.	3	2	1
6.- Se recoge el cabello al usar el respirador N95.	3	2	1
7.- Permanece entre 10 a 15 minutos en la habitación.	3	2	1
8.- Ingresa un familiar a la vez a la habitación.	3	2	1
9.-El familiar ingresa a la habitación solo en horas de visita o cuando el personal de salud lo autoriza.	3	2	1
10.- La enfermera educa al familiar sobre las			

medidas de bioseguridad.	3	2	1
11.- Hace uso individual del respirador N95.	3	2	1
12.-Ingiere alimentos dentro de la habitación donde está el paciente.	1	2	3
13.- Se sienta o acuesta sobre la cama del paciente.	1	2	3
14.-Se retira el respirador N95 durante el tiempo que permanece en la habitación.	1	2	3
15.- Lee la pancarta informativa sobre el uso del respirador y medidas de bioseguridad que está en la puerta antes de ingresar a la habitación.	3	2	1

Institucionalización Alta: 36 – 45 puntos.

Institucionalización Moderada: 26 – 35 puntos.

Institucionalización Baja: 15 – 25 puntos.

ANEXO N°05

TAMAÑO DE MUESTRA

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó la siguiente fórmula:

$$n_0 = \frac{Z^2 * p * q}{d^2}$$

Se asignan los siguientes valores:

Z = 1.96 para un valor del 95 por ciento de seguridad.

p = 0.5, proporción promedio.

q = 0.5 que es igual a 1-p.

d = error máximo de estimación 0.05.

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2}$$

$$n_0 = 384.16$$

Debido a que el valor de n_0/N es mayor que 0.1, se procede a la corrección del tamaño muestral; para lo cual, se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

Donde: $n_0 = 384.16$

N = 209 representa el número de familiares que visitan a los pacientes con tuberculosis pulmonar al HRDT.

$$n = \frac{384.16}{1 + \frac{384.16}{209}}$$

$$n = 136$$

Para que la muestra sea representativa el número de familiares que intervinieron en el estudio fue 136 familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar.

ANEXO N°06

**PERFIL DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
CON TUBERCULOSIS PULMONAR**

EDAD	SEXO				TOTAL
	Masculino	%	Femenino	%	
20 - 35	8	6	15	11	23
36 - 50	12	9	36	26	48
51 a más.	21	15	44	32	65
TOTAL	41	30	95	70	136

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- ✓ He escuchado y comprendido la explicación dada por la enfermera para la realización del presente estudio de investigación.
- ✓ Estoy de acuerdo en desarrollar el cuestionario sin mencionar mi identidad.
- ✓ Entiendo que participar en esta investigación es voluntaria y que soy libre de abandonarlo en cualquier momento.
- ✓ Estoy de acuerdo en permitir que la información obtenida sea publicada y que pueda conocer los resultados.
- ✓ Presento libremente mi conformidad para participar en el presente estudio.

Firma del participante

CONSTANCIA DE ASESORÍA

YO, **CELIXA LUCÍA PÉREZ VALDEZ**, Docente de Postgrado en Enfermería, de la Universidad Nacional de Trujillo, mediante el presente certifico mi asesoramiento de tesis en enfermería, cuyo título es: ACTITUD E INSTITUCIONALIZACIÓN DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR.

De la alumna de la Maestría en Salud Pública: PÉREZ BERNABÉ, GINGER PAMELITA, de la Universidad Nacional de Trujillo.

Docente de la Facultad
de Enfermería.